



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des lettres

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
FACULTÉ DES LETTRES

Mémoire de Maîtrise universitaire ès lettres en Sciences du langage et de la communication

Faut réanimer mais euh pas d'acharnement
L'utilisation de la formule « acharnement (thérapeutique) » lors d'entretiens
médicaux sur la réanimation cardiopulmonaire.

par

Vincent Wenger

sous la direction d'Orest Weber
et la co-direction de Jérôme Jacquin

Session d'automne 2020

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Anca Sterie pour m'avoir permis l'accès aux données et pour ses précieux conseils.

Je tiens également à remercier chaleureusement Orest Weber et Jérôme Jacquin pour leurs conseils, leur patience et leurs commentaires plus que précieux.

Je remercie Shuangyu Li du King's College de Londres pour le temps qu'il m'a accordé et pour ses commentaires précieux sur mon travail.

Je remercie Cédric Margot, Pascal Singy et Marie Voide pour leurs conseils et leurs commentaires.

Je remercie également ma famille et ma compagne Barbara, pour leur soutien et leurs relectures précieuses.

Merci à Roland Hifler et Raluca Moraru pour leur soutien moral.

Un grand merci aussi à mes proches et toutes les personnes qui m'ont encouragé, supporté et soutenu durant ce travail.

Table des matières

1. Introduction	2
2. Cadre théorique	5
2.1 La communication en milieu médical	5
2.2 Les difficultés liées aux discussions sur la réanimation.....	6
2.3 La politesse et la préférence dans les échanges	7
2.4 La signification de l'« acharnement thérapeutique »	9
2.4.1 <i>Les remarques des membres du corps médical</i>	9
2.4.2 <i>Les définitions suggérées</i>	10
2.5 Les dimensions légales et morales	11
2.6 L'« acharnement thérapeutique » en tant que formule ou séquence figée	12
2.7 L' analyse conversationnelle et son utilité pour ce travail	14
3. Méthodologie	16
3.1 Sélection et constitution des données	16
3.2 Limites des données.....	17
4. Analyse	19
4.1 Le déroulement et l'issue des conversations.....	19
4.1.1 <i>La mise en place des personnes et la difficulté du sujet</i>	20
4.1.2 <i>L'évitement du sujet</i>	22
4.2 L'interrogation	24
4.2.1 <i>La manière de poser la question</i>	24
4.2.2 <i>Formuler une réponse</i>	25
4.3 Les proportions d'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique ».....	26
4.3.1 <i>La formule « acharnement thérapeutique » parmi toutes les conversations</i>	27
4.3.1 <i>L'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » selon les personnes</i>	28
4.4 Les contextes d'utilisation de la formule	29
4.5 Les effets de la formule « acharnement thérapeutique »	34
4.5.1 <i>Fluidité de la conversation</i>	35
4.5.2 <i>Aide à la compréhension</i>	36
4.5.3 <i>Besoin de précisions ou de réparations</i>	41
4.6 L'ambiguïté de la formule	45
5. Discussion	47
5.1 Constats par rapport aux hypothèses	47
5.2 Les paradoxes	51
5.2 Les solutions	54
6. Conclusion	59
6.1 Résumé de la recherche.....	59
6.2 Les limites du travail.....	61
6.3 Possibilités d'approfondissement ou d'élargissement	61
7. Bibliographie	63
8. Annexes	67

1. Introduction

La notion d'« acharnement thérapeutique » est utilisée dans de nombreux domaines. Depuis les années 1970 au moins, il est courant de voir ces termes dans la presse suisse¹. L'« acharnement thérapeutique » s'est souvent retrouvé associé aux questions d'euthanasie ou du droit à mourir, lors de cas médiatisés comme celui de Vincent Lambert (Kovacs 2019), ou plus récemment celui d'Alain Cocq (Chavanne 2020) notamment. Cette notion peut toutefois être considérée comme ambiguë ou controversée, par manque de consensus ou de définition précise (La Marne 2005 ; Nicolas-Robin 2015 ; Hurst 2016). L'« acharnement thérapeutique », ou d'autres termes proches comme l'« obstination déraisonnable » ou *futile care* en anglais, ont d'ailleurs déjà été cités et discutés dans des études sur le milieu médical. Leur utilisation durant des entretiens a été remise en question. Autant la notion d'acharnement que celle de *futility* sont citées comme difficiles à définir, même par les médecins, et problématiques par rapport aux traitements médicaux, notamment la réanimation. De plus, une telle notion n'existe pas dans toutes les langues, l'allemand notamment, et différentes formulations sont utilisées pour la mentionner. Des études menées en Allemagne, en Suisse et aux États-Unis indiquent qu'une meilleure préparation des membres du corps médical à l'utilisation de ces notions lors de conversations sur la fin de vie pourrait améliorer la communication (Jox et al. 2012 ; Richtering et al. 2018 ; Rubli Truchard et al. 2017 ; Wilkinson et Savulescu 2011 ; Ferré Ibáñez et al. 2019). Les recherches de linguistique sur la communication en milieu médical sont nombreuses, et notamment sur la fin de vie ou la réanimation (Maynard et al. 2016 ; Have 2006 ; Gill et Roberts 2012 ; Wodak 2006). Aucune étude ne s'est toutefois focalisée spécifiquement sur l'utilisation des termes « acharnement thérapeutique », lors de discussions concernant la réanimation durant des consultations médicales, ni sur leur effet dans ces conversations.

Le présent travail propose d'observer et d'analyser l'utilisation ainsi que les conséquences de l'utilisation des termes « acharnement thérapeutique », par des médecins, des patients et patientes ou des personnes qui les accompagnent, dans des conversations sur la réanimation, lors de consultations médicales. L'analyse vise à observer les répercussions de l'emploi de ces termes lors d'entretiens médicaux, de par leur côté ambigu. Cette recherche soulève des questions en lien avec le choix ou non d'accepter des soins, le droit à se laisser mourir, et la

¹ En recherchant ces termes dans la base de données e-newspaperarchives.ch, qui contient une sélection de plusieurs journaux suisses numérisés, on observe que l'utilisation des deux termes « acharnement thérapeutique » liés, apparaît depuis les années 1970.

manière d'aborder ces notions dans le milieu des soins. Elle peut aussi apporter des informations par rapport à l'importance des termes utilisés dans les consultations médicales et du choix du vocabulaire, autant par les patients et patientes ou les personnes qui les accompagnent, que par les membres du corps médical. Cette recherche interroge aussi les rapports entre les médecins et les personnes soignées. La communication en milieu médical a été beaucoup observée dans le cadre de l'étude des interactions institutionnelles (Heritage et Clayman 2010 ; Antaki 2011), notamment par rapport aux relations de hiérarchie et au niveau des statuts sociaux entre les membres du corps médical et les patientes ou les patients. Peu ont pris toutefois le parti d'observer un aspect précis du langage ou un type de phrases spécifique dans ce contexte.

Dans le présent travail, la partie **cadre théorique** passe en revue les notions théoriques principales sur lesquelles cette recherche s'appuie. Elle prend en compte premièrement des travaux sur la communication en milieu médical (Maynard et al. 2016 ; Have 2006 ; Gill et Roberts 2012 ; Wodak 2006 ; Jox et al. 2012 ; Richtering et al. 2018 ; Rubli Truchard et al. 2017 ; Wilkinson et Savulescu 2011 ; Ferré Ibáñez et al. 2019) et considère également des éléments théoriques issus de la linguistique, notamment le concept de « formule » (Krieg-Planque 2009 ; Moirand 2007 ; Mejri 2015), les définitions possibles de l'« acharnement thérapeutique » (La Marne 2005 ; Gruat 2012), l'analyse conversationnelle (Gülich et Mondada 2001 ; Heritage 2004 ; Antaki 2011), ainsi que les rapports institutionnels au sein des interactions verbales (Heritage et Clayman 2010 ; Pomerantz et Heritage 2012 ; Kerbrat-Orecchioni 1995a, 1995b, 2001, 2010). Certains commentaires de médecins sont également pris en compte, une partie provient d'entretiens menés pour les travaux de Sterie et al. (à paraître a ; à paraître b), d'autres proviennent des médias (36.9°). La partie **méthodologie** explique les étapes de récolte et de constitution du corpus de données analysé pour ce travail, notamment l'origine des consultations médicales enregistrées et leur transcription, ainsi que leurs caractéristiques puis la démarche d'analyse effectuée. La partie **analyse** passe tout d'abord en revue les observations effectuées sur le corpus par les recherches de Sterie et al. (à paraître a ; à paraître b), puis les résultats obtenus grâce à l'analyse des données effectuées pour ce travail. Une description précise des effets des termes « acharnement thérapeutique » observés dans les extraits est présentée. La section nommée **discussion** revient sur les analyses en lien avec l'« acharnement thérapeutique » pour les mettre en perspective par rapport aux notions théoriques et à la littérature évoquées au début du travail, ainsi qu'au contexte de la recherche sur la communication en milieu médical. La **conclusion** propose ensuite un résumé du travail

et une synthèse de la réflexion menée par rapport à l'« acharnement thérapeutique » dans le milieu médical. Elle évoque l'intérêt des réflexions faites dans cette recherche, indique ses limites, puis propose des pistes d'approfondissement ou de compléments possibles.

2. Cadre théorique

2.1 La communication en milieu médical

Dans le domaine de la linguistique de nombreuses études ont été effectuées par rapport au concept de la « conversation ». Ces recherches ont permis de déterminer des règles ou des normes pour en définir différents types (Heritage et Clayman 2010 ; Heritage 2004), ainsi que des structures propres à certains styles de conversations. Les travaux de West (1993), Wodak (2006), Maynard et Heritage (2005) ou encore Have (2006) notamment, ont observé les entretiens médicaux sous différents angles, et les ont théorisés par rapport à leur aspect institutionnel, ce qui a permis d'en définir une forme, des normes, et des traits spécifiques. Ces théories ont distingué différentes phases dans les consultations médicales, avec notamment des contenus ou des sujets différents. Certaines études ont également considéré les discussions à propos de la mort ou de la réanimation (Maynard et al. 2016 ; Rubli Truchard et al. 2017 ; Richtering et al. 2018).

La relation entre les individus est centrale pour qualifier une conversation d'« institutionnelle », ou pour définir qu'une discussion est « médicale ». Les normes sont dictées par le comportement des personnes qui participent à la communication en question (Have 2006 ; Maynard et Heritage 2005). Ces comportements se manifestent notamment dans le choix des mots, la manière de prendre la parole, le temps de parole moyen, les questions ou les réponses (Heritage 2004). Dans les consultations médicales, on peut trouver, par exemple, une personne qui soigne, une personne qui vient pour recevoir des soins, une personne qui accompagne, parmi d'autres rôles. En général, les médecins ont plus de connaissances que les patients ou les patientes, et occupent une place hiérarchiquement supérieure (Have 2006 : 85-6). Dans l'ensemble, les consultations médicales sont généralement « une série d'étapes logiques, adaptées au travail [...] à faire² » (Have 2006 : 96). Ce qu'Heritage appelle « *task-focused*³ » ou « *task-oriented*⁴ » est le but visé par les personnes qui participent à la conversation, selon leur rôle institutionnel (Heritage 2004 ; Have 2006 : 96). Les interactions médicales, peuvent comporter différentes séquences, dans lesquelles le but recherché peut varier, selon les circonstances, les types de maladies ou l'unité de traitement dans laquelle on se trouve. Certaines de ces séquences sont très courantes dans d'autres types de conversations, comme

² *A series of logical steps, adapted to the job they have to do.* (Ma traduction)

³ Focalisé sur la tâche. (Ma traduction)

⁴ Orienté vers la tâche. (Ma traduction)

des salutations. D'autres sont très spécifiques comme des annonces de résultats ou des demandes d'antécédents médicaux (Have 2006).

2.2 Les difficultés liées aux discussions sur la réanimation

Les conversations analysées dans le présent travail sont d'ordre institutionnel, entre médecins et personnes soignées, et se situent dans une séquence où « les médecins établissent l'indication médicale à la réanimation dans l'éventualité d'un arrêt cardiorespiratoire » et en parlent avec leur patients et patientes, qui de plus sont des personnes âgées (Rubli Truchard et al. 2017 : 320). On se trouve, en plus du contexte institutionnel particulier, dans des circonstances compliquées au niveau relationnel. La fin de vie, la mort, les traitements lourds ou les complications graves sont des sujets particulièrement sensibles et délicats à aborder (Ferré Ibáñez et al. 2019 : 2053). Une médecin présente dans les entretiens analysés pour ce travail indique que selon elle, « le sujet le plus difficile à parler avec le patient », est la réanimation. Une autre médecin explique aussi que parfois elle « sent qu'il y a besoin d'aller creuser mais [n']a pas l'impression que la personne a trop envie donc ... n'ose pas en fait ». Ce type de conversation est une situation délicate, même pour les médecins.

Selon l'article de Sterie et al. (à paraître a), qui fait référence à Modes et al. (2019), les discussions sur la réanimation peuvent influencer les patients ou patientes par rapport à leurs décisions sur la réanimation. Plusieurs facteurs rendent difficile la partie de la demande de préférence par rapport à la réanimation. Les patientes et les patients ont souvent eu trop peu de renseignements sur les pratiques dont on leur parle et ne maîtrisent pas toujours les termes utilisés. La manière dont les médecins posent les questions influence aussi parfois leurs réponses. De plus, les explications données ne sont pas toujours suffisantes pour comprendre les pratiques mentionnées (Sterie et al. à paraître a). Des difficultés viendraient également du fait que les discussions sont faites dès l'accueil des patients, ce qui implique que la relation avec les médecins n'est pas encore bien établie (Richtering et al. 2018 : 1854). Autant les médecins que les patients et patientes n'aiment pas avoir ces discussions, par inconfort à cause du sujet de la fin de vie, qui implique une difficulté émotionnelle (Sterie et al. à paraître a ; Richtering et al. 2018). Certains et certaines médecins expliquent ne pas être suffisamment formés ou formées par rapport à ces entretiens (Sterie et al. à paraître a). Une autre difficulté est la tendance des patients et patientes à « exprimer des concepts vagues tels que “Je ne veux pas être un légume” ou “Je veux garder ma dignité”, ce qui est difficile à traduire dans un ordre

dichotomique de réanimation ou non » (Richtering et al. 2018 : 1854). Pour éviter ou minimiser le plus possible toutes ces difficultés, autant les médecins que les patientes et les patients ont recours à des mécanismes et des outils linguistiques qui permettent de faciliter la communication ou de minimiser l'embarras occasionné. Toutes ces pratiques sont identifiables dans les conversations.

2.3 La politesse et la préférence dans les échanges

Les travaux de Goffman (1974) ainsi que ceux de Brown et Levinson (1987) ont été fondamentaux dans la description des conversations et des rapports sociaux. Ils ont permis de théoriser les notions de politesse de manière linguistique, par rapport à des comportements lors des conversations, et par des écarts aux normes. Dans les contextes sociaux ou institutionnels, une grande quantité d'actes effectués, notamment dans les conversations, servent à réguler les rapports entre les individus. Comme l'ont proposé Brown et Levinson (1987), en réaction à Goffman (1974), ce que l'on appelle la politesse, est une utilisation d'outils pour préserver les « faces » des personnes impliquées dans la conversation, qui sont menacées lors des interactions (Kerbrat-Orecchioni 1995a). En résumant sommairement, chaque personne a une face positive qui représente l'image de soi, et une face négative qui représente l'espace individuel. Une menace des faces peut être, parmi bien d'autres choses, une dévalorisation de l'image, comme des critiques. Elle peut également être une intrusion dans l'espace personnel ou une privation de liberté, comme une obligation (Kerbrat-Orecchioni 1995a : 76-7 ; Brown et Levinson 1987 : 62-3). Kerbrat-Orecchioni indique que la politesse se manifeste

comme un ensemble de procédés permettant de concilier le désir mutuel de préservation des faces avec le fait que la plupart des actes accomplis durant l'interaction risquent de venir menacer telle ou telle des faces en présence, et se ramenant en quelque sorte au principe général : "Ménagez-vous les uns les autres"(Kerbrat-Orecchioni 1995a : 74).

Comme Catherine Kerbrat-Orecchioni le définit parfaitement, « la politesse est une sorte de *machine à fabriquer du contentement mutuel*, et l'impolitesse une machine à fabriquer du mécontentement mutuel » (Kerbrat-Orecchioni 2010 : 58). Chaque parole, lors d'une conversation, a potentiellement un effet positif ou négatif. On décrit plusieurs types d'actes dans ce système. Les FTA ou *face threatening acts*⁵ peuvent être menaçants pour les faces de la personne qui parle ou la personne à qui l'on parle et les anti-FTA servent à atténuer ces

⁵ Actes menaçants pour la face. (ma traduction)

menaces. Les FFA ou *face flattering acts*⁶ quant à eux, servent à valoriser les faces. La politesse qui se rapporte au « *face work* », que l'on peut également appeler « travail de faces », développé par Goffman, consiste à adoucir les menaces pour préserver les « faces » des personnes qui parlent (Kerbrat-Orecchioni 2010 : 37).

tout comportement un tant soit peu déviant par rapport aux normes conversationnelles, et aux attentes que ces normes créent chez les locuteurs qui les ont intériorisées, est susceptible de produire ... l'effet d'une impolitesse. (Kerbrat-Orecchioni 1995a : 79)

Les personnes qui prennent part à une discussion vont, si leur intention est de coopérer au maximum, minimiser l'impolitesse autant que possible.

Le principe de « préférence » indique ce que les personnes considèrent comme normal par rapport au contexte, et ce qu'elles s'attendent à entendre. Ceci concerne entre autres, un certain type de réponses attendues par rapport à une question, accepter une proposition ou ne pas mettre l'autre personne mal à l'aise (Pomerantz et Heritage 2012 ; Gülich et Mondada 2001). Grice (1979), stipule entre autres que la réussite d'une conversation est

le résultat, jusqu'à un certain point au moins, d'efforts de coopération; et chaque participant reconnaît dans ces échanges ... un but commun ... ou au moins une direction acceptée par tous. (Grice 1979, p.60).

Il existe une norme sociale de ce qui est attendu quand une question est posée. Le fait de ne pas répondre de la manière attendue peut provoquer une incompréhension et donner une impression de non-coopération. Kerbrat-Orecchioni explique qu'une propriété importante de la question est son aspect hautement interactif, « comme une sorte d'énoncé unique construit à deux » (Kerbrat-Orecchioni 1991 : 11). L'effet attendu à la suite d'une question est la réponse, selon les règles des « paires-adjacentes » (Kerbrat-Orecchioni 1995b : 7 ; Gülich et Mondada 2001 : 213). Dans ces constructions, deux énoncés dépendent l'un de l'autre pour dégager une cohérence générale et la « production d'une première partie de paire reconnaissable déclenche l'attente normative de l'apparition de la seconde paire correspondante » (Gülich et Mondada 2001, p.213). D'où le fait qu'une question se définisse par le fait qu'on attend d'elle, une réponse adaptée et que la « préférence » soit d'avoir une réponse appropriée à la question posée (Gülich et Mondada 2001 : 213-4). Pour compenser les actes non préférentiels nécessaires, on

⁶ Actes flatteurs pour la face. (ma traduction)

utilise des procédés comme « des hésitations, des pauses, des préfaces » ou encore « l'énoncé de raisons ou d'excuses » (Gülich et Mondada 2001 : 213). Ces éléments sont observables dans les enregistrements ou les transcriptions de conversations.

2.4 La signification de l'« acharnement thérapeutique »

2.4.1 Les remarques des membres du corps médical

L'utilisation des termes « acharnement thérapeutique » peut poser problème lors d'entretiens médicaux. En effet, il semble important, pour un ou une médecin, d'avoir des informations claires et précises de manière à prendre des décisions par rapport aux patients et patientes. La brochure de conseils pour remplir des directives anticipées, produite par les hôpitaux universitaires de Genève, indique : « Exprimez-vous clairement et évitez des termes vagues comme “acharnement thérapeutique”, “mourir dans la dignité”, etc. » (HUG 2018 : 5). Ces termes sont régulièrement mentionnés comme trop peu précis pour une bonne compréhension par rapport aux mesures qui pourraient en découler. Ils ne permettent pas nécessairement, lors d'une consultation médicale, de déduire quelles pratiques concrètes la personne évoque. Une partie des médecins présents dans le corpus analysé dans ce travail a également participé à des entretiens dans lesquels les consultations enregistrées et l'« acharnement thérapeutique » sont discutés. Son utilisation lors des consultations est plusieurs fois critiquée et mentionnée comme problématique. D'ailleurs un médecin de ce corpus concède dans un entretien :

mais ce mot “acharnement thérapeutique” c'est un mot qu'on entend partout et je suis même pas sûre que [les patients et les patientes] savent ce que ça veut dire. Et même moi je pourrais pas ... dire exactement ce que ça veut dire. C'est tellement général en fait.

Le concept d'« acharnement thérapeutique » est trop abstrait pour avoir une référence concrète. Si les personnes qui l'utilisent dans la conversation ne conviennent pas d'une définition commune, un flou risque de demeurer. Ceci laisse supposer des difficultés de communication ou de compréhension.

L'un des problèmes principaux soulevés par les médecins est l'incompréhension qui découle de l'utilisation d'« acharnement thérapeutique » en réponse à une question sur la réanimation. Comme le dit la personne qui interroge un médecin dans l'un des entretiens en lien avec les consultations, « la patiente elle répond “pas d'acharnement thérapeutique” mais tu sais pas si c'est pas par rapport à la réanimation, ça peut être par rapport à autre chose ». Le fait de

constater que les termes « acharnement thérapeutique » peuvent être utilisés pour définir plusieurs pratiques différentes, provoque une incertitude qui génère des difficultés dans les consultations. Il est nécessaire de préciser les choses pour éviter que les médecins confrontés à cette situation doivent supposer ou déduire ce que la personne considère comme de l'« acharnement thérapeutique », ce qui pourrait avoir des conséquences graves sur le traitement. Une des médecins soulève un des paradoxes qui est la distinction entre l'« acharnement thérapeutique » et la réanimation. Cette distinction n'est pas toujours claire selon les paroles des patients ou des patientes. Plusieurs médecins pensent d'ailleurs que certains patients ou certaines patientes ne savent pas « ce que c'est la réanimation ». Selon des médecins, l'image de l'acharnement est constituée de ce que véhiculent la télévision, les médias ou même les informations de l'hôpital. En réponse à une demande d'acceptation ou de refus d'une tentative de réanimation, certains patients ou certaines patientes disent ne pas vouloir d'acharnement mais voudraient « quand même avoir un massage cardiaque », alors que d'autres ont l'air de considérer la réanimation comme de l'acharnement. Des médecins pensent que les patientes ou les patients ont une image de l'« acharnement thérapeutique » comme « s'acharner à faire plein d'examens, plein de traitements pour se retrouver dans un fauteuil roulant et avoir une qualité de vie ... exécrable » ou encore « être attaché à des machines entre la vie et la mort ».

2.4.2 Les définitions suggérées

Plusieurs définitions de l'« acharnement thérapeutique » ont été proposées dans certains ouvrages, mais aucune ne désigne de situations précises, ou d'actes médicaux spécifiques. Aucune de ces définitions ne fait foi officiellement dans le milieu médical, et toutes semblent invoquer des notions morales ou éthiques qui découleraient d'une interprétation subjective, et pourraient être débattues. Selon la page sur l'« acharnement » du dictionnaire en ligne *Larousse.fr*, l'acharnement thérapeutique est le « fait d'employer tous les moyens thérapeutiques pour maintenir en vie un malade qu'on estime dans un état désespéré » (Acharnement n., Larousse en Ligne). Selon le site *vocabulaire-medical.fr*, « L'acharnement thérapeutique désigne le fait d'employer des moyens thérapeutiques lourds et disproportionnés par rapport au bénéfice attendu, à savoir le maintien en vie d'un malade dont on considère l'état comme désespéré » (docThom 2018). De telles définitions offrent un contexte mais restent toutefois peu précises concrètement. Les termes « disproportionnées » ou « considère » impliquent un certain degré d'interprétation, qui pourrait varier selon les personnes qui jugent de la situation.

Aujourd'hui les « deux expressions “acharnement thérapeutique” et “obstination thérapeutique déraisonnable” sont intimement liées » (Gruat 2012 : 46), même si l'utilisation d'« acharnement » semble bien plus fréquente. Malgré tout, les termes « obstination » et « déraisonnable » sont régulièrement utilisés dans les définitions proposées de l'« acharnement thérapeutique ». Selon Florence Gruat, l'acharnement ce « sont les investigations diagnostiques invasives ou les thérapeutiques actives, particulièrement développées grâce aux progrès technologiques de ces dernières décennies souvent en unité de réanimation, qui peuvent devenir ou apparaître déraisonnables » (Gruat 2012 : 46). Paula La Marne propose une réflexion sur la définition possible de cette notion. Elle indique d'abord que l'« acharnement thérapeutique désigne le fait d'utiliser systématiquement tous les moyens médicaux dont on peut disposer pour maintenir en vie une personne » (La Marne 2005 : 68). Puis plus loin elle ajoute qu'aujourd'hui, « l'acharnement thérapeutique renvoie ... à l'emploi de moyens thérapeutiques intensifs pour prolonger la vie d'un malade au stade terminal sans espoir d'améliorer son état » (La Marne 2005 : 68). Selon toutes ces définitions, on peut observer une notion partagée. L'« acharnement thérapeutique » consiste en des soins dont les bénéfices sont moindres par rapport aux inconvénients qu'ils représentent (Richtering et al. 2018 : 1854 ; Jox et al. 2012 : 541-2).

2.5 Les dimensions légales et morales

Comme le signale Paula La Marne ces définitions posent des problèmes de conception et révèlent le problème de l'absence de consensus. La question fondamentale reste : « quand passe-t-on du raisonnable au déraisonnable en matière de soins ? » (La Marne 2005 : 70). Ce sont des principes d'éthique ou de morale qui ne sont pas liés à des pratiques médicales mais plutôt à des conceptions individuelles. Ces notions sont liées à la question « jusqu'où aller ? », comme le dit Samia Hurst lorsqu'elle cite des

situations où nous avons l'impression de dépasser les limites de ce que la médecine devrait faire. Identifier cette limite est cependant difficile et cette perplexité sous-tend un nombre important de dilemmes éthiques dans la pratique clinique » (Hurst 2016 : 192).

Ces principes éthiques évoqués sont liés à des notions souvent utilisées par les patients et patientes qui l'invoquent, mais également peu précises, comme les notions de « respect de la *qualité de la vie* ... le respect de l'*autonomie* ... le respect de la *dignité* » (La Marne 2005 : 70). On se retrouve dans une zone complexe entre le droit et la morale, qui provoque des

difficultés de compréhension. Les pratiques médicales de la réanimation, à savoir le massage cardiaque et l'intubation peuvent apparaître déraisonnables pour certaines personnes et raisonnables pour d'autres. Ceci peut d'ailleurs varier entre les médecins et entre les patientes et les patients.

En Suisse des lois existent par rapport à la réanimation et aux traitements médicaux pour la fin de vie. Le concept même d'« acharnement thérapeutique » n'est toutefois pas précisément considéré. Les articles 370 et 379 du code civil suisse encadrent les situations de réanimation (Code civil suisse RS 210).

En Suisse, depuis janvier 2013, le nouveau droit de la protection de l'adulte stipule que les médecins doivent respecter le droit à l'autodétermination des patients; dans le cas de personnes sans discernement, fait foi leur prise de décision préalable au travers des directives anticipées ou de la décision de leur représentant thérapeutique (Rubli Truchard et al. 2017 : 320).

Dans certains cas toutefois, les médecins doivent prendre la décision à la place des patients ou patientes. L'article de Rubli Truchard et al. (2017) mentionne que les patients et patientes peuvent avoir une conception erronée de la réanimation à cause de l'image véhiculée par les médias, et peuvent avoir des attentes irréalistes. Il rappelle que conformément « aux recommandations de l'ASSM⁷, la RCP⁸ doit être envisagée uniquement si le patient a une chance de survie immédiate et à long terme sans séquelles neurologiques graves » (Rubli Truchard et al. 2017 : 321). En effet, selon la brochure des directives de l'ASSM le « droit à l'autodétermination atteint ... ses limites lorsque la personne concernée exige l'« impossible », c'est-à-dire des traitements futiles » (ASSM 2013). Les médecins ont un droit de décision dans certaines circonstances, mais l'avis des patients et patientes doit tout de même être recueilli, inscrit et respecté lorsque cela est possible selon la loi.

2.6 L'« acharnement thérapeutique » en tant que formule ou séquence figée

La notion de « formule » ou « séquence figée » s'applique aux termes « acharnement thérapeutique » (Krieg-Planque 2009 ; Delorme 2015 ; Mejri 2015). Comme le stipule Alice Krieg-Planque, en faisant référence à Faye (1972a ; 1972b) une « formule »

⁷ Académie suisse des sciences médicales.

⁸ Réanimation cardiopulmonaire.

- présente un caractère figé ;
- s'inscrit dans une dimension discursive ;
- fonctionne comme un référent social ;
- comporte un aspect polémique. (Krieg-Planque 2009 : 63)

La signification d'une formule dans son entièreté, est plus ou moins liée à la signification de chacun de ses éléments pris séparément. De plus, il est possible de faire référence à la formule entière, en n'en prononçant qu'une partie (Krieg-Planque 2009). Pour ce qui est de l'« acharnement thérapeutique », parfois prononcé uniquement « acharnement », la formule s'est, dans certains cas, éloignée de la signification de chacun de ses deux termes considérés séparément. Une telle formule peut avoir une signification générale partagée par un grand nombre de personnes, mais ne couvre pas nécessairement le même champ sémantique dans l'esprit de chacune de ces personnes. Comme expliqué par le docteur Nicolas Beysard « la représentation des gens face à cet acharnement, [peut être] différent[e] » (36.9° : 5m56s). C'est ce qu'Alice Krieg-Planque indique en expliquant, qu'« il existe une subjectivité des locuteurs, qui s'exerce dans une situation de discours donnée » (Krieg-Planque 2009 : 68). Le figement ainsi que le référent social n'étant pas fixes et absolus, la formule peut être considérée différemment selon les personnes.

Aussi une même construction pourra-t-elle être perçue comme figée par certains interprétants dans un certain contexte, mais être perçue comme libre par d'autres interprétants dans ce même contexte (ou par les mêmes interprétants dans un contexte différent). (Krieg-Planque 2009 : 68)

La formule a un statut figé, qui véhicule une signification, mais le sens de ses composantes séparées reste dans une certaine mesure. Ce que Nicolas Beysard mentionne par rapport à son expérience en disant : « Moi j'ai jamais entendu personne me dire, je veux qu'on s'acharne sur ma situation » (36.9° : 5m02s). Malgré une signification qui varie selon les personnes, « acharnement thérapeutique » garde majoritairement une connotation négative, à cause du terme acharnement qui évoque une attitude néfaste.

L'utilisation d'une telle formule est néanmoins profitable du fait qu'elle permet d'exprimer, à l'aide d'un nombre restreint de mots, un concept complexe et qui a une signification partagée socialement. De ce fait, parler d'« acharnement thérapeutique », dans la presse par exemple, permet de faire référence à une notion sans devoir entrer dans une description précise. Elle génère toutefois, du fait de sa signification variable, des problèmes dans des contextes où la

précision est importante. Notamment le milieu médical où les traitements nécessitent une rigueur particulière.

2.7 L'analyse conversationnelle et son utilité pour ce travail

Au-delà du fait que l'analyse conversationnelle a déjà servi à définir et à démontrer le contexte institutionnel des conversations, elle sert dans le présent travail à pouvoir observer directement, dans les extraits analysés, l'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique », et d'en déduire, ou du moins d'en supposer l'intérêt et les conséquences dans un tel contexte. L'analyse conversationnelle ne peut pas servir à expliquer les raisons ou les motivations des personnes observées, car elle ne permet que de constater le langage utilisé, sans explications annexes. Elle peut toutefois être un outil pour expliquer certains faits sociaux ou étayer certaines théories (Gill et Roberts 2012 : 577-8). C'est en ce sens qu'elle est utilisée dans le cadre de ce travail.

L'analyse conversationnelle, fondée par Harvey Sacks et s'inspirant de l'ethnométhodologie, développée par Harold Garfinkel (Sidnell et Stivers 2013), a servi à théoriser la structure d'une conversation et à rendre compte du comportement des locuteurs ou des locutrices dans les échanges langagiers. On en a déduit une organisation habituelle des échanges entre les gens, ce qui suppose l'attente d'un déroulement logique. Des outils et une terminologie propres à ce domaine servent à rendre compte des codes et des structures de la conversation (Gülich et Mondada 2001). La méthode de l'analyse conversationnelle passe par l'enregistrement de conversations, une transcription fine à l'aide de signes conventionnels, et la description de l'enchaînement des actions (Jefferson 2004). Cette pratique a généré une théorie de la conversation avec des règles et des notions pour traiter des différents phénomènes et des éléments constitutifs d'une conversation.

L'analyse conversationnelle étudie les règles sous-jacentes au fonctionnement des conversations et des échanges communicatifs ... L'analyse conversationnelle s'insère dans le champ plus large de la linguistique de l'interaction qui étudie, dans une perspective fondamentalement dialogale, des unités supérieures à la phrase. (Dubois et al. 2002 : 35)

Cette démarche rend possible le fait d'interpréter les éléments par rapport aux réactions et aux manières de parler, qui se manifestent grâce à des conventions. La transcription fine permet de rendre compte de certains phénomènes langagiers comme les pauses, les hésitations, le volume de la voix et l'intonation notamment.

L'analyse conversationnelle a été utilisée ensuite dans des contextes spécifiques, ce qui a généré l'analyse conversationnelle institutionnelle, qui consiste à observer des phénomènes langagiers par rapport à un certain contexte, avec des règles spécifiques. Comme l'explique Heritage :

Its focus is to use basic CA as a resource to understand the work of social institutions, such as the police, law, education, medicine, mass media, and so on. ... these findings ... are historically contingent and subject to processes of social change⁹ (Heritage 2004 : 105).

Grâce à une analyse des conversations dans un contexte institutionnel, il est possible de décrire et de comprendre le fonctionnement de l'institution. L'observation du comportement des personnes impliquées renseigne sur le rôle de ces personnes et leurs relations.

Charles Antaki (2011) indique, en évoquant Paul Drew (2010), que l'analyse conversationnelle a déjà été utilisée dans la communication lors d'entretiens médicaux, et que la popularité de cette pratique va probablement augmenter. Ce type d'analyse a permis de mieux comprendre comment les médecins et les patients ou patientes communiquent et a aussi servi à démontrer la manifestation de faits sociaux comme la supériorité hiérarchique des médecins ou l'asymétrie des rôles dans la gestion des entretiens (Antaki 2011 : 13 ; Drew 2010). Elle a permis de théoriser une structure standard d'entretiens médicaux et d'observer quels problèmes de communications pouvaient découler d'une telle structure (Gill et Roberts 2012). L'analyse conversationnelle permet également de cibler un problème de communication en observant la manière dont il se manifeste, puis de trouver des solutions en agissant sur la gestion de la conversation (Antaki 2011 : 8-9). Cette pratique, appelée « analyse conversationnelle appliquée » ou *Applied CA*, a déjà servi à résoudre des problèmes de communication lors de consultations médicales (Antaki 2011). Ce travail propose d'observer l'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » dans des entretiens sur la réanimation, pour en analyser les conséquences par rapport au contexte et au but institutionnels. Sur la base de ces observations, il sera possible de suggérer des possibilités d'améliorer la gestion de la conversation, en condamnant la formule ou alors en proposant d'autres manières de l'utiliser.

⁹ Son objectif est l'utilisation de l'analyse conversationnelle basique comme ressource pour comprendre le travail d'institutions sociales, comme la police, la loi, l'éducation, la médecine, les médias de masse etc. ... ces résultats ... sont dépendants de l'histoire et sujets aux processus de changements sociaux. (Ma traduction)

3. Méthodologie

3.1 Sélection et constitution des données

Le présent travail propose une analyse d'extraits de consultations médicales sur la réanimation cardiopulmonaire venant d'un corpus d'entretiens enregistrés en Suisse romande, qui a déjà servi à d'autres recherches consacrées à la manière dont les médecins délivrent les informations lors de discussions sur la réanimation (Sterie et al. à paraître a ; à paraître b). L'ensemble comporte quarante-quatre¹⁰ extrais recueillis dans un centre de rétablissement pour personnes âgées nommé Sylvana, entre juin 2017 et janvier 2018. Ces extraits ont été enregistrés et transcrits puis conservés sous forme de fichiers textes et audio. Des informations sur les médecins et les patients et patientes, comme le sexe et l'âge, ainsi que leurs intentions en matière de réanimation cardiopulmonaire y figuraient également. Les conversations enregistrées font partie d'entretiens de routine qui ont lieu lors de l'admission des patients et patientes dans l'établissement. Elles ont pour but d'établir un contact entre les médecins et les personnes accueillies ainsi que de se renseigner sur leur historique médical, d'évaluer leurs capacités cognitives et d'effectuer un premier examen physique. Par ailleurs, les médecins ont l'obligation de questionner les patients et patientes sur leurs volontés en termes de réanimation dans l'éventualité d'un arrêt cardio-respiratoire, de manière à pouvoir inscrire leurs choix dans un dossier médical (Sterie et al. à paraître b). Ces informations sont indiquées dans le corpus pour chaque patient et chaque patiente. En plus de cela, leurs volontés en termes de réanimations inscrites dans leurs dossiers avant l'entretien sont également mentionnées. Grâce à cela, il est possible de comparer l'avis des patients et patientes avant et après l'entretien, et de constater s'il a changé. En plus des consultations médicales, et des informations sur les personnes, une série d'entretiens avec les médecins avait également été effectué dans le cadre des recherches de Sterie et al. (Sterie et al. à paraître a). Dans ces entretiens les médecins commentent les consultations enregistrées et leurs discussions avec les patients et patientes. Ces discussions, qui avaient été enregistrées et transcrites, étaient également contenues dans le corpus sous forme de fichiers audio et texte.

Dans le but de cibler un angle d'observation pour ce travail, les quarante-quatre extraits du corpus, qui avaient déjà été enregistrés et transcrits pour d'autres recherches, ont été écoutés et

¹⁰ Les deux articles de recherche basés sur le même corpus (Sterie et al. à paraître a ; à paraître b) mentionnent quarante-trois extraits.

lus. L'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » est apparue comme un élément singulier car, dans certains cas, elle semblait avoir un effet important sur le déroulement des entretiens. Lorsque la formule était prononcée, des interrogations en découlaient parfois, ce qui altérait la fluidité de la conversation. Les douze séquences contenant la formule « acharnement thérapeutique » ont été isolées pour être observées de manière plus précise. Les conversations n'avaient, à l'origine, pas été transcrites selon les normes de transcription fine, dans le but d'en effectuer une analyse conversationnelle. Il a été nécessaire de retranscrire les extraits sélectionnés selon les normes et les codes précis, propres à une telle analyse, de manière à indiquer les pauses, les chevauchements de parole, les changements de volume de voix, les intonations, les hésitations ou les mots tronqués, ainsi que les éventuels bruits ou sons parasites. Grâce à cela il a été possible d'observer les manières de s'exprimer des personnes, et comment se manifestent les réactions à la formule. Les extraits qui ne contiennent pas la formule « acharnement thérapeutique », s'ils n'ont pas été transcrits pour une analyse conversationnelle, ont tout de même été pris en compte dans les analyses. Ils ont été utilisés, avec les données personnelles des patients, patientes et médecins, pour constater les proportions d'utilisation de la formule en fonction du rôle institutionnel, de l'âge ou du sexe. Les entretiens effectués avec les médecins en parallèle aux consultations ont également été utilisés pour les analyses et les discussions. Les avis et les sensations exprimés par les médecins par rapport à leur manière de mener les entretiens ainsi que leurs impressions sur certaines situations ou certains événements ont pu être mis en relation avec les analyses effectuées sur les extraits.

3.2 Limites des données

Le corpus observé est très restreint et ciblé. L'analyse conversationnelle étant une pratique précise et délicate qui nécessite un travail de transcription et d'observation minutieux, une étude quantitative n'a pas été possible pour cette recherche. Seules les conversations qui contiennent la formule « acharnement thérapeutique » ont été analysées. Les caractéristiques comme le sexe ou l'âge n'ont été que très peu prises en compte dans les analyses. Il n'est pas possible ni cohérent d'effectuer un travail quantitatif pertinent en se basant sur un ensemble de 44 extraits. Il est possible de constater ou de supposer des tendances d'utilisation de la formule, en fonction de l'âge ou du sexe par exemple, dans une certaine mesure, mais des recherches sur des populations plus importantes seraient nécessaires pour obtenir des résultats significatifs. Ce travail permet de constater certains effets de la formule par rapport au contexte de la réanimation en centre pour personnes âgées, mais il n'est pas possible de généraliser les

résultats obtenus. Ces analyses pourraient servir de point de départ à une recherche plus large, couvrant un corpus plus grand, ce qui permettrait de conforter les observations et de généraliser les résultats, ou alors de les nuancer.

4. Analyse

4.1 Le déroulement et l'issue des conversations

Une grande partie des analyses de ce travail s'articule autour de recherches effectuées dans les travaux de Sterie et al. (à paraître a ; à paraître b), sur le même corpus d'entretiens. Ces recherches indiquent que les conversations du corpus sont des entretiens de type interrogatoire qui ont pour but institutionnel de renseigner les médecins sur les choix des patientes et des patients, par rapport à la réanimation, ou à l'intubation (Sterie et al. à paraître a ; à paraître b). Les extraits transcrits sont des séquences faisant partie d'entretiens plus longs et consistent la plupart du temps en « quatre phases: introduction, demande de préférence du patient ou de la patiente, clarification et/ou confirmation de la décision et clôture¹¹ » (Sterie et al. à paraître b). Les médecins ont l'obligation d'avoir ces conversations pour en retirer des informations et les inscrire dans les dossiers des patients et patientes, et verbalisent souvent que les questions posées sont une obligation et une formalité (Sterie et al. à paraître b). Ces indications, en plus de révéler l'embarras provoqué, permettent aux médecins de se défaire de la responsabilité de la question, en indiquant qu'elle est dictée par le système, mais mettent aussi en évidence le sérieux de la discussion (Sterie et al. à paraître b). Pour passer à ces phases de questions les médecins doivent interrompre ou conclure la phase précédente, généralement une conversation pour effectuer une évaluation de la santé des patients et patientes. De manière à pouvoir initier cette phase, les médecins doivent effectuer une transition. Les questions sont souvent précédées d'une séquence de préexposition, pour tenter de minimiser le choc pour les patients et les patientes. Ces sortes de préparations ou de préventions à un sujet difficile ou désagréable sont appelées « pre-delicate perturbations » en référence à Silverman et Peräkylä (1990) (Sterie et al. à paraître b).

Sterie et al. (à paraître a ; à paraître b) et Rubli Truchard et al. (2017 : 321) indiquent que les débuts des séquences sur la réanimation, ainsi que la manière de poser la question aux patients et patientes sont des éléments fondamentaux par rapport au déroulement de la conversation. Sterie et al. (à paraître b) relèvent que dans 84% des extraits la demande est « une question hypothétique centrée sur la possibilité d'un arrêt cardiaque ... structurée comme une

¹¹ *Of four phases: introduction, request for patient's preference, clarification and/or confirmation of the decision, and closing.* (ma traduction)

proposition en “si” en deux parties¹² ». Le conditionnel avec « si », ainsi que l’indication que la question a probablement déjà été posée sont des manières de provoquer une réponse anticipée des patientes ou patients, ce qui soulage les médecins du fait de formuler la question en entier. Ce type de demande évite de prononcer une question désagréable et risque moins d’influencer les patients ou patientes, en leur laissant plus de liberté (Sterie et al. à paraître b ; Lerner 1996). C’est également une manière de laisser les patients et patientes donner les informations avant la fin de la question, et permet aux médecins de ne pas influencer avec une demande trop dirigée, et leur évite également de poser des questions désagréables. Tenter de susciter une réponse anticipée implique toutefois que les patients ou patientes aient déjà une idée claire de leur réponse, et ne fonctionne pas dans tous les cas (Sterie et al. à paraître b). L’imprécision des questions provoque parfois un inconfort chez les patients et patientes, qui se manifeste souvent par du silence (Sterie et al. à paraître b). De plus, il est possible que les patients et patientes aient déjà dû répondre à ces questions, et ne comprennent pas l’utilité de devoir se répéter (Sterie et al. à paraître b).

4.1.1 La mise en place des personnes et la difficulté du sujet

Par rapport au but institutionnel de ces séquences d’entretiens, la conversation idéale serait un interrogatoire simple où une question serait suivie d’une réponse qui renseigne immédiatement les médecins sur le choix des patients ou patientes. On aurait un cas de figure où question et réponse s’enchaînent sans interruption, et le sujet serait uniquement centré sur la réanimation. Comme discuté précédemment, ces séquences sont particulièrement délicates du fait du sujet abordé. La difficulté de ces conversations, mentionnée par les médecins autant que par les patientes et patients, incite toutes les personnes participant à la conversation à adoucir la transition vers cette séquence. Souvent, pour des raisons de politesse, de la gêne et de l’inconfort se manifestent dès le début de la séquence. Un travail des faces apparaît également parfois, sous forme de verbalisation des difficultés, de manière à réduire le choc de la conversation. Tous ces éléments se manifestent dans les transcriptions des extraits. Les médecins formulent parfois des excuses ou semblent vouloir se montrer aussi peu autoritaires que possible, de manière à préserver au maximum les faces, autant positives que négatives, des patientes et des patients. Les patients et patientes semblent parfois vouloir revenir à un autre type de conversation, ou encore montrent des signes de lassitude par rapport à ce type

¹² *A hypothetical question centering on the possibility of cardiac arrest ... structured as a two-part conditional “if” clause.* (ma traduction)

d'interaction. Certains et certaines indiquent parfois ne pas vouloir coopérer, en évitant ou même en refusant les sujets proposés par les médecins, en racontant des faits qui ne sont pas en lien direct avec les questions par exemple, ou en tentant de raccourcir les phases d'interrogatoire en stipulant qu'elles n'ont pas lieu d'être, ou encore en donnant des réponses courtes.

On trouve dans les extraits analysés, de nombreuses manifestations de la gêne occasionnée ainsi que des démarches pour la réduire au maximum. On peut voir des tentatives de minimisation de l'importance de la séquence de questions, comme la mention que « pour terminer », il reste une « dernière question » ou même « une p'tite question ». Les médecins formulent souvent ces minimisations dans une pré-séquence, qui leur permet de ne pas poser la question directement (Gülich et Mondada 2001 : 214). Des médecins s'excusent même pour la gêne occasionnée. Les questions sur la réanimation sont présentées comme des « FTA », qui menacent les patients ou les patientes (Kerbrat-Orecchioni 2010 : 112), et les excuses servent de « anti-FTA » ou de « softeners » pour adoucir l'expression de l'acte menaçant (Kerbrat-Orecchioni 1995a). On observe également dans les questions une démonstration de l'aspect hypothétique comme : « si jamais », « ça arrive assez peu souvent », ou même « c'est pas ici que ça va arriver mais on sait jamais », ainsi que des justifications comme « c'est vraiment une question qu'on pose à tout le monde », « parce qu'j'suis obligé de vous poser la question » ou encore « vous avez déjà peut-être eu cette discussion avec un collègue ». On a par ailleurs, dans dix extraits sur les douze, des passages de rires ou de plaisanteries qui servent à dédramatiser et à faire retomber la pression impliquée par le sérieux du sujet. Plusieurs fois les médecins disent en riant « j'arrête de vous embêter » ou une autre phrase similaire, qui indique tout de même une certaine contrainte pour les médecins ainsi que pour les patients et patientes, tout en essayant de réduire la pression émotionnelle.

Pour les patients et patientes, se trouver dans un contexte d'interrogatoire est relativement inconfortable. Devoir donner une réponse précise peut induire une pression. On voit, notamment au travers de nombreuses hésitations et pauses, que les patients et patientes ne sont pas à l'aise avec le fait de se prononcer sur ce sujet. Certains ou certaines verbalisent même leur inconfort en disant par exemple « qu'est-ce que je dois vous répondre ? ». On peut voir aussi, par rapport aux justifications données avec les réponses, que certaines personnes craignent l'impression qu'auront les médecins. Dans des phrases comme « c'est pour revenir grabataire, c'est pas la peine », « s'il n'y a plus rien à faire si j'deviens un légume, alors non » ou « si c'est pour rester handicapée, non », on peut voir que les patients et patientes disent

préférer qu'on les laisse mourir plutôt que de se retrouver dans de mauvaises conditions physiques, mais estiment nécessaire de justifier leurs choix, ce qui peut indiquer une impression de jugement, comme s'il y avait une potentielle bonne réponse. Ceci se manifeste d'ailleurs dans une conversation où une patiente demande « qu'est-ce que je dois vous répondre », ce à quoi la médecin répond « il y'a pas de bonne ou d'mauvaise réponse ».

Plusieurs patients et patientes montrent des signes d'incertitude par rapport à leurs choix, malgré une volonté déjà indiquée dans leur dossier. En plus du fait que le souhait puisse changer avec le temps, le code indiqué dans le dossier ne signifie pas nécessairement que le sujet ait été discuté consciencieusement (Sterie et al. à paraître b). Il se peut aussi que des signes de gêne viennent du fait que les patients et patientes n'ont pas envie de devoir se prononcer une nouvelle fois sur un même sujet. Ceci se remarque chez certains patients et certaines patientes qui verbalisent le fait qu'on leur a déjà posé la question, en disant par exemple « c'est partout, ça se répète ... on me l'a posée au chuv, on me la repose ici ». En tous les cas, pour les patients et les patientes, le choix est difficile à verbaliser, par rapport aux actes médicaux à accepter ou non. Cela peut en effet se rapporter à choisir de vivre ou de mourir (Sterie et al. à paraître a), et peut peut-être susciter des craintes par rapport au fait de se sentir jugé, sur le fait de tenir ou non à la vie.

4.1.2 L'évitement du sujet

Comme mentionné précédemment, le sujet est émotionnellement lourd pour toutes les personnes impliquées et force à parler de sujets embarrassants comme la mort, l'espérance de vie ou encore les traitements médicaux lourds. Les médecins ainsi que les patients et patientes métacommuniquent parfois pour signifier l'inconfort et les difficultés ressenties, en disant par exemple « c'est une grande question ça » ou encore « c'est une question difficile ». Les patients et patientes utilisent des méthodes pour éviter les termes ou les sujets désagréables. On peut remarquer, en observant les conversations, que malgré le lien direct du sujet de la réanimation avec la mort, un seul extrait sur les douze y comporte une référence littérale. Une patiente prononce la phrase « c'est mieux mourir sans souffrir », à laquelle la médecin répond avec les mêmes termes. D'autres patients et patientes utilisent des métaphores pour évoquer la mort, ou y font référence en parlant de sujets liés, comme « j'suis en âge de partir quand même » ou « je suis prête pour m'en aller ». On observe à l'opposé que le mot « vie » est utilisé dans les justifications des choix, comme par exemple dans les phrases « tant qu'il y a de la vie il y a de l'espoir » ou « j'aime la vie comme tout le monde ». Les médecins ne parlent pas non plus de

la vie ou de la mort des patients ou patientes de manière littérale. À part les références aux actes médicaux spécifiques comme « massage cardiaque », « réanimation », « qu'est-ce que vous souhaiteriez que les médecins fassent », ou les références aux complications possibles comme « si le cœur il venait à s'arrêter » ou « s'il vous arrivait quelque chose de très très grave », il n'y a pas de mention de vie ou de mort.

Parmi les extraits, une situation illustre bien ces différents points :

Extrait 1 :

```
1 MA13 y a UNE question qu'on DOIt vous poser=effectivement c'est=celle que votre
2 petite-fille eu:h euh vient de: (.) d:e di:re (...) C'EST une situation
3 ra:re (.) MA:is (.) si le cœur s'arrête (..) QU'est-ce que vous voulez
4 qu'on fasse\
5 PAT62 eu:h XXXX (.) hmm MOI j'sais pas j'suis un battant\ vous voyez/ je (.)
6 euh j- (.) pui:s TANT qu'il y a de la vie il y a de l'espoi:r quoi\
7 MA13 mmhmmh/ (..) hmm (..) DONC (.) est-ce que vous aimeriez qu'on fasse une
8 Réanima[ tion/ ] (.) CARdiaque/
9 PAT62 [ ouai:s\]
10 PAT62 ouai:s\
11 MA13 on fait le MAssa:ge et puis si il fau:t on doit mettre un tube dans la
12 gorge\
13 PAT62 ouais ouais\
```

*Conventions de transcription en annexe 1

Dans cet extrait de consultation on peut voir très clairement les manifestations de malaise, comme des allongements vocaliques, des pauses ou des « euh » qui démontrent une incertitude (Gülich et Mondada 2001 : 196). Ces signes se manifestent lorsque MA13 (la médecin) pose la question ainsi que lorsque PAT62 (le patient) débute sa réponse (lignes 1 à 3 et 5 à 6). On voit également, aux lignes 2 et 3, que MA13 explique que la situation est rare, pour signifier que la question ne concerne pas l'état actuel de PAT62. MA13 pose la question, de la manière décrite par Sterie et al. (lignes 3 et 4), avec une première partie en « si », et une pause, qui permettrait au patient de prendre la parole (Sterie et al., à paraître b; Gülich et Mondada 2001 : 207). Toutefois malgré cette pause (ligne 3), le patient ne formule pas une réponse à ce moment-là. On voit ensuite, aux lignes 5 et 6, que PAT62 ne répond pas directement à la question, ce qui implique que MA13 doit en poser une autre (lignes 7 et 8), plus précise, pour obtenir une réponse claire.

4.2 L'interrogation

4.2.1 La manière de poser la question

La pré-séquence, dans les extraits analysés, est souvent un énoncé « métadiscursif » (Gülich et Mondada 2001 : 214). Le fait d'induire la question qui va suivre peut permettre aux patients et patientes de la déduire et de répondre par anticipation. Ceci est une bonne manière de laisser la liberté aux patientes et patients de donner leur avis sans que les médecins n'influencent. Selon l'article de Ferré Ibáñez et al (2019), une bonne manière de gérer la séquence d'interrogation est de poser « des questions ouvertes, avec le moins possible d'a priori, qui laissent au patient l'opportunité de donner des réponses élaborées » (Ferré Ibáñez et al. 2019 : 2054). En effet, ils indiquent que,

Trop souvent, l'avis du patient est traité à travers une question fermée (par exemple, "Est-ce que vous voulez qu'on vous réanime?"), qui n'encourage pas les élaborations. En revanche, une question ouverte qui incite les patients à partager leurs connaissances, réflexions et expériences concernant la réanimation et les discussions précédentes à ce sujet ... serait préférable. Cette pratique permettrait au médecin de se rendre compte des connaissances préalables du patient et d'évaluer son besoin d'informations supplémentaires (Ferré Ibáñez et al. 2019 : 2054).

L'intérêt de laisser les patients et patientes s'exprimer librement est une manière de s'assurer que leurs réponses ne sont pas influencées par les médecins, et également d'estimer leur compréhension de la question de la réanimation. Malgré cela, comme les patients et patientes n'ont pas forcément déjà pris leur décision, il est nécessaire de poser des questions de plus en plus précises, comme indiqué dans l'extrait 1. La manière de poser la question peut toutefois influencer la réponse qui va en découler. Du fait de la politesse qui implique de répondre de manière préférentielle, le type de question posée induit l'attente d'une réponse particulière et aura une influence sur la réponse, ou du moins sur l'aisance que les patients ou patientes auront à répondre. Répondre à une question totale par autre chose que oui ou non, par exemple, implique un effort. Ceci se manifeste dans les extraits, car en cas de silence ou de réponse incohérente, la non-préférence se manifeste par des problèmes (Gülich et Mondada 2001 : 213-4). On peut imaginer que les questions partielles sont moins efficaces que les questions totales, pour obtenir des réponses concrètes et précises. Dans les extraits, les questions partielles comme « qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse ? » ou « qu'est-ce que vous souhaiteriez que les médecins fassent ou ne fassent pas ? », qui supposent une grande connaissance de la part des

patients et patientes, provoquent parfois du malaise et sont suivies par des pauses ou des hésitations.

4.2.2 Formuler une réponse

Pour les personnes qui ne sont pas à l'aise avec le sujet, ou qui le connaissent peu, il est plus facile de répondre par oui ou par non, que de formuler une phrase entière par rapport à la réanimation. Dans un contexte où les médecins ont plutôt un rôle directif, les patients ou patientes peuvent ressentir une déstabilisation du fait d'avoir soudain une grande responsabilité. Face à une personne expérimentée dans le domaine, et en ne l'étant pas soi-même, il peut être intimidant de révéler sa décision. On constate par ailleurs, que dans l'ensemble des extraits analysés, les patients et patientes qui se prononcent de manière anticipée ou qui répondent sans signes de difficulté aux questions partielles semblent convaincus et convaincues de leurs décisions et refusent les traitements. Ceci coïncide avec le fait, soulevé par Sterie et al., que les médecins qui anticipent un refus de réanimation ont tendance à laisser plus de liberté de réponse, et que les patients ou patientes qui ne veulent pas de réanimation ont tendance à l'annoncer sans qu'on leur pose la question (Sterie et al. à paraître b). On peut remarquer au travers des extraits, que la personnalité ainsi que l'état de santé des patients et patientes peut avoir une grande influence sur le déroulement de la conversation, par rapport au rôle institutionnel, ou du moins sur la possibilité de le négocier. Selon leur capacité de compréhension et leur attitude, la coopération pourra être plus ou moins grande avec les médecins. Pour deux patientes par exemple, des problèmes d'audition obligent les médecins à souvent répéter leurs questions, à parler plus lentement ou plus fort. Des patients ou patientes en meilleure santé participent de manière plus active à la conversation, et peuvent plus aisément négocier leur rôle ou changer de sujet.

Les questions posées aux patients et patientes par rapport à la réanimation, sont une manière de leur laisser le choix. Ce n'est cependant pas un choix évident, et leur confère une grande responsabilité. Ces contraintes peuvent pousser les patients et patientes à essayer d'éviter le sujet, ou encore à écourter au maximum le temps de conversation de manière à s'épargner de la gêne. Même si certains patients ou certaines patientes ont déjà pris leur décision par rapport à la réanimation, donner une réponse claire n'est pas un acte facile. De ce fait l'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » peut être un moyen de faciliter la communication car la formule « en tant que référent social [et en tant que] signe qui évoque quelque chose pour tous à un moment donné » (Krieg-Planque 2009 :101), permet de faire référence à la réanimation en

général, avec peu de termes. Elle n'est cependant pas toujours considérée comme une équivalence à la réanimation. Dans les extraits, on peut remarquer une influence des questions en observant la manière de répondre des patients et des patientes. La façon dont les médecins abordent la réanimation est importante pour la collecte d'informations. Une médecin qui figure dans le corpus, décrit sa manière d'engager la discussion lors d'un entretien en rapport avec les consultations. Elle explique que

quand on disait réanimation de manière globale ils parlaient toujours "je veux pas d'acharnement thérapeutique" par exemple. Ce qui ne veut pas dire forcément grand-chose. Qu'est-ce que c'est ? pour une personne c'est pas forcément la même chose que pour quelqu'un d'autre. Donc en général j'avais en tête d'abord par rapport au massage cardiaque. Soit je posais une question très ouverte en demandant qu'est-ce qu'il pensait de la réanimation, quelque chose de très... voilà. Soit je commençais avec un exemple dans l'idée "si voilà le cœur un jour venait à s'arrêter est-ce que vous voulez qu'on essaie de le réanimer?" avec quelque chose du coup qui était plus concret et puis où il n'y avait pas la... du coup j'avais pas la réponse "je ne veux pas d'acharnement thérapeutique" ... J'avais plus la réponse "est-ce que oui ou non je veux un massage ?

Dans cette explication on comprend une volonté de poser la question de manière à obtenir une réponse la moins vague ou ambiguë possible. La réponse contenant la formule « acharnement thérapeutique » est considérée comme problématique. La médecin explique ici que plus la question est ouverte ou large, plus la réponse risque d'être vague.

4.3 Les proportions d'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique »

Malgré la quantité restreinte d'extraits, il est possible d'observer des tendances parmi les choix des patients et des patientes ainsi que des médecins. L'ensemble des conversations transcrites, dont une petite majorité des patients et patientes sont des femmes, soit environ 54,5%, nous montre qu'une majorité des personnes accueillies refuse la réanimation. Sur l'entier des extraits transcrits, selon les dossiers médicaux quinze personnes accueillies parmi les 44 acceptent la réanimation, et 29 refusent. On a environ 65,9 % des patients ou patientes du corpus qui ne souhaitent pas de réanimation. Malgré le fait que la littérature indique que les discussions sur la réanimation peuvent influencer le choix des patients et patientes (Sterie et al. à paraître ; Modes et al. 2019), parmi les 44 extraits du corpus, dans deux cas seulement l'avis exprimé durant l'entretien enregistré est différent de celui indiqué dans les dossiers avant l'entretien. Une personne dont le dossier signalait un refus de la réanimation a indiqué l'accepter, et l'autre l'inverse. Trois autres personnes ont donné leur avis lors du premier entretien, alors que rien

n'était inscrit dans leurs dossiers auparavant. Pour toutes les trois, le dossier indique une acceptation de la réanimation. Ces observations tendraient à démontrer que pour ces entretiens, la discussion par rapport à la réanimation n'a pas eu une grande influence sur les décisions, toutefois il est important de signaler que, selon les observations de Sterie et al. (à paraître b), le code indiqué dans le dossier ne signifie pas nécessairement « que le sujet a été discuté et que l'attitude du patient [ou de la patiente] n'a pas changé depuis », et également, « les médecins le documentent parfois uniquement sur la base de l'évaluation médicale. De plus, on ne sait pas dans quelles circonstances cette décision a été prise et si le patient [ou la patiente] a participé activement¹³ » (Sterie et al. à paraître b).

4.3.1 La formule « acharnement thérapeutique » parmi toutes les conversations

Parmi les 44 extraits transcrits, douze (environ 27%) comportent la formule « acharnement thérapeutique ». Parmi ceux-ci, il y a dix refus de réanimation. Dix personnes sur les 29 qui refusent (environ 34,5%) utilisent la formule « acharnement thérapeutique » durant l'entretien. Le refus de la réanimation n'est, dans la plupart des extraits, pas effectué en utilisant la formule. Parmi les douze extraits qui comportent la formule « acharnement thérapeutique » toutefois, seulement deux personnes ont un dossier médical qui indique une volonté de réanimation. Environ 83,3% de ces patients ou patientes ne souhaitent pas de réanimation. Même si sur l'ensemble des conversations du corpus, il y a plus de personnes qui refusent la réanimation que de personnes qui l'acceptent (65,9%), l'écart est encore plus grand parmi les conversations qui contiennent la formule « acharnement thérapeutique ». Il est très fréquent que les conversations où cette formule est prononcée se soldent par un refus de la réanimation. Ceci est en accord avec la connotation potentiellement négative de la formule.

Sur l'ensemble des extraits, dans trois seulement la formule « acharnement thérapeutique » est prononcée d'abord par un ou une médecin, dont deux fois par le même médecin. Dans tous les autres extraits elle est prononcée par les patients ou patientes, ou par des gens qui les accompagnent. Le fait que sur 44 extraits de conversation, les médecins l'induisent dans la conversation dans trois cas seulement (6,8%), peut indiquer que ce n'est pas une formule usuelle pour un entretien, et qu'il est plus commun pour la patientèle de s'en servir que pour

¹³ *It assumes that having a prior code status documented means that the topic was discussed and that the patient's attitude has not changed since, though this is not necessarily true. According to our ethnographic observations, physicians sometimes document it based only on the medical evaluation. Also, it is unclear under which circumstances this decision was made and whether the patient actively participated. (ma traduction)*

les médecins. Cette proportion est de 25% des conversations où la formule est utilisée, ce qui semble indiquer que les médecins ne l'utilisent que dans des cas très particuliers, et n'ont pas un intérêt spécifique à le faire. Certains ou certaines médecins indiquent, lors de discussions en lien avec ces consultations, que la formule « laisse trop de place à l'interprétation » ou encore que « “je ne veux pas d'acharnement” ... ne veut pas forcément dire grand-chose ». Il est intéressant de noter également que les dossiers de certains patients ou de certaines patientes dont les entretiens ne contiennent pas la formule, indiquent « pas d'acharnement » comme recommandation, malgré l'aspect flou de la formule mentionné par des médecins.

4.3.1 L'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » selon les personnes

En observant la manière dont chaque personne aborde la question de l'« acharnement », on peut remarquer des tendances claires dans la manière de traiter la formule. En se concentrant sur la première mention de « l'acharnement » dans chaque conversation, on peut voir tout d'abord que dans neuf cas sur les douze extraits (75%), le mot « acharnement » est précédé d'un « pas ». La totalité des patientes et patients qui disent refuser l'« acharnement thérapeutique », le fait en disant « pas d'acharnement » ou « pas d'acharnement thérapeutique », à l'exception d'une patiente qui dit « l'acharnement non ». Les deux exceptions où l'acharnement n'est pas présenté de manière négative sont tout d'abord un médecin qui prononce « on a l'habitude de dire acharnement thérapeutique », et une accompagnante qui dit « concernant l'acharnement thérapeutique et tout ça ». On peut déduire de cela que dans tous les cas où le terme « acharnement » est utilisé par les patients ou les patientes pour donner leur avis par rapport à lui, il est refusé. Cette utilisation est également faite par une accompagnante qui parle au nom de la patiente en disant « on avait dit pas d'acharnement l'autre fois ». Il en est de même pour deux médecins qui se positionnent dans le rôle des patients et patientes, en disant par exemple « vous seriez plus pour une attitude conservatrice, qu'on fasse pas d'acharnement ? ». Il n'y a par contre aucun cas où l'on verbalise une acceptation de l'acharnement. Dans ces extraits, le terme acharnement n'est jamais utilisé de manière positive ou pour parler de l'acceptation des traitements médicaux. On n'a jamais de phrases comme « je veux de l'acharnement » ou « l'acharnement oui ». Ceci va dans le sens du témoignage du médecin Nicolas Beysard qui mentionne « Moi j'ai jamais entendu personne me dire, je veux qu'on s'acharne sur ma situation » (36.9° : 5m02s).

Deux des trois cas où elle est prononcée d'abord par les médecins indiquent une autre utilisation de la formule « acharnement thérapeutique ». Un des médecins dit « souvent les patients ils

nous disent pas d'acharnement ». L'autre dit « on a l'habitude de dire acharnement thérapeutique ». Dans ces deux cas, la formule est présentée comme quelque chose de fréquent, mais qui n'est pas une formulation usuelle en médecine. On peut voir dans cette pratique, une manière de signifier aux patients ou aux patientes, comment la formule peut être utilisée. La manière de l'amener indique toutefois une utilisation inhabituelle pour les médecins, en effet le médecin dit clairement « souvent les patients ils nous disent ». C'est une manière de se servir de la référence que peut avoir la formule pour les patients ou les patientes pour les aider à comprendre de quoi on leur parle (Krieg-Planque 2009 : 101), mais en signifiant clairement que normalement les médecins ne l'utilisent pas.

4.4 Les contextes d'utilisation de la formule

Le corpus contient 33 occurrences de la formule, sous diverses formes, dont la très grande majorité des occurrences sert à refuser l'acharnement. Toutefois, dans d'autres cas la mention de la formule sert à en parler, pour la définir, la confirmer ou l'expliquer. On trouve régulièrement la formule dans une seconde partie de paire question-réponse, et fréquemment seule, dans sa forme entière ou non. Plusieurs patients ou patientes annoncent leur refus en disant simplement « pas d'acharnement ». Ceci suffit à indiquer leur refus, et remplace potentiellement une phrase plus longue comme « je ne souhaite pas d'acharnement » ou « ne pratiquez pas d'acharnement ! ». Dans sept extraits sur les douze, on a une paire adjacente de type question-réponse où la première partie est une question par rapport à la réanimation, et la seconde comporte un refus de l'acharnement. Les séquences ne sont pas toutes identiques. Certaines comportent des paires enchâssées et la forme des questions et des réponses n'est pas toujours pareille. Les échanges ont cependant une structure très proche. Parmi ces paires adjacentes, dans cinq cas, la première partie de paire est une question partielle ou une question grammaticalement incomplète, sur la réanimation. Les deux autres cas sont des questions totales. On remarque que, selon le type de question dans la première partie de paire, les secondes parties de paire ne sont pas du même type non plus. Dans les cinq cas où la question est partielle, la seconde partie de paire est composée d'un tour de parole dont l'ensemble, ou une partie, comporte la formule, comme une réponse directe. On peut le voir dans l'exemple suivant.

Extrait 2 :

1 MA3 s'il vous arrivait quelque chose de très très grave:/ (..)h qu'est-ce
2 que vous souhaiteriez: que les médecins fa:ssent (.) ou ne fassent PA:S=
3 PAT17 =ça j'ai dé- r-jà répondu à cette question (.) plusieurs [fois]
4 MA3 [au chu:v/]
5 PAT17 oui
6 MA3 oui
7 PAT17 non\ pas d'acharnement thérapeutique ça °je XXX°
8 MA3 d'ACcord\ (.) okAY\

Ici, malgré un enchâssement d'une paire adjacente plus une ratification, aux lignes 3 à 6, on a une paire adjacente question-réponse qui fonctionne parfaitement. On voit quand même que PAT17 (la patiente) répond vite après la question partielle, et utilise la formule dans un tour de parole assez court. Dans l'exemple suivant on voit un comportement différent, mais ressemblant.

Extrait 3 :

1 MA15 c'est par rapport à l'attITU:de (.) en cas de complications\
2 PAT43 a:h oui:=
3 MA15 =donc si jamais il y a quelque chose de: de p- de plu::s (.) grave (.)
4 de plus [COM]pliqué qui vous arri:ve=
5 PAT43 [oui]
6 PAT43 =PAS d'acharneme:nt
7 MA pas d'acharne- donc vous=voulez PAS la (.) la réanimatio:n/ (.) c'est
8 PAS une option pour vous\ donc\

Dans cet extrait, après une pré-exposition assertion-réponse (lignes 1 et 2), malgré un chevauchement (ligne 5), on a une paire adjacente question-réponse (lignes 3 à 6). La réponse vient avant que la question ne soit complète grammaticalement. C'est un cas de « pre-delicate perturbation[] » avec une réponse anticipée (Sterie et al. à paraître b). On aurait pu imaginer une fin de question comme « que souhaiteriez-vous comme traitement ? » ou « est-ce que vous voudriez une réanimation ? ». Toutefois ici le fait de répondre avant la fin de la question ne limite pas le champ possible de réponses, comme pourrait le faire une question totale.

Un patient parmi ces cinq personnes a des difficultés à trouver la formule, et ne la prononce pas directement dans la seconde partie de paire. Malgré ses difficultés il tente, dès sa première réponse à la question (ligne 2), de dire qu'il a interdit l'acharnement thérapeutique. On aurait probablement exactement la même structure s'il s'était directement souvenu de la formule.

Extrait 4 :

1 MA13 si: le cœur S'ARRête (...) QU'est-ce que vous voulez que l'on Fasse
2 PAT48 AH moi j'ai:: (1.2).h eu:h INterdi::t/ (.) de::s (.) prolongements d'vie::
3 (...) abusifs\ (.) là\ on laisse aller ça s'arrête/ c'est fini/
4 MA13 si l'cœur s'arrête [on le laisse] aller\
5 PAT48 [c'est fini]
6 PAT48 on laiss:e=
7 MA13 =pas d'massage=
8 PAT48 =fini (.) pas de [NON]pas de: (..).h eu:h pas de:: AH[le terme]
9 MA13 [ouais] [de tubes]
10 MA13 d'intubation/
11 PAT48 hein/=
12 MA13 ça veut d- d'intubation ça veut dire qu'on met [un tube]
13 PAT48 [ah non] oui non (.) ce
14 (.) ça, surtout PAS\
15 MA13 d'a:ccord (.) okay alors (.) je le note comme ça l'équipe médicale est au
16 courant/ (.) E:T (.) S:I (.) il faut vous transporter au chu:v/ (.) pour
17 une raison ou pour une autre si vous CHUtez et puis qu'on POUrrait faire
18 quelque chose/ (..) EST-ce que vous seriez d'accord d'aller au chu:v
19 PAT48 euh euh JE:: (.) euh euh (1.6) comment va:is-je réPONdre là/ (1.7) JE ne
20 veux PAS euh de: (..) s:oins intenSif:s
21 MA13 d'accord\
22 PAT48 de de=de d'aCHarnement THÉrapeutique\ voILÀ\

On voit aux lignes 1 et 2 la même structure que dans les extraits précédents, mais PAT48 (le patient) cherche la formule et ne la trouve pas. On remarque d'ailleurs durant le reste de l'extrait qu'il subit les questions de MA13 (la médecin) et souffre de ne pas pouvoir prononcer la formule. Après les questions de MA13 « pas d'massage » (ligne 7) et « d'intubation » (ligne 10), PAT48 n'est pas à l'aise. Les mots « NON » (ligne 8) et « PAS » (ligne 20) accentués, ainsi que les pauses et les hésitations qui les suivent, démontrent de l'émotion et de la gêne. On peut voir que dans les trois tentatives où il ne parvient pas à trouver les mots, il instaure déjà la négation de la formule qu'il cherche. D'abord avec « interdit » (ligne 2) puis ensuite trois fois avec « pas » (ligne 8). Ce qui semble indiquer qu'il cherche à dire « pas d'acharnement ». Il prononce d'abord les mots « prolongements de vie abusifs » (lignes 2 et 3), puis il confond ensuite « soins intensifs » (ligne 20) avec « acharnement thérapeutique » qu'il recherche. Ces deux éléments indiquent clairement une association de la formule à des notions très négatives. D'abord le terme « abusif » qui paraît encore plus connoté qu'« acharnement », et ensuite les « soins intensifs » qui sont des traitements très lourds et qui signifient généralement un état grave. Le « voilà » (ligne 22) qui termine le dernier tour de parole du patient indique un soulagement d'avoir trouvé la formule qui aurait peut-être pu éviter une partie des questions qu'il a reçues avant. Dans ces trois cas (extraits 2, 3 et 4), la formule est utilisée pour répondre aux questions partielles ou même à formuler des réponses anticipées. Elle permet de raccourcir la conversation en évitant de futures questions potentielles ou en abrégant la question en cours.

Autant pour les patients et patientes que pour les médecins, elle permet d'éviter l'utilisation de termes en lien direct avec la mort, ou de poser des questions directes.

Dans les deux cas où la question est totale, la formule n'est pas utilisée exactement de la même manière. Dans un des deux cas (extrait 5), la paire adjacente n'est pas aussi nette.

Extrait 5 :

```
1  MA16  est-ce que VOUS vous aviez fait des Directives anticipées\  
2      (...)  
3  PAT49 ouais j'crois/  
4  MA16  oui:/  
5  PAT49 ouais à l'ep--à l'époque  
6  MA16  ah (.) d'accord/=  
7  PAT49 =pas d'acharn'me:nt  
8  MA16  [PAS d'acharnement/]  
9  PAT49 [ c'est (.) c'est  ] tout\  
10 MA16  okay/ très bien/
```

Dans cet exemple, la première partie de paire (ligne 1), ne concerne pas directement la réanimation, la question est « est-ce que vous vous aviez fait des directives anticipées ? », suivie d'une seconde partie de paire « ouais j'crois/ ». On peut aussi considérer les deux tours de parole suivants de MA16 (la médecin) comme des relances (lignes 4 et 6), et penser que le tour de parole « pas d'acharnement » (ligne 7) de PAT49 (le patient) est une seconde partie de paire au premier tour de parole de MA16. On peut voir ici une indication du choix fait précédemment et déjà inscrit dans le dossier, plutôt qu'une expression de sa volonté actuelle. Malgré tout il est intéressant de noter que son dossier indique une volonté de réanimation. Ici le « pas d'acharnement » peut être pris comme une réponse à la question sur les directives anticipées, ou alors comme une expression de son avis actuel. De plus le « c'est tout » prononcé par PAT49 à la fin (ligne 9) montre qu'il ne souhaite pas revenir sur la question ou changer d'avis. On peut également considérer la première paire adjacente (lignes 1 à 3) comme une pré-séquence et penser que PAT49 anticipe la totalité de la question qui va suivre, qui pourrait être : « Si votre cœur s'arrête, voulez-vous être réanimé ? », ou « Si votre cœur s'arrête, que souhaitez-vous que l'on fasse ? ». En ce sens, l'évocation des « directives anticipées » aurait suffi à suggérer la demande suivante à PAT49, ce qui a évité toutes les questions qui auraient pu en découler. Ici, poser « une question très ouverte », comme évoqué par MA5 dans un entretien, a servi à susciter une réponse par rapport au choix en termes de réanimation. Toutefois une ambiguïté subsiste à la suite de cet échange, du fait que la formule n'est pas questionnée.

Le deuxième cas est également particulier par rapport à la structure de la paire adjacente et l'utilisation de la formule.

Extrait 6 :

```
1 MA5 j'aurais encore UNE question/ (1.6) c'est par rapport à la réanimation\  
2 (2.0) si le COEU:R il venait à s'arrêter\  
3 PAT24 OUI  
4 MA5 est-ce que vous voulez qu'on ESSaie de réanimer/  
5 (3.1)  
6 PAT24 h offff (.) OUI\ (1.1) MAI:s euh pas d'acharnement\ hein/  
7 MA5 .h par ACharnement\ vous entendez quoi\  
8 PAT24 OUI si ça n'marche PAS eu:::h (.) en une ou deux FOis eu:h ben au  
9 revoir\=
```

On remarque deux paires adjacentes de suite, comme une pré-expansion assertion-réponse (lignes 1 à 3) suivie d'une paire question-réponse (lignes 4 à 6). On peut penser par contre que PAT24 (le patient) aurait pu, comme dans un des exemples précédents, produire un tour-de-parole pour refuser l'acharnement plus tôt. Ici le premier tour de parole de MA5 (la médecin) ressemble au passage de l'extrait 3 « donc si jamais il y a quelque chose de: de p- de plu::s (.) gra:ve (.) de plus [COM]pliqué qui vous arri:ve ». Ici PAT24 a réagi au tour de parole de MA5 « si le COEU:R il venait à s'arrêter\ », comme à une assertion ou une information qu'il accepte. Il n'anticipe pas, à la manière des cas précédents, en se servant des deux pauses du premier tour de parole de MA (lignes 1 et 2), ni de son tour à lui (ligne 3), pour formuler une réponse anticipée. Ici il attend la question totale « est-ce que vous voulez qu'on ESSaie de réanimer/ » (ligne 4) pour répondre.

Dans cet exemple, on peut observer la difficulté posée par la question totale. PAT24 est obligé d'adapter sa réponse pour utiliser la formule. Il ne peut pas, contrairement à certains autres cas, répondre uniquement « pas d'acharnement ». Il est tenu, du fait du type de question, de répondre par oui ou par non. Ce qu'il fait avant d'ajouter un « mais » qu'il utilise pour pouvoir ajouter la formule. La réponse « oui » suivie de la formule est intéressante dans ce cas. Malgré le fait qu'il dise ne pas vouloir d'acharnement, il accepte la réanimation en répondant oui à la question. Il met en opposition la réanimation et l'acharnement, contrairement à d'autres cas où les deux concepts sont présentés comme synonymes. La médecin qui figure dans cet extrait (MA5) s'est d'ailleurs prononcée sur ce point en indiquant que certains patients ou certaines patientes ont tendance à dire « non je veux pas d'acharnement », mais que « si on demande “massage cardiaque” “ah oui ça du coup oui” ». De ce fait, dire « pas d'acharnement » ne veut pas dire

« je ne veux pas de tentative de réanimation ». La médecin soulève la nuance que le patient induit :

MA5: Voilà, ouais. Et que du coup il ne voulait pas l'acharnement si la réanimation n'avait pas fonctionné.

INT: Ah ouais.

MA5: Et tandis qu'en fait, non, ils étaient d'accord à ce qu'on essaie mais que si ça marche pas du coup... j'ai l'impression que c'était un terme qui était trop... fin j'étais pas sûre que je comprenne la même chose que la personne en face de moi en fait, donc.

Cette nuance n'existe pas pour les médecins. Comme indiqué sur le site officiel de Sylvana, les médecins doivent clairement demander aux patients et patientes si elles ou ils souhaitent une tentative de réanimation par « des manœuvres de réanimation (massage cardiaque, respiration artificielle) et l'utilisation de différents moyens techniques visant à restaurer les fonctions vitales assurées par ces organes » (CHUV 2020). Il n'y a pas de situation proposée où les patients ou patientes peuvent choisir un degré de tentative de réanimation.

4.5 Les effets de la formule « acharnement thérapeutique »

Comme démontré à l'aide des extraits précédents, l'utilisation de la formule permet dans certains cas, principalement aux patients et aux patientes, de ne pas utiliser certains termes difficiles à aborder, et peut aussi servir à diminuer le nombre de tours de parole en évitant des questions. Elle est également une notion plus commune que les termes médicaux, ce qui peut faciliter la compréhension des patients et des patientes. On peut toutefois remarquer, dans certaines conversations, que la formule ne permet parfois pas d'éviter les termes gênants ou les questions embarrassantes. Du fait qu'elle manque de précision et que sa définition n'est pas partagée par tout le monde, on observe, dans certains entretiens, des phénomènes de « réparation », qui servent à rétablir « la compréhension que [quelqu'un] exhibe de son tour en enchaînant sur lui d'une certaine façon » (Gulich et Mondada 2001 : 212). En d'autres termes, il est parfois nécessaire pour les médecins de revenir sur des termes déjà utilisés, notamment la formule « acharnement thérapeutique », pour en vérifier la signification ou la compréhension. Les médecins doivent d'ailleurs parfois utiliser tout de même les termes médicaux, qui dans certains cas sont évités grâce à la formule, pour s'assurer de la bonne compréhension de chaque personne.

4.5.1 Fluidité de la conversation

L'utilisation de la formule, dans les cas où sa signification n'est pas questionnée, permet aux patients et patientes de ne pas se confronter aux termes médicaux et peut éviter un certain nombre de questions.

Extrait 7 :

```
1 MA3 h qu'est-ce que vous souhaiteriez que les médecins fa:ssent (.) ou ne
2 fassent PA:S=
3 PAT17 =ça j'ai dé- r-jà répondu à cette question (.) plusieurs [ fois ]
4 MA3 [ au chu:v/ ]
5 PAT17 oui
6 MA3 oui
7 PAT17 non\ pas d'acharnement thérapeutique ça °je XXX°
8 MA3 d'Accord\ (.) okAY\
```

Dans cet exemple (extrait 7), on constate que la formule s'insère parfaitement et que l'échange est efficace. Ici MA3 (le médecin) n'a pas besoin de poser d'autres questions et fait l'économie d'un certain nombre de tours de parole. Il n'a pas besoin de prononcer les termes techniques comme « réanimation » ou « intubation », qui pourraient être embarrassants pour les patients ou patientes. La formule permet également un effet important sur la conversation, avec peu de mots. Dans deux extraits, la seconde partie de paire est constituée uniquement de la formule « pas d'acharnement », dans deux autres il y a seulement quelques mots de plus « non, pas d'acharnement thérapeutique ça je » et « alors c'est euh pas d'acharnement thérapeutique ». On peut imaginer que ne pas utiliser la formule, dans une telle situation du moins, impliquerait d'utiliser plus de termes, ou même de formuler plus de tours de parole. La formule « acharnement thérapeutique » est probablement plus populaire, du moins pour les patients et patientes, que certains termes médicaux, également utilisés dans ces extraits de conversation. De plus, la proportion d'utilisation de la formule « pas d'acharnement », semble indiquer qu'elle est devenue relativement commune. Il est également intéressant de noter que la formule « pas d'acharnement » semble être acceptée parfois par les médecins pour refuser la réanimation. Comme on peut le voir dans l'extrait 7, ainsi que dans l'extrait 5, déjà présenté plus haut, où la formule n'est pas remise en question ou interrogée.

Extrait 5 :

```
1 MA16 est-ce que VOUS vous aviez fait des DIrectives anticipées\
2 (... )
3 PAT49 ouais j'crois/
4 MA16 oui:/
5 PAT49 ouais à l'ep--À l'époque
6 MA16 ah (.) d'accord/=
7 PAT49 =pas d'acharn'me:nt
```

8 MA16 [PAS d'acharnement/]
 9 PAT49 [c'est (.) c'est] tout\
 10 MA16 okay/ très bien/

Dans ces deux extraits (5 et 7), il semble que la formule soit, si elle est acceptée comme synonyme de réanimation, une ressource pratique pour la refuser. Elle permet de simplifier grandement la conversation en exprimant son intention en quelques mots. Dans ce cadre, l'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » est un outil utilisé pour faciliter la communication, en diminuant le nombre de termes utilisés, de tours de parole, et en utilisant des termes familiers. Une telle situation implique toutefois que les gens soient d'accord sur la synonymie entre « acharnement » et « réanimation ».

4.5.2 Aide à la compréhension

La formule « acharnement thérapeutique » peut aussi servir aux médecins pour aider à la compréhension, et en particulier pour clarifier des situations difficiles dans les consultations. Dans les trois extraits où la formule est d'abord prononcée par les médecins, son utilisation sert d'abord à clarifier le sujet discuté entre les médecins et les patients et patientes. Dans ces trois extraits (8, 9 et 10), les médecins utilisent la formule dans des situations où la discussion s'est éloignée du sujet prévu, ou alors où la communication est difficile, et les patients et patientes ne semblent pas coopérer de manière idéale. Dans le premier cas, MA13 (la médecin) introduit la formule suite à une question sur les directives anticipées. Elle aborde le sujet avec une pré-séquence (lignes 1 à 5). Cependant PAT42 (la patiente) ne traite pas de la réanimation dans sa réponse (lignes 7 et 8).

Extrait 8 :

1 MA13 les dernières question:s (.) c'est des (.) des question:s ((bruit de
 2 bouche)) de: d'ordre administratif à nouveau\ (.) je ne sais pas si vous
 3 ave:z (.) ce qu'on appelle des directives anticipées/(.)°ou vous [en ave:z°]
 4 PAT42 [OUI je]
 5 connais\ ça\
 6 MA13 ouais=
 7 PAT42 =alors eu:h j'ai: (.) bon j'ai fait des directives anticipées pour euh:
 8 (.)h le don d'organes/((rire))
 9 MA13 d'ac[cord]
 10 PAT42 [ça oui] ça j'veux bien=
 11 MA13 =et puis vou:s ser[iez]
 12 PAT42 [MAIS] il faut que je r- fasse rechanger ma=carte

Après la réponse de PAT42 qui ne concerne pas la réanimation, MA13 semble vouloir induire un autre sujet avec « =et puis vou:s ser[iez] » (ligne 11), peut-être la réanimation. PAT42 initie toutefois une longue intervention, avec un chevauchement (ligne 12), où elle décrit une situation

en lien avec le don d'organes. Après ce long tour de parole, elle relance MA13, comme on le voit dans l'extrait 9 ci-dessous, en lui demandant de manière indirecte, de préciser sa question (lignes 1 à 2), ce qui la pousse à utiliser la formule (ligne 4).

Extrait 9 :

1 PAT42 Et puis autrement pour les autres eu::h vous=voulez dire par rapport aux
2 BIen:s ou des choses [comme ça]
3 MA13 [eu:h plu]tôt (.) pa:- par rapport à NOUS c'qu'on peut
4 FAIre eu:h (..) pff on: a l'habitude de dire acharnement thérapeutique
5 [XX]
6 PAT42 [Ah oui] ça aussi j'ai signé comme quoi j'veux pas d'acharnement
7 thérapeutique

Ici on peut penser que MA13, en remarquant que PAT 42 n'a pas compris le sujet qu'elle voulait introduire, ou du moins ne l'aborde pas, utilise la formule « acharnement thérapeutique » pour lui signifier qu'elle souhaite évoquer la réanimation, mais en utilisant une notion courante qu'elle serait susceptible de connaître, ou qui ne l'embarrasserait pas trop. On remarque, avec les « euh » prononcés, l'hésitation, ainsi que les pauses (lignes 3 et 4), que pour MA13 la réponse n'est pas évidente. On pourrait même supposer, en raison du « pff » (ligne 4), que MA13 utilise la formule par dépit et qu'elle aurait préféré ne pas la prononcer. Le « on: » avec un allongement vocalique, qui le suit directement, semble aussi montrer une incertitude et une hésitation. Ce « on » pourrait être utilisé comme impersonnel pour se dissocier de la formule, comme dans la phrase de MA15 « c'est ce qu'on appelle (.) souvent les patients ils nous disent PAS D'ACHARNEMENT\ », citée plus haut et présente dans l'extrait 11, de manière à sous-entendre que les médecins ne l'utilisent pas. Dans la phrase de MA15, corriger le « on » en indiquant « les patients » lui permet de ne pas s'inclure. Dans la phrase de MA13 toutefois, « par rapport à NOUS c'qu'on peut FAIre eu:h (..) pff on: a l'habitude de dire acharnement thérapeutique », le fait d'utiliser « nous » et « on » à la suite et avec la même signification fait que le « on: » suivant l'implique dans l'utilisation de la formule. Il se peut que l'incertitude manifestée vienne de cette complication.

Dans les extraits 8 et 9, après une pré-séquence qui n'a pas été efficace, l'utilisation de la formule permet à MA13 de préciser le sujet, tout en restant relativement vague. Elle semble utiliser la formule pour induire la question de la réanimation, sans poser une question directe comme « est-ce que vous avez formulé une volonté d'être réanimée ? » ou « est-ce qu'on vous a déjà demandé vos volontés en cas d'arrêt cardiaque ? », qui obligerait la patiente à se prononcer directement sur ses volontés. Le fait de dire « on: a l'habitude de dire acharnement

thérapeutique » est une manière moins directe d’aborder le sujet et laisse plus de liberté à la patiente. Dans deux autres cas (extraits 10 et 11), la formule est utilisée d’abord par un médecin (MA15, le même dans les deux extraits), qui la prononce après avoir déjà évoqué la réanimation, et après que les patientes lui ont donné leur avis. La formule intervient comme une manière d’apporter plus d’informations par rapport à ce qu’il est en train d’expliquer. Dans les deux cas il commence par demander à la patiente si elle souhaite une réanimation. La première semble vouloir l’accepter.

Extrait 10 :

1 MA15 v- ((toux)) quand vous étiez au CHU:v (..) ils ont peut-être discutÉ un
 2 peu avec vous:s/ (..) par rapport à l’attitUde (..) médiCale (..) en cas de
 3 complications GRa:ves\ (..) C’EST-à-dire\ [s’il] y a quelqu'chose qui&
 4 PAT55 [ouais/]
 5 MA15 & arrive à votre COEur qu’il s’arRÊte tout d’un coup\ (..) ou que le poumon
 6 s’arRÊte tout d’un coup de fonctionner\ (..) c'qui est quand même une
 7 complication GRa:ve (..) est-ce que vous aimerIEZ qu’on reFASse (..) qu’on
 8 essaie de le refaire MARCHE:r (..) faire un choc électRIque/ (..) mettre un
 9 Tube éventuellement pour soutenir le pouMON/
 10 PAT55 oui: j'crois que OUI alors\

Alors que la seconde ne le souhaite pas.

Extrait 11 :

1 MA15 d’acCORD/ (..) c’est par rapport à l’attitUD=notre attitUDE/
 2 PAT47 oui/
 3 MA15 en cas de complications GRa:ves
 4 PAT47 oui oui/
 5 MA15 donc s’il y a quelque=chose qui arrive\ (..) d’imprévu:\ (..) un arrêt du
 6 COEU:R (..) u:n (..) un arrêt de pouMO:N\
 7 PAT47 oui=oui\
 8 MA15 qui nous oBLI:ge de mettre un TU:be ou de faire du (..) un masSAge cardiAQue
 9 une [RÉanimation] comme on l'appelle\
 10 PAT47 [d’accord]
 11 MA15 vous souhaitez qu’on fasse ÇA:/
 12 PAT47 hein/
 13 MA15 VOUS souhaitez qu’on FASSE tout [ÇA:/]
 14 PAT47 [NON] non NO:n\
 15

Outre le fait que les deux patientes semblent avoir des problèmes d’audition et que cela implique que MA15 insiste sur des termes ou répète certaines choses, la collaboration semble problématique. Les deux conversations sont totalement dirigées par le médecin et les deux patientes ne répondent que par de très courts tours de parole, qui n’indiquent pas nécessairement une compréhension. Malgré des pré-séquences et de nombreuses pauses dans les tours de parole de MA15, par exemple dans l’extrait 10 (lignes 1 à 4) et dans l’extrait 11 (lignes 1 à 6), qui auraient permis aux patientes d’intervenir pour indiquer leur avis spontanément, les deux

n'interviennent pas et ne montrent pas beaucoup de signes de compréhension ou de participation à la conversation. Dans les deux cas, MA15 va utiliser la formule « acharnement thérapeutique » après ces échanges. L'effet ne sera pas exactement le même dans les deux conversations.

Dans le premier cas, MA15 va d'abord signifier à PAT55 (la patiente) que la réanimation n'est pas une pratique très recommandée dans sa situation. Il va expliquer pourquoi, puis utiliser la formule pour illustrer son propos.

Extrait 12 :

1 MA15 parce que (.) c'est Vrai qu'à votre Â:ge vous ave:z eu:h nonante-trois
 2 ans hein/
 3 PAT55 nonante-QUATre
 4 MA15 vous a- nonante-QUATre (.) vous avez aussi pas mal de malaDI:es donc c'est
 5 aussi la RÉanimation comme on [la fait]
 6 PAT55 [X c'est ça] ouais (.) ouais/
 7 MA15 c'est PAS une chose ano- euh anodine he:in/ [c'est pas] quelque&
 8 PAT55 [XX]
 9 MA15 &chose qui: (.) qui: est SANS complication\ (.)
 10 PAT55 voilà\ (.)
 11 MA15 donc (.) on ne peut PAS prévoir les complications\ quand on essaie
 12 [de:] (.) D'INTERvenir comme ça\
 13 PAT55 [ouais]
 14 PAT55 ouais\
 15 MA15 c'est ce qu'on appelle (.) souvent les patients ils nous disent PAS
 16 D'ACHARNEMENT\
 17 PAT55 ah ouais c'est ça\
 18 MA15 [vous PAR]tagez cet a[vis/]
 19 PAT55 [mais moi] [j'trouve] c'est bien hein/ pas d'acharnement\
 20 MA15 PAS d'acharnement\
 21 PAT55 ouais
 22 MA15 vous voulez PAS donc
 23 PAT55 non

Ici après avoir argumenté durant trois tours de parole auxquels PAT55 répond en acquiesçant (lignes 4 à 14), MA15 prononce la formule « pas d'acharnement », en indiquant qu'elle est souvent utilisée (lignes 15 et 16). La réponse « ah ouais c'est ça » (ligne 17), donnée par la patiente, semble indiquer qu'elle a bien compris ce dont parle le médecin et que cette formule lui évoque une notion connue. Les deux répètent d'ailleurs la formule ensuite (lignes 19 et 20). À la fin de la séquence on a même une paire adjacente supplémentaire, sans la formule, qui sert à confirmer la bonne compréhension.

Extrait 13 :

1 MA15 okay\ (2.0) vous avez BIEN compris c'que je vous deMANde=
 2 PAT55 =oui=oui (.) oui

On peut constater ici que la formule a permis à MA15 de susciter une réaction chez la patiente en évoquant une notion qu'elle connaît, et de vérifier sa compréhension.

Dans la deuxième situation, la formule intervient alors que PAT47 (la patiente) a déjà exprimé ne pas souhaiter de réanimation. Toutefois, MA15 continue de poser des questions, comme pour obtenir une confirmation de PAT47. Elle semble acquiescer facilement, parle peu, et montre des signes de difficultés d'audition. Ici l'utilisation de la formule permet au médecin de reformuler sa question avec des termes différents.

Extrait 14 :

```
1 MA15 D'ACcord (..) donc vous se- vous seriez [pluTÔ:t]
2 PAT47 [je veux] rester tranQUille je
3 suis VIEille
4 MA15 D'ACcord donc vous seriez plutôt pour une attitude CONservatri:ce un
5 [peu de]
6 PAT47 [ hein/]
7 MA15 vous seriez PLUS pour un attitude CONservaTRIi:ce\ (.) [qu'on]&
8 PAT47 [ XXX ]
9 MA15 &fasse PAS d'acharneMENT\
10 PAT47 non non ça va
11 MA15 MAIs vous souhaitez une réanimaTION/
12 PAT47 hein/
13 MA15 VOUS aimeriez qu'on fasse une RÉanimaTION/=
14 PAT47 =NO::N\
15 MA15 D'ACcord donc PAS d'acharneMENT\
16 PAT47 no:n
```

MA15 répète plusieurs fois les mêmes termes car PAT47 montre des signes d'incompréhension ou de problèmes d'audition comme « hein/ » (ligne 6). Elle ne montre, de plus, comme PAT55 des extraits 10 et 12, pas de signes particuliers de compréhension. L'utilisation de la formule n'a par contre pas un effet très important sur PAT47. Elle ne manifeste pas de réaction particulière après l'avoir entendue. On peut constater qu'en plus de parler d'acharnement, MA15 utilise aussi le terme « réanimation » pour s'adresser à PAT47. À la fin de la conversation on voit que PAT47 indique deux fois ne pas vouloir d'acharnement et une fois ne pas vouloir de réanimation (lignes 9 à 16).

Dans les extraits contenant PAT55 et PAT47, la formule permet de confirmer les avis donnés par ces deux patientes. Elle permet de vérifier, en changeant de terme dans les questions, qu'elles maintiennent leurs réponses. Elle peut permettre de susciter une réaction différente, dans les cas où les patients ou patientes la reconnaissent. On peut imaginer par contre, que dans ces derniers extraits (8 à 14), la formule est utilisée pour encourager un refus de la réanimation.

Premièrement, du fait de sa connotation négative, elle pourrait susciter une mauvaise impression chez les patientes et patients. Dans les extraits 10 à 14, MA15 semble inciter les patientes PAT47 et PAT55 à refuser la réanimation. Avec des phrases comme « c'est PAS une chose ano- euh anodine he:in/ c'est pas quelque chose qui: (.) qui: est SANS complication\ (.) » dans l'extrait 12, ou encore la phrase « VOUS souhaitez qu'on FASSE tout ÇA:/ » dans l'extrait 11, où le « tout » pourrait signifier à la patiente que ce dont il parle serait trop pour elle. Le fait que la formule soit utilisée dans deux extraits, d'une manière relativement proche, et que la réanimation soit déconseillée dans les deux cas par MA15, pourrait indiquer, plus qu'une tendance générale, une habitude de ce médecin à ne pas encourager la réanimation et à utiliser la formule.

4.5.3 Besoin de précisions ou de réparations

Si l'on ne prend pas en compte ceux où les médecins prononcent la formule en premier, parmi les dix extraits restants, dans deux cas seulement la formule « pas d'acharnement » ou « pas d'acharnement thérapeutique » est acceptée directement et n'est pas discutée ou débattue dans les tours de parole suivants. On peut dire que dans seulement un cinquième des cas de ce corpus, la formule a été jugée satisfaisante et a permis un changement direct de topic. Lorsque la formule n'est pas considérée comme une notion suffisamment claire par les médecins, elle génère des réparations, qui impliquent plus de tours de parole pour clarifier ce qui n'a pas été satisfaisant. Dans certaines situations, comme dans les trois extraits suivants (15, 16 et 17), les médecins demandent des précisions sur la volonté des patients ou des patientes. Dans le premier exemple la demande est faite sous forme de question totale déduite de la formule.

Extrait 15 :

```

1  MA15  =donc si jamais il y a quelque chose de: de p- de plu::s (.) gra:ve (.)
2        de plus [COM] pliqué qui vous arri:ve=
3  PAT43  [oui]
4  PAT43  =PAS d'acharneme:nt
5  MA15  pas d'acharne- donc vous=voulez PAS la (.) la réanimatio:n/ (.) c'est PAS
6        une option pour vous\ donc\
7  PAT43  NO:N (.) si c'est pour rester handicapée no:n

```

Ici MA15 (le médecin) demande une confirmation de ce que PAT43 (la patiente) refuse en disant « pas d'acharnement » (ligne 4). Il stipule que PAT43 refuse la réanimation en utilisant la formule. Il utilise le terme « réanimation » (ligne 5) pour confirmer que la patiente pense à cela en disant « acharnement ». Dans l'extrait suivant la demande cible plutôt ce que la patiente pourrait tout de même accepter malgré la formule.

Extrait 16 :

1 MA13 j'me permets JUste d'insister parce qu'c'est vrai que c'est une question
2 qui est u:n un petit peu j'espère que ça vous dérange pas mais (..)
3 concernant l'acharnement thérapeutique du coup l'ACHarnement NON/ (..)
4 MAI:s (.) vous serie:z (.) D'ACcord si on PEuse qu'on PEUt vous offrir
5 quelque chose à faire un MASSage CARDiaque(.) et [pui:s]
6 PAT42 [ah le] massage
7 cardiaque j'pe:nse\ [he:in/]
8 MA13 [euh=À faire] une intuba[tion/]
9 PAT42 [(ou bien)] l'int- une
10 intuba- mais pas=mais pa:s plus eu:h [pfff]
11 MA13 [pas] plus d'accord=

Dans le troisième exemple, le médecin reformule les choses en décrivant la situation et l'attitude à adopter, sans utiliser de termes médicaux.

Extrait 17 :

1 MA14 concernant la RÉanimation parce qu'j'suis obligé de vous poser la
2 question/
3 PAT54 oui
4 MA14 comme toujours à chaque fois que les [gens] changent&
5 PAT54 [OUI]
6 MA14 &d'endroit/=d'accord=
7 PAT54 =alors c'est (.) c'e:st (.) eu:h (.) PAS d'acharn'ment thérapeutique
8 MA14 oui:/
9 PAT54 je suis prête pour m'en aller/
10 MA14 d'accord donc si l'cœur s'arRÊte on fait RIEN\
11 PAT54 non\
12 MA14 d'accord

On peut voir dans ces trois extraits, une manière de demander des informations qui ne sont pas transmises automatiquement avec la formule. Les médecins prennent en compte la demande des patients et patientes, en l'occurrence « pas d'acharnement », en répétant la formule, en la reformulant ou en signifiant leur accord. Ils indiquent par contre dans leurs réponses un besoin de précision supplémentaire. Deux des médecins, MA14 et MA15, utilisent la conjonction « donc » pour demander les conséquences du fait de refuser l'acharnement. Dans le troisième cas, MA13 (la médecin) utilise la conjonction « mais », d'une manière proche du « donc » des extraits précédents, également pour en connaître les conséquences. Dans les trois cas, les médecins cherchent à savoir si les actes médicaux qu'implique une réanimation (massage cardiaque et intubation), sont contenus dans leur conception de l'« acharnement (thérapeutique) ». Dans ces cas, comme les médecins ne sont pas certains de la signification de la formule « acharnement (thérapeutique) » utilisée par les patients ou les patientes, la conversation est allongée à cause des demandes de précisions. Les termes médicaux, dont la formule peut préserver les patientes et les patients dans certains cas, doivent tout de même être utilisés par souci de clarté.

Dans les deux extraits suivants (18 et 19), MA5 (la médecin) demande des précisions en posant des questions partielles par rapport à la signification de la formule. Les questions concernent également sa définition, mais traitent directement de la formule elle-même.

Extrait 18 :

```
1 PAT16 non (.) mais acharnement (.) non\ (1.6) mais (..) s'il faut peu/ d'cho:ses\  
2 (...) pour que tout revienne normal/ (.) oui\  
3 (1.0)  
4 MA5 Quand vous dites aCHarnement\ (.) vous s- vous s- sous-entendez quoi\  
5 PAT16 .h ben j'sais pas tout ce qu'on peut fai:re euh: (..) .h à l'hôpita:l (.)  
6 médicalement
```

Dans cet extrait PAT16 (la patiente) indique clairement qu'elle ne sait pas ce que cela représente, ou du moins qu'elle ne connaît pas toutes les pratiques possibles. Dans l'extrait suivant PAT24 (le patient) propose une description de ce qu'il souhaite.

Extrait 19 :

```
1 MA5 est-ce que vous voulez qu'on ESSaie de réanimer/  
2 (3.1)  
3 PAT24 h offff (.) OUI\ (1.1) MAI:s euh pas d'acharnement\ hein/  
4 (1.8)  
5 MA5 .h par ACHarnement\ vous entendez quoi\  
6 PAT24 OUI si ça n'marche PAS eu:::h (.) en une ou deux FOis eu:h ben au revoir\  
7 MA5 =okay (.) mais vous voulez qu'on essAIe\  
8 PAT24 OUI=
```

On peut voir ici que MA5 (la médecin) indique ouvertement ne pas être certaine de ce qu'« acharnement » veut dire, mais n'émet pas de supposition, contrairement aux extraits précédents. Ici au lieu de demander au patient et à la patiente si les pratiques prévues sont incluses ou non dans leur définition d'« acharnement thérapeutique », elle leur demande directement quelle est leur définition de cette formule. On peut d'ailleurs remarquer que le patient et la patiente ne parviennent pas à lui donner de définition précise de la formule, même si les deux semblent avoir une conception de ce que cela représente.

Les médecins doivent parfois proposer des définitions de l'« acharnement thérapeutique », ou tenter de l'expliquer, pour essayer de clarifier des situations d'incompréhension. Dans les extraits suivants on peut voir des médecins indiquer à des patients ou patientes ce que la formule implique.

Extrait 20 :

1 3rd on avait dit pas d'acharnement (.) X [l'autre fois]
2 PAT32 [Hein/](..) hein
3 MA2 elle avait dit qu'il fallait pas=d'acharnement donc\
4 PAT32 oui
5 MA2 D'Accord
6 3rd donc fau:t Réanimer mai:s eu:h pas d'acharnemen:t donc eu:h
7 MA2 ALors (.) l'ACHarnement on ne le fait pas\ [(..) parce que] tout&
8 3rd [(alors ça)]
9 MA2 &l'ACHarnement (.) c'est/ (..) aller faire eu:h (...) trop d'choses (.)
10 là où i:l y a pa:s
11 3rd voilà
12 MA2 à faire\

Dans cet extrait on peut voir MA2 (la médecin) proposer une définition de l'« acharnement », en expliquant que c'est une pratique qu'elle ne va pas effectuer. Dans l'extrait 21 ci-dessous, MA5 (la médecin) va plutôt expliquer l'ambiguïté du terme. A la fin de son tour de parole, elle donne des informations sur ce dont elle parle (lignes 7 à 9).

Extrait 21 :

1 MA5 okay .h alors on on peut re- (.) voilà\ du coup pour pré:ciser/ (..)h si
2 le COE:ur: (.) il venait à s'arrêter/ (1.0) est-ce qu'vous voulez/ qu'on
3 (.) ESSaie de réanimer/ (.) en faisant un massage (.) cardiaque
4 (3.1)
5 PAT16 c'est de l'acharnement/ ça/
6 (2.0)
7 MA5 ça d- (..) l'acharnement c'est un mot très (..) LArge: (..) très va:gue:
8 (.) ça dépend après d'une personne à l'au:tre\ justement\ (2.6) c'est un
9 geste qui compren:d (1.0).h des risques: (..)

Dans les extraits 20 et 21, l'utilisation de la formule pousse les médecins, MA5 et MA2 à donner des indications par rapport à l'« acharnement », de manière à tenter d'arranger la communication, et à imposer une définition, ou à mettre en évidence la confusion que cette formule provoque. Les médecins manifestent leur inconfort par des pauses ou des hésitations, et tentent d'arranger la compréhension par des réparations. Dans l'extrait 21, MA5 explique l'ambiguïté de la formule en indiquant que la notion d'acharnement peut varier d'une personne à l'autre (lignes 7 et 8). Il n'est toutefois pas possible de savoir si MA5, en disant « c'est un geste qui compren:d (1.0).h [des] risques: (..) » (lignes 8 et 9), parle de l'« acharnement », de la « réanimation » ou du « massage cardiaque ». Cette phrase peut en tous les cas être perçue comme une incitation à refuser les tentatives de réanimation.

4.6 L'ambiguïté de la formule

Parmi les douze extraits qui contiennent la formule « acharnement thérapeutique », quatre comportent une discussion par rapport à sa signification, ou même une remise en question de son utilisation. Un tiers des extraits comporte une référence directe aux problèmes suscités par sa présence dans la discussion. Dix extraits sur ces douze contiennent des références, par les médecins, à la réanimation, au massage cardiaque ou à l'intubation. Les deux extraits où la formule est acceptée directement sont les seuls où aucune référence à l'une de ces pratiques n'est faite. On peut constater que dans 83% des cas, malgré l'utilisation de la formule, il a tout de même été nécessaire de nommer les pratiques qu'elle permet parfois d'éviter, ou au moins l'une de ces pratiques. Si l'on ne tient pas compte des extraits où la formule est introduite par les médecins et de ceux où la formule est acceptée sans négociation, dans les huit extraits restants les médecins mentionnent au moins une des pratiques après que la formule a déjà été prononcée par un patient, une patiente ou une personne accompagnante. Dans 66.7% des extraits où elle est utilisée, la formule « acharnement thérapeutique » ou juste « acharnement » est suivie par des explications ou une clarification.

Comme indiqué plus haut, dans plusieurs cas, les médecins, et parfois les patients ou les patientes verbalisent les problèmes posés par l'utilisation de cette formule. Ceci met en évidence le fait que les personnes impliquées dans ces extraits n'ont pas nécessairement la même définition ou la même interprétation de l'« acharnement » ou de l'« acharnement thérapeutique ». Plusieurs patients et patientes manifestent, consciemment ou non, leur difficulté par rapport à cette formule.

Extrait 22 :

1 MA5 puis j'ai encore une question/(...) c'est par rapport à la réanimation\
2 (2.3) on vous a d'jà posé la ques[tion\
3 PAT16 [ouais]
4 <(2.6)((rires))>
5 PAT16 allez-y (.) je vous dirai après ce qu'on va dire\ (1.0) donc euh ch-
6 l'acharnement (..) NON\ ça sert à rien\ (1.0) C'est pour eu:h reveni:r
7 grabatai:re (..) c'est pas la peine\ (1.0) MAis ça n'empêche pas/ par
8 exemple/ (1.8) s::i j'ai besoin que: les petites piqures/ (1.0) pour
9 revenir euh: biEN/ (1.5) ça j'suis d'accord\ (...) je mais j'sais pas
10 c'qu'ça veut dire réanimation\ (.) je SAIS ce que ça veut dire mais je
11 (..) j'sais pas jusqu'OÙ ça va\
12 MA5 okay .h alors on on peut re- (.) voilà\ du coup pour pré:ciser/ (..)h si
13 le COE:ur: (.) il venait à s'arrêter/ (1.0) est-ce qu'vous voulez/ qu'on
14 (.) ESSaie de réanimer/ (.) en faisant un massage (.) cardiaque
15 (3.1)
16 PAT16 c'est de l'acharnement/ ça/
17 (2.0)

18 MA5 ça d- (...) l'acharnement c'est un mot très (...) LArge: (...) très va:gue:
19 (.) ça dépend après d'une personne à l'au:tre\ justement\ (2.6) c'est un
20 geste qui compren:d (1.0).h [des] risques: (...)
21 PAT16 [hmm]
22 Qu'est-ce que je dois vous répondre\
23 (1.3)
24 MA il y'a pas de bonnes ou d'mauvaises répon:se: (.) c'est un peu selon: .h
25 (4.0) selon c'que vous préférez vous\

PAT16 (la patiente) utilise elle-même la formule pour dire que l'« acharnement » ne sert à rien (ligne 6), mais ce que cette notion englobe concrètement comme pratiques médicales n'est pas clair. Elle demande à MA5 (la médecin) son avis, pour savoir si une réanimation « c'est de l'acharnement » (ligne 16). Ceci pousse MA5 à donner son avis et des informations sur l'« acharnement » (lignes 18 à 20). PAT16 tente de laisser MA5 décider pour elle, ce qui est l'opposé du but de l'interaction. MA5 pose une question avec un terme précis « est-ce qu'vous voulez/ qu'on (.) ESsaie de réanimer/ (.) en faisant un massage (.) cardiaque » (lignes 13 et 14), parce que la formule n'a pas permis de se positionner par rapport à la réanimation. De plus PAT16 a elle-même ajouté « MAis ça n'empêche pas/ par exemple/ (1.8) s:i j'ai besoin que: les petites piqures/ (1.0) pour revenir euh: biEN/ (1.5) ça j'suis d'accord\
» (lignes 7 à 9), ce qui indique qu'elle ne refuse pas toutes les pratiques. Les deux tours de parole de PAT16 « c'est de l'acharnement/ ça/ » (ligne 16) et « Qu'est-ce que je dois vous répondre\
» (ligne 22), indiquent qu'elle ne considère pas l'« acharnement » comme synonyme de réanimation et qu'elle n'a pas encore pris sa décision. Elle semble avoir une conception de l'« acharnement » comme des traitements qui ne la feraient pas « revenir bien » mais plutôt « grabataire » et demande à MA5 si « essayer de réanimer avec un massage cardiaque » fait partie de tels traitements.

5. Discussion

5.1 Constats par rapport aux hypothèses

Par rapport à la question de recherche émise en préambule de ce travail, les résultats ont bien démontré une ambiguïté de la formule. Il est toutefois fondamental de préciser quelques nuances par rapport aux suppositions énoncées en amont. Du fait de son aspect ambigu, il aurait été possible de penser que la formule ne soit qu'une barrière à une bonne communication, toutefois on peut constater qu'elle a une utilité dans certaines circonstances. Plusieurs extraits montrent qu'elle peut servir à aider à la compréhension. Elle est utilisée par les médecins pour s'adresser aux patients et aux patientes, mais également parmi les patients et les patientes, ainsi que les personnes qui les accompagnent. Certaines difficultés peuvent apparaître lorsqu'elle est utilisée dans des consultations médicales, à cause de son ambiguïté qui peut interférer avec le but institutionnel. La formule n'étant pas nécessairement suffisante pour une compréhension totale, son utilisation doit être compensée. Les extraits démontrent que dans de nombreux cas les médecins questionnent et critiquent la formule, ce qui permet une clarification.

Pour les patients et patientes la formule semble avoir un intérêt économique et un aspect rassurant. Les conversations sur la réanimation et la fin de vie sont très désagréables et compliquées (Ferré Ibáñez et al. 2019). Le fait que les médecins doivent leur laisser la liberté de donner leur avis, confère une responsabilité et une autonomie aux patientes ou patients. Le fait de pouvoir recourir à une notion connue peut avoir un effet rassurant, et conforter dans une sensation de maîtrise du sujet discuté. La formule peut être, comme observé dans les analyses, une manière simple et économique d'évoquer un concept complexe. Dans les extraits, lorsque les patients et patientes formulent un refus, on peut remarquer au travers de nombreuses justifications, ainsi que d'hésitations ou de pauses, que beaucoup le ressentent comme un acte « non-préférentiel » (Gülich et Mondada 2001 : 213), ou même dans certains cas un FTA (Kerbrat-Orecchioni 1995a ; 1995b). Utiliser une formule très courte est un moyen de réduire le temps de cet acte. De plus elle permet d'éviter des termes désagréables (Ferré Ibáñez et al. 2019 : 2053), ou de devoir recourir à des notions techniques parfois hors de portée (Sterie et al. à paraître b). Comme l'explique une médecin par rapport à son expérience, « souvent les patients ils disent “moi je ne veux pas d'acharnement thérapeutique, je ne veux pas être un légume”. Mais par contre ils arrivent moins bien à se prononcer sur l'arrêt cardiaque et sur l'intubation, en fait ». La formule peut être plus pratique et aisée, mais ne signifie pas

nécessairement une bonne connaissance du sujet de la réanimation en général. Elle n'est d'ailleurs pas toujours utilisée par rapport à la réanimation.

Il est possible que pour les patients et les patientes, le fait que la formule leur soit familière leur donne l'impression qu'elle est une option acceptable, voire même évidente. Ceci est pertinent du fait que l'« acharnement thérapeutique » n'est normalement pas effectué par les médecins (ASSM 2013). Il se peut aussi qu'utiliser une formule qui leur semble acceptable, permette aux patientes et patients de sentir moins de jugement de la part des médecins. Le fait que la formule soit utilisée, ou même parfois inscrite dans les directives anticipées a peut-être favorisé la fréquence de son utilisation chez les patients et patientes. Comme l'explique en partie cette médecin lorsqu'elle est interrogée à ce sujet.

INT: T'avais l'impression qu'ils connaissaient les directives anticipées ?

MA5: Non la majorité ne connaissait pas ouais. Ou bien certaines non et puis certaines personnes connaissaient mais du coup ils avaient... ils montraient et puis c'était juste noté « pas d'acharnement thérapeutique » ce qui est de nouveau... donc eux ils ont l'impression d'avoir rempli des directives anticipées. Mais ça laisse trop de place à l'interprétation qu'est-ce que ça veut dire acharnement.

On comprend ici, comme manifesté dans les extraits, que la formule est parfois utilisée sans nécessairement que sa signification ne soit débattue. Dans la même discussion, on a un témoignage qui indique que les patients et patientes ne sont parfois pas assez renseignés et renseignées par rapport à la réanimation non plus. Ceci va d'ailleurs dans le sens des recherches précédentes qui indiquent que les patients et patientes n'ont souvent pas assez d'informations ni assez d'espace pour réfléchir (Ferré Ibáñez et al. 2019 ; Sterie et al. à paraître b).

INT: Ouais. Est-ce qu'ils ont... à Sylvana j'ai vu qu'ils reçoivent enfin en tout cas ils sont censés recevoir cette feuille sur la réanimation ?

MA5: D'accord.

INT: Avec des... enfin des détails sur la réanimation mais apparemment il n'y a aucun patient qui le lit, en tout cas pas avant que le médecin passe parce que ils ont pas eu le temps, non, donc...

En effet, comme les patients et patientes ne sont pas nécessairement totalement au clair sur ce qu'une réanimation implique, il semble pertinent que la nuance entre « acharnement thérapeutique » et « réanimation » ne soit pas évidente, et que ces concepts se confondent.

Une autre difficulté de l'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » découle du fait qu'elle est fortement liée à des notions de morale et sujette à interprétation (La Marne 2005). Les définitions de certains dictionnaires contiennent des termes qui induisent un jugement, comme le fait de parler d'une personne « qu'on estime dans un état désespéré » (Larousse), ou « dont on considère l'état comme désespéré », ou encore de citer « des moyens thérapeutiques lourds et disproportionnés » (docThom 2018). Ces notions peuvent expliquer les différentes conceptions que l'on observe dans les extraits analysés. Comme le décrit une médecin, par rapport à ces entretiens,

ça laisse trop de place à l'interprétation qu'est-ce que ça veut dire acharnement. Enfin du coup ben ça peut être leur médecin qui décide que là on va dans l'acharnement, là on n'y va pas. Il peut aussi décider que c'est le médecin qui tranche qu'est-ce qui est acharnement, qu'est-ce qui est pas acharnement.

Dans de nombreux cas, les médecins doivent demander aux patients et patientes leur conception de l'« acharnement » pour s'assurer d'une bonne compréhension des deux côtés. Dans les explications l'« acharnement thérapeutique » est parfois utilisé comme synonyme de « réanimation », alors que dans d'autres cas il y a une nuance entre ces notions. Les « réparations » qui peuvent être provoquées par l'utilisation de cette formule, témoignent des risques qui en découlent (Gülich et Mondada 2001 : 212). Elles servent à éviter une mauvaise compréhension qui pourrait engendrer des traitements non-conformes aux volontés des patients et patientes. Comme l'explique une médecin : « j'évite de me retrouver dans une situation où du coup je mets un "oui" ou un "non" sur le dossier et puis je suis pas sûre à 100% que j'ai vraiment mis la bonne chose ». Cette réflexion indique à la fois le risque qui découle d'une mauvaise compréhension, et le fait que les indications des dossiers peuvent être erronées.

Les deux seuls cas où des médecins ne demandent pas de précisions après l'utilisation de la formule par un patient ou une patiente, et où il n'y a pas de réparation ou de questions sur sa signification, sont discutés dans des entretiens. Les médecins indiquent que la communication ne fut pas bonne, et que la gestion de l'entretien aurait pu être meilleure. Une des médecins explique que

des fois tu sens tout de suite que c'est un « non, je veux pas être réanimé et tout ça » et des fois il y a quand même besoin de creuser. Alors peut-être probablement que c'est pas bien ce que je fais et que c'est peut-être un peu du feeling aussi, et qu'il faudrait peut-être un truc un peu plus carré.

Elle indique qu'elle a considéré « pas d'acharnement » comme un refus de la réanimation. D'ailleurs la patiente a expliqué avoir déjà répondu plusieurs fois, et semble affirmer son avis. Malgré tout, cette médecin semble penser qu'elle aurait dû demander plus de précisions. L'autre médecin indique dans un entretien que sa compréhension de « pas d'acharnement » comme un refus de la réanimation était peut-être un « biais ». Dans l'extrait suivant :

INT: Mais pour toi qu'est-ce que ça veut dire quand un patient te répond « pas d'acharnement » ? Que ça soit à la question sur les directives anticipées ou que ce soit à ta question ? Parce que t'as aussi parlé d'acharnement avant dans ce qu'on discutait... je sais plus, qu'est-ce que ça veut dire ?

MA16: Mais pour moi ça veut dire qu'en effet si...si il y a un arrêt cardiaque il veut pas qu'on le réanime, moi je le comprends comme ça. Et c'est pour ça que je ne pose pas la question d'ailleurs.

la médecin confirme qu'elle n'a pas questionné le patient sur l'« acharnement » parce qu'elle a déduit de la formule que la personne refusait les tentatives de réanimation. Toutefois cette déduction n'était pas une certitude, comme elle le remarque elle-même.

MA16: Ouais mais finalement est-ce qu'on parle vraiment de la même chose? Tu vois il y a aucun mot n'a été dit euh... oui à part l'acharnement, mais je peux très bien avoir compris autrement.

INT: Donc tu penses qu'à la limite t'aurais peut-être investigué un peu plus qu'est-ce qui se cache là, ou ?

MA16: Oui, je pense que j'aurais dû dire, demander en tout cas. J'aurais dû demander. Que ça soit clair, tu vois ? Qu'on parle bien de la même chose et pas... et pas laisser en suspens euh...

INT: Parce que qu'est-ce qu'il pourrait comprendre d'autre par acharnement ?

MA16: Ben peut-être que, je sais pas peut-être qu'il veut pas qu'en effet on fasse euh on fasse des examens et des procédures thérapeutiques trop invasives.

On voit ici que la médecin pense effectivement avoir laissé un flou en acceptant la formule sans poser de questions et qu'elle a laissé les choses en suspens. En effet, elle n'a pas posé de question sur la réanimation directement. Sa question était uniquement « est-ce que vous ... aviez fait des directives anticipées ? ». Comme indiqué dans la discussion sur cet entretien, dans l'extrait il « n'y a même pas le mot réanimation ». On peut penser que le patient ne fait pas part de ses intentions par rapport à la réanimation, et se prononce plutôt sur les directives anticipées pour lesquelles il avait indiqué « pas d'acharnement ». Toutefois, comme indiqué par Sterie et al., il est important de ne pas considérer que le code indiqué précédemment a été discuté en détail, ou que l'avis ne peut pas changer (Sterie et al. à paraître b). On peut penser qu'il est

important de discuter de la signification de la formule, même dans le cas où les médecins pourraient déjà avoir des informations dans les dossiers des patients ou des patientes.

5.2 Les paradoxes

Les extraits analysés démontrent un paradoxe important qui découle de l'utilisation de la formule pour un entretien médical. En effet, l'« acharnement thérapeutique » est défini comme des « traitements futiles », c'est d'ailleurs la traduction la plus utilisée en anglais : « *futile (medical) care* » (Hurst 2016 : 192 ; Gruat 2012 : 46 ; Jox et al. 2012). Dans la brochure de l'ASSM il est stipulé que « toute personne capable de discernement est en droit de s'exprimer pour ou contre des tentatives de réanimation. Cela implique qu'une personne puisse refuser les mesures de réanimation » (ASSM 2013). Il est nécessaire de permettre aux patients et patientes de formuler leur avis par rapport à la tentative de réanimation. Cependant le « droit à l'autodétermination atteint ... ses limites lorsque la personne concernée exige l'« impossible », c'est-à-dire des traitements futiles » (ASSM 2013). Les médecins ne devraient par conséquent jamais pratiquer d'acharnement. Il n'est pas cohérent que les patientes ou les patients demandent que l'on n'effectue pas d'acharnement car il ne serait, selon le cadre légal, en aucun cas pratiqué.

Dans l'extrait 20 d'ailleurs, une médecin formule la phrase « l'acharnement on ne le fait pas, parce que ... tout le monde dit pas d'acharnement mais ... l'acharnement c'est aller faire ... trop d'choses là où il y a pas à faire ». On peut imaginer qu'en disant cela la médecin veut expliquer à sa patiente et à la personne qui l'accompagne que l'acharnement ne fait pas partie des pratiques possibles, et qu'il n'est pas nécessaire d'indiquer « pas d'acharnement ». Ceci met en évidence une potentielle inutilité de répondre « pas d'acharnement » à une question qui concerne la réanimation. Selon cette réflexion, l'acharnement ne pourrait pas être assimilé à la réanimation. Les médecins ne doivent pas proposer de traitements « futiles » et ne proposeraient une réanimation que dans le cas où ce ne serait pas un traitement jugé « futile ». Le fait de refuser l'« acharnement thérapeutique » reviendrait à s'opposer à des traitements qui ne sont pas proposés. Ce paradoxe souligne l'importance de clarifier les informations pour éviter tout malentendu potentiel. Comme l'explique une médecin lors d'un entretien, elle a demandé à une patiente

“qu’est-ce que vous souhaiteriez que les médecins fassent ou ne fassent pas ?”, et finalement elle ... [a répondu] “pas d’acharnement thérapeutique”, mais on sait pas si ça veut dire si elle veut être réanimée ou pas.

La formule n’est pas une réponse satisfaisante si les médecins ne sont pas en accord sur la signification de l’« acharnement » avec les patients et patientes.

Un autre élément révélé par ces analyses, est le fait que les conversations qui contiennent des réparations après l’utilisation de la formule, sont celles où les informations sont le mieux communiquées. Les demandes de précision impliquent que les médecins ont plus de renseignements de la part des patients et patientes. Les conversations les plus fluides sont celles où le flou reste le plus important. Les effets que la formule induit sur la fluidité de la conversation sont les signes de clarification des points importants. L’utilisation de la formule dans une conversation implique un flou ou une éventuelle incompréhension qui ne peuvent être compensés que si les patients ou patientes et les médecins s’accordent sur la signification des termes. Malgré cela, le fait de demander des précisions après son utilisation implique que les patients ou patientes doivent expliquer plus clairement leurs intentions et que les médecins peuvent mieux les comprendre. Comme l’explique le médecin qui a accepté la formule sans poser de questions, il a « laissé en suspens » la conversation.

Le fait que les patients et patientes utilisent la formule « pas d’acharnement » en réponse à une question sur la réanimation ne signifie pas nécessairement que cela soit une volonté de leur part de refuser la réanimation. Il est probable que certaines personnes pensent que ce contexte est le meilleur pour aborder ce sujet mais ne répondent pas directement à la question posée. Dans certains extraits analysés, il n’est pas certain que les patients ou patientes refusent les tentatives de réanimation en utilisant la formule. Il se peut que certains ou certaines tiennent à s’assurer que des traitements « futiles » ou « disproportionnés » ne leur seront pas proposés et n’aient pas nécessairement d’avis par rapport aux pratiques de la réanimation. C’est probablement le cas de PAT16 qui demande « c’est de l’acharnement/ ça/ » dans l’extrait 22. Il se peut que certains patients ou certaines patientes souhaiteraient laisser les médecins décider et juger des traitements recommandés ou non, ce qui n’est pas le but de l’interaction. Même si les médecins ont un droit de décision dans certaines circonstances, lorsqu’on leur demande l’« impossible », et ne pratiquent une réanimation que dans les cas où la personne aura des chances de rétablissement, l’avis des patients et patientes doit normalement être recueilli et respecté. Si les médecins choisissent à leur place la discussion n’aurait pas d’utilité.

Il n'est pas possible de connaître les raisons de l'utilisation de la formule en observant les conversations. Il se peut que dans certains cas les patients et patientes qui utilisent la formule « acharnement thérapeutique » souhaitent uniquement indiquer ne pas vouloir de traitements disproportionnés mais ne parlent pas nécessairement de réanimation. Certains ou certaines ne comprennent peut-être pas qu'on leur parle précisément de massage cardiaque ou d'intubation, surtout lorsque la question des médecins ne contient pas les termes précis. Il est même possible que les patients et patientes n'aient pas envie de donner leur avis par rapport à la réanimation, ou même de devoir y réfléchir. Certains ou certaines pensent peut-être que la réanimation, en tant que massage cardiaque et intubation, est de l'acharnement thérapeutique et la refusent, mais d'autres pensent peut-être qu'elle n'en fait pas partie et est acceptable. Le fait d'utiliser la formule n'est pas nécessairement absurde dans la mesure où les patients et patientes ne savent pas forcément que les traitements « futiles » ne sont pas proposés. Il se peut que certaines personnes, sans avoir une idée précise de quels traitements médicaux seraient de l'« acharnement thérapeutique », sont certaines de ne pas en vouloir car pour elles il est clair que l'« acharnement », peu importe ce que c'est, n'est pas acceptable.

Un aspect fondamental de l'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » est qu'elle est liée à des notions de morale. Il est quasiment impossible de la définir sans recourir à des termes qui font appel au jugement ou à la morale, ce qui implique que son utilisation, si elle n'est pas remise en question, ne repose que sur le jugement des médecins et des patients et patientes. La morale n'étant pas nécessairement partagée, il n'est pas certain que tout le monde ait la même conception de ce qui peut être perçu comme de l'acharnement. De plus, comme cette formule a une connotation négative, l'« acharnement » est en général refusé et il pourrait être mal vu de proposer des traitements jugés comme de l'« acharnement thérapeutique ». Il peut être cohérent pour un ou une médecin, si un patient ou une patiente répond « pas d'acharnement » à une question sur la réanimation, de déduire que cette personne considère ces traitements comme de l'acharnement et n'en veut pas, surtout si le ou la médecin est de cet avis. Malgré cela, il semblerait nécessaire de ne pas déduire cela automatiquement, et d'approfondir la question pour s'assurer de la volonté du patient ou de la patiente. Comme indiqué par certains ou certaines médecins, leurs déductions peuvent provenir d'un biais et ne pas correspondre aux volontés des patients et patientes.

5.2 Les solutions

L'acharnement doit en tous les cas être remis en question pour que la compréhension soit assurée. Les discussions où la formule n'est pas questionnée ne sont pas des cas où la communication a été idéale. Que la formule « acharnement thérapeutique » soit considérée comme un synonyme de réanimation ou comme d'autres traitements sans espoir d'amélioration, un malentendu peut découler de son utilisation si les termes précis de la réanimation, comme le massage cardiaque ou l'intubation, ne sont pas évoqués. Les médecins doivent inscrire dans le dossier des patients et patientes un code qui indique leur volonté en termes de réanimation. Ceci est toutefois possible sans être totalement certain de leur volonté. La page internet de Sylvana indique que le « médecin abordera certaines questions avec le patient, lors de son admission ». Il est également inscrit : « Nous souhaitons en particulier connaître leur avis quant aux ... mesures urgentes » et le « choix des patient-e-s sera inscrit dans leur dossier » (CHUV 2020). Beaucoup de facteurs peuvent toutefois empêcher de s'assurer de la volonté des patients et patientes, et rien ne semble obliger les médecins à en être totalement certains pour l'inscrire dans leurs dossiers. En allant plus loin dans la réflexion, on pourrait même imaginer que des médecins désireux d'influencer un patient ou une patiente, profitent de la réponse « pas d'acharnement » et de son ambiguïté pour l'interpréter selon ce qu'ils ou elles considèrent comme de l'acharnement, et inscrire leur propre souhait dans le dossier. En ce sens, pour les patients ou patientes qui ont une conviction forte par rapport à leur choix, la formule n'est pas une solution idéale, car elle risque d'induire une mauvaise compréhension.

Dans les extraits analysés, peu de consultations semblent se solder par une incompréhension totale ou une absence d'informations. Les difficultés engendrées par la formule sont compensées dans la plupart des cas, dans une certaine mesure du moins. La plupart des médecins remettent la formule en question et s'informent sur sa signification. L'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » semble être utile pour les patients et les patientes, ainsi que pour les personnes qui accompagnent. Du fait de son intérêt économique et son aspect commun en tant que formule (Krieg-Planque 2009), elle permet aux patients et patientes, ainsi qu'à leurs proches, d'indiquer leurs intentions sans devoir utiliser de trop nombreux termes, et la question peut ensuite être approfondie pour clarifier les choses, lorsque les médecins demandent plus de précisions. La formule peut avoir une grande utilité pour éviter l'embarras de certains termes et certains sujets (Ferré Ibáñez et al. 2019 : 2053). La manière dont les médecins posent leurs questions impacte les réponses, car plus la question sera vague, plus les patientes ou patients devront fournir des efforts pour formuler une réponse claire et précise, et

plus les risques de recours à la formule, par souci de simplicité, seront grands. Comme l'indique un médecin, « c'est surtout quand en fait on a une réponse qui est pas claire ... qu'on voit que la personne n'est pas forcément à l'aise avec la question, qui donne une réponse un peu vague comme voilà "je ne veux pas d'acharnement" ». Les patients et les patientes utilisent probablement plus souvent la formule pour s'éviter un malaise causé par une question qui leur laisse trop de liberté.

Il y a des possibilités de tirer profit de la formule « acharnement thérapeutique » malgré son aspect flou et son impact sur les conversations. Il est nécessaire que les médecins posent des questions, dans le cas où quelqu'un d'autre utilise la formule, pour s'assurer de sa signification. Si les médecins l'utilisent, il est également important de s'assurer que les autres gens comprennent bien ce qu'elle veut dire, ce qui est le cas dans la plupart des extraits. Dans un des entretiens par rapport aux consultations, la personne qui pose les questions aux médecins stipule qu'il « faudrait presque en quelque sorte investiguer qu'est-ce que ça veut dire pour les patients », parce que « c'est surtout les patients qui ... sortent ça, pas d'acharnement ». En effet sur les 44 extraits, dans seulement deux cas les médecins utilisent la formule en premier. Dans tous les autres cas, ce sont les patients et patientes qui la prononcent en premier, et les médecins doivent demander des clarifications par rapport à sa signification, pour que la situation ne reste pas floue. En ce sens, un consensus sur la signification de la formule pourrait peut-être faciliter les consultations en général.

Un consensus par rapport à la formule met par contre en évidence l'ambiguïté de l'utilisation même de la formule. En effet, s'il est envisageable de convenir d'un consensus sur la signification de la formule « acharnement thérapeutique », il serait aussi possible de la bannir des consultations. Malgré cela, comme mentionné précédemment, son utilisation peut avoir un certain nombre d'avantages. S'il est possible de gérer la conversation lorsque la formule est utilisée par un patient, une patiente ou une personne qui accompagne, il peut sembler utile de les laisser bénéficier des avantages que représente son utilisation. Malgré tout, il semble, par rapport aux observations tirées de ces extraits, qu'il est nécessaire, pour que la compréhension soit optimale dans la consultation, et que les médecins retirent le plus d'informations possibles, d'avoir recours aux termes médicaux en lien avec la réanimation. En effet, même si la formule permet, dans certaines situations, de simplifier la communication et de la rendre moins désagréable, elle ne remplace pas l'utilisation des termes médicaux nécessaires, à moins de convenir au préalable d'une synonymie entre réanimation et « acharnement thérapeutique ».

Une médecin explique qu'à son avis les patients et patientes ne sont pas toujours dans les meilleures conditions pour répondre à ce type de question. Comme mentionné, malgré le fait que des fiches contenant des renseignements leurs sont remises, les patients et patientes n'ont pas assez d'informations par rapport à la réanimation. Selon cette médecin, les patients et patientes n'ont

probablement pas le temps. Des fois ils arrivent ils sont épuisés, ils sont confus, ils sont, voilà, tout ce qu'on veut donc ce n'est pas forcément le bon moment pour poser la question non plus euh... et puis tant qu'il n'y a pas besoin de forcément de remplir dans tous, je pense qu'on lit pas toutes les feuilles qu'on nous donne, hein.

Les conditions compliquées dans lesquelles se trouvent les patients et les patientes pourraient les encourager à utiliser la formule pour faciliter ou écourter la conversation. De plus, le fait que les informations sur la réanimation ne sont pas toujours lues pourrait impliquer que les patients et les patientes n'ont pas nécessairement totalement conscience de ce sur quoi on les interroge. De ce fait, il se peut que ces conditions ne soient pas propices à des réponses fiables car la pression qu'elles impliquent pourrait troubler la réflexion des patients et des patientes. Comme le mentionne la même médecin, le fait de pouvoir réfléchir calmement est important pour pouvoir donner une réponse. Elle dit : « pour ce genre de choses je me demande des fois si c'est pas mieux que le patient soit un peu seul avec lui-même pour réfléchir à tout ça ». La sollicitation directe dès le premier jour de l'accueil ainsi que les questions directes en présence des médecins pourraient déstabiliser les patients et les patientes et les empêcher de formuler des réponses réfléchies.

Dans ce sens, cette médecin propose une solution qui permettrait d'aider les patients et patientes à pouvoir réfléchir librement à la question de réanimation et à formuler leurs choix de manière claire. Elle indique :

Si on pouvait poser la question comme ça peut-être en abordant le sujet mais qu'après il a une feuille avec à remplir voilà je sais pas « intubation "oui" ou "non", massage cardiaque "oui" ou "non" » comme ça du coup il y a vraiment tout le détail et puis c'est quelque chose qu'ils peuvent faire un peu seul avec lui-même parce que c'est quand même... quitte à revenir après ou quitte à ce qu'on revienne après en fait pour dire « est-ce qu'il y a des questions par rapport à ... des choses qui étaient pas claires pour vous ? Ou bien des choses que vous voulez préciser par oral en plus de la feuille que vous remplissez ? »

Dans ces commentaires on a une proposition de démarches, qui concerne une partie des observations faites dans ce travail. Le médecin propose des solutions possibles aux difficultés engendrées par la formule. Le fait de ne pas demander aux patients et patientes de répondre immédiatement aux questions en lien avec la réanimation permet de se préserver de l'embarras que la discussion provoque (Ferré Ibáñez et al. 2019 : 2053). Fournir un document à remplir après avoir informé les patients et patientes leur permet d'avoir du temps pour réfléchir individuellement sans être sous influence extérieure, et également de pouvoir se focaliser sur les éléments qui leur sont demandés. L'écrit permet de présenter la question de manière plus directe que l'oral. En effet, les choix comme « intubation “oui” ou “non”, massage cardiaque “oui” ou “non” » ciblent la question sur les points essentiels et évitent le flou potentiel des formulations orales.

Recourir à l'écrit serait un moyen efficace d'éviter, dans une certaine mesure, l'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique ». Le fait de proposer des questions écrites avec un nombre de réponses limitées forcerait les patients et patientes à se prononcer sur les actes précis. La formule, même si elle pourrait être utilisée lors de la discussion qui précède la remise des questions par écrit, ne pourrait pas être donnée en guise de réponse, et n'apparaîtrait pas dans les dossiers. Il ne serait pas nécessaire pour les médecins de considérer le lien entre « acharnement thérapeutique » et « réanimation ». La version écrite des questions serait une autre manière de demander des précisions, et un moyen de s'assurer que les questions sur les pratiques médicales de réanimation sont abordées et que les réponses sont données. Le recours à l'écrit empêcherait le flou qui subsiste à l'issue de certains entretiens et forcerait l'évocation des termes précis. Le fait de faire remplir le document par les patients et patientes serait un moyen d'éviter un biais possible si les médecins le remplissent à leur place. L'écrit est par contre un moyen moins personnel et peut aussi être désagréable et intimidant. De plus, il est compliqué de s'assurer de la compréhension du texte, par les patients ou les patientes. La seule solution semble être de leur poser la question. Il paraît primordial de garder tout de même un contact direct pour pouvoir communiquer oralement, comme un médecin l'indique en disant, « quitte à ce qu'on revienne après en fait pour dire “est-ce qu'il y a des questions par rapport à ... des choses qui étaient pas claires pour vous ?” ». Il semble en effet important de ne pas perdre la proximité et l'accompagnement qui sont indispensables pour un bon traitement (Rubli Truchard et al. 2017 : 321). Une systématisation de la démarche pourrait potentiellement avoir un effet sur la relation entre les médecins et leur patientèle. Il serait important de s'assurer de

la bonne communication même dans le cas où une plus grande autonomie serait laissée aux patients et patientes.

L'accompagnement des patients et patientes est un point fondamental de la prise en charge médicale. En leur laissant plus d'espace et d'autonomie pour réfléchir, il est important de ne pas leur donner une impression d'abandon. De plus, il est primordial de ne pas frustrer les patients ou les patientes en les privant de la liberté d'utiliser certains termes ou en les mettant mal à l'aise en critiquant leur manière de parler. Il ne paraît pas indispensable de bannir la formule des entretiens, mais il semble nécessaire de pouvoir éclaircir le flou éventuel dans toutes les situations. En ce sens, une explication sur le lien entre l'acharnement et la réanimation pourrait être utile. Une solution possible serait d'expliquer aux patients et patientes que l'« acharnement », en tant que traitements disproportionnés ou futiles ne sera en aucun cas pratiqué, et d'ajouter que la réanimation, en tant que massage cardiaque et intubation, peut être effectuée sans pour autant être de l'acharnement, mais que cela dépend de leur volonté. C'est en partie ce que fait MA2 dans l'extrait 20. Ceci semble malgré tout complexe à expliquer et pourrait rallonger considérablement les consultations. Il semble nécessaire de trouver un équilibre entre l'autonomie laissée aux patients et patientes pour leur confort durant les entretiens et les obligations nécessaires à un bon déroulement de la consultation. Le point fondamental des entretiens, sur un plan institutionnel et moral, paraît être que les médecins aient tous les renseignements nécessaires à l'issue des entretiens de manière à inscrire la volonté des patients et patientes en étant certains de ne pas se tromper. Il serait possible, sans interdire l'utilisation de la formule, de convenir d'une signification commune ou alors, pour les médecins, d'avoir un moyen de mener à bien la conversation en dépit de l'utilisation de la formule. Une solution pourrait être de s'assurer que les médecins sachent comment gérer l'utilisation éventuelle de la formule, pour obtenir tout de même les informations nécessaires.

6. Conclusion

6.1 Résumé de la recherche

Le présent travail a démontré, à l'aide d'analyses d'extraits de consultations médicales, certains effets, positifs et négatifs, de l'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » lors de conversations en lien avec la réanimation cardiopulmonaire. Par rapport à la question de recherche et aux hypothèses formulées au début du travail, les analyses ont bel et bien démontré une influence importante de la formule sur les conversations. Malgré une ambiguïté, apparente dans les extraits analysés, de nombreux avantages ont été observés en plus des inconvénients. L'ambiguïté de la formule « acharnement thérapeutique » provoque des complications dans les conversations, notamment au niveau de la compréhension, mais son utilisation a tout de même un certain nombre d'intérêts. Comme supposé, l'aspect flou et ambigu de la formule implique qu'elle est bien plus fréquemment utilisée par les patients et patientes, ou par les personnes qui les accompagnent, que par les médecins. Certains et certaines médecins ont toutefois recours à la formule dans quelques cas particuliers des extraits analysés, mais ne s'en servent pas de la même manière que leur patientèle. On remarque d'ailleurs que la formule est presque exclusivement utilisée par les patients et patientes, et quasiment toujours sous la forme « pas d'acharnement » ou « pas d'acharnement thérapeutique ». Elle est parfois considérée comme un synonyme de « réanimation », mais ce n'est pas systématiquement le cas. Malgré cela, les médecins verbalisent leurs réserves par rapport à cette formule et expliquent que ce n'est généralement pas un terme utilisé en médecine.

Les principales difficultés engendrées par la formule qui se sont manifestées dans les extraits analysés, découlent de son ambiguïté et de son utilisation en réponse aux questions des médecins sur leurs volontés en termes de réanimation cardiopulmonaire. Cette ambiguïté force parfois les médecins à demander des précisions à leurs patients et patientes pour savoir ce qui est considéré comme « acharnement ». Il leur est nécessaire de le savoir pour comprendre si les tentatives de réanimation sont acceptées ou non, ce qui provoque des rallongements à cause de questions supplémentaires, et pourrait éventuellement engendrer des incompréhensions et mener les médecins à inscrire de mauvaises indications dans les dossiers des patients et patientes. Malgré une utilisation fréquente, la formule « acharnement thérapeutique » n'a pas la même signification pour tout le monde, elle n'est de ce fait, pas adaptée pour exprimer une volonté par rapport à la réanimation cardiopulmonaire, qui implique des pratiques précises. Indiquer « pas d'acharnement » n'est pas similaire à expliquer ne pas vouloir de réanimation.

De plus, comme les traitements futiles ou disproportionnés ne sont normalement pas proposés, demander « pas d'acharnement » peut sembler inutile. Dans certains extraits il n'est pas possible de savoir si le patient ou la patiente, en disant « pas d'acharnement » ou « pas d'acharnement thérapeutique », parle de la réanimation ou d'autres traitements. Si les médecins ne questionnent pas la formule, il y a un risque de malentendu, ou alors il se peut que les médecins choisissent à la place des patients ou patientes, ce qui est l'opposé du but de la conversation, et remet en question l'utilité de ces séquences de consultations. Ceci soulève également des questions morales par rapport aux droits des patients et patientes, et au pouvoir des médecins.

Certains extraits démontrent que la formule, lorsqu'elle est utilisée par les médecins, peut éclaircir les informations données aux patientes et aux patients. Malgré le fait que ce ne soit pas un terme médical précis, elle peut aider les patientes et les patients à comprendre les notions dont les médecins leurs parlent, lorsque la communication est compliquée. La formule, étant une notion populaire et simple, permet aussi de traiter du sujet en se préservant de termes techniques ou trop lourds émotionnellement. Elle offre une liberté aux patients et patientes, ainsi qu'à leur entourage, de répondre à des questions compliquées ou embarrassantes sans recourir à des termes plus difficiles à utiliser. Elle permet aux personnes n'ayant pas les mêmes connaissances que des médecins, de formuler plus simplement leur avis, ce qui se manifeste d'ailleurs dans de nombreux extraits. Les patients ou patientes utilisent la formule, et les médecins réagissent pour préciser les informations grâce à des termes techniques. La formule force les médecins à demander plus d'informations, à poser des questions précises et à évoquer les termes médicaux aux patientes et aux patients. Les cas où la formule impacte le plus les conversations sont ceux où les médecins retirent le plus d'informations. Cependant, la formule « acharnement thérapeutique » étant ambiguë, elle laisse les médecins dans l'incertitude si elle n'est pas questionnée.

Ce travail n'a pas révélé les éléments que la question de recherche laissait supposer. La formule « acharnement thérapeutique », si elle est ambiguë et problématique, ne semble pas poser un obstacle insurmontable à la communication, ni même aux phases de demande de préférence lors des consultations. Elle soulève toutefois des questions sensibles par rapport à la clarté et à la bonne communication, ainsi qu'à la morale lors d'entretiens médicaux. Ces aspects sont fondamentaux pour une bonne prise en charge des patientes et des patients. Les difficultés de communication peuvent avoir des effets néfastes sur les relations entre les médecins et les

patientes et patients, et impacter leur confort lors de leur prise en charge. Il est important dans ce cas d'évaluer l'influence qu'auraient des mesures par rapport à l'utilisation de certains termes durant les consultations médicales. L'utilisation de la formule « acharnement thérapeutique » a des conséquences sur les entretiens en lien avec la réanimation cardiopulmonaire. Elle apporte de l'ambiguïté, elle n'est pas forcément pertinente, elle trouble la fluidité de la conversation et elle implique de s'adapter pour atteindre le but institutionnel prévu. Elle n'est toutefois pas nécessairement une source de grande confusion sur l'issue des consultations. Comme certaines recherches le mentionnent, les médecins se plaignent parfois de ne pas avoir suffisamment de formation par rapport à la communication, et particulièrement dans des conversations difficiles dont celles analysées pour ce travail font partie. Une solution pourrait se trouver dans le fait d'améliorer la formation des médecins à ce type d'interaction et à ce type de termes potentiellement problématiques.

6.2 Les limites du travail

Ce travail couvre un échantillon restreint de situations. Les résultats ne sont généralisables que dans une mesure limitée. On peut constater plusieurs tendances grâce à cette recherche, comme le taux d'utilisation de la formule en fonction de l'âge ou du sexe, ou encore l'utilisation de la formule bien plus fréquente chez les patientes et les patients que chez les médecins. Tout cela par rapport à une petite quantité d'extraits toutefois. Il serait nécessaire d'effectuer une telle recherche sur un plus grand nombre d'extraits pour pouvoir vérifier ces proportions. L'analyse conversationnelle n'a pas permis un travail quantitatif pour cette recherche. Les extraits du corpus qui ne contiennent pas la formule n'ont volontairement pas été transcrits finement ni analysés de la même manière que les autres. Il n'a pas été possible d'analyser la gestion des phases de demande de préférences où la formule n'est pas utilisée ni de les comparer avec les autres.

6.3 Possibilités d'approfondissement ou d'élargissement

La recherche sur la communication en milieu médical a encore de grands champs d'étude possibles. Par rapport à ces entretiens il peut être intéressant de recueillir une plus grande quantité d'extraits et d'observer dans quelles proportions la formule provoque une incompréhension qui mène à la défaite du but de la consultation, de manière à en considérer l'impact négatif. Une autre approche pourrait être d'analyser d'autres extraits, contenant la formule ou non, pour observer et comparer les manières de mener ces conversations. Il serait

ensuite possible de considérer les manières les plus pratiques pour les médecins de présenter les questions aux patients et patientes. Une analyse fine des extraits de ce corpus qui ne contiennent pas la formule pourrait déjà révéler des éléments intéressants par rapport à la gestion de la question, sans utilisation de la formule.

Il pourrait également être intéressant d'analyser d'autres formules potentiellement problématiques de ce type, dans d'autres contextes de conversations. Les médecins doivent poser des questions sensibles, et qui peuvent potentiellement avoir des conséquences sur la prise en charge des patients et patientes, dans de nombreux contextes. Une même recherche sur d'autres formules, sur un même type de corpus, pourrait révéler des problèmes similaires. Les séquences d'annonces de maladies, de prescriptions de traitements ou de recueil des antécédents médicaux pourraient être analysés de cette manière. Un même type de recherche dans d'autres langues pourrait également renseigner sur les pratiques et permettre une comparaison de la gestion des entretiens, ou du type de formules utilisé et leurs effets. Les recherches sur « *futile care* » en anglais sont notamment intéressantes en ce sens. D'autres langues qui ne contiennent pas de termes synonymes ou même proches pourraient mener à des constats intéressants.

Par rapport aux résultats de ce travail, une recherche auprès des membres du corps médical pourrait être utile et compléter les constats observés avec ce corpus. Dans le même sens que les entretiens menés pour réagir aux extraits enregistrés, il serait possible de mener des études sur la perception de la formule « acharnement thérapeutique » spécifiquement, chez les médecins ou d'autres membres du corps médical. Ceci pourrait servir à recueillir l'avis du corps médical par rapport à l'utilité de cette formule, ou encore à générer des propositions de solutions que ces membres du corps médical envisageraient pour compenser l'utilisation de la formule durant les entretiens. Dans le même sens, une recherche auprès des patients et des patientes pourrait également éclairer au sujet des raisons de l'utilisation de la formule ou de leurs sensations par rapport au sujet de la réanimation. Une telle recherche pourrait aider à comprendre comment traiter les patientes et patients, ou comment orienter les conversations, par rapport au sujet de la réanimation et en fonction de l'utilisation de la formule.

7. Bibliographie

- 36,9. 2020. Entre la vie et la mort : que votre volonté soit faite. Play RTS. Consulté le 8 mars 2020. <https://www.rts.ch/play/tv/369/video/entre-la-vie-et-la-mort--que-votre-volonte-soit-faite?id=11140377&startTime=17.779979>.
- Acharnement, n. *Dictionnaire de français Larousse en ligne*. Larousse, Éditions. Consulté le 13 novembre 2020. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acharnement/665>.
- Antaki, Charles. 2011. Six Kinds of Applied Conversation Analysis. In C. Antaki (éd.), *Applied Conversation Analysis: Intervention and Change in Institutional Talk*, Palgrave Advances in Linguistics. London: Palgrave Macmillan UK. pp.1-14.
- ASSM. 2013. Décisions de réanimation. <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>.
- Broussouloux, Claude. 1983. *De l'acharnement thérapeutique à l'euthanasie*. Réponses. Laffont. Paris: Laffont.
- Brown, P. et S. C. Levinson. 1987. *Politeness: Some Universals in Language Usage*. Cambridge University Press.
- Chavanne, Mona. 2020. Fin de vie : " On se bat pour le libre choix, pas pour l'euthanasie ". *lanouvellerepublique.fr*. <https://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/fin-de-vie-on-se-bat-pour-le-libre-choix-pas-pour-l-euthanasie>.
- CHUV. 2020. *Attitude en cas d'urgence*. Service de gériatrie et réadaptation gériatrique. Consulté le 30 octobre 2020. <https://www.chuv.ch/fr/geriatrie/ger-home/patients-et-famille/unite-de-readaptation-geriatrique/au-cutr-sylvana/attitude-en-cas-durgence>.
- Code Civil Suisse. RS 210 Code civil suisse du 10 décembre 1907. *admin.ch*. Consulté le 15 novembre 2020. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>.
- Delorme, Benjamin. 2015. Tous les stéréotypes ont-ils un air de famille ? Quelques remarques sur la syntaxe stéréotypique. In V. Beliaikov et S. Mejri (éds.), *Stéréotypie et figement: à l'origine du sens*, Toulouse: Presses universitaires du Midi. pp.201-9.
- docThom. 2018. Acharnement thérapeutique / Euthanasie. *Vocabulaire-medical.fr*. Consulté le 13 novembre 2020. <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/216-acharnement-therapeutique-euthanasie/>.
- Drew, Paul. 2010. Commentary. *Journal of Asian Pacific Communication* 20 (2), pp.303-5.
- Dubois, J., M. Giacomo, L. Guespin, C. Marcellesi, J.-B. Marcellesi et J.-P. Mével. 2002. *Dictionnaire de linguistique*. Paris: Larousse.
- e-newspaperarchives. Consulté le 11 octobre 2020. <https://www.e-newspaperarchives.ch>.
- Faye, Jean-Pierre. 1972a. *Langages totalitaires: critique de la raison narrative : critique de l'économie narrative*. Paris: Hermann.
- . 1972b. *Theorie du récit;: Introduction aux langages totalitaires. Critique de la raison, l'économie narrative*. Paris: Hermann.
- Ferré Ibáñez, M.-R., A.-C. Sterie, R. J. Jox, et E. R. Truchard. 2019. Contenu des discussions concernant la réanimation cardiopulmonaire avec les patients âgés. *Rev Med Suisse* 15 (670), pp.2053-55.

- FMH. 2019. *Code de déontologie*. Consulté le 13 novembre 2020.
https://www.fmh.ch/files/pdf23/standesordnung-september-2019_fr.pdf.
- Gill, V. T., et F. Roberts. 2012. Conversation Analysis in Medicine. In J. Sidnell et T. Stivers (éds.) *The Handbook of Conversation Analysis*, John Wiley & Sons, Ltd. pp.575-92.
- Goffman, Erving. 1974. *Les Rites d'interaction*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Gruat, Florence. 2012. Acharnement thérapeutique, obstination thérapeutique déraisonnable. In M. Formarier et L. Jovic (éds.), *Les concepts en sciences infirmières*, Association de recherche en soins infirmiers. pp.46-8
- Gülich, E. ;, et L. Mondada. 2001. Konversationsanalyse / Analyse conversationnelle. In M. Metzeltin, G. Holtus, et C. Schmitt (éds.), *Lexikon der romanistischen Linguistik*, Tübingen: Niemeyer (Lexikon der romanistischen Linguistik) pp.196-250.
- Have, Paul ten. 2006. On the Interactive Constitution of Medical Encounters. *Revue Francaise de Linguistique Appliquée* Vol. XI (2): pp.85-98.
- Heritage, John. 2004. Conversation Analysis and Institutional Talk. In K. L. Fitch et R. E. Sanders (eds.), *Handbook of Language and Social Interaction*, Routledge Communication Series. Taylor and Francis. pp.222-45.
- Heritage, J., et S. Clayman. 2010. *Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions*. Malden Mass: Wiley-Blackwell.
- HUG. 2018. *Vos Directives Anticipées : Explications et conseils pour les rédiger*. Consulté le 13 novembre 2020. https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/directives_anticipees_fra.pdf.
- HUG. 2019. Que dit le droit suisse ?. *Hug.ch*. Consulté le 12 octobre 2020.
<https://www.hug.ch/maladies-neurodegeneratives-fin-vie/que-dit-droit-suisse>.
- Hurst, Samia. 2016. Acharnement thérapeutique – jusqu’où aller ? *Revue médicale suisse* 12 (503), pp.192.
- Jefferson, Gail. 2004. Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. H. Lerner (éd.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*, John Benjamins, pp.13-31.
- Jox, Ralf J., A. Schaidler, G. Marckmann, et G. D. Borasio. 2012. Medical Futility at the End of Life: The Perspectives of Intensive Care and Palliative Care Clinicians. *Journal of Medical Ethics* 38 (9), pp.540-45.
- Karim, Abdessalem Mohamed. 2017. De l’acharnement thérapeutique au faire mourir. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 16 (5): pp.262-68.
- Kerbrat-Orecchioni, Catherine (éd.). 1991. *La question*. Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- . 1995a. La Construction de La Relation Interpersonnelle : Quelques Remarques Sur Cette Dimension Du Dialogue. *Cahiers de Linguistique Française*. pp.69-88.
- . 1995b. Où en sont les actes de langage ?. *L’information grammaticale* 66 (1), pp.5-12.
- . 2001. « Je voudrais un p’tit bifteck ». La politesse à la française en site commercial. *Les Carnets du Cediscor. Publication du Centre de recherches sur la didacticité des discours ordinaires*, n° 7 (avril), pp.105-18.
- . 2010. L’impolitesse en interaction. Aperçus théoriques et étude de cas. *Lexis. Journal in English Lexicology*, n° HS 2 (septembre), pp.35-60

- Kovacs, Stéphane. 2019. Les parents de Vincent Lambert poursuivent son médecin. *Le Figaro.fr*. 25 novembre 2019. <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/les-parents-de-vincent-lambert-poursuivent-son-medecin-20191125>.
- Krieg-Planque, Alice. 2009. *La notion de « formule » en analyse du discours: cadre théorique et méthodologique*. Annales littéraires de l'Université de Besançon 847. Besançon: Presses universitaires de Franche-Comté.
- La Marne, Paula. 2005. *Vers une mort solidaire*. Presses Universitaires de France.
- Lerner, Gene H. 1996. Finding "Face" in the Preference Structures of Talk-in-Interaction. *Social Psychology Quarterly* 59 (4), pp.303-21.
- Maynard, D. W., D. Cortez, et T. C. Campbell. 2016. "End of Life" Conversations, Appreciation Sequences, and the Interaction Order in Cancer Clinics. *Patient Education and Counseling* 99 (1), pp.92-100.
- Maynard, D. W., et J. Heritage. 2005. Conversation Analysis, Doctor-Patient Interaction and Medical Communication. *Medical Education* 39 (4), pp.428-35.
- Mejri, Salah. 2015. La double stéréotypie des séquences figées. L'endophore métalinguistique. In V. Beliakov et S. Mejri (eds.) *Stéréotypie et figement: à l'origine du sens*, Interlangues. Toulouse: Presses univdu Midi. pp.125-37.
- Modes, M. E., R. A. Engelberg, L. Downey, E. L. Nielsen, R. Y. Lee, J. R. Curtis, et E. K. Kross. 2019. Toward Understanding the Relationship Between Prioritized Values and Preferences for Cardiopulmonary Resuscitation Among Seriously Ill Adults. *Journal of Pain and Symptom Management* 58 (4), pp.567-577.
- Moirand, Sophie. 2007. *Les discours de la presse quotidienne: observer, analyser, comprendre*. Linguistique nouvelle. Paris: PUF.
- Nicolas-Robin, Armelle. 2015. Acharnement thérapeutique : que faire pour éviter la mise en route d'un traitement déraisonnable ? (podcast). *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 19 (5), pp.233-39.
- Pomerantz, A. et J. Heritage. 2012. Preference. In J. Sidnell et T. Stivers (eds.) *The Handbook of Conversation Analysis*, John Wiley & Sons, Ltd. pp.210-28.
- Richtering, S. S., P. D. Farhoumand, et M. Escher. 2018. Voulez-vous être réanimé si votre cœur s'arrête ? : Discussions de réanimation cardiopulmonaire. *Revue médicale suisse* 14 (623), pp.1854-58.
- Rubli Truchard, E., A. C. Sterie, et R. J. Jox. 2017. Réanimation des personnes âgées : comment aborder les preferences en amont ? . *Revue médicale suisse* 13 (548), pp.320-22.
- Sacks, H., E. A. Schegloff, et G. Jefferson. 1978. Chapter 1 - A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking for Conversation. In J. Schenkein (éd.), *Studies in the Organization of Conversational Interaction*, Academic Press. pp.7-55.
- Sidnell, J., et T. Stivers (éds.). 2012. *The Handbook of Conversation Analysis*. New York: John Wiley & Sons, Incorporated, Wiley-Blackwell.
- Silverman, D., et A. Peräkylä. 1990. AIDS Counselling: The Interactional Organisation of Talk about 'Delicate' Issues. *Sociology of Health & Illness* 12 (3), pp.293-318.
- Sterie, A. C., L. Jones, R. J. Jox, et E. Rubli Truchard. à paraître a. "It's not magic": a qualitative analysis of geriatric physicians' explanations of cardio-pulmonary resuscitation in hospital admissions. *Health Expectations*.

- Sterie, A. C., O. Weber, R. J. Jox, et E. R. Truchard. à paraître b. “If something serious were to happen...”: A conversation-analytic study of how geriatricians initiate discussions about cardiopulmonary resuscitation.
- Weber, Orest. 2017. *Migration et communication médicale: les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques*. Limoges: Lambert-Lucas.
- West, Candace. 1984. *Routine Complications: Troubles with Talk Between Doctors and Patients*. First Printing Edition. Bloomington: Indiana University Press.
- . 1993. “Ask Me No Questions”: An Analysis of Queries and Replies in Physician-Patient Dialogues. In A. D. Todd et S. Fisher (eds.), *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*, Washington, D.C., Center for Applied Linguistics, pp.75–106.
- Wilkinson, D., et J. Savulescu. 2011. Knowing when to stop: futility in the intensive care unit. *Current opinion in anaesthesiology* 24 (2), pp.160-65.
- Wodak, Ruth. 2006. Medical Discourse: Doctor–Patient Communication. In K. Brown (éd.) *Encyclopaedia of Language and Linguistics*, Second Edition, 7: Amsterdam: Elsevier Ltd. 681-88.

8. Annexes

Annexe 1

Conventions de transcription pour l'analyse conversationnelle, adaptées de Jefferson (2004) et de Gülich et Mondada (2001).

=	Enchaînement rapide
[]	chevauchements
&	Continuation du tour de parole
(3.4)	pause longue (temps indiqué en secondes)
(.) (..) (...)	Pauses : (.) quart (..) moitié (...) trois quarts de seconde
:	Allongement vocalique.
-	Troncation
/	Intonation montante
\	Intonation descendante
h .h	inspiration ou expiration
MAJ	Segment accentué
XXX	Segment inaudible
° °	Volume de voix bas
(())	Commentaire de la personne qui transcrit
< (()) >	Commentaire lié à un élément précis

Annexe 2

Entretiens médicaux analysés pour ce travail.

C21_MA2_PAT32_17:34_20:03_52:10 (Extrait 20)

1 MA2 médicament:nts ou comme [ça]
2 PAT [non] (.) non
3 <(6.5) ((bruits de clavier et de matériel déplacé))>
4 MA2 okay ((bruit d'écriture manuscrite)) (.) .h et puis (.) encore (.)
5 une p'tite questIOn que je pose (.) tout le TEmps à tous les paTIEnts
6 (.) qui arrivent ici à l'hôpiTAL/ (..) que (.) c'est une questIOn (.)
7 euh que peut-être, peut vous faire PEUR hein/ (..) mais on la pose à
8 tous les patients\ c'est pas parce que ça va arriver\ (..) SI jamais\
9 (...) vous avez un ARRêt du COEUR/ si jamais\ VOtre [cœur s'arrête/
10 PAT [vous m'laissez] aller\
11 MA2 on vous laisse aller\ (.) fait PAS de réanimation\
12 PAT no:n\
13 MA2 vous savez ce que c'est la réanimation/
14 PAT oui\
15 MA2 c'est QUoi\
16 PAT be::n je sais f- ((rires)) de me de remettre en FORMe
17 (...)
18 MA2 voi[là (.) mais]
19 3rd [on avait dit] pas d'acharnement (.) X [l'autre fois]
20 PAT [hein/](..) hein
21 3rd elle avait dit qu'il fallait pas=d'acharnement donc\
22 MA2 D'ACcord
23 3rd donc faut RÉanimer mai:s eu:h pas d'acharnemen:t donc eu:h
24 MA2 ALors (.) l'ACHarnement on ne le fait pas\ [(..) parce que] tout&
25 3rd [(alors ça)]
26 MA2 &le monde dit (.) PAS d'acharnement mais [(.) mais] un ACha- (.)&
27 3rd [ouais]
28 MA2 &l'ACHarnement (.) c'est/ (..) aller faire eu:h (...) trop d'choses
29 (.) là où i:l y a pa:s
30 3rd voilà
31 MA2 à faire\
32 3rd hmmhmm
33 MA2 alors s- s- SACHEz que (.) vous vous avez NONante-et-un ans\ (.)
34 nonante-ET-UN ans/
35 PAT nonante-[DEUX]
36 MA2 [Ah j'aur-] (.) j'aurais dit plus jeune (.) alors nonante-
37 deux-ans (.) et eu:m (.) avec eu:h QUand même (.) quelques maladies
38 du cœu:r eu:h le [diabète ou t.a.]
39 PAT [oui oui je] sais ça\(..)
40 MA2 [il y a] plu sieurs choses (..) S:i votre cœur s'arrête/ (..)&
41 PAT [oui]
42 &qu'on fait un (.) MAssage/ [carDIAque]
43 PAT [le bon dieu] q- il est il m'a aidé\
44 MA2 que si on fait une réanimation/ donc un massage cardiaque/ (.) NOus
45 (.) quand quand on fait ça/ on peut pas savoir comment ça va se
46 passer\ (...) d'accord c'est selon le souhait du patient\ si le
47 patient pendant qu'il pouvait parler (.) il nous avait dit qu'il
48 voulait (.) RÉAnimation/ (..) on fait la RÉanimation/ mais après il
49 peut avoir des séQUELles\ (.) parce que (.) PEndant que le cœur il
50 s'arrête/ (.) il y a pas de sang qui arrive dans le cerveau/ (..) d'
51 accord donc euh y a un moment il y a: (.) CERTains neurones qui
52 peu:t (.) être MORTes=
53 PAT =ouais [ouais]
54 MA2 [et] quand le cœur il repart/(..) ben vous pouvez avoir un
55 côté paralysé: ou comme ça\ (.) vous voyez/ (.) c'est pour ça que

56 nous on pose toujours ces questions\ parce que c'est VRai que la
57 réanimation ce n'est pas la même chose quand on a VINGt (.) TRente
58 ans/ (.) [que quand on a]
59 PAT [oui: c'est] pas la même [cho:se euh]
60 MA2 [votre âge]
61 PAT ouais ouais
62 MA2 voilà\
63 (1.1)
64 PAT NON=non c'est ça\
65 (...)
66 MA2 donc eu:h (.) vOU:s est-ce que p- est-ce que vous tenez vraiment à la
67 vie: et puis vous préférez qu'on es[SAIe] (.) même&
68 PAT [non]
69 MA2 &s'il peut y avoir des sé[que:lles/ ou:]
70 PAT [c'est mieux] mourir sans souffrir
71 (...)
72 MA2 voulez mourir sans souffrir\ (.) d'accord\ donc euh VOUS vous=voulez
73 PAS (.) de réanimation\
74 PAT non\
75 MA2 hmm=d'ACcord (.) o:kay <(7.0) ((bruit de stylo et de clavier))> mais
76 si jamai:s il vous arrive ici une grosse inFECTio:n ou quelque chose
77 PAT A:H\ [ça autant (.) c'est autre cho:se]
78 MA2 [et que (..) VOI:là\] ça vous voulez qu'on fasse
79 tout que- si (.) si on a besoin de vous transférer au chuv vous êtes
80 d'ACcord\
81 PAT ouais ouais=
82 MA2 =d'accord (.) okay
83 PAT ça c'est autre chose
84 MA2 ÇA c'est une autre chose oui (.) alors je vais vous poser des
85 questions\ (.) est-ce que vous avez la PEine à respirer\
86
87

1 MA3 .h aucune idée alors\ (.) mais ça ça dépen:d (.) en moyENne\ (.)
2 [je dirais] vraiment en moyenne/ c'est deux/ à trois semai:nes:/&
3 PAT [XXX]
4 MA3 &(..) [mais ça] dé:pend vraiment des gens\ il n'y a pas de&
5 PAT [d'accord]
6 MA3 &règle hein/ (.) [c'est chaque personne] c'est adapté à chaque&
7 PAT [XX (.) XX]
8 MA3 &personne/ (.) et puis ÇA encore une fois on en (.) discute avec
9 vous\ (..) si vous nous dites à un moment ben là je ne me sens pas
10 trop prête à rentrer à la maison:/ (.) ben on va: (.) on:
11 continue\ ou si [vous dites au contraire] j'VEux rentrer&
12 PAT [ouais (..) XXX]
13 MA3 &chez [MOi:/ (...)] dans ce cas on (.) on voit avec vous comment&
14 PAT [((rire))]
15 &on peut s'arranger\=
16 PAT = hm (.) d'ACcord\
17 MA3 d'acco:rd/
18 PAT d'accord\
19 MA3 voilà\ ((bruit de bouche)) .h euh: que vous dire d'autre (.) donc\
20 (..) vous êtes jamais venue à sylvana: hein/ c'est juste\
21 PAT =NON\ (.) c'est la première fois
22 MA3 donc ici:/ (..) c'est (.) ce qu'on appelle un centre de
23 RÉadaptation/
24 PAT (ouai\
25 MA3 donc AVant le retour à la maison/ (.) .h euh: (.) ça REste un
26 hôpita:l/ bien sûr/ hein/ donc (.) si: il y a un:: (..) un pépin:
27 un problème qu'on n'a pas forcément prévu/ on (.) on va vous
28 soigner/ on va faire tout ce qu'on peut/ (..) [.h MAIS](.E) EU:h&
29 PAT [d'accord]
30 MA3 &(.) s:i on arrive un petit peu à nos liMITes\ (..) .h euh après
31 on est obligé de retransférer nos patients au chuv\ (.) par
32 exemple typiquement ici nous n'avons pas de radiographi::es ou de
33 scanne::rs [ou](.E) de quoi faire des exaMEns donc [(.)s'il]&
34 [oui=oui] [d'accord]
35 &y a besoin [dans ce cas là]
36 PAT [mais des examens] ont été faits [XX]
37 MA3 [ont] été faits\
38 voilà\ tout-à-fait mais (.) on ne sait jamais [ce qui] peut se&
39 PAT [oui]
40 MA3 &passer/
41 PAT oui
42 MA3 on PRévient toujours [les gens] quand ils arrivent/ (.) pour
43 PAT [c'est sûr]
44 être sûrs que vous êtes D'ACcord avec eu::h ce principe\
45 PAT d'accord\
46 MA3 d'accord/ .h voilà\ .h et pui:s (.) juste aussi pour termine:r/
47 après j'arrête de vous embêter .h ((rire)) .h eum: ((bruit de
48 bouche)) (.) on demande aussi toujours ça aux gens qui arrivent
49 ici: euh: à sylvana/ (.) ça n'a RIEN à voir avec votre état de
50 santé/ hein/ (..) .h mais juste de savoir/ si: vous avez déjà un
51 petit peu réfléCHI (..)h s'il vous arrivait quelque chose de très
52 très gra:ve:/ (..)h qu'est-ce que vous souhaiterie:z que les
53 médecins fa:ssent (.) ou ne fassent PA:S=
54 PAT =ça j'ai dé- r-jà répondu à cette question (.)
55 plusieurs [fois]
56 MA3 [au chu:v/]
57 PAT oui
58 MA3 oui
59 PAT non\ pas d'acharnement thérapeutique ça °je XXX°
60 MA3 d'ACcord\ (.) okAY\

61 PAT S'il n'y a plus rien à faire si j'deviens un légume alors non\
62 MA3 d'ACcord OKay (.) c'est toujours (..) .h BIEN pour nous d'savoir
63 dans quel [état d'esprit] vous êtes en effet\ (...).h OKay\ bon\
64 PAT [oui oui]
65 PAT j'suis en âge de partir/ quand même\
66 (1.0)
67 MA3 ÇA c'e::st
68 PAT ((rire))
69 MA3 CHAcun a son idée là-dessu:s=
70 PAT =moi j'ai:=
71 MA3 =c'est vous qui [d-]
72 PAT [j-](.) j'ai ENTendu à la télévisio:n aujourd'hui/
73 (.)h que simone veil (.) a: passé (1.5) de l'autre côté de: (1.3)
74 la ligne\
75 MA3 c'est vrai/
76 PAT oui\ (.) elle a quatre-vingt-neuf a:ns donc (.) deux ans de plus
77 que moi\
78 MA3 oui [c'est juste]
79 PAT [elle avait] (...) et ce ç- je suis TRÈS triste de ça\
80 MA3 aujourd'HUI\
81 PAT mais oui\
82 MA3 d'ACcord ah mais [j'ai pas] entendu ça\ (.) d'ACcord (...) eh&
83 PAT [ce matin]
84 MA3 &ben dis donc oui en effet\ (..) une grande personne
85 PAT oui (..) [c'é]tait vraiment quelqu'un de bien
86 MA3 [ouais]
87 MA3 ouais (.) tout-à-fait (.) ben elle a fait des grandes CHOsés hein/
88 (..) cette dame (.) hmm (1.0).h bon\ très bien\ (...) je vais
89 arrêter de vous embêter j'vais juste vous examiner/ (.) et puis
90 après je vous rends à votre mari\ (.) [d'acco:rd/] ((rire))&
91 PAT [d'acco:rd\
92 &si vous voulez bien vous asseoir sur le lit s'il vous plaît/
93

C5_MA5_PAT16_46 :23_51 :03_51 :03 (Extrait 18 ; Extrait 21 ;
Extrait 22)

1 MA vous avez FAIT le vaccin de la GRIPpe cette anNÉE/
2 PAT oui
3 MA <((en chuchotant))Ok>
4 (4.2)
5 MA puis j'ai encore une question/(...) c'est par rapport à la
6 réanimation\ (2.3) on vous a d'jà posé la ques[tion\
7 PAT [ouais]
8 <(2.6)((rires))>
9 PAT allez-y (.) je vous dirai après ce qu'on va dire\ (1.0) donc euh ch-
10 l'acharnement (..) NON\ ça sert à rien\ (1.0) C'est pour eu:h
11 reveni:r grabatai:re (..) c'est pas la peine\ (1.0) MAis ça n'empêche
12 pas/ par exemple/ (1.8) s:i j'ai besoin que: les petites piqures/
13 (1.0) pour revenir euh: biEN/ (1.5) ça j'suis d'accord\ (...) je mais
14 j'sais pas c'qu'ça veut dire réanimation\ (.) je SAIs ce que ça veut
15 dire mais je (..) j'sais pas jusqu'OÙ ça va\
16 MA okay .h alors on on peut re- (.) voilà\ du coup pour pré:ciser/
17 (...)h si le COE:ur: (.) il venait à s'arrêter/ (1.0) est-ce qu'vous
18 voulez/ qu'on (.) ESSaie de réanimer/ (.) en faisant un massage (.)
19 cardiaque
20 (3.1)
21 PAT c'est de l'acharnement/ ça/
22 (2.0)
23 MA ça d- (...) l'acharnement c'est un mot très (..) LArge: (..) très
24 va:gue: (.) ça dépend après d'une personne à l'au:tre\ justement\
25 (2.6) c'est un geste qui compren:d (1.0).h [des] risques: (..) [hmm]
26 PAT
27 PAT qu'est-ce que je dois vous répondre\
28 (1.3)
29 MA il y'a pas de bonne ou d'mauvaise répon:se: (.) c'est un peu
30 selON: .h (4.0) selon c'que vous préférez vous\
31 (2.0)
32 PAT .h (.) j'aime la vie/ (1.6) je sais pas c'qui m'attend là-haut/ (3.1)
33 si je savai:s\ (.) c'qui m'attend\ (1.1) je serais toute différen:te
34 plus facile à répon:dre=
35 MA =ouais (.) oui bien sûr ouais
36 (4.9)
37 PAT parce que quand j'ai eu eu:h (1.0) tellement mal eu:m (..) j'ai dit
38 une crise cardia:que et bien c'est peut-être pas ça/ (..) comme vous
39 m'avez dit/ (1.0) que j'ai eu (.) donc
40 [XX douleurs/] (1.6) quand j'ai sonné/ (1.4) le jeune homme&
41 MA [ouais\ (.) hmmmhmm]
42 PAT &qu'est venu/ (..) il m'dit\ vous voulez quoi\ (..) j'ai dit écoutez
43 j'ai une douleur terrible\ (...) dans le: (.) dans le: la poitrine
44 MA ouais=
45 =vous voulez quoi\ (1.3) il me répond (3.3) j'ai dit j'aimerais une
46 assistance/ (1.7) <((À voix basse, essoufflée)) c'est vous (.) vous
47 voulez quoi> (...) j'me suis dit qu'est-ce que c'est ce mot
48 acharnement/ (1.1) qui veut dire que: (.) on f- on fait rien/ (.) on
49 attend/
50 (2.2)
51 MA quand y a des douleurs on n'fait jamais rien\
52 (2.6)
53 PAT il m'a donné un d- un: dafalgan (1.6) c'est déjà ça\
54 (1.6)
55 MA enfin (.) c'est un début\ [XX]
56 PAT [oui] et puis il y a (.) il y a XX les
57 troubles euh [cardiaques euh]
58 MA [ouais (.) ouais]

59 (3.5)
60 PAT h h c'est TRÈs diffiCIle hein/
61 (3.6)
62 MA ah oui absolument\ c'est une question qui:
63 (...)
64 PAT non (.) mais acharnement (.) non\ (1.6) mais (..) s'il faut peu/
65 d'cho:ses\ (...) pour que tout revienne normal/ (.) oui\
66 (1.0)
67 MA quand vous dites aCHArnement\ (.) vous s- vous s- sous-entendez quoi\
68 PAT .h ben j'sais pas tout ce qu'on peut fai:re euh: (..) .h à l'hôpita:l
69 (.) médicalement
70 (1.0)
71 MA par exemple euh l'INTubation\ (.) ça vous êtes pou:r/ ou con:tre\
72 PAT l'INTubation/
73 MA de mettre (.) un tu:be
74 PAT jusqu'à l'estoma:c et
75 MA non non dans l- dans les POUmons\ (.) pour vous (.) [pour vous]&
76 PAT [ah XX]
77 MA &aider à RESpirer\ (..) du coup c'est la MACHine qui vous fait
78 RESpirer\
79 (1.5)
80 PAT °n:on°
81 (1.8)
82 MA donc ç- PAS d'intubation\
83 PAT non: ça fait MAL ça\
84 (1.0)
85 MA bon vous êtes endormie sur le coup [mai:s]
86 PAT [((rire))] [((rire))]
87 <((rires)) (3.3)>
88 MA hmmhmm okay (1.4) °ouais°
89 <(4.9) ((souples))>
90 MA hmm (.) on peut en discuter tranquillement aussi: hein\
91 PAT =oui=
92 MA =oui oui
93 (...)
94 PAT oui:
95 MA c- c'est c'est une gran:de questIion\ ÇA\
96 PAT c'est une: gran:de [question] c'est difficile à répondre
97 MA [ouais]
98 (1.8)
99 MA <((murmuré))ouais> (2.2) <((murmuré))hmmhmm> (4.3) .h ouais c'est une
100 question qu'on pose à tout le monde quand ils arrivent ici/
101 PAT <((dans un soupir))je [sais]>
102 MA [hmmhmm]
103 PAT c'est partout/ (..) ça se répète\
104 MA ouais
105 PAT on me la posée au chuv (.) on m'la repose ici=
106 MA =hmmhmm (1.0) .h c'que vous pouvez FAIRE une fois maDAME c'est de
107 le NOter (.) sur une FEUille (1.9) vous

1 PAT OH (.) PAS (.) pas jamais JAmas mais aux anniversaires
2 ou: °eu:h° UN verre et puis\
3 MA5 okay (1.3) d'accord\ (1.6) et j'aurais encore UNE question/ (1.6)
4 c'est par rapport à la réanimation\ (2.0) si le COEUR il venait à
5 s'arrêter\
6 PAT OUI
7 MA5 est-ce que vous voulez qu'on ESSaie de réanimer/
8 (3.1)
9 PAT h offf (.) OUI\ (1.1) MAI:s euh pas d'acharnement\ hein/
10 (1.8)
11 MA5 .h par ACHarnement\ vous entendez quoi\
12 PAT OUI si ça n'marche PAS eu:::h (.) en une ou deux FOis eu:h ben au
13 revoir\
14 MA5 =okay (.) mais vous voulez qu'on essAie\
15 PAT OUI=
16 MA5 =ouais\ (.) okay
17 PAT Parce qu'ça peut être BÉnin/ hein/ (...) on sait PAS alors euh
18 (1.9)
19 MA5 .h puis (.) par rapport au: (.) à l'idée des SOIns intensifs/ euh
20 (.) par exemple avoir U:N (...) une INTubatio:n\ (.) pour AIder
21 pour la respiration/ [ÇA vous] êtes pour ou contre\
22 PAT [non]
23 PAT [contre\
24 MA5 [contre] (...) <((murmuré)) okay (.) d'ACcord> (1.1) enfin
25 j'm'excuse pour les questions mais:s\
26 PAT non [mais c'est\
27 MA5 [voilà c'est] important de savoir [eu:h]
28 PAT [mais:s\] exactement/=
29 MA5 =°c'que vous voulez° (...) .h vous avez déjà écrit/ des
30 directi:ves anticipé:e:s=
31 PAT =non
32 MA5 <((murmuré))okay> (1.4) enfin il y a p- (.) il y a pas d'urGENce
33 mais c'est vrai que c'est quelque chose que vous pouvez faire
34 PAT OUI (.) à temps [perdu]
35 MA5 [avec]votre médecin ((rire)) (.) voilà regarder
36 avec votre médecin traitant pour ça ça [peut toujours] être
37 PAT [oui oui]
38 MA5 &utile °mais (.) ouais/
39 (4.8)
40 MA5 o:kay (2.5) euh est-ce que VOUS/ vous avez d'autres questions/ (.)
41 d'aut'choses dont
42
43

C31_MA13_PAT42_109:00_118:10_150:00 (Extrait 8 ; Extrait 9 ;
Extrait 16)

1 PAT c'est occasionNEL\ c'est tout à fait ça [ouais] (.) <((en&
2 MA [d'accord]
3 &aspirant)) ouais>
4 MA parfait\ (.)h les dernières question:s (.) c'est des (.) des
5 question:s ((bruit de bouche)) de: d'ordre administratif à
6 nouveau\ (.) je ne sais pas si vous ave:z (.) ce qu'on appelle des
7 directives anticipées/ (.)°ou vous [en ave:z°]
8 PAT [OUI je] connais\ ça\
9 MA ouais=
10 PAT =alors eu:h j'ai: (.) bon j'ai fait des directives anticipées pour
11 euh: (.)h le don d'organes/((rire))
12 MA d'ac[cord]
13 PAT [ça oui] ça j'veux bien=
14 MA =et puis vou:s ser[iez]
15 PAT [MAIS] il faut que je r- fasse recharger
16 ma=carte parce que j'ai vu qu'elle a été faite au nom de (..)h du
17 médi:c:n intermédiari:re entre euh: (..) entr'le docteur (nom) et
18 pui:s comme j'étais euh de sainte croix j'avais été chez le
19 premier médi:c:n hmm (.) puis il m'a pas convenu\ mais dès (.) dès
20 la troisième sé- .h la TROISIÈME rencontre euh j'me suis dit
21 [j'continue pas] avec lui puis (.)h puis j'ai changé mais&
22 MA [vous avez changé]
23 &j'avais déjà parlé d'ça alors il m'avait déjà signé: pour la:
24 carte eu:h=
25 MA =la carte reste vaLA:ble j'aurais envie [de di:re mai:s]
26 PAT [ah oui ça change] rien
27 mais=
28 MA =Non
29 PAT si:: (.) ils iraient pas on irait pas lui téléphoner/ pour lui
30 demander
31 MA .h non [(.) après] (.) l- le mieux c'est quand même d'en&
32 PAT [quelqu'chose]
33 MA &parler autour de vous pour qu'ça reste d'ac[tualité\
34 PAT [oui j'ai] dit à mes
35 enfants [alors euh (.) que:]
36 MA [alors (..) et puis] du coup à: euh fi:n (.) c'est c'est
37 (.) c'est toujours d'actualité [vous] s:ouhaitez donner vos&
38 PAT [ouais]
39 MA &organes si c'est le cas [ou bien vous ne souhaitez pas ouais&
40 PAT [oui oui=oui=oui=oui=non c'est toujours&
41 MA &'est toujours ouais (..)h d'accord]
42 PAT &d'actualité: (.) oui oui] tout à fait
43 MA okay (...).h [mai:s]
44 PAT [et puis] autrement pour les autres eu::h vous=voulez
45 dire par rapport aux BIEN:s ou des choses
46 [comme ça]
47 MA [eu:h plu]tôt (.) pa:- par rapport à NOUS c'qu'on peut FAIRE eu:h
48 (..) pff on: a l'habitude de dire acharnement thérapeutique
49 [XX]
50 PAT [ah oui] ça aussi j'ai signé comme quoi j'veux pas d'acharnement
51 thé[rapeutique] (..) mais je crois que je l'ai signée quand je&
52 MA [d'accord]
53 PAT &suis allée à l'examen préopérato:i:re eu:h
54 MA d'accord=
55 PAT =eu:h avec l'anesthésiste eu:h
56 MA ah c'est fort possible euh [j-] j'veux contrôler mais c'est&
57 PAT [ouais]
58 MA &vrai que: on s'doit de reposer la [question]
59 PAT [mais BIE:N] sûr\ (..)

60 bien [sûr\]
61 MA [typique]me:nt si: (..) hmm ça arrive asse:z (..) PEU souvent
62 ici mai:s (..) dans le cas où le cœur s'arrêtait de BAAttre/
63 PAT voilà\
64 MA qu'[est-ce que vous voudriez qu'on fasse/]
65 PAT [ouais (..) et puis qu'on hmm (..)] alors (..) JE (..) j'me
66 souviens de ma réPO:Nse c'est que c'est vrai que des fois on peut
67 (..) avoir le cœur qui s'arrête de battre (..) tout rePART (..) tout
68 va BIEN (..) c'est avec les [moyens\]
69 MA [bien sû:r] (..) ouais
70 PAT mais alors eu:h (..) MAIs il y a des FOI:s (..)h euh (..) qu'est ce
71 qu- combien de temps o:n considère qu'c'est de l'acharnement
72 thérapeutique/ mai:s c'est difficile à dire\ je sais (..) ouais=
73 MA =mais du coup dans (..) dans ce qu- eu:h ce cadre-là/ en=fait (..
74 la question c'est plus (..) s:i vous êtes en mesure de dire ce que
75 vous souhaitez/ (..) on viendra toujours vous l- (..) demander\
76 votre [avis\
77 PAT [hmm] voilà\ [tant que: (conscient) (..)hmm]
78 MA [c'est dans les cas où vous vous] êtes PLUS/
79 caPAbLe/ de le dire/ [typiquement] ben quand le cœur s'arrête\
80 PAT [hmm]
81 PAT ouais (..) ouais=ouais\
82 MA pour (..) PAS qu'on fasse FAUX/
83 PAT VOIlà\ c'est ça\=non (..)h ben j'aimerais pa:s qu'o:n me: qu'on
84 m'réVEille et puis qu'après j'sois u:n (..) je sois un légume\
85 [parce que on] est u:n (..)h un poids quand même pour eu:h (..) &
86 MA [hmmhmm]
87 PAT &pour les familles\ (..)h mais ça je c'est vrai qu'j'l'ai aussi
88 dit aux enfants\ [°XXXXXX°]
89 MA [d'accord donc eu:h] (..) la gro:sse machineri:e
90 avec [eu:h] une intubation tout ça:
91 PAT [ouai:s]
92 PAT ouais\ (..) BON\
93 MA on [laisse]
94 PAT [si on] PE:Nse que: (..) grâce à ça (..) tout va
95 [bien se passer]
96 MA [tout repa:rt] ouais=
97 PAT =tout t- peut repartir bien (..) ok c'est (..)h parce qu'c'est
98 difficil:e ((rigole))
99 MA c'est une question difficile [ouais j'vous avoue (..) ouais]
100 PAT [c'est une question difficile] (..) MAI:s non\ l'acharnement °thérapeutique non (..) non=non
101 [non sur]tout pas\ (..)h SURtout [pas\°]
102 MA [d'accord] [et puis] tous les autres ca:s
103 ou si c'est une infectio:n évidemment on viendra vous en parler
104 mais (..) vous êtes plutôt (..) d- d'accor:d en général qu'o:n (..
105 qu'on vienne (..) vous en parler qu'on vous
106 [propose des traiteme:nts tout ça]
107 PAT [oui: (..) ah OUI\ et puis je veux] bien savoir [euh] (..) le&
108 MA [X aussi]
109 PAT &tout c'est comme quand j'ai eu: (..) quand on m'a: hmm parlé du
110 canCER/ bon (..)h j'avais eu la CHance\ de (..) .h d'avoir PARlé
111 déjà avec des MARRaines du sein avant parce que j'avais donné des
112 formations sur le bénévolat (..) à de ces marraines du SEIn\ [vous]
113 saVEZ eu:h j'pense que vous savez ce que [c'est]&
114 MA [oui] [ouais]
115 PAT &.h c'est des femmes qui ont eu un cancer du sein/ (..) [puis]&
116 MA [et]
117 &[qui:] SOUtiennent d'autres FEMmes .h/^&
118 MA [qui]
119 PAT &[qui so::nt voilà\] qui viennent d'l'apprendre et qui&
120 MA [qui viennent de l'apprendre]

122 PAT &vont X° (...).h alors euh (...) vraiment j'ai pas eu peur quand
123 je: (...) quand j'ai appris que:: que j'avais c'cancer/ .h j- (...)
124 ça aurait pu être tout différent\ (...) mais j'ai pu en parler TRÈs
125 librement avec euh (...) a:vec ma: ma gynéco (...) .h l- euh c'est
126 vrai q'j'étais donc à: (...) à bullet c'était aussi très particuLIER
127 parce que .h (...) c'était un jour où j'allais manger avec les AÎnés
128 de bulle:t/ à on[ze he:u]res j'PA:RS (...) le&
129 MA [hmmm]
130 PAT &courrier arRIve (...) et je VOIs (...) une LETtre (...) DE (...) LA: (...)
131 LA: (...) ((bruit de langue)) la ligue vaudoise contre le canCER .h
132 (...) puis (...) je me suis dit AH (...) pour que je reçoive ÇA:/ (...)
133 C'EST CURieux parce qu'il m'semble que je ne reçois PAS aussi vite
134 eu:h d'habiTude enfin [voilà/] .h(...) puis&
135 MA [hmmhmm]
136 PAT &(.) j'me suis dit oh puis j'regarderai ça quand j'entrerai (...)
137 puis (...) okAY j'suis allÉE j'ai profité du bon momENT quand je
138 suis rentrÉE:/ (...) alors il y avait non seulement ma: (...) mais il
139 y avait un TÉLÉphone de ma gynéCO (...) à lausanne qui jaMAIS n'me
140 téléphonait autrement\ (...) alors LÀ tout d'Suite ça m'a: je me
141 suis dit les deux choses en même TE:Mps [eu:h] y A&
142 MA [ça faisait beau-]
143 PAT &quelque chose (...) alors j'ai ouvert la li- la: la lettre et puis
144 après j'ai téléphoné (.).h à: à ma gynéco:/ (...) puis qui: enfin
145 c:'est pas elle qui m'a répondu c'est son assistante puis elle m'a
146 dit écoutez (.).h eu:h vous pouvez venir demAIN (...) déjà: eu:h (...)
147 [voilà\] (...) mais le lendemain voilà qu'il neigeait à&
148 MA [hmmhmm]
149 &plein trou/ (...) j'ai retéléphoné en disant écoutez moi j: (...)
150 j'trouve pas que ça vaille la peine que j'desce:nde eu:h (...) PARce
151 que je j'étais toute seu:le/ (...) a ce parce qu'la s'MAINE j'étais
152 toujours toute seule avec ce compagnON qui: (...) qui avait une
153 entrePRIse à la chaux de fonds (...).h et PUI:S eu:h avec ÇA:
154 eu::h (...) eu::h j'ai dit mais bo:n c'est et puis=puis c'est VRAI
155 qu'la son assistante m'avait dit mais écoutez vous avez raison (...)
156 ON va voir on peut (.).h SI vous trouvez quelqu'un qui vous acc-
157 NON elle m'a retélé- de -phoné après en me disant mais écoutez
158 (.).h la doctoresse (nom) a dit que SI vous trouvez quelqu'un (...)
159 QUI vous accompagne (...) elle peut déjà vous dire certaines choses
160 au TÉLÉphone\
161 MA elle s'est pas=
162 PAT =MAIS que vous ne soyez pas toute [SEule] (...) pour recevoir (...)
163 MA [ouais]
164 voilà (...) ALors j'avais une cousine qui n'habitait pas très LOi:n/
165 (...) eu:h (...) on est arrivé=elle m'a téléphon- la doctoresse (nom)
166 m'a téléphoné pendant la PAUse de: (...) eum c'était midi et deMI
167 [quand] elle m'a téléphoNÉ et puis (.)&
168 [hmmhmm]
169 &elle a vérifié: que: que je n'sois pas toute SEu:le on a mis le
170 haut-parLEU:r et (...).h et pui:s voilà\ (...) et pui:s ce (...) mais
171 j'étais PAS (...) ANgoissée comme (...) je SAis que d'autres FEMmes
172 peuvent l'être parce que j'avais entendu TEllement de TéMoignages
173 (...) de ces femmes (...) marraines (...) du SEin/ (...) des (...) très
174 JEu:nes eu:h d- (...) de:s (...) de mon Â:ge eu:h [c'était]
175 MA [vous aviez] eu une
176 prépara[tion]
177 PAT [j'avai:s] voilà\ (...) j'avais=entendu
178 BEAU[coup de témoigna:]ges et je savais que pris à temps/
179 MA [(de l'autre côté)]
180 MA o[kay]
181 PAT [y]avait quand même beaucoup de chances euh voilà\ j'étais très
182 positive\(...) mais (.).h C'EST une chose incroyable aussi/ (...)
183 c'est que: j'av- je voulais PAS faire cette DERnière ça aurait été
184 ma DERnière eu:h (...) [mammographie\](...) parce ce qu'&

185 MA [mammographie:]
186 PAT &j'avais soixante neuf ans\
187 MA hmmm
188 PAT c'était ma DErnière mammographie/ (..) (puis ; depuis=qu')
189 j'habitais sainte croix/ ((toux)) et toutes les précédentes je
190 faisAIS et je revenais à lauSANne j'étais encore très (.) tournée
191 sur lauSANne [mes] médecins de lausanne (.) puis (1.2)et puis&
192 MA [hmmhmm]
193 PAT &eu:h j'me suis dit oh non qu'est-ce que je vais aller à lausanne
194 pour ça: je qu- me rappelle de mon arrière grand MÈre ma grand
195 MÈ:re (.) ma mère=enfin y a PErsonne de mes (.) TANTes qui (.) qui
196 a eu ça (.) eu:h j'étais partie <avec cette idée/ ((sonnerie
197 téléphone))> oh XX
198 MA [((rire)) j'prends trop d'temps j'pense] c'est ça ((rire))
199 PAT [XXXXX]
200 PAT ah c'est (nom)(..) XX (3.8) oh\ ((décroche le téléphone)) (..) oui
201 f- (nom) j'peux t'rappeler/ (.) un petit peu plus tard/ je suis
202 avec la doctoresse j'suis à sylvana\ (1.3) alors euh (.) j'peux
203 t'rappeler un petit peu plus tard/ (...) d'accord\ (.) allez (.)
204 GROS bisous puis à bientôt hein/ (.) tcha- tcha:o (...) ((rires))
205 ((raccroche le téléphone))
206 PAT et (.) on a passé cinq s'maines ensemble c't'été eu:h (.) en
207 ardèche eu:h juste[ment (c'était)]
208 MA [ah (.) AH c'e:st] °votre a[mie°]
209 PAT [c'est] ma p'tite
210 SOEU:r presque (...).h et eu:h (.) OUI: DONc j'voulais pas y
211 aller/ puis je me suis dit (.) je: je reç- j'étais abonnée au
212 journal de sainte croix/ puis dedANS y avait un enca:rt de: (.)
213 de: j'sais plus comment il s'appelle le truc d'l'hôpiTAL
214 en[fin=voi]LÀ qui disait s'être doté d'un excellent appareil&
215 MA [hmmhmm]
216 PAT &dernier d=-cri non pas dernier cri=mais dernière eu:h GÉnÉration
217 (.)h de: sén- en sénolo[gI:E/ (.) AVec] une eu:h avec une&
218 MA [ah XXXX]
219 &excellente euh radiologue eu:h doctoresse radiolo:gue euh (.)
220 POUr euh les D'AIllEurs c'était elle qui étai:t ex- (.) j'sais pas
221 comment on appelle ÇA mais (.) qui faisait aussi (.) pour les
222 ligues eu:h pour la ligue [eu:h contre (.) contre] contre le&
223 MA [A:h c- contre le °cancer°]
224 PAT &cancer hein/ j'le mais j'le (.) ça j'le savais pas encore j'l'ai
225 su=après (..) puis je me suis dit bo:n ben après tout (..)
226 ALlez °on° (.) parce que j'voulais pas l'faire parce que je me
227 disais il n'y a personne dans ma famille/ (.) MAis j'ai été le
228 fai:re PARce que j'ai vu ça dans ce journal/ (.) J'AI été l'faire
229 à sainte croix/ et là c'était positif (..) ((rire)) c'e:st (.)
230 incroyable hein/
231 MA ouai:s (.) certaines circonstances d'la vie qui font que:
232 PAT ouais
233 MA °trop°
234 PAT alors eu:h c'est VRAi qu'maintenant y en a beaucoup qui disent
235 qu'il faut pas fai:re [eu:h XX]
236 MA [ça reste] assez controversé [c'est vrai]
237 PAT [TRÈs]
238 controversé oui oui: (..) alors oui pour moi ça a été une CHANce
239 parce que si je l'avais pas fait
240 (..)((bruit de claquement))
241 MA ch- (.) ouais effec[tivement]
242 PAT [on sait pas] (.) [on sait pas]
243 MA [ou- (.) ouais] hmm
244 (1.5)
245 MA [c'est encore] des trucs qui restent à: à déterminer [après si]&
246 PAT [on sait] [ouais]

247 MA &on arrive à bien expliquer la situation à expliquer les (...) les
248 risques=les (.) BÉnéfici:es [(.) puis] à laisser le choix à&
249 PAT [ouais]
250 &chacun:e [de l'faire c'est ça] l'important ouais
251 PAT [voilà\ (.) c'est ça]
252 MA [j'pense] que c'était votre décisio:n (.) finaleme:nt (.)&
253 PAT [ouais]
254 &[quand même d'y aller et puis]
255 PAT [Ah ben oui, ça c'e:st]VRAIment alors [((rire))]et pui:s&
256 MA [ouais]
257 PAT &(.) ben voilà\ (.) comment (.) ça (.) s'est PAssé hmm
258 MA j'me permets JUste d'insister parce qu'c'est vrai que c'est une
259 question qui est u:n un petit peu j'espère que ça vous dérange
260 pas mais (...) concernant l'acharnement thérapeutique du coup
261 l'ACHarnement NON/ (...) MAI:s (.) vous serie:z (.) D'ACcord si on
262 PEuse qu'on PEut vous offrir quelque chose à faire un MASSage
263 CARDiaque (.) et [pui:s]
264 PAT [ah le] massage cardiaque j'pe:nse\
265 [he:in/]
266 MA [euh=À faire] une intuba[tion/]
267 PAT [(ou bien)] l'int- une intuba- mais
268 pas=mais pa:s plus eu:h [pfff]
269 MA [pas] plus d'accord=
270 PAT =no:n pas plus alors [eu:h]
271 MA [okay]
272 PAT non\ (.) [non\]
273 MA [ouais] (.) je je: j- c'est [juste] pour être sûre de&
274 PAT [ouais]
275 MA &BIe:n faire [comme vous]
276 PAT [non non (.)] qu'on soit bien au clai:r [oui] tout&
277 MA [okay]
278 PAT &à fait [hmmhmm XXXX.]
279 MA [d'accord (.) comme ça] je peux dire à ma [cheffe] et&
280 PAT [XX]
281 MA &puis on met u:n code euh
282 PAT voilà\
283 MA qui est visible par les autres (..) [parfait]
284 PAT [XX]
285 PAT voilà mais (.) je vous ai retenu longtemps\ hein/
286 MA .h non mais écoutez c'éta:t (.) j'pense que c'éta:t (..) utile
287 (.)[et puis] eu:h si vous êtes d'accord on peut (.) p:asser à&
288 PAT [((rire))]
289 MA &l'examen clinique/=
290 PAT =d'accord
291 MA vous pouvez (.) si vous êtes (.) confortable encore quelque moment
292 [ou bien] vous préférez dans le lit/
293 PAT [ch-]
294 PAT et vous pour l'examen clinique (.) [c'est] mieux quand je suis&
295 MA [s:i]
296 PAT &étendue (.) j'pense [X]
297 MA [eu:h]

C37_MA13_PAT48_46:40_49:30_58:38 (Extrait 4)

1 PAT un semai:nier\
2 MA d'accord\ (...) okay\ (1.8) très bien/ (1.2) eum:: (1.1) BON on a
3 parlé d'beaucoup de CHO:sés (...) y a une question/ (...) qu'on vous
4 d'mande j'pense qu'on vous a déjà demandé en BAS et puis: (.) moi
5 j'dois la répéter (...) c'e:st (.) pour saVOir dans le CA:s où vous
6 n'pouvez pas DIRE ce que vous souhaitez\ (1.4) est-ce QUE: vous avez
7 déjà di:t/ (1.2) quels sont vos SOUhaits médicaux/ (.) lorsque vous
8 ne pourriez pas dire=ça s'appelle des DIrectives anticipées\ (1.8)
9 est-ce que vous auriez fai:t
10 [un papier/]
11 PAT [XXXX]=
12 MA =d'accord (.) quel est-ce que vous auriez DI:t (.) à quelQU'U:n (.)
13 vous serez mon REprésentant thérapeutique\
14 PAT °hmm\
15 MA c't à dire dans l'cas où [j'peux pas parler/]
16 PAT [AH NO::n je]suis pas LÀ:\ hei:n/
17 MA °d'accord° (.) mais ÇA arrive À: ça p- ça peut arriver tout d'un
18 cou:p/ (...) on est TELlement confUS=ou bie:n on n'peut SIMplement pas
19 parler/ (.) est-ce qu'y a quelqu'un (.) de (.) c:onFIAnce/ qui
20 pourRAIT (.) que vous avez (.) DÉsigné/ comme
21 PAT non/
22 MA d'accord\ (...) [ALors]
23 PAT [pas du] (.) pas du tout\
24 MA y a UNE situation d'urgence/ où il FAUT qu'on SACHE comment FAIRE (.)
25 SI ça arrive\ (.) CE que vous voulez qu'on fasse si ça arrive/ (.)h
26 c'est pas fréquent/
27 PAT °ouais°
28 MA mais (.) si: le cœur S'ARRête (...) QU'est-ce que vous voulez que
29 l'on Fasse
30 (2.1)
31 PAT AH moi j'ai:: (1.2).h eu:h INterdi::t/ (.) de::s (.) prolongements
32 d'vie:: (...) abusifs\ (.) là\ on laisse aller ça s'arrête/ c'est
33 fini/
34 MA si l'cœur s'arrête [on le laisse] aller\
35 PAT [c'est fini]
36 PAT on laiss:e=
37 MA =pas d'massage=
38 PAT =fini (.) pas de [NON]pas de: (...)h eu:h pas de:: AH[le terme]
39 MA [ouais] [de tubes]
40 MA d'intubation/
41 PAT hein/=
42 MA =ça veut d- d'intubation ça veut dire qu'on met [un tube]
43 PAT [ah non] oui non (.)
44 ce (.) ça, surtout PAS\
45 MA d'a:ccord (.) okay alors (.) je le note comme ça l'équipe médicale
46 est au courant/ (.) E:T (.) S:I (.) il faut vous transporter au
47 chu:v/ (.) pour une raison ou pour une autre si vous CHUtez et puis
48 qu'on POUrrait faire quelque chose/ (...) EST-ce que vous seriez
49 d'accord d'aller au chu:v
50 PAT euh euh JE:: (.) euh euh (1.6) comment va:is-je réPONdre là/ (1.7) JE
51 ne veux PAS euh de: (...) s:oins intenSif:s
52 MA d'accord\
53 PAT de de:de d'aCHArnement THÉrapeutique\ voiLÀ\
54 MA d'a:ccord\ s'il s'agit d'une petite infection/ là vous seriez
55 d'accord/ ou bien\
56 PAT oh [be::n] j'suis là hein/ (...) <((rire))>
57 MA [pas]
58 MA donc il y a quand même un esPOIr de: d'a-
59 [d'avoir euh quelque chose]

60 PAT [°eu::h° hmm VOI:là\] (.) u:n=
61 MA =okay
62 PAT un espoir de guérir\
63 MA quoi qu'il en soit si: vous pouvez DIRE ce que vous souhaitez on
64 viendra vous poser la question\ (.) y a pas de: souci\ (.) donc POUr
65 les infections vous seriez plutôt d'accord d'aller au chu:v/ (.) si
66 c'est pour des soins (.) INTensif:s (.) LÀ (.) c'est plutôt non\ (.)
67 c'est bien ça/
68 PAT V:OIlà\
69 MA D'ACcord alors je le note dans le dos[sier]
70 PAT [vous] avez bie:n (1.5) résumé
71 le °tout°
72 (1.0)
73 MA et j'vous ai posé beaucoup de questions\ (.) EST-ce que vous êtes
74 d'accord de faire un petit test sur la MÉmoire
75

C51_MA13_PAT62_39:29_41:30_65:22

1 MA ALors on va faire comme ça\ j'ai une DErnière question\ c'est une
2 question/ (..) eu:h au niveau administrATIF (..) est-ce que vous
3 avez/ ce qu'on appelle des directives anticipées (1.5) un PAPIER où
4 vous auriez écrit (...) les différentes situations médiCAles (.) si
5 VOUS ne pouvez pas dire ce que vous vouLEZ/ (..) QU'est-ce que les
6 équipes soignantes doivent faire\
7 (1.0)
8 PAT XXXXX (..) n:ON XX à PART les soins j'ai rien dans ce sens
9 [X]
10 MA [d'acc]ord (..) [AL]ors euh o:n OUai:s on va s'arrêter LÀ et\
11 PAT [X]
12 MA &puis est-ce que vous avez un REprésentant THÉrapeutique/ (...) c'est
13 une PERsonne qui vous REprésente/ (.) si VOUS pouvez pas dire ce que
14 vous souhaitez\
15 (1.1)
16 PAT eu:h XXXX (nom) hein/
17 (1.3)
18 MA okay (.) ALors BON euh VOu:s vous l'avez dit donc comme ça on est SÛR
19 que: m- madame vous acceptez d'être euh le
20 [re- l- la représentante thérapeutique]
21 AC1 [oui oui (.) tout-à-fait/ (.) oui oui c'est] ce que j- on a toujours
22 fait/
23 MA d'accord\
24 AC1 oui (..) et mon nom est (nom/prénom)
25 AC2 puis eum: daddy avait parlé des directives anticipées=la dernière
26 fois à sylvana\ (..) enfin la première [fois] qu'il\
27 MA [okay]
28 AC2 &est venu\
29 (..)
30 MA et [il en AVait/]
31 AC2 [XXX la doc-] (.) doctoresse ILS en avaient JUste parlé
32 orale[ment et puis] j'étais là\ (.) c'est pour ç- concernant\
33 MA [a:h d'accord\
34 AC2 &l'acharnement [thérapeutique et tout ça]
35 MA [oui: justement d- c'est] euh la prochaine questio:n/
36 parc'que: (.) en fait les dir- directives anticipées ce s'rait
37 vraiment un PAPIER que vous auriez d:éposé: eu:h je sais pas [chez
38 vot']famille ou chez vot'médecin traitant\ (...)&
39 AC [XXX]
40 MA &SI y en a pa:s/ (.) y a UNE question qu'on DOIt vous
41 poser=effectivement c'est=celle que votre petite-fille eu:h euh vient
42 de: (.) d:e di:re (...) C'EST une situation ra:re (.) MA:is (.) si le
43 cœur s'arrête (..) QU'est-ce que vous voulez qu'on fasse\
44 PAT eu:h XXXX (.) hmm MOI j'sais pas j'suis un battant\ vous voyez/ je
45 (.) euh j- (.) puis TANT qu'il y a de la vie il y a de l'espoi:r
46 quoi\
47 MA mmhmmh/ (..) hmm (..) DONc (.) est-ce que vous aimeriez qu'on fasse
48 une RÉanima[tion/] (.) CARdiaque/
49 PAT [ouai:s\
50 PAT ouai:s\
51 MA on fait le MAssa:ge et puis si il fau:t on doit mettre un tube dans
52 la gorge\
53 PAT ouais ouais\
54 MA pour faire une respiration artificielle\
55 PAT ouais ouais\
56 MA okay\ (.) alors eu:h j'le NOte comme ça nous on sai:t (..) qu'on fait
57 comme vous aimeriez qu'on fasse\
58 PAT voilà\
59 MA dans toutes les autres situatio:ns on viendra vous explique:r puis:
60 vous PROposer les différents CHOix\

61 PAT °ouais\
62 MA parfait
63 ((coupures de l'enregistrement))
64 pa:rfaît\ (...) suPERbe: comme ça c'est noté
65 ((rires))
66 MA merci (...) j'crois qu'j'ai posé beaucoup de questions hein/
67 (...)
68 PAT oui mais je vois/ ((rire)) [vous s-] vous êtes fatiGUée
69 [est-ce qu']
70 MA ouais ((rires)) ÇA va la journée elle est pas encore tout à fait
71 <((en riant)) fini:e> (.) vous en avez/ pour moi/ monsieur/
72 (...)
73 PAT n:o:n\
74 MA pas encore
75 (1.0)
76 PAT non je n'ai pas de question vraiment spéCIAle en à en: d- no:n\
77 MA okay\
78 (...)
79 PAT vous dire simplement j'suis (.) X content d'être ici quoi\
80 MA parfait
81

C43_MA14_PAT54_21:56_22:20_76:11 (Extrait 17)

1 MA il y a une année y a rien eu de particulier dans votre vie (.)
2 qui est arrivé: (2.6) non\ (.) bon\ .h (...) j'v- j'vais v-
3 rapidement euh (..) il y a des p't-être des choses qu'on
4 reprendra une autre fois\ mais là je vais déjà: (.) finir votre
5 examen et [pui:s] et pui:s (.) voi:r un p'tit peu comment&
6 PAT [voilà\]
7 MA &ça va pui:s il y a des choses qu'on pourra reprendre un aut'
8 jour\ (1.0) concernant la Réanimation parce qu'j'suis obligé de
9 vous poser la question/
10 PAT oui
11 MA comme toujou:rs à chaque fois que les [gens] changent&
12 PAT [OUI]
13 MA &d'endroit/=
14 PAT =alors c'est (.) c'e:st (.) eu:h (.) PAS d'acharnement
15 thérapeutique
16 MA oui:/
17 PAT je suis prête pour m'en aller/
18 MA d'accord donc si l'cœur s'arRÊte on fait RIEN\
19 PAT non\
20 MA [d'accord]
21 PAT [non] (.)non\ (..) pas d'acharnement\
22 (1.4)
23 MA °XXXX°
24 PAT ça c'est clair et net c'est aussi s:PÉcifié chez l'docteur
25 [(nom)]
26 MA [°d'accord\°]
27 (2.2)
28 MA vous avez PAS écrit un docume:nt cons- sur [les Directives&
29 PAT [mais no:n j'ai&
30 & antici]PÉes ça vous avez [pas fait/ (.) et puis (..)]
31 PAT & rien/] [XX (.) mais non]j'ai
32 rien\
33 MA vous avez quelqu'un qui est u:n (...) ((quelqu'un parle en
34 arrière)) parce=qu'vous avez PAS d'enfants hein/ (...)
35 PAT no:n/ [j']suis une vieille célibatai:re
36 MA [non\
37 (...)
38 MA qui c'est qui (.) si tout d'un coup quelque chose va PA::s pour
39 vous (.) qu'vous êtes plus capable de prendre des décisions/
40 qui c'est qui peu::t
41 PAT alors j'ai ma nièce/ (donc) qui est là:/
42 MA votre nièce\
43 PAT et puis mon neve:u\ (.) (nom/prénom) (..) il a j'crois pas été
44 (.) ça c'est (nom/prénom) c'est la fille de mon jeune frère:re/
45 MA ouais\
46 PAT et puis je veux PAS qu'il y ait mon neveu/ (.) (nom/prénom) à
47 vevey/ euh\
48 MA OUAIS\
49 PAT oui il habite vevey\ maintenant\ (.) euh soit averti\ aussi\
50 immédiatement\ (.) les deux\ (...) c'est le fils de mon frère
51 aîné (nom/prénom)
52 (...)
53 MA mais parce qu'vot'frère parce qu'vo- vot'frère
54 PAT mais euh (.) j'avais deux frère:res
55 MA puis=ils [sont décédés]
56 PAT [un frère aîné] (.) ils sont décé[dés les deux]
57 MA [d'accord donc] eu:h
58 c'est=les c'est=les PErsonnes les plus pro:ches que vous ayez
59 en

60 [fait les DEUX\
61 PAT [c'est mes (.)] ne[veu et] nièce (.) ouais
62 MA [d'accord]
63 MA okay (11.0) vous fumez pas/ vous ne buvez pas d'alcoo:l/
64

C32_MA15_PAT43_40:00_41:40_56:00 (Extrait 3 ; Extrait 15)

1 MA mainteNANT ((bruit de claquement)) (.) eu:h je vais encore JUSTe
2 vous examiner/ faire un PEU le: l'examen de tout le corps/
3 PAT oui
4 MA avant ÇA je voulais vous poser une question/ (.) qui (.) qui (.)
5 qui ne: doit (.) surtout PAS vous rendre mal à l'AI:se/ (.) c'est
6 vraiment une question qu'on pose à tout le monde vous avez
7 D'AIlleuRS peut-être déjà discuTÉ avec d'autres collÈgues\ (.)
8 c'est par rapport à l'attiTU:de (.) en cas de complications\
9 PAT a:h oui:=
10 MA =donc si jamais il y a quelque chose de: de p- de plu::s (.)
11 gra:ve (.) de plus [COM]pliqué qui vous arri:ve=
12 PAT [oui]
13 PAT =PAS d'acharneme:nt
14 MA pas d'acharne- donc vous=voulez PAS la (.) la réanimatio:n/ (.)
15 c'est PAS une option pour vous\ donc\
16 PAT NO:N (.) si c'est pour rester handicapée no:n
17 MA hmmm
18 PAT j'veux pas (...) j'veux pas qu'mon fils ait à S:OUffrir de de
19 cette eu:h parce que c'est vraiment pa:s drôle
20 MA d'accord pa- ÇA/ je vous précise JUSTe/ que je précise à tous mes
21 patients/ c'est que: ça ne va pas DIRE qu'on va pas faire tout ce
22 qu'il FAu:t/
23 PAT oui:\
24 MA si on a une infeCTIo:n/ si on a un proBLÈme/ (..) [on] va&
25 PAT [oui\
26 MA &faire tout ce qu'il faut/ (.) et puis vous êtes d'accord de v- de
27 vous transférer au chu:v s'il faut ré[gl]er une situation]&
28 PAT [oui\ (.) oui:]
29 MA &aigü:e\
30 PAT oui\
31 MA =c'est juste qu'en cas de complication GRAve vous ne voulez PAS
32 qu'on réanime [le COEUR et les] POUmons (.) [c'est] bien&
33 PAT [no:n (.) no:n] [no:n]
34 MA &entENDu\
35 PAT oui
36 MA très bien\ ((bruit de stylo)) (...) ALOrs\ (.) aVANT d'arrêter de
37 vous embêter/ ((rire)) je vais enCORE e- examiner un peu le COEUR
38 et les poumons/ on commence PAR [ça/]
39 PAT [oui:] oui/
40
41
42

C36_MA15_PAT47_04:05_05:45_43:09 (Extrait 11 ; Extrait 14)

1 MA UN verre de vin à miDI\
2 PAT oui c'est tou:t\
3 <((bruit de clavier))(2.4)>
4 MA d'a:ccord <((bruit de clavier))(3.1)> mmhmmh/ .h (1.8) okay et
5 puis (1.0) vous avez de LA: (.) heu=de D'AUTres maladies\ des
6 problèmes de SANTé/
7 PAT comment/
8 MA D'AUTres problèmes de SANTé/
9 PAT no:n j'en ai pa:s\
10 MA D'ACCord\ (.) okay\ (...).h madame (nom) (.) vous avez DÉjà peut
11 être eu cette diSCUSSION avec un collÈ:gue/
12 PAT oui/
13 MA dans le au chu:v ou une autre fois peut Ê:Tre (.) ça doit pas vous
14 anGOIsser/ (.) on pose la question à TOUT le mo:nde\ qui arrive
15 ici\
16 PAT =comment/
17 MA ça (.) ça/ (.) cette discusSION que je=vais faire avec vous
18 maintena:nt/
19 PAT [oui/]
20 MA [ne doit] pas vous angoisse:r\ parce que c'est une CHOSE qu'on
21 demande à TOUT le MO:nde\
22 PAT oui:\n
23 MA d'accORD/ (...) c'est par rapport à l'attiTUD=notre attITUDE/
24 PAT oui/
25 MA en cas de complications GRA:ves
26 PAT oui oui/
27 MA donc s'il y a quelque=chose qui arrive\ (.) d'imprévu:\ (..) un
28 arrêt du COEU:R (.) u:n (.) un arrêt de pouMO:N\
29 PAT oui=oui\
30 MA qui nous oBLI:ge de mettre un TU:be ou de faire du (.) un masSage
31 cardiaQUE une [RÉanimation] comme on l'appelle\
32 PAT [d'accord]
33 MA vous souhaitez qu'on fasse ÇA:/
34 PAT hein/
35 MA VOUS souhaitez qu'on FASSE tout [ÇA:/]
36 PAT [NON] non NO:n\
37 MA D'ACCord (..) donc vous se- vous seriez [pluTÔ:t]
38 PAT [je veux] rester
39 tranQUille je suis VIEille
40 MA D'ACCord donc vous seriez plutôt pour une attitude CONservatri:ce
41 un [peu de]
42 PAT [hein/]
43 MA vous seriez PLUS pour un attitude CONservaTRIi:ce\ (.) [qu'on]&
44 PAT [XXX]
45 MA &fasse PAS d'acharnEMENT\
46 PAT non non ça va
47 MA MAIs vous souhaitez une réanimaTION/
48 PAT hein/
49 MA VOUS aimeriez qu'on fasse une RÉanimaTION/=
50 PAT =NO::N\
51 MA D'ACCord donc PAS d'acharnEMENT\
52 PAT no:n
53 MA D'ACCord\ OKay\ (.) MAIS SI il faudrait=SI il fallait vous
54 hospitaliser au CHU:V\ (.) pour une raiSON/ (.) vous seriez
55 D'ACCord\
56 PAT d'accord (.) oui
57 MA C'EST une QUEstion\(...)
58 PAT hein/

59 MA vous SERIEZ D'ACCORD/ d'être hospitalisée s'il FAUT/
60 PAT (s'il y avait) quelque CHOSE (.) oui [XXXX]
61 MA [D'ACCORD\] très bien\ (...)
62 PAT mais [MAINTenant ça va] monsieur\
63 MA [BIEN entendu\]
64 MA oui OUI\ (.) i- euh euh=euh je i- (.) c'est PAS ici que::
65 PAT ((rire))
66 MA que: ça va arriver hein mais on sait jaMAIS il
67 MA [faut anticiper] (.) voilà\ (1.3) très bien\ (...) alors&
68 PAT [(jamais (.) jamais)]
69 MA &j'ai VU que vous habitez toute SEULE\ hein/
70 PAT hein/
71 MA vous habitez TOUTE SEULE\
72 PAT oui
73 MA d'accord (..) vous ÊTES (.) à quel ÉTAGE\
74

C44_MA15_PAT55_06:18_07:45_47:30 (Extrait 10 ; Extrait 12 ;
Extrait 13)

1 MA vous avez des FRères ou SOE:urs
2 (1.3)
3 PAT j'ai: (.) j'ai eu une (.) une soe:ur
4 MA hmmhmm/
5 PAT et DEUX frères\
6 MA qui sont toujours eu::h en bonne sanTÉ/ (.) qui [sont]
7 PAT [non] (.) ils
8 sont morts (.) tous les deux\
9 MA tous les TROIS
10 PAT [ouais]
11 MA [donc] deux FRères une SOE:ur\
12 PAT oui
13 MA tous les trois sont décédés/
14 PAT ouais (1.1) il y a plus que moi qui reste\
15 (19.3) ((bruits de respiration))
16 MA alors\ <(..)((raclement de gorge))> votre PErsone de conFIA:nce\
17 (.) la personne/ qu'on peut appeler/ s'il y a (.) quelque'chose qui
18 vous arri:\ve (.) et qui va peut-être DÉcider à votre PLAcE=si
19 vous n'êtes pas capable\ c'est qui c'est votre fils/ (1.2)
20 PAT ben (.) c'est mon fils ouais=ouais/
21 MA [d'accord\
22 PAT <[°ouais°]((en aspirant))> (.) ouais
23 MA vous avez des directives anticipées/ ça vous (.) ça vous PARle
24 comme TERme/
25 PAT n- hmm non/ non/
26 MA d'accord\ (.) c'est qui qui dé- pour votre sanTÉ/ vous décidez
27 toute SEule\ (.) c'est [vous qui décidez] puis votre FI:ls\ si&
28 PAT [ouais (.) ouais]
29 MA &vous vous n'êtes pas ca[Pable\
30 PAT [ouais] ouais (..)<((en aspirant))OUAis>
31 (...)
32 MA v- ((toux)) quand vous étiez au CHU:v (..) ils ont peut-être
33 discuTÉ un peu avec vou:s/ (.) par rapport à l'attiTude (.)
34 médiCALE (.) en cas de complications GRA:ves\ (.) C'EST-à-dire\
35 [s'il] y a quelque'chose qui arrive à votre COEur qu'il&
36 PAT [ouais/]
37 MA &s'arRÊte tout d'un coup\ (.) ou que le poumon s'arRÊte tout d'un
38 coup de fonctionner\ (..) c'qui est quand même une complication
39 GRA:ve (..) est-ce que vous aimerIEZ qu'on reFASse (.) qu'on
40 essaie de le refaire MARCHE:r (.) faire un choc électRIque/ (.)
41 mettre un TUBE éventuellement pour soutenir le pouMON/
42 PAT oui: j'crois que OUI alors\
43 MA parce que (.) c'est VRai qu'à votre Â:ge vous ave:z eu:h nonante-
44 trois ans hein/
45 PAT nonante-QUAtre
46 MA vous a- nonante-QUAtre (.) vous avez aussi pas mal de malaDI:es
47 donc c'est aussi la RÉanimation comme on [la fait]
48 PAT [X c'est ça] ouais (.)
49 ouais/
50 MA c'est PAS une chose ano- euh anodine he:in/ [c'est pas] quelque&
51 PAT [XX]
52 MA &chose qui: (.) qui: est SANS complication\ (.)
53 PAT voilà\ (.)
54 MA donc (.) on ne peut PAS prévoir les complications\ quand on essaie
55 [de:] (.) D'INtervenir comme ça\
56 PAT [ouais]
57 PAT ouais\

58 MA c'est ce qu'on appelle (.) souvent les patients ils nous disent
59 PAS D'ACHARNEMENT\
60 PAT ah ouais c'est ça\
61 MA [vous PAR]tagez cet a[vis/]
62 PAT [mais moi] [j'trouve] c'est bien hein/ pas
63 d'acharnement\
64 MA PAS d'acharnement\
65 PAT ouais
66 MA vous voulez PAS donc
67 PAT non
68 MA et SI il f- Fallait vous t- vous TRANSférer au CHU:v (.) pour vous
69 hospitaliser pour une maladie aigüe/ vous seriez d'acCO:rd/
70 PAT ah mais bien sû:r
71 MA okay\ (2.0) vous avez BIEN compris c'que je vous deMANde=
72 PAT =oui=oui (.) oui
73 MA d'ACcord (8.0) °okay° (..) vous fumez/
74

C38_MA16_PAT49_43:00_43:40_44:49 (Extrait 5)

1 MA je vous disais
2 PAT là y a encore deux X ah ça (.) ça voyez\ (..) j'ai plus utilisÉ
3 (...) incroYA:ble\
4 MA vous r'trouvez TOUT\
5 PAT je r'trouve tout\
6 MA °non°
7 PAT ouais effectivement/
8 MA ((rire))((bruit de papier))
9 MA comme comme JE vous disais\ (.) eu:h (...) ici:=DONC\ (.) on va:
10 FAIRE\ (.) surtout d'la physiothérapie en ef[fet puis] on va&
11 PAT [°ouais°]
12 MA &(1.0) on va: Réadapter un peu=euh le le traitement
13 PAT ouais=ouais\
14 MA =en tout cas/ (1.0) SI: (.) on deVAIt/ (1.0) FAIRE (.) des prises
15 de sang\ (.) ou: des radiologies est-ce que vous acceptez qu'on
16 les (.) organise d'ici\
17 PAT A:H [ouais] s-s- d'°toute [façon°]
18 MA [d'accord\] [TRÈS] bien\ (.)mais [donc s-]
19 PAT [J'vois pas]
20 pourquoi je: eu:h [(devrais dire non)]
21 MA [vous avez le droit] de dire NO:N à tout\
22 PAT non [no:n] (.) quand mê:me\
23 MA <[d'accord/](en riant)>
24 donc ce qu'on va faire c'est (.) c'est ça\ (..) j'avais aussi une
25 DErnrière question\ (..) ((bruit de langue)) que j'n'ai pas
26 r'trouvée dans votre dossier en tout cas d:u du du chu:v (.) est-
27 ce que VOUS vous aviez fait des DIrectives anticipées\
28 (...)
29 PAT ouais j'crois/
30 MA oui:/
31 PAT ouais à l'ep-=À l'époque
32 MA ah (.) d'accord/=
33 PAT =pas d'acharn'me:nt
34 MA [PAS d'acharnement/]
35 PAT [c'est (.) c'est] tout\
36 MA okay/ très bien/
37 PAT le reste (.) j'aim:e (.) j'aime la vie comme tout le mo:nde
38 [XXX (.) puis voilà\
39 MA [d'accord (.) okay\
40 (...)
41 MA EST-ce que vous aviez DÉsigné/ un représentant thérapeutique (...)
42 PAT j'crois pas non\
43 MA d'accord\
44 PAT ça veut dire un qui s- [qui: DÉ]cide à ma PLace
45 MA [donc c'est]
46 MA c'est-à-dire que [si] vous n'êtes pas (.) CAPable de PREndre&
47 [non]
48 MA &les déciSiO:NS est-ce que: (.) on doit se retourner vers
49 quelqu'un d'autre\
50 PAT =non (.) non non/
51 MA d'ac[cord]
52 PAT [faut] l'décider\
53 MA ((rire)) alors (.) on demandera quand même à votre faMI:lle (.)
54 [d'accord/]
55 PAT [oui oui] demandez=à [ma famille]
56 MA [en premier] lieu (.) c'est souvent
57 l'épou:se/
58 PAT ouais ouais=

59 MA =eu:h (.) ou les enfan:ts en fonction euh du LIEN/ bien entendu/
60 (.) eum: (..) vous êtes (.) j- en tout cas je vous eMÈn:e (.) vous
61 EN- (..) ENCourage\ (.) à en discuter avec eux parce que ils vont
62 être surpris [si: on doit leur <((en riant))>] poser des&
63 [°ouai:s mais BON euh°]
64 &questions/>
65 MA d'ac[cord/]
66 PAT [mais] j'ai pas encore l'idée: de: (1.2) j'ai pas encore
67 l'idée d'la grande ROUte (..) ça va veni:r\=
68 MA =euh je (.) je n'vous le souhaite PA:S et en tous cas je
69 [n'espère] PAS avoir [à]
70 PAR [non no:n] [non] mais il paraît qu'c'est bien/
71 MA <((en riant))>avoir [à:]>
72 PAT [il] PArâit qu'c'est bien/
73 MA il PArâit qu'c'est bien\
74 PAT non no:n il faut pa:s faut pa:s (.) c'est très bien\
75 MA d'accord\ (..) tout ça pour dire que: on préfère en parler même
76 si: [en soi on] n'a pas de raiso:n
77 PAT [non=non\ °XX°]
78 PAT ouais=ouais\
79 MA euh là tout de suite/ (.) vous êtes (.) conscie:nt vous avez (.)
80 toute votre tête
81 PAT non=non [(°c'est bon°)]
82 MA [donc c'est] encore bien de pouvoir euh décider de vous-
83 mê:me\ (.) [d'accord/]
84 PAT [tout à fait\] (.) mais diSO:ns j'pense PAS que
85 (.) cette thérapeuti:- (1.1) tique va: m'amener à:\
86 (...)
87 MA no:n [comme ça c'est marqué aprè:s dans les dossiers]
88 PAT [(j'pense que) le (.) le (.) oui] oui\ ben
89 MA [et voilà (.) d'accord/]
90 PAT [c'est bien\ (.) c'est bien\] ouais=ouais\
91 MA moi j'ai fini d'vous embêter\
92 PAT ben [c'est très bie:n]
93 MA [monsieur XX]
94 (1.0)
95 MA je vous souhaite (...) une bonne fin de journée/
96