

Le désalignement à l'ouverture d'une séquence de désaccord en consultation Alzheimer

*The misalignment at the opening of a disagreement sequence in Alzheimer
consultation*

Alexandra Ortiz Caria



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/praxematique/4449>
ISSN : 2111-5044

Éditeur

Presses universitaires de la Méditerranée

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 2016
ISSN : 0765-4944

Référence électronique

Alexandra Ortiz Caria, « Le désalignement à l'ouverture d'une séquence de désaccord en consultation Alzheimer », *Cahiers de praxématique* [En ligne], 67 | 2016, mis en ligne le 01 février 2017, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/praxematique/4449>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

Tous droits réservés

Le désalignement à l'ouverture d'une séquence de désaccord en consultation Alzheimer

The misalignment at the opening of a disagreement sequence in Alzheimer consultation

Alexandra Ortiz Caria

1 Introduction

- 1 Les recherches sur les interactions médicales montrent que la consultation clinique s'organise de manière située, s'ajustant localement aux attentes et besoins des participants *à-toutes-fins-pratiques* (entre autres Stivers et Heritage, 2001 ; Maynard, 2003 ; Ten Have, 2006 ; Jeffrey *et alii*, 2015). Ces aménagements sont particulièrement visibles en consultation gériatrique où les patients diagnostiqués ou suivis pour une maladie d'Alzheimer (MA) sont accompagnés d'un proche qui contribue à l'évaluation clinique. Permettant au médecin d'élaborer son diagnostic, cette rencontre repose sur des informations livrées par le patient, que l'accompagnant, témoin de l'entretien, peut ensuite confirmer, nuancer et parfois contredire. De fait, étant donné les troubles mnésiques liés à la MA, la fiabilité des déclarations du patient est souvent mise en cause par l'accompagnant. Séquentiellement, pour comparer leurs propos, le médecin est ainsi amené à s'entretenir avec l'un des participants puis avec l'autre projetant sur celui qui n'est pas questionné qu'il demeure silencieux et cela bien que patient et accompagnant soient tous deux présents dans la salle de consultation. Autrement dit, au plan catégoriel, quand le médecin s'engage dans une relation dyadique avec le patient, celui-ci devient un locuteur ratifié et l'accompagnant un tiers ; positions qui s'inversent quand le médecin ratifie l'accompagnant pour qu'il donne son avis. Ces catégories endogènes « purement occasionnées » *dans-cette-situation* (Ten Have, 2007) sont souvent renégociées par le patient, confronté à une difficulté épistémique ou mnésique. Il sollicite l'aide de son accompagnant et déploie alors le dispositif catégoriel

« patient/aidant » orienté vers la recherche de la « bonne » réponse. Ce désalignement (Stivers, 2008 ; Stivers *et alii*, 2011 ; Steensig, 2013) séquentiel et catégoriel par rapport à l'activité dyadique est traité comme problématique par le médecin et l'accompagnant qui expriment leur désaccord dans une séquence latérale. Redéfinissant localement les catégories endogènes et le dispositif catégoriel « patient/témoin » orienté vers les buts de la consultation, adéquats à cette occasion (ici l'audition du patient), ils s'opposent en effet au réaménagement à-toutes-fins-pratiques du cadre de participation projeté par le patient. Dans la perspective de l'Analyse de Conversation d'inspiration ethnométhodologique (AC), nous verrons ainsi, à partir d'un corpus audio-visuel, quatre cas où le désalignement, traité comme une action non-permise lorsqu'à ce moment de l'évaluation le patient s'oriente vers la production collective d'une réponse, constitue une explication tangible à l'émergence d'un désaccord.

2 À propos de la catégorisation en Analyse de conversation

- 2 L'analyse des catégories diffère selon qu'elles sont saisies dans leur constitution historique, inscrites dans des rapports de domination ou décrites dans leur accomplissement pratique. Plutôt qu'une conception taxinomique et classificatoire des individus répartis en catégories ontologiques, l'AC privilégie une approche praxéologique et décrit du point de vue des membres comment, par leurs actions, ces derniers « font catégorie » (paraphrasant Sacks, 1992). Produites et négociées *in situ* par les participants à une interaction, les catégories sont ainsi considérées dans leur dimension opératoire. Dès lors, analyser les catégories, dont les manifestations sociales et langagières dévoilent les interprétations online que font les membres de leurs (inter)actions réciproques et qui redéfinissent continuellement la pertinence des catégories en fonction des contingences locales, implique de prendre en compte le caractère labile et fragile de ces catégories (Fradin *et alii*, 1994).

2.1 Intrication entre catégories, identités sociales et séquentialités

- 3 Au fondement de l'AC (Sacks, 1968), décrire les catégorisations à l'œuvre en conversation est indissociable de l'analyse de leur contexte d'émergence et d'accomplissement séquentiellement négocié au cours de l'événement de parole dont elles participent réciproquement à l'ordonnement. Engager une conversation convoque en effet des catégories endogènes « purement occasionnées » *dans-cette-interaction* (Ten Have, 2007) et identifiables dans le cours de leur réalisation séquentielle selon les règles de base internes à l'organisation d'une conversation¹.
- 4 Ainsi, l'alternance des tours de parole assurée par l'allocation du tour successif à une partie entraîne sa sélection et un changement de statut et de rôle pour les participants de la conversation : celui qui est adressé devient locuteur principal à la (re)prise du tour de parole et vice-versa jusqu'à la clôture de l'interaction. Dit autrement, les locuteurs déploient des catégories « produites dans les tours [...] constitu[ant] des identités que la conversation elle-même rend pertinentes » (Sacks, 1992, cité par Watson 1994, p. 162-163).
- 5 Outre ces catégories endogènes occasionnées *par* et *pour* l'interaction, les individus s'identifient mutuellement ou font référence à des personnes à partir de catégories d'appartenance extrinsèques tels que l'âge, le sexe ou la profession (Watson, *ibid.*).

L'intrication entre séquentialité et identités sociales est alors également observable par :

the production of particular types of sequential items [...] informed by an orientation to the membership categories of the speakers, just as these items contribute to the categorization of the speakers. Social identity provides for a sense of the (sequentially organized) talk, just as the talk provides for a sense of social identity. (Hester & Eglin 1997 : 2)

- 6 Le contexte ainsi considéré d'un point de vue dynamique s'organise en fonction des participants qui accomplissent des actions et des identités selon une organisation séquentielle spécifique, lesquelles s'ajustent au contexte (*context-shaped*) en même temps qu'elles le configurent (*context-renewing*) (Atkinson et Heritage, 1984). Les interactions en contexte institutionnel présentent des propriétés séquentielles analysables en termes de contraintes systématiques qui restreignent le champ d'action des individus orientés vers une tâche particulière (Drew et Heritage, 1992).
- 7 De nombreux travaux en AC sur les interactions médicales ont décrit ces ajustements constants des participants de la consultation en fonction des contingences locales et généralement *constitutifs de* et *constitués par* certaines phases accomplies à-toutes-fins-pratiques (Atkinson et Heath, 1981 ; Atkinson et Heritage, 1984 ; Drew et Heritage, 1992 ; Ten Have, 1995, 2006 ; Heritage et Maynard, 2006 ; Jones *et alii*, 2016). L'analyse de ces différents moments met en évidence un format séquentiel récurrent de type question/réponse où préférentiellement le médecin pose les questions auxquelles répond le patient selon un principe de dépendance conditionnelle² (Sack et Schegloff, 1973). Fréquemment, cette séquence comporte de plus un troisième tour au cours duquel le médecin ratifie la réponse du patient et opère une transition vers la séquence suivante. Les catégorisations des participants peuvent alors être observées à partir de leur orientation réciproque vers des rôles interactionnels et des identités institutionnelles ou professionnelles et profanes « adéquats » (*proper*, au sens de Sacks, 1972a) par rapport à l'activité en cours et dont les échanges s'organisent selon une conséquentialité procédurale ordonnant les actions conversationnelles qui se répondent et s'enchaînent dans un format institutionnel³ (Schegloff, 1987, 1991).

2.2 Sélection d'un dispositif de catégorisation et convergence

- 8 Deux études en particulier (Sacks, 1968, 1972b) ont montré à ce propos que, selon le contexte et les objectifs poursuivis, les individus tendent à regrouper naturellement en collections empiriques les catégories extrinsèques qui « vont ensemble » suivant un raisonnement pratique de sens commun. Ces collections de catégories, auxquelles sont associées des règles d'application particulières, constituent des dispositifs catégoriels et projettent conventionnellement de la part des membres l'accomplissement d'activités, de droits, d'obligations et de compétences spécifiques. Mobiliser par exemple le dispositif catégoriel (professionnel/profane) regroupant un ensemble de catégories asymétriques « médecin/patient » (Jayyusi, 2010) engage les membres dans une relation dont les attentes diffèrent de celles qui rassemblent en paires relationnelles standardisées les catégories « mari/femme » ou « frère/sœur » qui composent un dispositif catégoriel « famille ».
- 9 Dès lors,
 - il s'agit aussi de clarifier le type d'activité correspondant à l'usage situé d'un dispositif [...], celui-ci pouvant être activé pour décrire (ou autodécrire) l'identité

d'une personne [...], pour accomplir une activité [...], mais aussi pour réaliser nombre d'opérations cognitives propres au raisonnement ordinaire telle qu'identifier une personne, qualifier un style, juger un comportement, etc. (Malbois 2011 : 84)

- 10 Dans cette perspective, le choix d'un dispositif catégoriel adéquat assure une pertinence catégorielle⁴ et garantit aux locuteurs une cohérence interactionnelle en usant d'un même dispositif pour identifier ou se référer à des personnes. Rendues pertinentes par l'action, l'orientation et les pratiques des membres en conversation, les catégories ainsi disponibles émergent, s'actualisent et sont négociées au cours de l'échange (Bonu *et alii*, 1994). Aussi, bien qu'un individu puisse être catégorisé de multiples façons (Monsieur X, père, amateur de jazz, médecin, etc.), les locuteurs sélectionnent-ils préférentiellement une seule catégorie pour s'adresser ou désigner une personne. Ce principe d'économie constituant également pour l'interlocuteur une ressource qui contribue à interpréter ce qui est en train d'être dit, participe de la convergence interactionnelle (de Fornel, 1987).
- 11 Le travail du conversationnaliste consiste alors à identifier et décrire les ressources interactionnelles utilisées par les membres pour assurer la pertinence de leurs catégories et, au-delà, du ou des dispositif(s) catégoriel(s) accompli(s) dans un cours d'action *par* et *pour* les participants. En contexte institutionnel par exemple, il s'agira de savoir vers quelle(s) catégorie(s) s'orientent et généralement convergent les participants de cette situation spécifique et comment la pertinence d'une catégorie plutôt que d'une autre est rendue visible au cours de leurs échanges en considérant toutefois que
- « le problème de catégorisation, en ce qui concerne les catégories sociales, n'est pas principalement constitué par le choix d'une catégorie donnée mais par le choix du dispositif de catégorisation adéquat »* (de Fornel, *ibid.*, p. 165).

3 Le désalignement à l'origine d'un désaccord

- 12 En consultation gériatrique, lorsque le patient diagnostiqué ou suivi pour une MA est évalué par le médecin et qu'il répond à sa question suivant un principe de dépendance conditionnelle alors que l'accompagnant se tait, accomplissant la catégorie « témoin », les trois participants convergent vers les rôles et attentes adéquats qui projettent le déploiement d'un dispositif catégoriel « patient/témoin » *orienté vers les buts de la consultation*. Dit autrement, ils s'alignent⁵ sur la trajectoire séquentielle dyadique facilitant à un « niveau structural de coopération » (Stivers *et alii*, 2011, p. 20, notre traduction), l'accomplissement de l'activité ou de la séquence, dans ce cas l'audition du patient.
- 13 Notre corpus audio-visuel offre pourtant des cas où l'alignement des patients auditionnés par le médecin ne converge pas vers un cadre interactionnel en forme de dyade. Brisant le colloque singulier médecin-patient, la présence de l'accompagnant (lié au patient par une relation matrimoniale ou filiale) rend disponible en effet un deuxième dispositif dont se saisit parfois le patient : celui de « patient/aidant » orienté alors vers la production de la « bonne réponse ». Ainsi, lorsque le patient convoque un tel dispositif et projette l'accompagnant comme un locuteur ratifiable, il provoque un défaut de coopération dans le déroulement de l'activité en cours qui le désaligne par rapport à la trajectoire séquentielle et catégorielle vers laquelle convergent les autres participants.

3.1 Un environnement séquentiel du désalignement

- 14 Décrire ce phénomène à partir d'un pattern que nous avons identifié dans notre corpus audiovisuel permet de mettre en évidence de quelle manière le désalignement est à l'origine d'une séquence de désaccord.

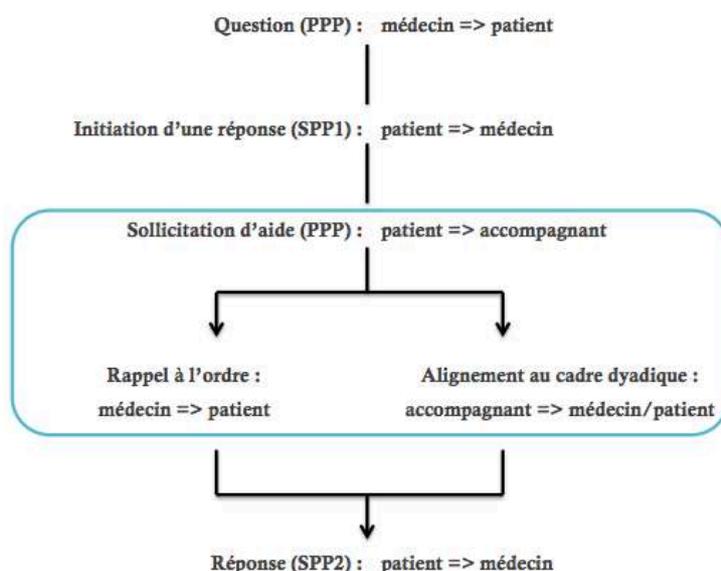


Fig.1 Environnement séquentiel du désalignement

- 15 Ce pattern donne un aperçu de l'environnement séquentiel du désalignement. Ainsi, le médecin adresse au patient une question (première partie de paire ou PPP) qui projette la production d'une réponse en adjacence (seconde partie de paire ou SPP) selon un principe de dépendance conditionnelle. Bien qu'un tour de parole soit initié en réponse à la question du médecin (SPP1), le patient, locuteur pourtant ratifié, n'achève pas ce tour qu'il transfère à son accompagnant. En réallouant ses droits et obligations conversationnels, le patient catégorise donc l'accompagnant comme un locuteur ratifiable auquel il adresse une requête (PPP) et s'oriente vers un cadre interactionnel multiparticipant. Traitant conjointement ce désalignement séquentiel qui reporte la production de la réponse du patient comme une action non-permise, le médecin interrompt verbalement l'activité d'évaluation et rappelle le patient à l'ordre interactionnel tandis que l'accompagnant, orienté vers une position de tiers, demeure, par son silence, multimodalement aligné à la trajectoire séquentielle en forme de dyade.
- 16 Au plan catégoriel, le médecin qui pose une question au patient s'oriente vers le déploiement d'un dispositif « patient/témoin » qui exclut temporairement l'accompagnant du cadre de participation. En sollicitant l'aide de son accompagnant, le patient, seul locuteur ratifié mais confronté à une difficulté épistémique ou mnésique qui ne lui permet pas de répondre de manière satisfaisante à la question du médecin, réalloue ses propres droits et obligations conversationnels à son accompagnant (Stivers & Rossano, 2010). Le patient, privilégiant la recherche de la « bonne » réponse par le déploiement de la paire relationnelle standardisée « mari/femme » ou « parent/enfant », initie une conversation multiparticipante et catégorise l'accompagnant comme un aidant alors que son rôle projeté, à cette occasion, est celui de témoin. Le

patient renégocie donc les catégories qui projettent sur l'accompagnant des attentes de soutien et de collaboration conventionnellement liées au rôle d'un proche (Goodwin, 1979, 1987). Ce désalignement catégoriel est traité comme une action non-permise par le médecin qui suspend l'activité d'évaluation et ouvre une séquence latérale⁶ de désaccord. L'indisponibilité multimodale manifestée par l'accompagnant et le rappel à l'ordre verbalement exprimé par le médecin œuvrent au maintien de leur orientation vers le déploiement du dispositif « patient/témoin » et l'accomplissement de l'évaluation dans un format dyadique.

- 17 Traité comme une action non-permise, ce désalignement séquentiel et catégoriel dévoilerait ainsi également un problème de convergence catégorielle à l'origine d'un désaccord dont il s'agit à présent d'en montrer l'accomplissement pratique. Dans ce sens, l'analyse d'extraits transcrits de consultations gériatriques filmées dans un hôpital parisien permet dans un premier temps de décrire plus finement la demande d'aide du patient comme un désalignement.

3.2 Le désalignement pour produire la « bonne » réponse

- 18 Les séquences suivantes regroupent dans la salle de consultation, dès le début de la rencontre, un patient et son accompagnant invités à s'asseoir l'un à côté de l'autre par le médecin auquel ils font face.

(Extrait 1)

```
106 DOC d'accord bon donc vot' moral est plutôt bon
107 (0.6)
108 PAT #ben#: qu'est-ce t' en #penses/#
im #im1#im2 #im3 #im4
```

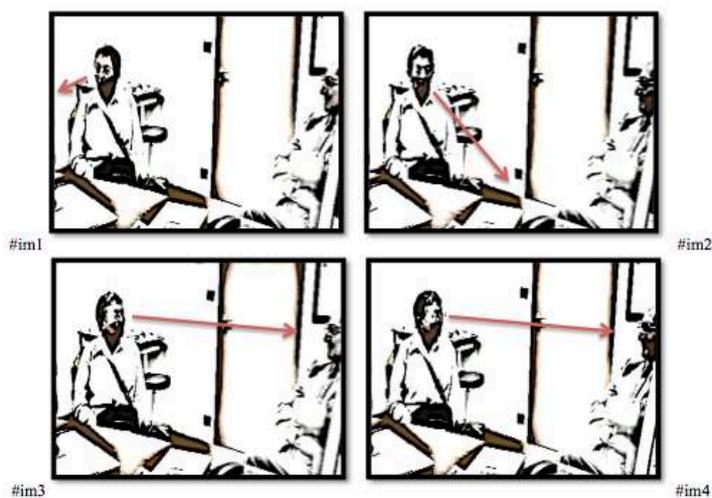


Fig.2 Accomplissement pratique du désalignement (Extrait 1)

- 19 La séquence commence lorsque le médecin demande à la patiente qui le regarde (#im1) d'évaluer son état de santé moral (Ex.1). Cette question semble problématique pour la patiente qui débute son tour par un marqueur d'hésitation en allongement syllabique (L.108) avant de rediriger progressivement le regard vers son époux assis à sa gauche (#im2). Ce mouvement multimodal précède la sélection verbale de l'accompagnant dont elle sollicite l'avis par une PPP prosodiquement interrogative, syntaxiquement complète et référentiellement pertinente (pron. pers. 2^{ème} pers. sing.) (L.108). Maintenant son regard en direction de l'accompagnant (#im3), la patiente lui demande

ainsi d'évaluer à sa place son état moral mettant en évidence qu'elle est confrontée à un problème épistémique. Ce désalignement de la trajectoire séquentielle (en gras dans la transcription) est renforcé à l'achèvement de ce tour lorsqu'elle avance légèrement la tête, pointage multimodal en direction de l'accompagnant (#im4).

- 20 L'extrait suivant (Ex.2), où il est question pour le médecin de savoir si le patient se souvient d'être déjà venu se faire soigner dans cet hôpital, montre plus nettement une demande d'aide face à un problème mnésique.

(Extrait 2)

```

144 DOC vous avez eu l'air de v' êt' # souv'nir en deux mille un °vous
      im #im1
145     êtes venu# ici heu°
      im #im2
146     # (0.8)
      im #im3
147 PAT rappelle-moi daniel#
      im #im4

```

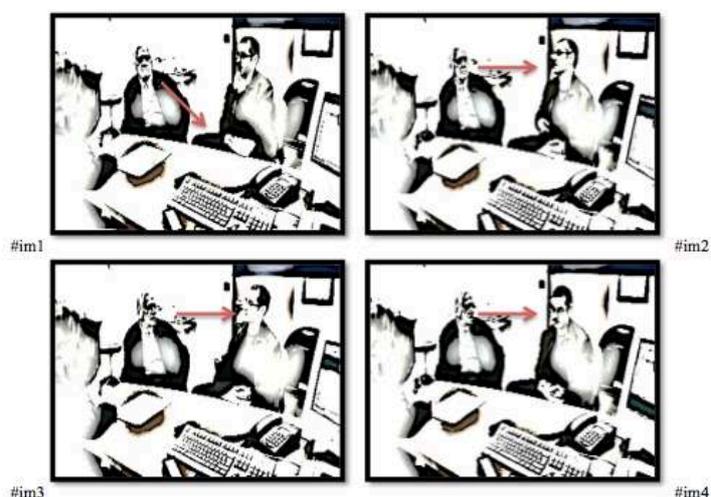


Fig.3 Accomplissement pratique du désalignement (Extrait 2)

- 21 Au cours de cette séquence, le médecin a déjà effectué, sans succès, plusieurs amorces visant à aider le patient pour finalement répondre partiellement à sa propre question en situant temporellement l'année où le patient semble s'être rendu dans l'établissement hospitalier (L.144-145). Au cours de ce tour, le patient regarde dans le vide et procède à un léger basculement du torse vers l'arrière (im#1). Par ces actions qui exhibent son orientation introspective vers la recherche d'une réponse, le patient s'aligne donc d'abord à l'activité d'évaluation qui projette qu'il réponde seul à la question. À l'achèvement du tour pourtant, le patient, dans un mouvement latéral de la tête (im#2), se tourne progressivement vers son fils qu'il regarde sur la pause (L.146) (#im3). Ce mouvement multimodal précède là aussi verbalement la production d'une PPP en forme de requête injonctive (impératif à la 2ème pers. sing. + prénom de l'accompagnant comme terme d'adresse) (L.147) où le patient, confronté à un problème de remémoration, fait visuellement puis verbalement appel à son fils pour se rappeler l'information qui lui fait défaut (#im4).
- 22 Si ces deux premiers extraits montrent des formes d'adresse directes et explicites, la sélection de l'accompagnant est encore davantage observable au plan multimodal que verbal dans l'extrait suivant (Ex.3).

(Extrait 3)

58 DOC vous avez l'impression qu' ça (.) ça évolue par rapport à la
 59 dernière fois qu' (on s'était vus/
 60 PAT [heu::# non::: non non non non j'
 im #im1
 61 trouve que ça# s- enfin ç- ç'est un peu #stabilisé non/#
 im #im2 #im3 #im4



Fig.4 Accomplissement pratique du désalignement (Extrait 3)

- 23 Le médecin demande ici à la patiente si elle a constaté une évolution de sa MA. Hésitante à l'initiation de son tour (marqueur d'incertitude en allongement syllabique (L.60)), celle-ci, alignée sur la trajectoire séquentielle en forme de dyade, livre son point de vue (L.60-61) au médecin qu'elle regarde (#im1). Bien qu'indiquant d'abord avec assurance qu'elle n'a pas observé d'évolution par la répétition du négatif « non », la patiente, baissant progressivement la tête et exhibant ainsi son orientation introspective vers la poursuite de sa réponse (#im2 et 3), modalise par la suite son positionnement épistémique. L'emploi du segment verbal « j' trouve » réduit ainsi son auto-évaluation à l'état de ses seules connaissances, ce qui rend possible la production d'un point de vue contradictoire. De fait, en clôture de son tour (L.61), la patiente sollicite son époux par une PPP qui projette la confirmation de son point de vue dans une forme minimale d'hétérosélection. L'emploi du négatif « non » achevé sur une montée intonative confère en effet une forme prosodique questionnante à cette locution, renforcée à la clôture de son tour par une torsion du cou⁷ qui manifeste multimodalement qu'elle s'adresse à son époux (#im4).
- 24 Le désalignement est ici moins visible référentiellement que prosodiquement et multimodalement, de même que dans l'extrait suivant où le patient, confronté à une difficulté mnésique, réitère une demande de confirmation à son épouse.

(Extrait 4)

```

8   DOC je vois très bien d' quoi °il s'agit° racontez-moi alors (0.3)
9   °fin on va attend'e que:
10  (1.4)
11  PAT oui heu::: je n' sais pas si la caméra °doit être
12  heu::° (0.2) orient:ée vers moi pa'ce que .h la
13  personne qui en connaît plus que moi sur mon propre
14  cas (0.7) c'est ma femme ici présente
15  (0.3)
16  DOC oui mais vous devez vous Allez d'Abord m' RAcouter
17  (0.4) c' que vous r'ssentez/ et puis après:: votre
18  épouse aura l' droit à la parole
19  (0.8)
20  PAT et bien::: heu::: docteur j' me sentais toujours
21  jeune jusqu'à présent
22  (0.9)
23  PAT heu::: un peu moins maint'nant
24  (0.9)
25  PAT parce que:: (0.4) heu::: j'ai eu (0.2) un incident
26  (0.6) heu c- (0.2) heu::: (0.2) cutané/ (0.5) avec
27  une pommade (0.3) qui était::: qui m'a été:
28  prescrite (0.5) heu par heu:::
29  (1.1)
30  ACC une dermatologue=
31  PAT =une dermatolo[que
32  ACC [°pa'ce que je (inaud.)°°
33  PAT ça s'est traduit: par heu::: u- une éruption d'
34  boutons
35  (1.1)
36  PAT hein (0.2) pa'ce que c'était une crème qui était
37  censée (0.2) censée/ (0.3) heu soigner (0.2) heu:::
38  les::: dermato:sés heu solai:res
39  (0.4)
40  DOC mmh/
41  PAT j'ai une peau extrêm'ment fragile
42  (1.2)
43  PAT alors je m' suis r'trouvé::: tout blanc (0.4) °tout
44  blanc°
45  (1.4)
46  PAT et puis::::: (0.4) heu::: là-d'assus (0.3) heu::: s'auf
47  erreur (0.5) on: m'a donné (0.3) oui (0.9) de:: des
48  antibio#tiques/
49  im #im1
50  PAT # (1.4)#
51  im #im2 #im3
52  PAT okay/#
53  im #im4

```

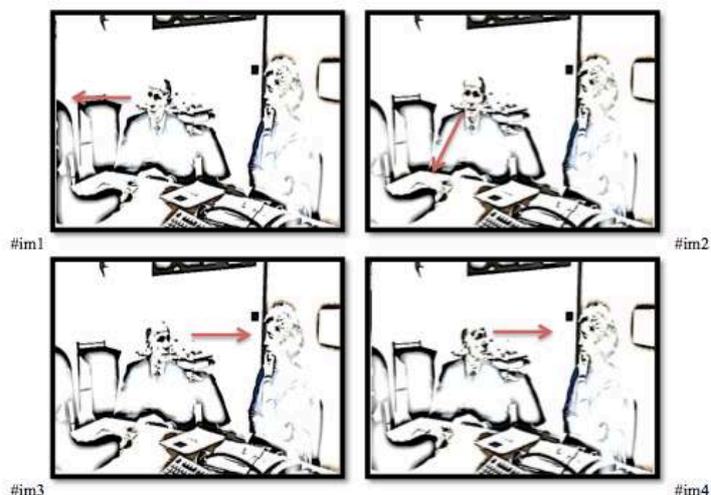


Fig.5 Accomplissement pratique du désalignement (Extrait 4)

- 25 Dans ce dernier extrait, le patient explique au médecin les raisons qui l'ont motivé à venir le consulter. Le patient regarde principalement le médecin et s'aligne ainsi à la trajectoire séquentielle en forme de dyade (#im1). Il produit plusieurs tours de parole (L.20–28, L.31, L.33–38, L.41–50), entrecoupés de pauses (L.22, L.24, L.35, L.42 et L.45) que médecin et accompagnante, orientés vers une position d'écoute, ne catégorisent pas comme des PTP (places transitionnelles pertinentes). Du reste, bien qu'au cours de cette réponse l'accompagnante complète le tour du patient interrompu par une recherche de mot (L.30) et qu'après une courte pause le médecin produise une ratification (L.40) qui projette une suite, les nombreux allongements syllabiques indiquent que le patient s'oriente vers un développement approfondi de son point de vue. Après avoir retracé son parcours médical et pendant qu'il décrit le traitement thérapeutique qui lui a été appliqué, le patient exprime la possibilité d'une faille dans

son discours et d'une faiblesse de sa mémoire au cours de ce tour qu'il achève sur une montée intonative (L.48). Ni les expressions lexicales et les manifestations prosodiques de doute, ni la montée intonative en clôture ou la pause qui suit (L.49) cette PPP ne sont saisies par le médecin ou l'accompagnante comme une demande de confirmation. Pourtant multimodalement, le patient redirige dans le même temps progressivement le regard vers son épouse (#im2 et 3) à laquelle il demande confirmation. Réitérant prosodiquement son hétérosélection par l'emploi minimal du confirmatif « okay/ » (L. 50), le patient renforce cette PPP ensuite multimodalement en procédant à un pointage de la tête en direction de son épouse (#im4).

- 26 En produisant une PPP, les patients qui projettent des droits et des obligations sur leur accompagnant catégorisé alors comme un locuteur ratifiable renégocient les catégories endogènes et le dispositif catégoriel adéquats à *toutes-fins-pratiques*. Si multimodalement les patients maintiennent leur inscription principale dans un cadre de participation dyadique – ils conservent un alignement corporel naturel en direction du gériatre (Schegloff, 1998) – généralement ceux-ci redirigent progressivement leur regard vers l'accompagnant projetant une conversation multiparticipante avant de sélectionner verbalement leur proche. Orientés vers la recherche de la « bonne » réponse, les patients s'appuient sur l'accompagnant, projeté comme une ressource interactionnelle naturelle, pour continuer à interagir comme un locuteur « compétent » (Goodwin, 1979, 1987). Demander de l'aide routinièrement accordée par leur proche et plus encore se « décharger épistémiquement »⁸ en mobilisant une réponse de leur part pourrait alors être considéré comme la preuve d'une compétence interactionnelle de la part de ces patients. Selon les objectifs projetés par les participants de la rencontre, ce n'est pourtant pas toujours le cas comme nous allons le voir de manière exemplaire à présent.

3.3 Le désaccord pour restaurer l'activité d'évaluation

- 27 Médecin et accompagnant traitent de fait ce désalignement comme une action non-permise qui met au jour un problème de convergence catégorielle endogène et le déploiement du dispositif « patient/aidant » inadéquat à *cette occasion*. Tandis que l'accompagnant conserve sa position de tiers en manifestant multimodalement son indisponibilité, le médecin, rompt la relation d'adjacence projetée par la demande d'aide du patient et répare verbalement l'hétérosélection de l'accompagnant. Ainsi orientés vers les buts de la consultation, ils expriment leur désaccord au cours d'une séquence latérale (en gras dans la transcription) comme nous l'illustrons ici par un extrait.

(Extrait 5)

```

108 PAT #ben::# qu'est-ce t` en# p$enses/#
    acc reg. pat-->$reg. vers doc-->>
    im #im1 #im2 #im3 #im4
109 (.)
110 DOC ah:: non non [c'est (.) vot` mari aura l` droit à la
111 PAT [(hoquète)]
112 DOC sparole mais (.) c'est vous qui parlez d'abord
113 (0.6)
114 PAT moi je:: honnêt`ment j'a- j'avais un p'tit peu oublié que j`
115 devais aller vous voir (0.4) donc c'est qu` j'allais bien
116 [(rires)]

```

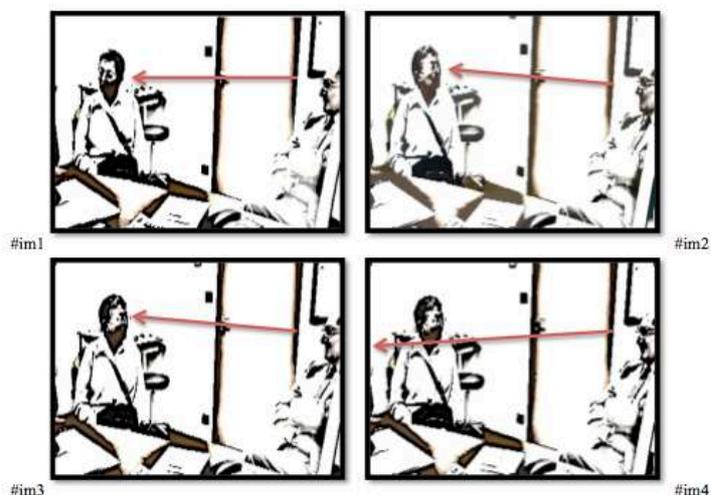


Fig.6 Expression verbale et manifestation multimodale d'un désaccord (Extrait 5)

- 28 À l'achèvement du tour désaligné, le médecin saisit la micro-pause (L.109) comme une PTP et ouvre la séquence latérale par un interpellatif⁹ « ah » (L.110) qui alerte la patiente sur le caractère défendu de sa requête. Puis il élabore une réparation qui thématise un ordre de parole organisant l'évaluation en deux temps (L.110 et 112). Par un tour descriptif, le médecin diffère ainsi l'intervention de l'accompagnant avant de désigner explicitement la patiente comme locuteur pertinent. Il rend alors visible son désaccord face au recours à l'accompagnant et redéfinit localement la pertinence des catégories endogènes. Ainsi, le médecin confirme la position de tiers puis restaure la relation dyadique avec la patiente. Au plan catégoriel, le médecin exprime son désaccord face au désalignement de la patiente lorsqu'il lui interdit de solliciter l'aide de son accompagnant. Projétant des attentes liées au rôle de patient tenu de répondre seul aux questions qui le concernent, le médecin maintient le déploiement du dispositif catégoriel « patient/témoin ».
- 29 L'accompagnant qui a regardé la patiente durant l'accomplissement de sa PPP (#im1 à 3) réoriente son regard en direction du médecin à l'achèvement de ce tour, lorsque la patiente sollicite son aide (#im4). Si maintenir son regard en direction de son épouse durant la production du tour désaligné a pu être catégorisé comme une orientation de la part de l'accompagnant vers l'établissement d'une relation d'aide, ce dernier exhibe l'accomplissement multimodal de la catégorie « témoin ». L'accompagnant silencieux demeure aligné à la trajectoire séquentielle en forme de dyade en incarnant une position de tiers adéquate à *cette occasion* et renforcée par sa réorientation visuelle. En refusant d'aider la patiente, l'accompagnant exhibe son opposition à répondre aux attentes conventionnellement liées au rôle d'aidant et déploie un dispositif catégoriel orienté vers les buts de la consultation. L'accompagnant, qui se désélectionne comme locuteur ratifiable, participerait donc, avant le rappel à l'ordre du médecin, du réaligement de la patiente sur la trajectoire séquentielle et catégorielle. Ce retour à l'ordre interactionnel est rendu visible par le recyclage par la patiente de sa SPP qui clôture la séquence latérale de désaccord.
- 30 En accomplissant conjointement le même dispositif, médecin et accompagnant donnent à voir rétrospectivement la présence d'un problème de convergence catégorielle avec le patient qui déploie le dispositif « patient/aidant », inadéquat à *cette occasion*. En ce sens, le traitement de la sollicitation d'aide, comme une action non permise, n'est

interprétable qu'au regard de la séquence latérale qui survient consécutivement au désalignement et constitue dès lors une explication tangible à l'émergence du désaccord.

4 Conclusions

- 31 Si au départ les patients s'alignent préférentiellement à la trajectoire séquentielle en forme de dyade projetée par le médecin et s'orientent vers les catégories endogènes et le dispositif « patient/témoin », propices à l'accomplissement de l'évaluation du patient, le désalignement émerge quand celui-ci rencontre une difficulté à répondre. Ainsi, la question du médecin projette l'attente normative d'une réponse que le patient ne semble pas en mesure de donner ce qui l'amène à se tourner vers son accompagnant. Cette hétérosélection, constituant une PPP, projette une action de la part de l'accompagnant qui diffère selon le problème auquel le patient est confronté. Ainsi l'accompagnant peut être sollicité pour répondre à la question du médecin à la place du patient (Ex.1 et 2) ou pour confirmer un point de vue déjà formulé mais dont le patient semble douter (Ex.3 et 4). Ces sollicitations, *orientées vers la recherche de la « bonne » réponse*, ne sont pas produites de la même manière. Dans les deux premiers cas, la sélection de l'accompagnant constitue un adressage explicite et direct (Ex.1 et 2) alors que dans les deux extraits suivants, elle se manifeste par un contour prosodique en forme de question et une ratification multimodale (Ex.3), parfois réitérés (Ex.4). Solliciter l'accompagnant pour produire collectivement la « bonne » réponse et déployer en cela le dispositif catégoriel « patient/aidant » ne constitue pas en soi une action inadéquate de la part du patient qui mobilise les ressources épistémiques de son environnement interactionnel *à-toutes-fins-pratiques*. Cependant le dernier extrait montre que ce désalignement est de fait traité comme une action non permise par le médecin et l'accompagnant entraînant l'ouverture d'une séquence latérale de désaccord où le médecin redéfinit localement les catégories endogènes et le dispositif adéquats pour l'évaluation *à cette occasion*. Le désaccord, exprimé verbalement par le médecin est également manifesté multimodalement par l'accompagnant mettant en évidence l'accomplissement conjoint du dispositif « patient/témoin » orienté vers les buts de la consultation.
- 32 De manière liminaire, ce dernier constat invite à procéder à un focus plus resserré sur la temporalité de cette convergence catégorielle multimodalement exhibée par l'accompagnant. Cela afin de trouver des éléments susceptibles de permettre l'interprétation de l'action de l'accompagnant qui détourne le regard du patient *avant* que le médecin ne procède verbalement au rappel à l'ordre interactionnel. Cette réorientation visuelle pourrait en effet être la manifestation d'une requête multimodale destinée au médecin dont l'accompagnant attendrait l'accord pour répondre au patient ou bien une invitation visuellement produite qui inciterait le patient à se réorienter vers le médecin. Ainsi, selon les interprétations, le traitement du désalignement comme une action non-permise par l'accompagnant pourrait survenir *avant* ou *après* l'ouverture de la séquence latérale par le médecin. Au-delà, l'accomplissement de ce désaccord donne un aperçu de la pression normative et séquentielle de la paire adjacente qui met en porte-à-faux vis-à-vis d'un membre de sa famille l'accompagnant confronté au dilemme d'« abandonner » son proche pour s'aligner séquentiellement et catégoriellement à l'action du médecin.

- 33 Nous pourrions par ailleurs considérer aussi le recours à l'accompagnant co-présent comme une forme de résistance de la part du patient opposé à l'accomplissement d'un cadre interactionnel imposé par le médecin qui n'impliquerait pas ce proche qui le soutient au quotidien et avec lequel une relation routinière d'aide semble s'être installée. Cependant, notre analyse soulève le problème fondamental de la reconnaissabilité même des questions du médecin comme l'initiation d'une activité d'évaluation pour le patient. Il semblerait en effet que le patient ne catégorise pas ces échanges comme un temps qui lui est réservé et qui confère à cette procédure nécessairement dyadique à *cette occasion* un caractère étrange. Si tel est le cas, comme nous le pensons, opérer une séquence transitionnelle qui thématiserait l'ouverture de cette évaluation pourrait permettre d'éviter l'émergence d'un désaccord et constituer une ressource utile pour le patient dès lors orienté explicitement et préalablement vers les catégories endogènes adéquates et le déploiement d'un dispositif catégoriel pertinent *à-toutes-fins-diagnostiques*.
-

BIBLIOGRAPHIE

- ATKINSON M. & HERITAGE J., 1984, *Structures of social action : studies in conversation analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.
- ATKINSON M. & HEATH C., 1981, *Medical work : realities and routines*, Farnborough, Gower.
- BONU B., MONDADA L. & RELIEU M., 1994, « Catégorisation : l'approche de H. Sacks », in FRADIN B., QUÉRÉ L. & WIDMER J. (dir.), *L'enquête sur les catégories*, Paris, EHESS, 129-148.
- DREW P. & HERITAGE J., 1992, *Talk at Work*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DE FORNEL M., 1987, « Catégorisation, identification et référence en Analyse de Conversation », *Lexique*, 5, 161-195.
- FRADIN B., QUÉRÉ L. & WIDMER J., 1994, *L'enquête sur les catégories*, Paris, EHESS.
- GOODWIN C., 1979, « The Interactive Construction of a Sentence in Natural Conversation », in PSATHAS G. (dir.), *Everyday Language : Studies in Ethnomethodology*, New York, Irvington Publishers, 97-121.
- GOODWIN C., 1987, « Forgetfulness as an Interactive Resource », *Social Psychology Quarterly*, 50 (2), 115-131.
- HERITAGE J. & MAYNARD D., 2006, *Communication in Medical Care : Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge, Cambridge University Press.
- HESTER S. & EGLIN P., 1997, *Culture in action : Studies in membership categorization analysis*, Washington D.C., University Press of America.
- JAYYUSI L., 2010, *Catégorisation et ordre moral*, Paris, Économica.
- JEFFERSON G., 1972, « Side sequences », in SUDNOW D. (dir.), *Studies in social interaction*, New York, The free press, 294-338.

- JEFFREY D. R., TATE A. & HERITAGE J., 2016, « Agenda-setting revisited : When and how do primary-care physicians solicit patients' additional concerns ? », *Patient Education and Counseling*, 99 (5), 718-723.
- JONES D., DREW P., ELSEY C., BLACKBURN D., WAKEFIELD S., HARKNESS K. & REUBER M., 2016, « Conversational assessment in memory clinic encounters : interactional profiling for differentiating dementia from functional memory disorders », *Aging & Mental Health*, 20 (5), 500-509.
- MALBOIS F., 2011, « Les catégories de sexe en action », *Sociologie* 2 (1), 73-90.
- MAYNARD D., 2003, *Bad News Good News : Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*, Chicago, University of Chicago Press.
- SACKS H., 1968, « The search for help : No one to turn to », in SCHNEIDMAN E.S. (dir.), *Essays in Self Destruction*, New York, Science House, 203-223.
- SACKS H., 1972a, « An initial investigation of the usability of conversational data for doing Sociology », in SUDNOW D. (dir.), *Studies in Social Interaction*, Free Press, New York, 31-74.
- SACKS H., 1972b, « On the analyzability of stories by children », in GUMPERZ J. J. & HYMES D. (dir.), *Directions in Sociolinguistics : The Ethnography of Communication*, Saint Louis, Holt, Rinehart & Winston Publishing, 329-45.
- SACKS H. & SCHEGLOFF E., 1973, « Opening up closings », *Semiotica*, 8 (4), 289-327.
- SACKS H., SCHEGLOFF E. & JEFFERSON G., 1974, « A Simplest Systematics for the Organisation of Turn-Taking for Conversation », *Language*, 50, 696-735.
- SACKS H., 1992, « *Lectures on conversation* », Oxford, Basil Blackwell, vol. 1 & 2.
- SCHEGLOFF E., 1987, « Sequencing in Conversational Openings », *American Anthropologist*, 70 (6), 1075-1095.
- SCHEGLOFF E., 1991, « Reflections on Talk and Social Structure », in BODEN D. & ZIMMERMAN D. (dir.), *Talk and Social Structure*, Cambridge, Polity Press, 44-70.
- SCHEGLOFF E., 1998, « Body Torque », *Social Research*, 65 (3), 535-596.
- STIVERS T. & ROSSANO F., 2010, « Mobilizing response », *Research on Language and Social Interaction*, 43, 3-31.
- STIVERS T. & HERITAGE J., 2001, « Breaking the sequential mold : answering « more than the question » during comprehensive history taking », *Text*, 21, 151-185.
- STIVERS T., 2008, « Stance, Alignment, and Affiliation During Storytelling : When Nodding Is a Token of Affiliation », *Research on Language & Social Interaction*, 41 (1), 31-57.
- STIVERS T., MONDADA L. & STEENSIG J., 2011, *Knowledge and Morality in Conversation. Rights, Responsibilities and Accountability*, Cambridge, Cambridge University Press.
- STEENSIG J., 2013, « Conversation Analysis and Affiliation and Alignment », in MORTENSEN K. & WAGNER J. (dir.), *The Encyclopedia of Applied Linguistics, Conversation Analysis*, Cambridge, Wiley-Blackwell, 944-948.
- TEN HAVE P., 1995, « Formatting the consultation : communication formats and constituted identities », in HULS E. & KLATTER FOLMER J. (dir.), *Artikelen van de Tweede Sociolinguïstische Conferentie*, Delft, Eburon, 245-268.

TEN HAVE P., 2006, « On the interactive constitution of medical encounters », *Revue Française de Linguistique Appliquée*, 11 (2), 85-98.

TEN HAVE P., 2007, *Doing Conversation Analysis : A Practical Guide*, Londres, Sage.

WATSON R., 1994, « Catégories, séquentialité et ordre social : un nouveau regard sur l'œuvre de Sacks », in FRADIN B., QUÉRÉ L. & WIDMER J. (dir.), *L'enquête sur les catégories*, Paris, EHESS, 151-184.

ANNEXES

[]	notent le début et la fin du chevauchement entre deux locuteurs
=	note un enchaînement rapide entre deux tours de parole (<i>latching</i>)
&	note la continuation du tour par le même locuteur
(0.6)	note la durée de la pause, au dixième de seconde près
∴	notent les allongements syllabiques
-	note la troncation d'un mot esquissé
·	note une élision non standard
/et\	notent les montées et descentes intonatives
les CAPITALES	notent un volume fort de la voix
° °	notent un volume bas de la voix
le soulignement	note une insistance
<>	notent un rythme rapide dans la prononciation d'un fragment de parole
.h	note l'inspiration
(())	notent les commentaires du transcripteur

Fig.7 Conventions de transcription (ICOR 2007)

NOTES

1. Si le locuteur en cours sélectionne le suivant, la partie sélectionnée a le droit et l'obligation de prendre le tour de parole suivant et aucun autre n'a de tels droits et obligations (hétérosélection). Si le locuteur en cours ne recourt pas à une technique de sélection, l'autosélection du locuteur suivant peut, mais ne doit pas, être instituée et celui qui commence acquiert le droit au tour (autosélection). En revanche, si le tour ne comporte ni recours à une hétérosélection, et n'entraîne pas d'autosélection, alors le locuteur en cours a le droit, mais non l'obligation, de poursuivre jusqu'à la prochaine place transitionnelle pertinente (PTP) (SACKS *et alii*, 1974).

2. Lorsque H. SACKS et E. SCHEGLOFF (1973) parlent de dépendance conditionnelle entre une première partie de paire (PPP) et une seconde partie de paire (SPP) produite en adjacence, ils désignent la production d'un tour qui émerge à la suite d'une PPP et qui répond à des attentes de contiguïté et de typicité en terme d'action que cette PPP projette. Tous les tours n'étant pas équivalents au plan performatif, ils ne peuvent être également catégorisés comme des SPP, et ce, même si ces tours sont produits en contiguïté.

3. « the fact that a conversation takes place in a hospital does not *ipso facto* make technically relevant the characterization of the setting, for a conversation there, as 'in a hospital' ; it is the talk of the parties that reveals, in the first instance for them, whether or when the 'setting in a/ the hospital' is relevant (as compared to 'at work', 'on the east side', 'out of town', etc.). Nor does the fact that the topic of the talk is medical *ipso facto* render the 'hospital setting' relevant to the talk at any moment [...]. [The] correctness of any particular characterization is by itself not adequate warrant for its use ; some kind of « relevance use » or « relevancies procedures » must be given to warrant a particular characterization. » (SCHEGLOFF, 1987, p. 219)

4. Principe que H. SACKS formule ainsi : « si une population de personnes est en train d'être catégorisée, et si une catégorie d'un dispositif a été utilisée pour catégoriser un premier membre de la population, alors cette catégorie (et d'autres de la même collection) peut être utilisée pour catégoriser d'autres membres de la population ». (SACKS, 1972b, p. 34, traduit par DE FORNEL, 1987).
 5. Pour une mise en perspective de la notion d'alignement/désalignement voir aussi la définition de J. STEENSIG (2013).
 6. « In the course of some on-going activity (for example a game, a discussion) there are occurrences one might feel are not « part » of that activity but which appear to be in some sense relevant. Such an occurrence constitutes a break in the activity – specifically, a « break » in contrast to a “termination” ; that is, the on-going activity will resume. This could be described as a side sequence within an ongoing sequence » (JEFFERSON, 1972, p. 294).
 7. Pour une analyse des différentes formes corporelles d'engagement voir l'article d'Emanuel SCHEGLOFF (1998).
 8. Je remercie Chloé Mondémé pour sa relecture et notamment de m'avoir suggéré cette expression utile pour distinguer les types de sollicitation que produisent les patients qui semblent juger parfois qu'ils ne sont pas les plus qualifiés pour parler de leur état de santé moral ou cognitif par exemple et dont l'évaluation en reviendrait à leurs proches en tant qu'ils en sont les premiers affectés ; attitude que l'on rencontre également chez des personnes qui ne sont pas atteintes d'une MA.
 9. Pour une définition du *summons* que nous traduisons par « interpellatif », voir l'ouvrage d'E. SCHEGLOFF (2007, p. 59).
-

RÉSUMÉS

En consultation gériatrique les patients diagnostiqués ou suivis pour une maladie d'Alzheimer sont généralement accompagnés d'un proche qui contribue à l'évaluation clinique. Permettant au médecin d'élaborer son diagnostic, cette rencontre tripartite repose sur des informations livrées par le patient, que l'accompagnant, témoin de l'entretien, peut ensuite confirmer, nuancer, parfois contredire. Séquentiellement, pour comparer les versions, le médecin auditionne le patient, tous deux locuteurs ratifiés alors engagés dans une relation dyadique, tandis que l'accompagnant co-présent s'oriente vers une position de tiers. Ces catégories endogènes sont souvent renégociées par le patient qui projette l'ouverture d'une conversation multiparticipante et, déployant le dispositif catégoriel « patient/aidant » *orienté vers la recherche de la « bonne » réponse*, sollicite l'accompagnant. Action qui n'est pas inadéquate en soi de la part du patient mobilisant les ressources épistémiques de son environnement interactionnel *à-toutes-fins-pratiques*, ce désalignement, traité comme une action non permise par le médecin et l'accompagnant, est décrit dans la perspective de l'Analyse de Conversation d'inspiration ethnométhodologique. Redéfinissant localement les catégories endogènes et le dispositif catégoriel « patient/témoin » *orienté vers les buts de la consultation*, adéquats à cette occasion, médecin et accompagnant, convoquant des ressources interactionnelles verbales et multimodales que nous analysons dans leur accomplissement pratique, exhibent leur alignement sur une même trajectoire séquentielle et catégorielle dans une séquence latérale. Au-delà notre étude invite à s'interroger quant à la reconnaissabilité des questions du médecin comme une activité d'évaluation pour le patient qu'il ne semble pas catégoriser comme telle.

It is customary for an Alzheimer patient to be accompanied by a family member or companion during appointments with his or her physician. This three-way consultation allows the doctor to interview the patient while the companion witnesses the interaction, having the opportunity to then confirm, modify and, at times, correct the patient's answers, thus informing the doctor's ongoing evaluation of the patient. In sequential terms, the doctor questions the patient, setting up a dyadic relationship in which they are ratified speakers, whereas the co-present companion orients to the role of bystander. These endogenous categories are frequently renegotiated by the patient who projects initiation of a multi-participant conversation, looking to the companion for assistance, thereby mobilizing the categorization device "patient/caregiver" and *orienting to a search for the "right" response to the doctor's questions*. Although this is not an improper action per se — the patient is calling on the epistemic resources of his interactional environment *for-all-practical-purposes* — the physician and the companion treat these attempts as a forbidden misalignment, which in turn generates a side sequence of disagreement that we describe within the ethnomethodologically inspired perspective of Conversation Analysis. The doctor and companion, on the other hand, exhibit their mutual alignment along a common sequential and categorial trajectory as they marshal both verbal and multimodal interactional resources to locally redefine the endogenous categories and the categorization device "patient/witness" thus *orienting to the proper goals of the consultation at this occasion*. In addition to analyzing this practical accomplishment, our study invites reflection as to the recognizability of the doctor's questions by the patient who seems not to categorize the interview as an evaluation activity.

INDEX

Keywords : disagreement, endogenous categories, categorization device, misalignment, side sequence

Mots-clés : désalignement, catégories endogènes, dispositif de catégorisation, séquence latérale, désaccord

AUTEUR

ALEXANDRA ORTIZ CARIA

École des Hautes Études en Sciences Sociales – Institut Marcel Mauss (CNRS/UMR 8178)

Centre de Linguistique Anthropologique et Sociolinguistique • alexandra.caria@ehess.fr