



HAL
open science

Le lexique émotionnel en consultation médicale. Exploration du corpus DECLICS2016

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Aline Delsart

► To cite this version:

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Aline Delsart. Le lexique émotionnel en consultation médicale. Exploration du corpus DECLICS2016. Parler à l'hôpital : écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit, inPress. hal-03457205

HAL Id: hal-03457205

<https://hal.science/hal-03457205>

Submitted on 30 Nov 2021

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

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

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk & Aline Delsart {*Laboratoire
ACTé, EA4281*}

Le lexique émotionnel en consultation médicale. Exploration du corpus DECLICS2016

ABSTRACT

[Ce chapitre explore, à partir du relevé du lexique émotionnel dans quatre consultations du corpus DECLICS2016, ce qui spécifie l'équilibre interactionnel médecins-patients quant à la mise à distance (ou pas) des principaux registres émotionnels verbalisés : *émotions négatives, positives, non spécifiées, surprises et impassibilité*. Grâce à la fouille automatisée avec le logiciel Tropes, et plus particulièrement avec le module EMOTAIX, on met à jour ce qui peut peser sur le déroulement de la consultation médicale. Si le lexique émotionnel ne domine pas le discours, représentant un faible pourcentage d'emploi, sa répartition, son organisation au fil des consultations permet de réfléchir sur ce qui n'est pas transparent à une écoute présenteielle. La consultation se révèle un espace où l'équilibrage entre émotions négatives et positives est plus important que dans les emplois standards. Les patients, tous atteints de maladies chroniques, se révèlent alors être des patients-experts, au sens donné à cette expression dans la littérature. Les scénarios révélés par notre étude indiquent aussi que des émotions moins spécifiées (ni négatives ni positives) trouvent une place plus prépondérante que dans les discours standards. Vérifier d'un point de vue linguistique que la consultation est (ou peut-être) un lieu de partage social des émotions pourrait orienter la formation initiale des médecins.]

1.Introduction

La consultation médicale s'adresse à des patients qui présentent des profils nécessairement variés. La montée en puissance de l'idée d'une médecine engageant des liens de réciprocité cognitive, conative et affective plus important entre patient et médecin ouvre la voie à l'utilité de patients experts. S. Kübler indique toutefois à cet égard que « ce n'est pas parce qu'on a une maladie que de facto on a la légitimité d'être Patient Expert. Alors il est vrai que le terme « Patient Expert » est pompeux. Ce qu'il y a, c'est que le patient expert a dépassé émotionnellement sa maladie. Cela lui permet d'aider les autres et de partager son expérience de manière neutre et formatrice » (Kübler, 2019 : 51). Que nous apprend le corpus DECLICS2016 sur cette question ?

Nous avons abordé le fonctionnement pragmatique des consultations médicales en dégageant en quoi médecins et malades structurent et enchâssent non innocemment des épisodes interlocutoires spécifiques et repérables tout au long de leur échange (Delsart, 2019 ; Auriac & al., 2017 ; Delsart & Auriac, 2020). Mais quid des émotions ? Ce chapitre entend dévoiler en quoi des malades placés en interaction avec le médecin et des médecins acculés à l'interaction avec leurs malades, pour un suivi régulier, verbalisent ou non une distance émotionnelle. Peut-on être neutre ? Si on ne l'est pas, qu'est-ce qui se dégage de l'emploi du lexique émotionnel utilisé dans des consultations médicales ? L'orientation pragmatique ne nous engage pas à savoir nécessairement qui utilise le registre émotionnel, mais plutôt à étudier quand le lexique émotionnel pointe en consultation.

1.1 Une entrée par les émotions

Le début du XXI^{ème} siècle a vu ressurgir les préoccupations concernant la reconnaissance des émotions au-devant de la scène intellectuelle (Colletta & Tcherkassof, 2003) notamment depuis l'ouvrage de Damasio (2010) imposant un renouvellement du regard. En sciences humaines et sociales, on sait que nos capacités de raisonnement se font le miroir de plusieurs théorisations possibles sur les émotions (Christophe, 1998). Tout un chacun, quidam, a cependant tendance à réduire l'émotion à ce qui envenime la sphère sociale, l'épanchement, la larme, le trop plein au point qu'on sait aussi que l'émotion peut prendre la place de la raison (Robert, 2018). Est-ce qu'en consultation médicale, il en est de même qu'en société et que « la recherche d'explication s'efface au profit de l'expression d'une douleur » (Robert, 2018 : 31) ? Le médecin accorde-t-il actuellement le même intérêt croissant que les sciences humaines et sociales quant à ce qui rapproche fondamentalement les émotions et la raison ?

Afin de mieux comprendre comment l'émotion pénètre le système de soin, il est prudent de passer au crible ce qui se dit effectivement sur ce registre, pour voir jusqu'à quel point l'émotion fait fuir la raison, s'insinue dans les raisonnements, ou bien prend éventuellement sa place comme objet du discours (Grize, 1996).

La verbalisation émotionnelle peut tenir compte du fait que tout médecin, par la voie de la consultation, mène un peu l'enquête au sens de Dewey (Thievenaz, 2019). Qu'a le malade de nouveau comparativement à la dernière consultation ? Comment gérer la situation un an après en cas d'involution ou de statu quo ? L'entreprise de devoir, pour le médecin, orienter la conversation (Delsart & Auriac-Sluarczyk, 2020) s'illustre nécessairement sur un ou plusieurs des 8 types possibles de définition a priori de la nature de toute rencontre : l'étonnement, le manque, la surabondance, l'embarras, l'instabilité, la contradiction, la confusion et l'obscurité (Thievenaz, 2019 : 257). Peut-on dégager des scénarios qui instruisent du type de rencontre construite en consultation médicale ?

1.2 La consultation : une négociation entre deux mondes de ressentis

Le corpus DECLICS2016 (Auriac-Slusarczyk & Blasco, 2019), recueilli et transcrit, est étudié pour faciliter la professionnalisation en santé (Broussal & Saint-Jean, 2019). Or, l'exercice des professions médicales évolue (Berthod-Wurmser, Bousquet & Legal, 2017) et la consultation médicale s'ouvre à des échanges *a priori* plus négociés et réciproques (Thievenaz, 2018). Que signifie alors négocier dans une consultation ? Est-ce que médecin ou patient peuvent négocier leur place d'experts ? Si l'on suit l'idée que les humains partagent (ou non) une vision du monde faite, pour partie, d'émotions, de ressentis, il est à parier que les effets de distance médecin-malade sont peu soumis à une équité de qualité dans la réciprocité, tant la situation ne sera pas éprouvée de la même manière, et tant chacun ne sera ainsi pas non plus éprouvé de la même façon pendant la rencontre.

Pour sa part, le médecin fait face à de multiples patients, cette multiplicité se conjuguant à la singularité des cas, ce qui peut épuiser l'expert médical. Il use alors de stratégies routinières, connues et enseignées pour se protéger de trop d'aléas. L'une des stratégies appliquée est celle qui consiste à poser le diagnostic, et en faire un élément clef orientant ensuite traitements, suivis, etc. Cependant, cette aptitude au raisonnement clinique acquis en médecine, qui pose l'aptitude diagnostique comme centrale et guidant les échanges (Audétat & Mallet, 2008) ne suffit plus, notamment en cas de maladies chroniques (Piot, 2018). Les quatre consultations qui seront prises en objet pour ce chapitre présentent chacune un style argumentatif (Auriac-Slusarczyk & Delsart, 2020) qui, en soi, corrobore le fait que les deux parties, médecins et patients, s'engagent dans un discours négociant leurs positions, avis et vues différenciés sur ce qui est abordé en consultation.

Dans cet échange argumentatif, le médecin ne peut que viser une réduction d'écart de vues avec le patient qui, malade, pose, à propos de ses symptômes ressentis, la nécessité d'acceptation du diagnostic et de ses suites. En quoi, pourquoi et comment perdure la consultation ? Et même, à quoi sert une consultation ? La négociation opérée en conversation (Kerbrat-Orrechioni, 1984) devient-elle de plus en plus coûteuse émotionnellement au fur et à mesure du suivi qu'impose la chronicité d'un état, ou les déboires dus à un suivi compliqué ?

2. Pister et caractériser le lexique émotionnel

Notre étude a porté sur quatre consultations représentant plusieurs services, de nutrition, d'infectiologie, de neurologie et de médecine interne, à partir d'un total d'emploi de 33 269 mots. Le logiciel de fouille Tropes et son extension EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009) ont permis d'extraire le lexique utilisé en le rapportant à des catégories prédéfinies construites après analyse de plusieurs modèles théoriques ou empiriques mettant en exergue la verbalisation des émotions humaines : les émotions non spécifiées, les émotions négatives, les émotions positives, les surprises et

l'impassibilité. En lien avec d'autres travaux précurseurs, qui « montrent que la diversité des usages des unités lexicales reflète les caractéristiques sociales, cognitives et de personnalité émotionnelle des individus » (Pennebaker, Mehl et Niederhoffer (2003), les auteurs d'EMOTAIX ont forgé des catégories dédiées précises, en souhaitant couvrir tout le spectre du registre émotionnel. EMOTAIX s'appuie sur 2014 termes considérés comme « référents », comportant de 1 à n mots formés du même radical ou partageant un sens proche, décliné en plusieurs catégories (verbe, adjectif, adverbe). Ainsi les auteurs donnent l'exemple du référent « horreur » (nom) qui décline horrible, horriblement, tandis que « déconcerter » n'est pas décliné outre ce référent verbal. Trois aspects permettent ensuite de croiser le relevé lexical : 1. la valence (positive/négative) ; 2. l'usage (sens propre/sens figuré) ; et 3. la nature (types de contenu regroupés en catégories sémantiques). Au final, EMOTAIX offre une lecture possible à partir de 5 catégories (cf. plus haut) subdivisées en sub-catégories qui précisent les scénarios associés aux emplois émotionnels extraits. La fouille via ce logiciel sert d'entrée pour contraster le discours à la fois quantitatif, qualitatif et temporel des consultations en matière d'emploi de lexique émotionnel. Le lecteur pourra se reporter à la collection des termes correspondant à la version EMOTAIX_2008_V1_2.scn que nous avons utilisée (Piolat & Bannour, 2009 : 682). Il est intéressant de noter que malgré la fouille opérée par les auteurs visant à équilibrer le lexique émotionnel, les termes de valence négative constituent 62,12 % (N = 1 251) de l'ensemble de la collection, ceux de valence positive, représentant une faible part, à hauteur de 26,56 % (N = 535) constat vérifié depuis par maints auteurs et affiné par d'autres aspects complémentaires, force, focus, degré de polarité pour exemple (Vaudable, 2012).

2.1. Principales tendances clefs de DECLICS2016

Le lexique émotionnel extrait du corpus DECLICS2016 ne domine évidemment pas la consultation : il est respectivement par consultation de 2,5% ; 2,7% ; 2,8% ; 1,9% (Tableau 1), pourcentages calculés en le rapportant au lexique total employé.

Tab.1. Nombre et pourcentage de termes du lexique émotionnel

Service/Nombre brut ou pourcentage	Service 1	Service 2	Service 3	Service 4
Nbre de termes émotionnels	143	488	122	99
Nbre et % Émotions non spécifiées	32/22,4%	133/27%	34/28%	20/20%
Nbre et % Émotions négatives	61/42,6%	202/41,4%	42/34,5%	43/43,5%
Nbre et % Émotions positives	50/35%	142/29%	43/35%	36/36,5%
Nbre et % Surprise	0/0%	11/2,3%	32,5%	0
Nbre et % Impassibilité	0/0%	0	0	0
Nbre de mots total/consultation	5 760	18 096	4 286	5 127

Nous reproduisons, ci-après, le tableau de référence de Piolat & Bannour (2009 : table II, p. 682) pour que le lecteur dispose d'un référent comparatif en termes de valences

sur les cinq catégories prédéfinies. Le corpus DECLICS2016 dénote une proportion *d'émotions négatives* plus modérée que la norme (moyenne à 32,65% contre 62,12% de référence d'emploi standard) et une proportion plus ample *d'émotions positives* (moyenne à 33,87% contre 26,56% de référence d'emploi standard). De même la proportion *des émotions non spécifiées* est environ le triple du standard (24,5% contre 7%).

Table II. Distribution of the 2 014 radicals and 4 921 words of EMOTAIX as a function of their valence (positive versus negative) and of their meaning (literal versus figurative). (NB. The categories Non specified, Surprise and Impassiveness have no a priori valence)

Référents	Sens propres	Sens figurés	Total
Positifs	294 (54,95 %)	241 (45,05 %)	535 (26,56 %)
Négatifs	472 (37,73 %)	779 (62,27 %)	1 251 (62,12 %)
Non spécifiées	53 (36,81 %)	91 (63,19 %)	144 (7,15 %)
Surprise	14 (25,45 %)	41 (74,55 %)	55 (2,73 %)
Impassibilité	11 (37,93 %)	18 (62,07 %)	29 (1,44 %)
Total	844 (41,91 %)	1 170 (58,09 %)	2 014 (100 %)
Termes inclus dans les référents	Sens propres	Sens figurés	Total
Positifs	798 (61,01 %)	510 (38,99 %)	1 308 (26,58 %)
Négatifs	1 294 (42,04 %)	1 784 (57,96 %)	3 078 (62,55 %)
Non spécifiées	142 (42,26 %)	194 (57,74 %)	336 (6,83 %)
Surprise	42 (29,17 %)	102 (70,83 %)	144 (2,93 %)
Impassibilité	23 (41,82 %)	32 (58,18 %)	55 (1,12 %)
Total	2 299 (46,72 %)	2 622 (53,28 %)	4 921 (100 %)

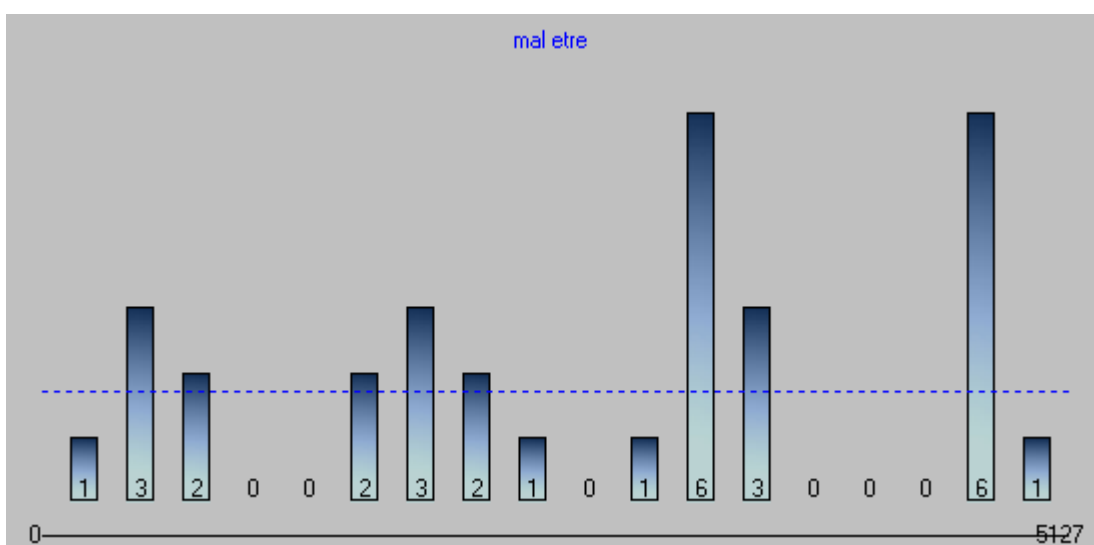
Le corpus DECLICS2016 dévoile, par ailleurs, des proportions comparables d'une consultation à l'autre (Tab. 1, voir plus haut) en termes d'emploi respectif de chacune des cinq catégories majeures, avec de légers écarts types, de 8% pour les émotions non spécifiées, de 11% pour les émotions négatives, et de 7% pour les émotions positives. Pour la surprise, sur les 2 consultations seulement la représentant, le pourcentage assez faible est de 2,4% en moyenne. Concernant la distance maximale, l'impassibilité, qui consiste à exprimer qu'on reste « de marbre », « désaffecté » ou « imperturbable », il ne sied a posteriori pas au genre de la consultation médicale, aucune consultation sur les quatre ne la manifestant. La distance est plutôt une affaire d'équilibrage entre la verbalisation d'émotions positives comme négatives, pondérée par des émotions non spécifiées pour un quart du lexique.

L'intérêt d'étudier le lexique émotionnel est alors de vérifier comment se déroule les épisodes, les scénarios au fil de la consultation. C'est à la fois les aspects qualitatifs (qu'est-ce qui se dit) mais aussi les aspects temporels (à quel moment se verbalisent certaines émotions) qui dévoilent le mieux la gestion interactive d'une prise de distance émotionnelle par les deux parties.

3. La notion de scénarios : quand les émotions se verbalisent-elles ?

La notion de scénario renvoie à l'idée de découpage du discours mis en scène à l'aide de plusieurs épisodes caractérisés par la présence d'indicateurs langagiers associés repérés tout au long de l'échange. Pour exemple, le scénario mal-être issu d'une des consultations spécifie la répartition temporelle des mots employés dans 12 sous-épisodes plus ou moins chargés en lexique émotionnel (de 1 à 6 termes : Fig.1). L'épisode du mal-être, automatiquement extrait, s'illustre ensuite en plusieurs sous-épisodes caractérisés par des sub-catégories hiérarchisées et répertoriées : frustration, insatisfaction, propre*, besoin, refoulement, souffrance, douleur, figuré*, pesanteur, pire, trouble, bouleversement, figuré*, perte. Les catégories propres versus figurées flèchent pour exemple, des emplois de mal-être propre comme « besoin », ou figuré comme « perdre du poids » « ça me gratte l'estomac ».

Fig.1. La répartition chronologique du nombre de mots employés représentant le macro-scénario mal-être sur 5127 mots



Le déroulement temporel montre ainsi à la fois une régularité (12 apparitions d'emplois lexicaux effectifs sur les 18 espaces potentiels automatiquement configurés par Tropes par subdivision automatique du temps) et une irrégularité (deux phases comprenant 2 à 3 espaces temporels sans lexicalisation du mal-être). Au sein de ce macro-épisode, la pesanteur (perte de poids) et l'idée du pire apparaissent pour l'un plutôt en fin d'échange (Fig.2), pour l'autre davantage proche du milieu (Fig.3), illustrant chacun ce qui est de l'ordre de la souffrance (cf. arborescence automatisée, Fig.4).

Fig.2. Repérage de l'épisode pesanteur (emploi figuré de la catégorie douleur)

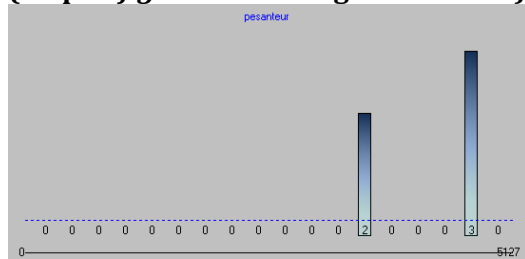


Fig.3. Repérage de l'épisode « pire » (emploi propre de la catégorie douleur)

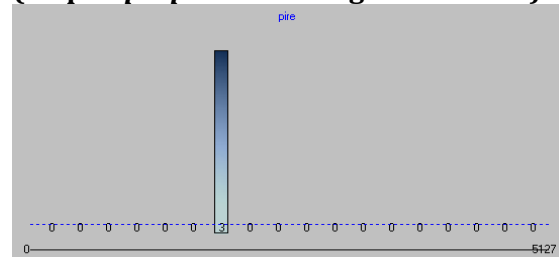


Fig.4. Arborescence de l'épisode mal être extrait automatiquement

99 mots *émotionnels/affects* détectés

⇒ 31 mots concernant le *mal-être*

- 8 frustration
 - 3 insatisfaction
 - 3 propre
 - 3 besoin
 - 3 refoulement
- 14 souffrance
 - 14 douleurs
 - 6 figuré
 - 5 pesanteur
 - 8 propre
 - 3 pire

Nul doute que les médecins confrontés à des moments de répétitions sous forme de pics isolés (3 occurrences de *pire*, situés entre la 8ème et 9ème minute de consultation, voir extrait 1 ; ou 3 occurrences de poids, situés entre la 19ème et la 20ème minute de consultation, voir extrait 2), prennent éventuellement conscience de ce qui se trame émotionnellement chez le patient au moment de la verbalisation à laquelle ils participent. L'effet d'insistance réciproque, les emplois étant partagés par les deux dévoilent la prise en compte commune du mal-être. Les extraits que nous présentons peuvent déranger le lecteur : ils ne sont pas destinés à comprendre, littéralement, comme un texte le ferait, ce qui se dit. Tropes sépare les items repérés du contexte analysé et ne sauvegarde que des cotextes, mis bout à bout. Il s'agit ainsi de seulement visualiser les termes clés repérés (portés en gras) avec un minimum de cotexte.

Extrait 1 : 3 occurrences de *pire* dans l'épisode souffrance, douleurs, propre.

moi+mais d'être pas le **pire** aussi MED [0h08m 47]: de pas PAT [0h08m 48 : le **pire** MED [0h08m 48 :le **pire** PAT [0h08m 50 :parce que vous savez que j'en ai beaucoup là beaucoup là et : et :et ça me tape dans toutes les points+mes bras euh regardez mes mains+elles sont enflées comme tout+mes genoux sont enflés+voilà

Extrait 2 : 5 occurrences de pesanteur (*poids, peser*) dans l'épisode souffrance, douleurs, figuré.

+et je vais vous **peser** aussi du coup pour voir euh+où on en est PAT [0h14m54]: <je sais je sais pas euh le **poids** qu'il y avait euh+les dernières fois où on s'est vu PAT [0h15m 57]: et je peux+moi mon intérêt c'est de perdre du **poids** aussi MED [0h19m09 : +je veux dire+avec l-**le poids** ça me+donne des déficits sur le genou+avec les genoux que ça soit complémentaire+dans votre démarche de perte de **poids** et d'accompagnement PAT [0h19m51]:

(Légende : les termes sont surlignés automatiquement par le générateur de scénarios d'EMOTAIX)

La verbalisation émotionnelle peut vite prendre si elle est seulement repérée à travers ces épisodes (régulier ou sous forme de pic isolé remarquable), l'apparence d'un discours de plainte. L'intérêt est alors d'attirer l'attention du médecin sur l'allure générale et comparée de plusieurs scénarios que nous avons sélectionnés. Nous nous intéresserons à deux types de scénarios pour faciliter la réflexion d'ensemble sans pouvoir entrer dans trop de détail.

4. Scénarios sélectionnés pour réfléchir la relation de soin

On l'a vu, c'est sans doute l'équilibrage entre les trois catégories d'émotions, négatives, positives et non identifiées qui permet d'avancer sur ce qu'on ne peut apercevoir, en étant immergé, en consultation présenteielle. Si toute consultation laisse au médecin une impression d'être plus ou moins interpellé émotionnellement, la description de la manière dont la consultation distribue les épisodes émotionnels est importante à considérer.

Certaines consultations (infectiologie, médecine interne) alternent plutôt les sub-scénarios d'émotions négatives versus positives tout en verbalisant régulièrement ces émotions, quand d'autres consultations (nutrition) mettent en exergue, outre certains traits dominant (par exemple : l'anxiété), d'une part les émotions négatives, mais aussi une ambivalence au sein des émotions positives qui aboutit à détecter des pics caractérisés de lucidité, de sang-froid et de rire produits par les patients.

4.1 Accordage et chassées croisées entre positivité et négativité des ressentis verbalisés

Dans les figures suivantes (Fig.5, 6, 7, et 8), on compare et croise, deux graphes d'émotions négatives versus positives, au sein de deux services différents. Chaque consultation montre une répartition du lexique émotionnel faisant une part conséquente aux émotions positives versus négatives, avec toutefois une proportion et une moyenne plus élevée des émotions négatives.

Fig5. Répartition du lexique des émotions négatives en service 1

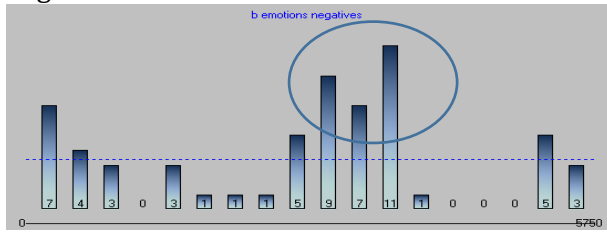


Fig7. Répartition du lexique des émotions négatives en service 2

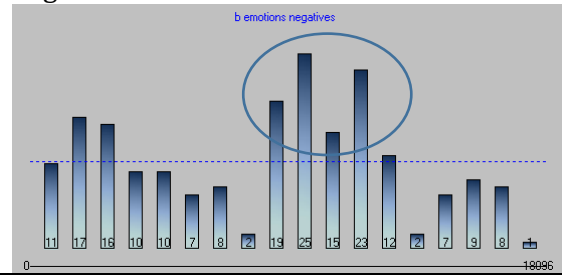


Fig6. Répartition du lexique des émotions positives en service 1

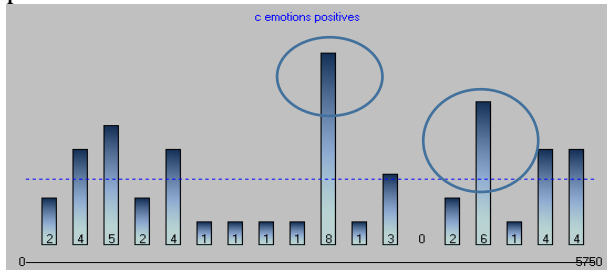
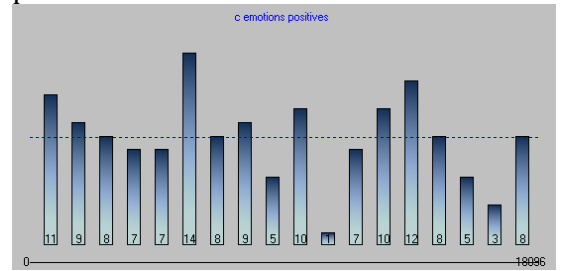


Fig8 Répartition du lexique des émotions positives en service 2



L'interprétation de ces graphes est utile, pour affiner davantage la vision que l'on peut avoir du déroulé entier d'une consultation. Bien que légèrement différemment, les sub-épisodes de verbalisations dans ces deux services comparés admettent des pics repérables (notés par un cercle sur les graphes) qui montrent l'enchevêtrement des émotions associé à des effets d'alternance relatifs ou des moments d'accordage (Fig.5 vs 6). Une forme d'accordage comme de compensation entre aspects positifs et négatifs verbalisés semble se jouer. À noter que seul le 2ème pic d'émotions positives semble ne pas être compensé en service 1 par une verbalisation d'aspects négatifs.

Comparativement le service 4 (Fig.9, 10 et 11, ci-après) offre une répartition contrastée. Les émotions positives dominent en terme de répartition chronologique, avec un seul pic fortement marqué d'émotions négatives (Fig.9) centré aux alentours de la 10ème minute autour de l'expression du stress (Extrait 3.) durant environ 3 minutes dans la consultation. Que se passe-t-il exactement ?

Fig.9 répartition émotions négatives en service 4

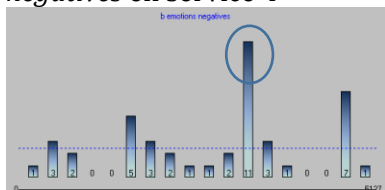


Fig.10 répartition émotions positives en service 4

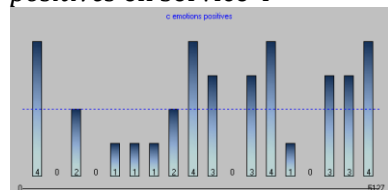
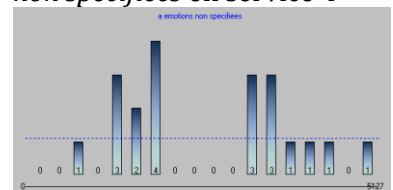


Fig.11 répartitions émotions non spécifiées en service 4



Extrait 3. Épisode du stress 12 occurrences d'émotions négatives apparentées

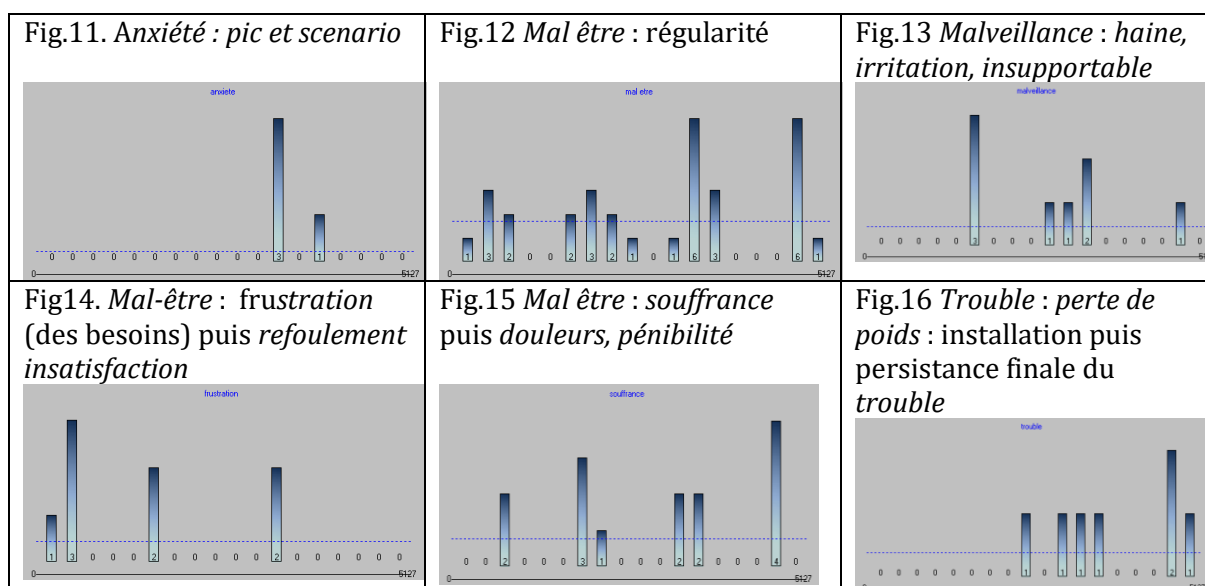
+et que moi mon **problème** c'est que j'arrive pas à manger MED [0h10m 49]: ça m'**énerve** quand je me force pour manger et que j'ai ce ce bidou là MED [0h11m17]: je vais **vomir** MED [0h12m00]: mh mh+et vous remangez dans la soirée après le dîner {ton interrogatif} PAT [0h12m03 :je s-je le fais ça+ça c'est pas le **problème** MED [0h12m45 :ouais PAT [0h12m45 : +et donc il y a l'hormone du **stress** PAT [0h13m04]: mh MED [0h13m04 :quand elle augmente+ça fait augmenter le taux de sucre une **agression**+quelque chose à laquelle il faut faire face et bien on a **besoin** de plus d'énergie pour pouvoir faire face faire face donc on a on a **besoin** de plus de sucre donc le+on est programmé les humains à euh voilà pour pouvoir faire monter son taux de sucre grâce à l'hormone du **stress stress** +sauf que quand on effectivement on est diabétique et que c'est+c'est plus un **stress** psychologique+ben ça fait fait aussi monter la glycémie#1 mh#PAT [0h13m 31]:#2 d'accord#MED [0h13m 31 : 31 :donc ça c'est+c'est classique PAT [0h13m 33 :ce qui est **pénible** aussi+c'est par exemple par exemple je veux faire un petit tour j'essaye de me forcer à marcher+au bout d' un moment je peux **perdre** l'équilibre MED [0h13m 39]: 39]: mh mh PAT [0h13m 40 :j'ai ma tête qui tourne euh je tremble je:+ -je **supporte** pas la machine tous les jours sur moi+euh+là je me sens **faible** comme là euh+là

On ne retrouve pas l'accordage et le chassé-croisé étudiés plus haut. L'étude plus spécifiée de l'éventail des catégories représentées par chaque type d'émotions s'est imposé pour mieux comprendre à quoi le médecin a participé.

4.1. L'impuissance permanente apprivoisée

L'exploration qualitative ci-après spécifie le lexique, les sub- et micro-scénarios au sein du déroulé de la consultation dans le service 4. Nous détaillons sur ce seul service ce qui a fait l'état d'esprit émotionnel au fil des échanges, en illustrant le propos avec quelques micro-scénarios sélectionnés parmi les plus remarquables.

Fig.11 à 16. Emotions négatives exprimées : la répartition de micro-scénarios



La consultation montre une répartition des émotions négatives très claire. Si le lexique du mal-être domine régulièrement (Fig.12), on s’aperçoit surtout que le trouble central qui persiste (s’agissant d’une maladie chronique) clôt la consultation. À quoi sert alors la consultation, pourrait-on avancer ? Elle aura permis d’exprimer un large spectre de préoccupations : malveillance, haine, irritation, frustration, refoulement des besoins, insatisfaction, souffrance, douleurs, pénibilité, anxiété, mal-être qui, ainsi mises bout à bout, colorent largement, via seulement 1% du lexique, ce qui se déroule de déboires subis. Le patient pointe de manière variée le stress que le médecin prend en charge dénommant/désignant l’anxiété (Fig.11) puis l’hormone du stress (cf. Extrait 4.)

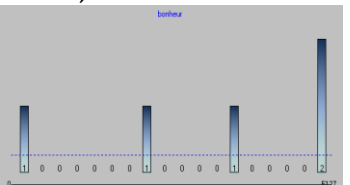
Extrait 4. Le stress en question

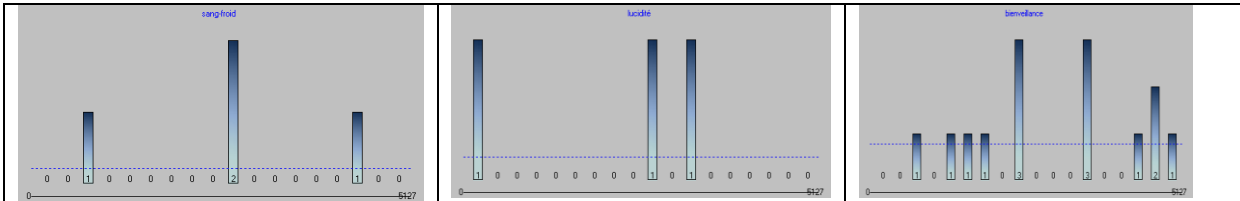
+et donc il y a l'hormone du **stress** PAT [0h13m04]: mh MED [0h13m04 :quand elle augmente+ça fait augmenter le taux de sucre donc le+on est programmé les humains à euh voilà pour pouvoir faire monter son taux de sucre grâce à l'hormone du **stress** que c'est+c'est plus un **stress** psychologique+ben ça fait aussi monter la glycémie#1 mh#PAT [0h13m 31]:# l'approche corporelle et la gestion des émotions justement+du **stress** euh+du coup ça vous permettra d'aider à la gestion de l'alimentation PAT [0h16m 35 :

Il y a reconnaissance et verbalisation du caractère émotionnel, l’émotion devenant un objet de discours (cf. Grize, 1996), au cœur même de l’épisode général (cf. Extrait 3 plus haut). La consultation encadre ainsi depuis la verbalisation du refoulement et de la frustration des besoins (Fig.14) jusqu’à la persistance du trouble (Fig.16) ce qui va être contenu au sens propre et littéral (et ici temporellement marqué) et qui a trait à la douleur, la pénibilité (Fig.15). La maladie est qualifiée dans ses traits, désignée via l’émotion négative tenue à distance : on ne supporte pas, on vomit, ça énerve, ça fait ch’ (Fig.13), la maladie est considérée comme une agression. La cible du mal et des déboires est ainsi clarifiée via le lexique émotionnel.

Fig.17 à 22. L’ambivalence au cœur de l’expression des émotions positives

L’étude du lexique des *émotions positives* a intérêt à se faire, dans ce cadre-là, en faisant une lecture de l’échange à rebours. Comme souvent pratiqué dans l’abord pragmatique des discours (Trognon & Brassac, 1992 ; Trognon, 1997, 1999), on voit mieux ce qui a été réalisé à partir de ce qui a été dit avant. Le lexique *d’émotions positives* est coloré d’impuissance permanente verbalisée et assumée.

<p>Fig.17 <i>Soulagement</i> : milieu jusqu’à la fin</p> 	<p>Fig.18 <i>Entrain</i> : début et milieu</p> 	<p>Fig.19 <i>Bonheur et rire</i> : début, milieu, fin.</p> 
<p>Fig.20 <i>Du sang-froid</i></p>	<p>Fig.21 <i>Lucidité</i> : début et milieu</p>	<p>Fig.22 <i>Bienveillance</i> (à soi) tout au long</p>



L'impuissance est verbalement maîtrisée, car la maladie est contextualisée. Du tout début à la toute fin (Fig.19) les rires cadrent l'entretien médical (Extrait 5). C'est la lucidité qui ouvre l'échange (Fig.21). Il s'agit d'être raisonnable, de veiller à l'équilibre alimentaire comme ne pas risquer la perte d'équilibre, ceci, accompagné de pics classés dans la catégorie sang froid : il y a les assurances à payer, on assure perdre l'équilibre, c'est une réalité, c'est normal c'est qu'on se relâche. Donc le sucre, c'est l'énergie, c'est vital. L'impuissance à réguler finalement le trouble central, perdre du poids, est compensé par la maîtrise, la possibilité d'une bienveillance à soi, c'est à dire tenir compte de ses préférences, ses choix, ses intérêts (Extrait 6).

Extrait 5. Les rires

j'avais un quatre-vingt {rires} MED [0h00m26]: d'accord PAT [0h00m27:#1 en gros#MED [0h00m27:# alors j'enlève un maximum de moi {rires} +++en tout cas j'ai toujours l'impression que je voyais la même chose là-bas {rires} à chaque fois que je viens je vous vois avec des nouvelles machines-là+je vais tous vous les volez MED [0h20m57]: ouais XX XX {rires} PAT [0h21m11 :je sais pas ce qu'on va faire de moi+faudrait que vous rassembliez tous les médecins et XXX 1

Extrait 6. L'espoir

j'y vais avec plus d'espoir +je vous assure j'en peux plus j'arrive plus à marcher le matin j'ai+dix zéro sept soixante-dix-sept+++Azgul A. Z .G. U. L ++euh bah le dernier pr-prise de sang : non je préfère le garder MED [0h06m42 :par injection ou :PAT [0h06m42:/pas changer, j'ai si vous souhaitez la revoir ou pas PAT [0h07m34]: la psychologue {ton interrogatif} MED [0h07m34 : +j'ai dit euh s'il vous plaît c'est ce mot-là qui m'a éloigné e des psychologues j'espère que je vais vraiment MED [0h10m19 :vous verrez après si euh par rapport à la psychologue mais je je pense que ça serait bien aussi pas la démarche que vous souhaitez faire ça peut être fait après+et puis euh je sais pas au niveau diététique si vous souhaitez euh revoir quelqu'un suite à la journée que vous aviez passé e ici vous savez+il y avait Madame Labrun qui euh et euh et et bah on peut regarder par curiosité+votre taux de sucre+++a-PAT 0h14m13 : à votre machine préférée MED [0h14m15 :ouais+++donc ce matin vous étiez à un gramme dix PAT [0h14m22 : j'espère que ça va pas XXX MED [0h14m34]: ça fait trois PAT [0h14m40 :un onze MED [0h14m40 : sur euh et sur l'a-l'appétit le rassasiement voyez PAT [0h18m50 :mh MED [0h18m51:et je peux+moi mon intérêt c'est de perdre du poids aussi MED [0h19m09 : mais voilà ça ça pourrait être intéressant PAT [0h19m58 :ouais MED [0h19m59 :de :d'en XX PAT [0h19m59 : avec moi+et si vous le souhaitez PAT [0h20m18 :d'accord au mois de septembre ça serait mieux+parce que si

Le trouble persiste (Fig.16), mais en fin de compte (Fig.22), via l'expression ambivalente « mon intérêt c'est perdre du poids », l'échange se clôt sur un jugement positif (« intéressant ») avec engagement, si souhaitable, sur une prochaine consultation.

5. Discussion

Notre étude conduit à montrer que l'entrée par le lexique émotionnel aboutit à une représentation assez fidèle de qui se joue pragmatiquement en consultation. Mais, jusqu'à quel point joue-t-on sur la corde sensible entre médecin et malade ? L'étude révèle que *via* le registre émotionnel la négociation se fait, alternant ou tissant les registres bivalents (positif *versus* négatif) quant à la verbalisation des émotions.

Les consultations enregistrées l'étaient à la demande de médecins ayant signalé des difficultés d'ordre communicationnel avec des patients chroniques (Delsart & Marquès, 2019 ; Delsart, 2020). L'emploi du lexique ne met cependant pas en évidence une proportion élevée d'émotions négatives, proportion ordinairement la plus élevée en situation standard, mais au contraire met en exergue un équilibre assez subtil entre la polarité/valence positive et négative des termes présents dans les scénarios émotionnels dégagés automatiquement. Ceci plaide en faveur de la reconnaissance d'une forme de distance émotionnelle, effective et maîtrisée de la part des quatre patients et indiquant leur degré d'expertise ou de distanciation dans l'appréhension de leur pathologie chronique. Sachant que tout humain a tendance à davantage verbaliser ses émotions négatives quelle que soit la langue, italien, français, anglais (cf. Zammuner, 1998, Galati & Sini, 1998, Niedenthal et al., 2004, Averill, 1980, Sherer, 2005, cités par Piolat & Bannour, 2009 ; cf. Vaublade, 2012), on aurait pu croire que des échanges avec patients considérés comme résistants accroissent ce taux de négativité émotionnelle. Il n'en est rien, et au contraire, on trouve dans notre étude une contre-argumentation : le dialogue médecin-patients en CHU abaisse l'expression d'émotions négatives.

C'est plutôt alors en termes de partage social des émotions (Rimé, 2005) que l'étude du discours de consultation conduite pourrait rassurer les médecins, en pointant la lucidité des patients chroniques dont ils ont la charge, lucidité dont ils partagent les effets salvateurs. Si les pics d'émotions négatives pointent, les émotions positives clôturent davantage la consultation et la temporalité associée aux verbalisations émotionnelles donnent la faveur à la résolution (service 4). Quant à l'impassibilité, registre émotionnel rarement mis en mot dans la population standard, l'étude montre son absence totale, donnant ainsi à la consultation médicale un caractère d'autant plus teinté d'ambivalence. En termes de perspectives, la formation au raisonnement clinique des médecins (cf. Audétat et al., 2011) gagnerait peut-être à considérer ce qui infiltre émotionnellement le discours patients-médecins, pour que le médecin craigne moins le débordement émotionnel et passe le seuil d'une rencontre pensée sur un mode différent de l'*a priori* projetant une rencontre de type embarras (cf. Thievenaz, 2019) envisagé par le médecin. Accepter l'association émotions-raison, c'est dégager des stratégies de raisonnement naturellement associées au fonctionnement inconscient des systèmes neuraux spécifiques aux émotions (cf. Damasio, 2010 : 331). L'émotion

maîtrisée lexicalement par les patients chroniques indique, dans le cadre du corpus DECLICS2016, qu'elle ne correspond pas à « une préoccupation excessive de soi » (cf. Damasio, 2010 : 333) mais peut conduire tout médecin à « accorder plus d'attention à la vulnérabilité du monde intérieur » (Damasio, Id.) du patient, ce, en toute sécurité communicationnelle.

Limite : l'étude présentée ne permet pas d'affiner les éléments de *force*, *focus*, et *degré de polarité* ou d'introduire des éléments paralinguistique (cf. Vaudable, 2012). Une étude multimodale permettrait sans doute de modéliser différemment la représentation de la consultation médicale d'un point de vue pragmatique (Castellano, Kessous & Caridakis, 2008, pour exemple). Notre étude reste aussi dépendante de l'outil choisi pour la fouille (EMOTAIX, cf. Piolat & Bannour, 2009).

Références

Audétat, Marie-Claude, Laurin, Suzanne & Sanche Gilbert (2011): "Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique". *Pédagogie Médicale*. Vol. : 12. pp. 223 –pp.229.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle & Delsart, Aline (2020) : "*Le lexique émotionnel en consultation médicale. Exploration du corpus DECLICS2016*". Colloque Langage et éMOTions, Bordeaux 4-5 juin.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle & Blasco, Mylène (dir.) (2019) : "*Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 5, No. 2. Les discours des soignants et des patients : quelle contribution des sciences humaines et sociales ?* ", Editions des archives contemporaines, Coll. « Revue Education, Santé, Sociétés », France, ISBN : 9782813003478, 228p., doi : 10.17184/eac.9782813003478

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2019). "Introduction : Les discours entre soignants et patients". *Revue Éducation, Santé, Sociétés, ESASOS*. Vol : 5(2),pp.7-pp.19.

Berthod-Wurmser, M., Bousquet, F. & Legal, R. (2017) : "Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter". *Revue française des affaires sociales*, Vol : 2017(1), pp.5-pp.19.

Broussal Dominique & Saint-Jean, Michèle (2019): *La professionnalisation des acteurs en santé. Recherche, Innovation, institution*. Toulouse : Cépaduès Editions.

Castellano, Ginevra, Kessous, Loic & Caridakis, Georges (2008): "Emotion recognition through multiple modalities: face, body, gesture, speech". In Peter and R. Beale (Eds.): *Affect and Emotion in HCI*, LNCS 4868. Berlin Heidelberg:Springer-Verlag, pp. 92–pp.103

Colletta, Jean-Marc. & Tcherkassof, Anna (2003) : *Les émotions. Cognition, Langage et développement*. Bruxelles : Mardaga Ed.

Damasio, Antonio-R. (2010) : *L'erreur de Descartes*, Paris : O. Jacob.

Christophe, Véronique (1998). *Les émotions, tour d'horizon des principales théories*, Paris : Presse universitaires du septentrion.

Delsart, Aline (2020) : "Les statuts des locuteurs dévoilés par l'usage des répétitions locales en contexte de soin". *Espaces Linguistiques, [Revue en ligne.]*

Delsart, Aline & Marquès Anna, (2019). "Analyser les interactions patients-soignants dans une visée formative". *Revue Education, Santé, Société, ESASOS*. Vol : 5(2) pp.59- pp.83.

Delsart, Aline & Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2020) : "*Étude pragmatique de la relation médecin/patient à partir de données orales authentiques*". Congrès Mondial de Linguistique Française, Montpellier, juillet 2020.

Grize, Jean Blaise (1996): *Logique et Langage*. Paris: Ophrys.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine (1996): *La conversation*. Paris : Seuil.

Kerbrat-Orrecchioni, Catherine (1984) : “Les négociations conversationnelles”. *Verbum*. Vol : n° spécial l’interlocution pp.223-pp.243.

Kübler, Sébastien (2019): “L’éthique du patient expert”. In D. Broussal & Saint-Jean, M. *La professionnalisation des acteurs de la santé*. Toulouse: Cépaduès Editions, pp.51-pp.52

Pennbaker, J.W., Mehl, M.R., & Niederhoffer, K. (2003): “Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves”. *Annual Review of Psychology*. Vol: 54, pp.547-pp.577.

Piolat, Annie & Bannour, Rachid (2009): “EMOTAIX: un scénario de Tropes pour l’identification automatisé du lexique émotionnel et affectif”, *L’année psychologique*. Vol : 109(4) pp.655-pp.698.

Piot, Thierry (2018) : “Le rôle méconnu et déterminant des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin”. *Les dossiers des sciences de l’éducation*. Vol : 39 pp.13-pp.31.

Rimé, Bernard. (2005) : *Le partage social des émotions*. Paris : Presses universitaires de France.

Robert, Anne-Cécile. (2018) : *La stratégie de l’émotion*. Paris : Lux.

Thievenaz, Joris (2018) : “Les situations d’apprentissage réciproques (le cas de la consultation médicale)”. *Les dossiers des sciences de l’éducation*. Vol : 39 pp.131-pp.150.

Thievenaz, Joris (2019) : *Enquêter et apprendre au travail. Approcher l’expérience avec John Dewey*. Clamecy : Editions Raison et Passions.

Trognon, Alain (1999) : “*Eléments d’analyse interlocutoire*”. Gilly, M., Roux, J-P. et Trognon, A. (Dir.), *Apprendre dans l’interaction*. Nancy & Aix en Provence : Presses Universitaire de Nancy et Presses de l’Université de Provence, pp.60-pp.94.

Trognon, Alain (1997) : “*Conversation et raisonnement*”. Bernicot, J., Trognon, A. et Caron-Pargue, J. *Conversation, interaction et fonctionnement cognitive*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, pp. 253-pp.283

Trognon, Alain & Brassac, Christian (1992) : “L’enchaînement conversationnel”. *Cahiers de linguistique française*. Vol : 13 pp.76-pp.107.

Vaudable, Christophe (2012): “*Analyse et reconnaissance d’émotions lors de conversations de centre d’appels*”, Thèse de doctorat d’informatique, LIMSI-CNRS, université Paris Sud/Paris XI, 2012. 11 juillet 2012. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00758650/>