

L'EXPLICATION DU DIABÈTE DANS UNE SÉANCE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : UNE ACTIVITÉ DISCURSIVE CONTRIBUANT AU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS

Marcelo Dos Santos Mamed, Michèle Grossen et Michel Cauderay

Éditions de la Maison des sciences de l'homme | « Langage et société »

2020/1 N° 169 | pages 129 à 151

ISSN 0181-4095

ISBN 9782735125548

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2020-1-page-129.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

© Éditions de la Maison des sciences de l'homme. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'explication du diabète dans une séance d'éducation thérapeutique : une activité discursive contribuant au développement professionnel des soignants

Marcelo dos Santos Mamed

Université de Lausanne, Suisse
marcelo.dossantosmamed@unil.ch

Michèle Grossen

Université de Lausanne, Suisse
michele.grossen@unil.ch

Michel Cauderay

Hôpital Riviera Chablais
micau@urbanet.ch

Introduction

Souvent décrite comme une nouvelle modalité de relation soignant-patient, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à l'autonomisation progressive de la personne vivant avec une maladie chronique. Cette définition invite à porter une attention particulière sur les discours produits dans les relations de soin. Celles-ci reposent sur une combinaison d'activités à intention éducative (Tourette-Turgis & Thievenaz 2014) qui émergent d'activités professionnelles situées, orientées et insérées dans des relations de travail complexes. Les patients devant comprendre les spécificités de la chronicité et apprendre à les gérer, les soignants apportent certaines connaissances par des explications qui, très souvent, sont médiatisées par des outils didactiques. Une grande partie des discours ainsi produits relève alors de l'explication.

Issue d'un projet de recherche portant sur l'ETP dans le domaine du diabète en Suisse romande, l'étude présentée dans cet article porte sur l'explication en tant qu'activité à la fois discursive et professionnelle qui se déroule dans une situation de prise en charge d'un jeune adolescent vivant avec le diabète. Adoptant une perspective théorique pluridisciplinaire qui puise ses sources dans la psychologie socioculturelle, la clinique de l'activité et l'analyse du discours, l'étude appréhende l'ETP par le biais des explications telles qu'elles émergent en contexte. Elle poursuit deux objectifs : d'une part, rendre compte des mécanismes discursifs déployés lors de l'explication délivrée par la soignante et reçue par le patient ; d'autre part, reprendre ces mêmes séquences explicatives pour susciter une discussion entre professionnels, les inviter à prendre leurs propres pratiques comme objet de réflexion et créer par là-même une occasion de développement professionnel.

Dans ce qui suit, nous présenterons rapidement les grands principes de l'ETP, exposerons le cadre théorique qui a orienté notre démarche et rapporterons la méthode et les résultats de l'étude menée. La discussion mettra l'accent sur la confrontation de points de vue entre soignants qui, en rendant visible la complexité du tissu que constitue l'activité professionnelle, est susceptible de favoriser le développement professionnel. En conclusion, cette étude ouvre une voie dans la compréhension des mécanismes, manifestes et sous-jacents, de l'explication telle qu'elle se déploie dans le contexte de l'ETP.

1. Éducation thérapeutique et diabète

Le diabète est une maladie chronique due à une défaillance physiologique de l'insuline (une hormone) responsable de l'absorption du sucre dans l'organisme. Cette défaillance augmente la circulation libre du glucose dans le sang et peut endommager graduellement certains tissus et organes. Selon son étiologie¹, il y a trois principaux types de diabète : le diabète de type 1, dont l'origine est auto-immune, ce qui provoque une destruction partielle du pancréas par l'organisme lui-même ; le diabète de type 2, qui trouve son origine dans la production réduite de l'insuline dont l'action devient insuffisante ; le diabète gestationnel, dont l'origine est liée aux multiples hormones qui sont produites lors de la grossesse et modifient la capacité du corps à utiliser l'insuline (ADA 2019). Ces types de diabète requièrent des traitements pharmacologiques divers qui

1. D'autres types de diabète peuvent se déclarer. Ils sont moins fréquents et adviennent lors de certaines maladies et de la prise de certains médicaments ou traitements lourds.

visent à rétablir l'équilibre glycémique normal en évitant les complications du traitement telles que l'excès de sucre dans le sang (hyperglycémie) ou sa réduction anormale (hypoglycémie).

Globalement, le diabète touche 8,8 % d'adultes de 20 à 79 ans dans le monde. Sur le plan épidémiologique, il concerne quelque 425 millions personnes et tend à augmenter puisqu'on prévoit qu'en 2045, 693 millions personnes en seront atteintes (FID 2017). Sa prise en charge par les soignants requiert non seulement des connaissances techniques de pointe (qui ne cessent de progresser avec l'émergence des nouvelles technologies) (Danesi, Pralong & Pidoux 2018), mais également le développement de nouvelles formes d'interaction avec les patients.

L'ETP constitue ainsi une réponse thérapeutique qui s'est développée dès les années 1970 et a peu à peu attiré l'attention de la communauté scientifique (Miller & Goldstein 1972 ; Miller, Goldstein & Nicolaisen 1978). Son but est d'informer le patient sur sa maladie, de la lui expliquer et surtout de lui permettre de la gérer de manière la plus autonome possible. Dans ce qui suit, nous proposons de considérer l'éducation thérapeutique comme une situation d'enseignement-apprentissage dans laquelle le travail d'explication revêt une importance toute particulière et s'accomplit dans l'interaction entre professionnel et patient.

2. L'éducation thérapeutique du patient à la lueur de la psychologie socioculturelle

Appréhendée sous l'angle de la psychologie socioculturelle qui voit le développement et l'apprentissage comme un produit des interactions sociales (Mercer & Howe 2012 ; Säljö 2009 ; Vygotski [1934] 2019), l'ETP peut être considérée comme une situation d'enseignement-apprentissage centrée sur un objet de savoir (le diabète) et visant l'acquisition de certaines compétences par la participation active de la personne à la régulation de son taux de glycémie. Cette situation présente alors différentes caractéristiques.

Premièrement, elle met en jeu des *savoirs* particulièrement complexes qui, selon la distinction de Grize (1996), renvoient aussi bien à des savoirs théoriques qu'à des savoirs d'action relevant de l'expérience que le patient fait de la maladie, notamment au travers d'épisodes d'hypo- ou hyperglycémie. Si le premier type de savoir est dans une certaine mesure indépendant de ses contextes d'usage, le second est fortement dépendant du contexte dans lequel il est mobilisé, des circonstances, des usagers et du discours (Grize 1996). L'ETP repose donc sur un ensemble

de savoirs hétérogènes qui, de ce fait même, sont en tension les uns avec les autres. En effet, les savoirs qui comptent aux yeux des professionnels de la santé, ne concordent pas toujours avec les savoirs d'action du patient (Bernadou 1996), de même que les savoirs théoriques peuvent prendre chez le patient un sens différent de celui que leur confèrent les professionnels (Santiago-Delefosse 2007).

Deuxièmement, l'ETP, comme toute situation d'enseignement-apprentissage se matérialise sous la forme d'un *dispositif* reposant sur l'utilisation d'objets à caractère pédagogique (tels que livres ou brochures) et sur la création d'un espace discursif original émergeant des interactions entre patients et professionnels. En tant que situation de communication basée – en principe – sur la coopération, ce dispositif donne lieu à un important travail interactif qui vise à construire des significations partagées (Grossen 2014 ; Mondada 2011 ; Muller Mirza 2012, 2014) et crée un espace discursif traversé par de multiples *voix distantes* (Bakhtine 1978), c'est-à-dire par des discours tenus en dehors de l'interaction immédiate, tels que discours scientifique, médiatique, discours tenu par des proches du patient ou d'autres patients. La rencontre entre ces discours lointains (« dialogues à distance ») et le dialogue entre participants présents (« dialogues en présence ») (François 2005 ; Salazar Orvig 2005) est alors source de tensions dialogiques et peut, comme on l'a montré dans l'analyse d'un entretien clinique à but thérapeutique (Grossen & Salazar Orvig 2011), fonctionner comme une ressource qui alimente le dialogue en présence.

Troisièmement, les *explications* occupent une place importante dans cette situation, puisque l'activité des participants est orientée vers la compréhension de contenus susceptibles de poser des problèmes de compréhension (Fasel Lauzon 2016 ; Rabatel & Lepoivre 2005). Elles contribuent à créer un genre de discours dont le but est d'anticiper, résoudre et rendre accessible un autre discours jugé complexe (Ebel 1980). Elles sont en outre réalisées dans une situation de travail ayant des caractéristiques spécifiques (telles que les contraintes temporelles, le partage d'information, le choix et l'usage des supports matériels et l'asymétrie des rôles) qui cadrent la gestion de l'explication. S'y ajoutent les savoirs issus de la professionnalisation de la pratique de l'ETP qui fondent les pratiques du professionnel, l'histoire du professionnel dans la pratique de soins et le système d'organisation du travail (Ulmann 2009). En ce sens, les explications sont un révélateur de la manière dont les professionnels mobilisent leurs savoirs pour faire face aux difficultés émergeant de la pratique. Elles relèvent de ce que Clot (2008), pour référer à la composante

observable de l'activité, appelle *activité réalisée*, concept qu'il distingue du *réel de l'activité*, c'est-à-dire de l'activité psychologique du travailleur, laquelle ne peut être saisie par observation directe. Les explications fournies dans ce contexte peuvent aussi être appréhendées sous l'angle des quatre instances de métier définies par Clot (1999, 2007) pour désigner les dimensions psychologiques du travail. Vues sous cet angle, les explications relèvent de : (a) *l'instance impersonnelle du métier*, dans la mesure où elles sont requises par le dispositif et ont un caractère prescriptif qui renvoie à la dimension institutionnelle s'appliquant à tout professionnel ; (b) *l'instance interpersonnelle*, puisqu'elles se construisent dans les interactions entre professionnel(s) et patient(s) ; (c) *l'instance transpersonnelle*, qui désigne l'ensemble de savoir-faire et de savoir-dire propre à un collectif de travail et comprend l'histoire de l'activité, sorte de mémoire collective qui cadre l'activité personnelle par des manières de faire collectivement développées (Clot 2008) ; (d) *l'instance personnelle* qui renvoie au mode d'appropriation personnel du travailleur ou, autrement dit, à son style. Cette instance est liée au pouvoir d'agir des professionnels, lequel favorise le développement d'une attitude réflexive sur l'activité (Clot & Faïta 2000). L'explication apparaît ainsi comme une activité discursive traversée par des tensions entre ces différentes instances du métier et émergeant du contexte tout autant qu'elle le reconfigure. En tant qu'activité réalisée, elle ne constitue que la composante visible de l'activité et ne permet pas d'accéder au réel de l'activité. L'activité réalisée apparaît en effet comme un compromis entre le résultat auquel le professionnel souhaite parvenir, les ressources dont il dispose sur le plan psychologique et les différents obstacles et contraintes inhérents à l'exécution de la tâche ou au contexte (organisationnel notamment) dans lequel la tâche est exécutée. La simple observation de l'activité réalisée ne permet donc pas d'accéder aux différentes options (plus ou moins délibérément choisies) que le professionnel a prises (ou dû prendre) dans la réalisation de la tâche et qui ont mené à un certain résultat.

En bref, on considérera donc l'explication comme : (a) une activité discursive qui relève d'un genre de discours professionnel déployé dans une situation de travail (l'ETP) et s'orientant sur des manières de faire face aux difficultés et obstacles propres à toute activité de travail (Boutet 2005 ; Faïta 2001) ; (b) une ressource interactionnelle qui structure les rencontres (Filliettaz 2015) ; (c) une activité traversée par différentes instances du métier qui émergent dans un contexte et le reconfigurent, et dont une partie seulement (l'activité réalisée) est observable, le réel de l'activité nécessitant, comme on le verra, des méthodes

particulières pour être appréhendé ; (d) une activité au cours de laquelle les interactants se positionnent et mettent leur rôle en pratique. En fournissant une explication, le professionnel se positionne en effet en tant qu'expert, ce qui crée de fait une asymétrie avec le patient. De ce point de vue, l'étude des explications et du travail interactif qu'elles mettent en jeu dans le déploiement de l'interaction constitue une entrée pertinente dans l'analyse des pratiques concrètes de l'ETP. C'est ce que la recherche présentée dans cet article se propose de montrer.

3. Présentation de la recherche

Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche portant sur l'ETP dans le domaine du diabète et mené auprès de trois équipes hospitalières de plusieurs régions de la Suisse romande (Dos Santos Mamed, en préparation). Son objectif est d'une part d'étudier le fonctionnement discursif de séquences explicatives, d'autre part de créer une situation de développement professionnel en invitant les soignants à opérer un retour réflexif sur leurs pratiques. Nous devrions ainsi être en mesure d'identifier des connaissances ou pratiques qui font l'objet de discussion, voire de controverses, de saisir la manière dont les infirmières se positionnent dans leur rôle et s'orientent sur les instances du métier précédemment décrites, et enfin de comprendre en quoi ces échanges peuvent être source de développement professionnel.

3. 1. Contexte de la recherche et participants

L'étude² se centre sur deux infirmières cliniciennes spécialisées en diabétologie pédiatrique, Inès et Isabelle, et un jeune patient, Adrien, âgé de 14 ans, qu'elles accompagnent toutes les deux. Adrien est diabétique depuis l'âge de quatre ans et présente des fluctuations importantes de son taux de glycémie dues à sa phase pubertaire.

Inès et Isabelle travaillent dans le service de diabétologie d'un hôpital public, en collaboration avec un médecin et une psychologue. Ce service offre un suivi médical dès le début de la maladie et des séances d'ETP pour des enfants et adolescents de moins de 18 ans. Il recourt à un dispositif d'ETP spécifique qui repose sur l'utilisation d'une brochure intitulée « Pas à pas avec le diabète »³ (voir image 1) et conçue pour des enfants

-
2. Une autorisation pour la recherche a été octroyée par la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD), Suisse, protocole 439/15.
 3. Cette brochure a été rédigée par le service universitaire de pédiatrie de l'université de Liège, en Belgique, en collaboration avec l'industrie pharmaceutique danoise Novo-Nordik. Elle est composée de 103 images qui décrivent le diabète sur un registre

et adolescents. Cette brochure comporte quatorze chapitres qui proposent une progression thématique portant sur divers aspects du diabète.

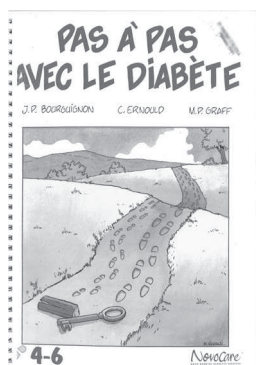


Image 1 : Brochure « Pas à pas avec le diabète »

Le service organise deux types de séances d'ETP : celles qui visent la gestion de crise lorsque le patient découvre son diabète (diabète inaugural) ou lorsqu'il est hospitalisé pour une décompensation importante de son taux de glycémie (hypoglycémies récurrentes ou hyperglycémies sévères) et celles qui visent la remédiation de ce qui apparaît comme une lacune dans les connaissances que les patients ont du diabète. La séance analysée ici relève de ce second type. Organisée par Inès, elle porte sur les notions de base du diabète et le métabolisme glycémique.

3. 2. Procédure et production des données

La procédure s'inspire des travaux de Yves Clot et ses collègues (e.g., Clot 2008 ; Kloetzer & Henry 2010) et repose sur des méthodes dites d'autoconfrontation simple et croisée. Ces méthodes, qui confrontent le professionnel à sa pratique *via* un enregistrement de son activité *in situ*, ont pour but de transformer les pratiques professionnelles en suscitant une activité réflexive sur ce qui accroît ou diminue l'action du travail, son développement ou ses empêchements. Elles visent le développement professionnel de la personne et, plus largement, le développement du métier en tant que pratiques propres à un genre professionnel. Le principe de ces méthodes est de soumettre à la discussion certaines pratiques professionnelles mises en œuvre dans des situations de travail précises

métaphorique et sont parfois accompagnées d'une seule phrase, ce qui contraint les professionnels à fournir des explications.

en créant un dispositif qui suscite la confrontation de points de vue et le partage d'expérience. Le discours des professionnels est centré sur des manières de faire une activité et a pour but d'élargir le pouvoir d'agir des professionnels (Clot & Lhuillier 2010). Cet élargissement est basé sur la théorie de l'apprentissage proposée par Vygotski ([1934] 2019) et selon laquelle la prise de conscience d'autres possibilités d'action permet l'acquisition progressive d'un autre rapport à l'activité.

Dans cette étude, nous avons adapté ces méthodes à la spécificité de notre objet d'étude et du terrain. La procédure se déroule en trois temps⁴ : (1) Une *séance ETP*, d'une durée totale de 40 minutes, est vidéo-enregistrée en l'absence du chercheur (le premier auteur) avec l'accord préalable des infirmières, des patients et des responsables légaux des patients⁵. L'enfant, Adrien, et l'infirmière, Inès, sont assis côte à côte à une table sur laquelle se trouve le matériel pédagogique utilisé, soit la brochure « Pas à pas avec le diabète ». Le cadrage en plan américain permet d'observer la manière dont les participants s'orientent sur le matériel. Le chercheur (premier auteur) visionne ensuite plusieurs fois cette séance afin d'identifier des séquences explicatives dont les caractéristiques seront détaillées plus loin ; (2) dans une *séance d'autoconfrontation simple*, le chercheur invite Inès à visionner certaines séquences explicatives qu'il a sélectionnées et à en arrêter le déroulement aussi souvent qu'elle le juge nécessaire pour commenter son action. Cette séance a duré 85 minutes ; (3) une *séance d'autoconfrontation croisée*, d'une durée de 110 minutes, réunit Inès et Isabelle, sa collègue infirmière, afin qu'elles commentent ensemble les séquences explicatives présentées à Inès au temps 2. Précisons que de son côté Isabelle a été engagée dans la même procédure sur la base d'une séance d'ETP qu'elle a, elle aussi, menée avec Adrien.

Les résultats présentés ici portent sur l'analyse d'une séquence explicative identifiée dans la séance réunissant Inès et Adrien (temps 1), puis soumise à Inès en autoconfrontation simple (temps 2) et enfin à Inès et Isabelle en autoconfrontation croisée (temps 3). Cette séquence a été retenue car elle illustre bien comment l'instance personnelle du métier est traversée et alimentée par les autres instances du métier et comment la méthode d'autoconfrontation peut contribuer au développement professionnel.

4. La séance ETP (temps 1) a été enregistrée le 21/01/2016, la séance d'autoconfrontation simple (temps 2) le 20/04/2016 et la séance d'autoconfrontation croisée (temps 3) le 04/05/2016.

5. Les formulaires de consentement éclairé ont été dûment expliqués, lus et signés par tous les participants.

3. 3. Questions de recherche

Trois questions de recherche guident l'analyse : (1) Dans la séance d'ETP (temps 1), comment Inès s'y prend-elle pour expliquer le diabète à l'adolescent et comment ce dernier reçoit-il ces explications ? (2) Dans la séance d'autoconfrontation simple (temps 2), comment Inès rend-elle compte de ses actions et plus particulièrement des explications qu'elle a fournies et de leur réception par l'adolescent ? (3) Dans la séance d'autoconfrontation croisée (temps 3), comment Isabelle commente-t-elle les actions d'Inès et quels effets ses commentaires ont-ils sur le travail réflexif que Inès opère sur ses propres pratiques ?

3. 4. Méthode d'analyse des données

Les enregistrements de la séance d'ETP ont été entièrement transcrits en nous inspirant des conventions de transcription élaborées par le groupe ICOR (2013) et d'autres normes couramment utilisées (*cf.* annexe). Les transcriptions des séances d'autoconfrontation simple et croisée ont, quant à elles, été simplifiées, les analyses prévues ne nécessitant pas de transcriptions fines.

L'analyse des données s'est focalisée sur deux points : (1) l'identification de séquences explicatives, chaque séquence étant formée d'une phase d'ouverture, d'une phase d'explication proprement dite et d'une clôture. Considérant l'explication comme un accomplissement interactif (Bachmann & Grossen 2004 ; Bruxelles & Gaulmyn (de) 2000 ; Fasel Lauzon 2016), l'analyse a examiné comment les participants s'ajustent, négocient et construisent tour de parole après tour de parole (désormais TP) leur compréhension du savoir en jeu ; (2) les éléments de l'interaction qui, dans les séquences explicatives, focalisent l'attention des infirmières dans les étapes d'autoconfrontations simple (temps 1) et croisée (temps 2).

Ces focalisations font l'objet d'une analyse qui concerne aussi bien les commentaires portant sur l'explication que les voix distantes qui viennent alimenter le dialogue en présence.

4. Résultats

Nous présenterons tout d'abord la séquence explicative retenue de la séance d'ETP (temps 1) puis examinerons les éléments sur lesquels Inès (temps 2) ou les deux infirmières (temps 3) focalisent leur attention.

4. 1. Analyse de la séquence explicative (temps 1)

Cette séquence explicative se situe au début de la séance d'ETP alors qu'Inès et Adrien sont penchés sur les pages 4 et 5 de la brochure.

Ces pages (image 2) se trouvent dans le chapitre 4 qui porte sur la définition du diabète. L'image de la page 4 représente une usine à clés dont la porte est condamnée et sous laquelle il est écrit *Qu'est-ce que le diabète ?* À la page 5, la même image représente un agrandissement de l'usine à clés sans aucun commentaire.

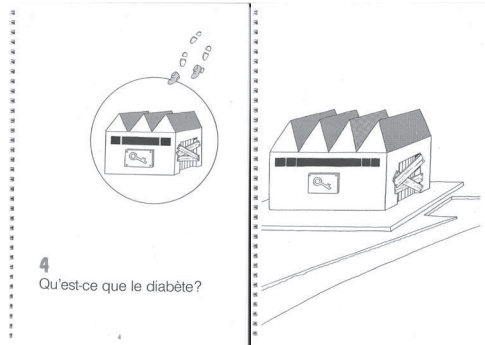


Image 2 : Les pages de la brochure faisant l'objet de la séquence explicative

Les premiers tours de parole de la phase d'ouverture de l'explication se centrent sur les images et la question de la page 4. Invité par Inès à expliquer sa compréhension de cette image, Adrien appuie sa réponse sur le langage métaphorique suggéré par l'image (*usine à clés*). Il poursuit ensuite son interprétation de l'image :

Extrait 1 : Ouverture

- 6 Adrien -fin moi on m'a dit que c'était ((se tourne vers la brochure, pose la main droite sur la page)) mon corps ((pointe sur le dessin)) qui détruisait l'usine à clés ((regarde Inès, lève la main droite vers le haut)) donc ((lève la main droite à la hauteur du cou))
- 7 Inès ((hoche affirmativement sa tête qui est appuyée sur sa main droite)) ouais c'est juste ça- ça veut dire quoi' ça te- tu te dis mais que- qu'est-ce que c'est cette histoire de détruire euh: mon pancréas

Inès (7) valide la réponse d'Adrien en reprenant le terme « détruire » qu'il a introduit et en lui demandant d'élaborer. Sans attendre la réponse, elle introduit la notion de maladie auto-immune et s'engage dans la phase de l'explication proprement dite (hors extrait). Elle adopte alors

un discours médical qui n'apparaît pas dans la brochure. Ce faisant, elle construit son explication à partir de son champ d'expertise et se positionne en tant qu'infirmière. Adrien, quant à lui, participe minimale-ment par des compléments explicatifs ou des régulateurs, puis propose une analogie :

Extrait 2 Phase explicative : une analogie

- 12 Adrien hum ((se redresse sur la chaise)) c'est comme quand les personnes se coupent ((passe la main droite sur la paume de la main gauche)) et elles ((tend l'index gauche vers Inès, regarde Inès)) arrivent plus à s'en: ((boue la main gauche))
- 13 Inès ((tend la main droite vers Adrien, ponctue avec la tête, hoche affirmativement la tête, ouvre la main gauche et pose l'index droit sur la paume de la main gauche)) / si tu te coupes' ((glisse l'index droit sur la paume de la main gauche en regardant Adrien))
- 14 Adrien hum hum ((hoche affirmativement la tête en regardant les mains d'Inès))

Après un développement qui explicite l'analogie qu'Adrien fait avec l'hémophilie (hors extrait), Inès lie peu à peu la notion de maladie auto-immune au diabète d'Adrien tout en continuant de mobiliser le champ lexical de la destruction :

Extrait 3 : Phase explicative : le diabète comme maladie auto-immune

- 21 Inès mais mais euh: chez: ben chez toi c'est comme si tout d'un coup' ((regarde Adrien, joint les mains)) y avait un système ((bouge les mains jointes en regardant Adrien)) qui disait mais c'est pas à nous ((serre les poings en regardant Adrien)) ce pancréas on va le détruire c'est pas bien / pourquoi ça' ((ponctue les mots avec un mouvement des épaules et les mains, pose les mains jointes sur la table)) personne pourra te dire ((hoche négativement la tête)) / c'est la faute de / ((ponctue le mot avec un mouvement des épaules))
- 22 Adrien ((ponctue avec un mouvement des épaules)) ouais ((regarde vers le bas))

Le discours d'Inès domine la scène interactive tandis qu'Adrien manifeste des signes de désinvestissement (22). On s'achemine alors vers la phase de clôture qui débute après une longue pause de quatre secondes contrastant nettement avec les autres pauses qui ponctuent la séquence explicative. Inès reprend la parole :

Extrait 4 : Clôture

- 28 Inès toi t'as l'impression par exemple que:: y a des moments où t'es fâché' contre ton corps': d'avoir fait ça'
- 29 Adrien ((pince les lèvres, sourit)) un petit peu ((regarde ailleurs)) oui
- 30 Inès ouais j'ai VU ((pointe de l'index droit Adrien, se penche sur la table)) à un moment je me suis ((hoche affirmativement la tête)) / des fois t'es fâché en disant pourquoi il m'a fait ça' ((pose le coude gauche sur la table, appuie la tête sur la main gauche en regardant Adrien))
- 31 Adrien hum hum ((regarde vers le bas, mains jointes))
- 32 (0.2)
- 33 Inès ((hoche affirmativement la tête)) d'accord // souvent'
- 34 (0.4)
- 35 Inès quand même ((ponctue les mots avec la tête)) c'est quelque chose qui te tracasse,
- 36 Adrien ouais un petit peu ((sourit en regardant ailleurs))
- 37 Inès est-ce que tu dis que ça pourrait détruire d'autres choses' tout d'un coup il pourrait se mettre à détruire d'autres choses'
- 38 Adrien ((regarde vers le bas, pince les lèvres)) ben vu que pour le moment ((regarde vers le haut)) ça va très bien' je vois pas: ((regarde Inès)) quoi
- 39 Inès y a pas de raison Adrien ouais ((ponctue les mots avec la tête)) y a pas de raison

La question d'Inès (28) porte sur les sentiments d'Adrien à l'égard de son propre corps (*fâché*), énoncé aussitôt reformulé sous forme de discours virtuel attribué à Adrien (30 : *pourquoi il m'a fait ça*) et référant de manière indéfinie à sa maladie (*ça*). La question ainsi construite projette un champ restreint d'attentes. Si la réponse d'Adrien (29 : *un petit peu oui*) ne semble pas soutenue par ses gestes (pince les lèvres, regarde ailleurs), Inès (30) l'interprète comme une confirmation et reformule sa question sous forme de présupposé (*des fois t'es fâché*). Elle se réfère à des observations précédentes (*j'ai vu*) qui appuient l'interprétation selon laquelle Adrien serait « fâché » contre son corps et elle lui attribue à nouveau du discours (*en disant pourquoi il m'a fait ça*). Par sa ratification minimale (31 : *hum hum*), Adrien manifeste un désengagement de l'interaction par divers gestes (regarde vers le bas, mains jointes).

Suite à un silence de deux secondes (32), Inès enchaîne plusieurs questions (33 : *souvent* ; 35 : *quand même c'est quelque chose qui te tracasse* ; 37 : *est-ce que tu dis que ça pourrait détruire d'autres choses' tout d'un coup il pourrait se mettre à détruire d'autres choses'*) auxquelles Adrien ne répond que par des réponses minimales jusqu'à ce qu'il s'oppose à la

suggestion d'Inès (38 : *ben vu que pour le moment [...] ça va très bien' je vois pas: quoi*). Inès (39) clôt alors la séquence en s'alignant sur la réponse d'Adrien (*y a pas de raison*).

4. 2. Les focalisations lors de l'autoconfrontation simple (temps 2)

Lors du visionnement de la séquence, Inès se focalise sur trois éléments, en premier lieu, sur la gestualité d'Adrien (extrait 3, TP 22) :

Extrait 5 : Focalisation 1 : La gestualité d'Adrien

- 1 Inès là ce qui me frappe c'est LUI' euh:: il regarde ailleurs // l-
là c'est flagrant alors peut-être que c'est plus facile à voir':
quand te- je suis en face' que quand je suis à côté bon alors là
c'est flagrant / alors euh:
- 2 Chercheur qu'est-ce que vous en [pensez']
- 3 Inès [alors euh:] je p- ben j'en sais rien' je me dis qu'est-ce qu-
est-ce que ça le tracasse' ces histoires d'immunité' euh::
est-ce qu'il a pas compris::' est-ce que j'ai pas répondu à ses
demandes' / je sais pas, / j'arrive pas à interpréter ça / mais
je VOIS que:: il dit CLAIREMENT c'est bon ça m'intéresse
plus à l'instant même'

Inès relève des manifestations de désengagement d'Adrien (1 : *c'est LUI' euh :: il regarde ailleurs*) et ébauche alors trois interprétations possibles : la maladie auto-immune « tracasserait » Adrien, il n'aurait pas « compris » le contenu ou elle n'aurait pas « répondu à ses demandes ». Bien qu'elle exprime sa difficulté à interpréter la gestualité d'Adrien, elle en déduit que cette gestualité serait la manifestation d'un manque d'intérêt.

Inès se focalise en deuxième lieu sur un élément apparaissant dans la phase de clôture (extrait 4, TP 30 : *des fois t'es fâché*) :

Extrait 6 : Focalisation 2 : Suggérer une interprétation

- 6 Inès alors ça je m'en suis voulu d'avoir dit ça sur le moment même
/ j'ai l'impression que je l'INCITE à trouver une raison:: au
fait que i s:: i i i- justement il a eu ce moment où il a plus
RIEN dit où il a changé de sujet' / et en fait je lui propose
quelque chose pour expliquer ça' et ça je pense que c'est pas
du tout bien / parce que ça veut dire qu'il a pris au mot ce
que je lui ai proposé j'en sais rien si c'est vraiment ça son
problème
- 7 Chercheur si ça le fâche ou pas'
- 8 Inès [ouais]

9 Chercheur [hum hum]

10 Inès je lui ai SUGGERÉ quelque chose' et ça en le faisant je me suis dit ah:: t'es nulle mais bon ben voilà

Inès (6) se reproche d'avoir « incité » Adrien à trouver une explication, alors qu'il « avait changé de sujet ». Plus que cela : elle se reproche de ne pas avoir fondé sa question sur une sollicitation explicite d'Adrien, mais de lui avoir « suggéré quelque chose » (10). Elle relève ainsi que la réaction d'Adrien à sa mise en mots (*t'es fâché*) laisse toute interprétation ouverte. Elle rapporte aussi un dialogue intérieur qu'elle aurait eu lors même de l'interaction, opérant ainsi une objectivation de sa propre activité sous forme de jugement professionnel (10 : *t'es nulle*).

Le troisième commentaire d'Inès concerne lui aussi la phase de clôture (extrait 4, TP 36) :

Extrait 7 : Focalisation 3 : Les émotions

11 Inès et quand je le revois' ça me frappe / je me SUIS / rendu compte que je me:: je m'enfonçais dans quelque chose' et puis' je savais plus par quel bout m'en sortir / euh:: et puis' je voyais que ça le mettait mal à l'aise' quand même alors est-ce que ça le met mal à l'aise' / parce que c'est quand même quelque chose auquel il réfléchit il a encore un problème de thyroïde LUI / ou ou est-ce que:: euh:: il a pas envie de se préoccuper de ça' à quinze ans de savoir qu'il pourrait peut-être' avoir d'autres choses je sais pas ça y a que lui qui pourrait le dire / j'avais pas non plus envie de le mettre TROP mal à l'aise par rapport à la caméra je savais pas très bien jusqu'ou ses émotions pouvaient déborder' / en plus il a un suivi qu'il venait de débiter avec la psychologue [LUI]

12 Chercheur [hum]

13 Inès donc je me disais aussi que ben peut-être que ses émotions-là je pouvais / dire à la psychologue écoute euh:: avec Adrien d'ailleurs c'est ce que j'ai fait on s'est vu:: il m'a semblé qu'y avait deux trois choses' un petit peu euh:: qui ont PASSE comme ÇA' / si t'as l'occasion revois ça avec lui oui ça je l'ai fait après

Inès rapporte les pensées qui l'animaient dans le décours de l'activité : son sentiment de perte de maîtrise (11 : je m'enfonçais... je savais plus par quel bout m'en sortir) et de mettre Adrien mal à l'aise. Elle se demande maintenant si Adrien était mal à l'aise (11 : quand même alors est-ce que ça le mettait mal à l'aise), faisant ainsi écho à son premier commentaire

(extrait 5, TP 3) dans lequel elle se demandait « est-ce que ça le tracasse ces histoires d'immunité ». Elle fournit alors une nouvelle interprétation de la participation réduite d'Adrien : celle-ci pourrait être due à l'âge (11 : *pas envie de se préoccuper de ça à quinze ans*). Invoquant la particularité de la situation, elle rapporte aussi son désir d'éviter de mettre Adrien mal à l'aise devant la caméra (d'éviter que ses émotions débordent) puis, en s'engageant dans un dialogue à distance avec la psychologue qui vient de prendre Adrien en charge, suggère que parler des émotions d'Adrien relève du champ de la psychologie, ce qui montre comment l'instance impersonnelle du métier (à savoir ici la division du travail à l'œuvre dans le service) oriente sa propre activité.

4. 3. Les focalisations lors de l'autoconfrontation croisée (temps 3)

Isabelle qui, rappelons-le, accompagne également Adrien dans la gestion de son diabète, fait une pause à l'extrait 4 (TP28) :

Extrait 8 : Focalisation 4 : La notion de maladie auto-immune et son appropriation

- 1 Isabelle ouais qu'est-ce qu'on peut dire de tout ça / c'est c'est horrible ce qu'on lui dit hein'
- 2 Inès MAIS J'SUIS [D'ACCORD]
- 3 Isabelle [mais euh: ouais] il regarde ailleurs / il revient' il pose une question'
- 4 Inès tu te demandes ce [qui se passe dans sa tête']
- 5 Isabelle [euh: sur un peu euh:] un autre sujet mais euh: comme moi j'ai travaillé avec lui après' je crois qu'il avait dit un truc du style / euh: ouais mais: / euh: une partie de mon corps détruit une autre partie ou un truc comme celui-là / mais c'est c'est euh c'est hyper compliqué hein'

Isabelle énonce un jugement sur l'explication d'Inès (1 : *c'est horrible ce qu'on lui dit*), ce qu'Inès (2) valide aussitôt. Le désengagement d'Adrien sur lequel Isabelle (3) se centre ensuite donne lieu à un échange avec Inès (4) qui s'interroge sur l'état mental d'Adrien (4 : *tu te demandes ce qui se passe dans sa tête*) tout comme elle le faisait lors de son autoconfrontation (extrait 7 en particulier). Isabelle (5) rapporte alors les paroles d'Adrien lors d'une séance qu'elle a eue avec lui (*une partie de mon corps détruit*), reprenant ainsi le mot « détruire » introduit par Adrien dans l'extrait 1 (6 : *mon corps [...] qui détruisait l'usine à clés*) et repris plusieurs fois par Inès (extrait 1, TP 7 ; extrait 3, TP 21 ; extrait 4, TP 35). Dans l'espace

discursif ainsi construit, Inès en vient ainsi à évoquer une autre patiente qu'Isabelle connaît également :

Extrait 9 : Focalisation 5 : L'histoire de Mélodie

- 6 Inès y a y a tu te souviens de Mélodie'
 7 Isabelle oui oui
 8 Inès elle elle avait euh: j'avais dû lui expliquer ça je sais plus avec des dessins ben de nouveau' des représentations' mais elle elle s'était imaginé qu'elle avait des SOLDATS / dans son corps qui détruisaient des parties de son corps' / et: elle était TRES FACHEE contre elle-même cette fille' jusqu'à ce que je comprenais pas pourquoi et puis' jusqu'à ce qu'elle puisse dire' qu'elle était FACHEE que son corps puisse' / la démolir, c'était quelque chose qui était épouvantable, / mais maintenant elle a: quatorze voire quinze ans' et elle en parle encore, / alors elle dit qu'elle comprend mieux' mais que ça reste quelque chose de douloureux' de penser que son propre corps' l'a détruite,
- (Le visionnement se poursuit très brièvement puis Inès fait une pause)
 12 Inès là en fait je suis en train de lui suggérer quelque chose' auquel il a peut-être pas pensé hein' à part ça, / j'sais pas / l'histoire de Mélodie elle a dû me traumatiser parce que je lui suggère quelque chose je sais pas s'il y a vraiment pensé lui,

Inès (6) lie la situation d'Adrien à celle de Mélodie à qui elle avait aussi expliqué la notion de maladie auto-immune par la médiation d'images à caractère métaphorique. Elle rapporte que Mélodie était « très fâchée », c'est-à-dire « fâchée que son corps puisse la démolir ». Sont ainsi mis en lien plusieurs éléments que l'on retrouve dans la situation d'Adrien : l'usage du lexème « démolir » qui s'inscrit dans le champ sémantique de la destruction (extrait 9, TP 8), l'attribution de l'état mental « fâché » (extrait 4, TP 28, TP 30), la similarité des âges (14-15 ans), tout élément qui rend plausible l'interprétation selon laquelle Adrien serait « fâché » contre son corps, tout comme l'était Mélodie, et que, tout comme elle, il vive cette expérience comme « quelque chose de douloureux » (11). Mais Inès va plus loin : en réactualisant certains éléments de l'élaboration opérée dans l'autoconfrontation simple (12 : *je suis en train de lui suggérer quelque chose*) et en liant ces deux situations, elle opère un retour réflexif sur son propre état mental et en vient à observer ce qui, dans son propre fonctionnement, a pu l'amener à attribuer à Adrien l'état mental « être fâché » (12 : *l'histoire de Mélodie elle a dû me traumatiser*). L'autoconfrontation croisée a ici un double effet : remettre en doute sa propre interprétation de l'état

mental d'Adrien et l'amener à s'interroger sur son propre fonctionnement psychologique et ses effets sur sa propre activité.

5. Discussion

L'analyse de cette séquence explicative a mis en lumière deux résultats principaux : tout d'abord, nous avons constaté que le matériel didactique utilisée (la brochure « Pas à pas avec le diabète ») repose sur un registre métaphorique supposé soutenir et faciliter la compréhension du diabète. Toutefois, ce registre est progressivement abandonné par les ajustements successifs des interactants qui conduisent l'infirmière à recourir à un discours médical pour construire ses explications. Il apparaît ensuite que ce glissement s'accompagne d'un repositionnement du patient et de l'infirmière qui occupe alors largement l'espace discursif et effectue de nombreuses inférences sur l'état mental d'Adrien. Ce dernier limite ses contributions à des régulateurs minimaux ou à de longues pauses, ce qui laisse planer l'incertitude sur sa compréhension et contribue à instaurer une relation fortement asymétrique.

C'est justement cette incertitude qui apparaît au premier plan des commentaires d'Inès lors de l'autoconfrontation simple. Se focalisant tout d'abord sur la gestualité du patient, Inès propose quelques interprétations pour rendre compte de ce qu'elle considère comme un manque d'intérêt d'Adrien. Elle se focalise ensuite sur ses propres interventions et émet un jugement négatif à leur rencontre, considérant que ce sont des suggestions qui orientent la compréhension du patient. Enfin, elle se focalise sur les émotions du patient, jugeant qu'elle le met « mal à l'aise » et que la situation d'Adrien nécessiterait peut-être l'intervention de la psychologue du service. Tout au long de cette autoconfrontation, Inès ne cesse donc de s'interroger sur l'état mental d'Adrien mais oriente aussi son attention sur sa propre activité discursive pour la critiquer. Mobilisant ici les instances personnelles et interpersonnelles du métier, elle met ainsi l'accent sur l'impasse dans laquelle elle se trouve.

L'autoconfrontation croisée lors de laquelle Inès et Isabelle visionnent ensemble la même séquence, ouvre toutefois une échappatoire. En effet, Isabelle focalise d'emblée son attention sur un point ignoré par Inès : la forte connotation émotionnelle du mot « détruire » (*c'est horrible ce qu'on lui dit*, extrait 8, TP 1), tout en relevant l'avoir entendu de la bouche d'Adrien. Son intervention éveille alors chez Inès le souvenir d'une autre patiente, Mélodie, qu'Isabelle a aussi connue et qui pensait que « des soldats (...) détruisaient des parties de son corps et (...) était très fâchée » (extrait 9, TP 8). Sous l'effet de l'intervention d'Isabelle, Inès fait donc

appel à des dialogues distants pour donner un sens à la situation présente, les mots « détruire » et « fâché » venant connecter la situation d'Adrien à celle, passée, de Mélodie. La situation de Mélodie prend ici le statut de modèle explicatif propre à rendre compte d'une nouvelle expérience professionnelle, celle qu'Inès est en train de faire avec Adrien et qui s'inscrit dans un répertoire d'expériences vécues dans des situations similaires basées sur l'usage de la brochure. Inès prend ainsi conscience que ce lien, qui lui avait échappé jusque-là, était au principe des suggestions qu'elle dénonce elle-même lors de l'autoconfrontation simple, ce qui l'amène à s'interroger sur son propre état mental, ses propres émotions en l'occurrence (*l'histoire de Mélodie elle a dû me traumatiser*, extrait 9, TP 12).

Entre l'autoconfrontation simple et l'autoconfrontation croisée s'opère donc un changement important qui, d'interrogations multiples sur l'état émotionnel du patient, en arrive à une interrogation de la professionnelle sur son propre état émotionnel et sur la manière dont ce dernier influence ses interprétations de la situation du patient. Prenant conscience du lien qu'elle a effectué entre ces deux situations, Inès réalise ainsi que l'expérience de Mélodie ne s'applique pas nécessairement à celle d'Adrien. Par les échanges entre Inès et Isabelle se construisent ainsi des éléments qui relèvent de l'instance transpersonnelle du métier, en particulier le fait que si une expérience passée peut nourrir la compréhension d'une nouvelle situation, elle peut aussi mener à des généralisations indues.

Conclusion

Situé à la croisée du champ de la psychologie socioculturelle, de la psychologie du travail et des sciences du langage, ce travail s'appuyait sur deux présupposés : 1) L'explication, en tant qu'activité discursive importante dans l'ETP, est une activité professionnelle située qui se construit, se module et s'oriente en fonction du contexte et du destinataire, et s'inscrit dans une certaine temporalité (le long cours de l'accompagnement du patient) ; 2) les méthodes d'observation directe d'analyse du discours ne permettent pas de saisir le réel de l'activité, c'est-à-dire toutes les contraintes matérielles, organisationnelles et psychologiques qui obligent le professionnel à opérer certains choix dans l'exécution de la tâche et mènent à un résultat qui peut différer de ce que le professionnel prévoyait initialement de faire. Si l'analyse pas à pas rend compte de la manière dont l'explication réalisée est accomplie en contexte, reçue par le patient et négociée au cours de l'interaction, elle ne permet pas

de saisir ce qui chez le professionnel fonde la production de cette explication. De plus, comme le montre les résultats de cette étude, on ne peut pas présupposer que le professionnel lui-même ait nécessairement conscience de ce qui la fonde. Il s'agit, par conséquent, de se donner d'autres moyens que l'analyse de discours pour saisir cette dimension.

La méthode de l'autoconfrontation (simple et croisée) est alors apparue comme un moyen adéquat pour saisir les divers éléments qui sous-tendent les explications fournies par les professionnels dans des séances d'ETP, pour amener le professionnel à en prendre conscience et, par là même, pour susciter une forme de développement professionnel. Elle présente en effet l'intérêt d'obliger le professionnel à mettre son activité en mots et à soumettre son interprétation de la situation au chercheur dans le cas de l'autoconfrontation simple, ou à un collègue dans celui de l'autoconfrontation croisée. Dans ce dernier cas, la confrontation de points de vue entre professionnels est à la fois une source et une ressource. Elle est *source* dans la mesure où, comme nous l'avons vu, elle ouvre une discussion qui, par le travail interactif, peut susciter de nouvelles explications, notamment par la mise en lien entre la situation présente et d'autres situations. Elle est *ressource* dans la mesure où, donnant lieu à des nouvelles explications, elle est susceptible de contribuer au développement des instances personnelle, interpersonnelle et transpersonnelle du métier d'infirmière.

La mise en œuvre de ce dispositif a ainsi permis d'enrichir notre compréhension de l'explication en montrant que celle-ci est une opération qui s'appuie sur la mémoire d'autres situations de travail, met en lien dialogues en présence et dialogues en absence, et fait coexister différentes temporalités au sein de la situation présente. Cette coexistence nourrit le présent de l'interaction, cadre et oriente les actions des participants mais peut aussi, comme dans l'étude présentée, faire obstacle à la compréhension que l'infirmière a de la situation singulière du patient.

Annexe : normes de transcription

-	Interruption soudaine
<...>	Segments incertains
[...]	Chevauchement
=	Enchaînement immédiat
((...))	Action attribuée à un participant
XXX	Segment incompréhensible
CAPITALS	Saillance perceptuelle
:	Allongement vocalique
(0.0)	Pause chronométrée
‘	Montée et chute intonative
/	Pause d'une demi-seconde

Références bibliographiques

- ADA (2019), « Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes – 2019 », *Diabetes Care* 42 (1), p. 13-28.
- Bachmann K. & Grossen M. (2004), « Explanations and modes of collaboration in tutor-tutee interactions at school », in Littleton K., Miell D., & Faulkner D. (eds), *Learning to Collaborate : Collaborating to Learn*, London, Nova Science, p. 107-126.
- Bakhtine M. (1978), *Esthétique et théorie du roman*, Paris, Gallimard.
- Barbier J-M. (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF, p. 29-41.

- Bernadou A. (1996), « Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical » dans J.-M. Boutet J. (2005), « Genres de discours et activités de travail », dans Filliettaz L. & Bronckart J.-P. (dir.), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*, Louvain-La-Neuve, Peeters, p. 19-35.
- Bruxelles S. & de Gaulmyn M.-M. (2000), « Explication en interaction : facteurs déterminants et degré d'efficacité », *Psychologie de l'Interaction* 9 (19), p. 47-56.
- Clot Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF.
- Clot Y. (2007), « De l'analyse des pratiques au développement des métiers », *Education et Didactique* 1 (1), p. 83-94.
- Clot Y. (1999), *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.
- Clot Y. & Lhuillier D. (dir.) (2010), *Agir en clinique du travail*, Toulouse, Érès.
- Clot Y. & Faïta D. (2000), « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler* 4, p. 7-42.
- Danesi G., Pralong M. & Pidoux V. (2018), « Embodiment and agency through self-tracking practices of people living with diabetes », *Metric Culture: Ontologies of Self-Tracking Practices*, Bingley, Emerald, p. 117-135.
- Dos Santos Mamed M. (en préparation), *Éducation et autonomie. Le cas du diabète*, thèse de doctorat en psychologie, université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques.
- Ebel M. (1980), « L'explication comme fait de discours », *Travaux du Centre de Recherches Sémiologiques* 36, p. 57-82.
- Faïta D. (2001), « L'analyse du travail et le statut de "l'activité" chez Bakhtine », *Travailler* 2, p. 13-30.
- Fasel Lauzon V. (2016), *Comprendre et apprendre dans l'interaction : les séquences d'explication en classe de français langue seconde*, Berne, Peter Lang.
- FID (2017), *Atlas du diabète de la Fédération internationale du diabète*, (8^e édition).
- Filliettaz L. (2015), « Les ressources interactionnelles de la structuration des activités en contexte éducatif », *Bulletin Suisse de Linguistique Appliquée* 101, p. 11-26.

- François F. (2005), *Interprétation et dialogue chez des enfants et quelques autres*, Paris, ENS Éditions.
- Grize J.-B. (1996), « Savoirs théoriques et savoirs d'action : Point de vue logico-discursif », dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF, p. 119-129.
- Grossen M. (2014), « L'intersubjectivité dans l'étude des processus d'enseignement-apprentissage : Difficultés et ambiguïtés d'une notion », dans Moro C., Muller Mirza N. & Roman P. (dir.), *L'intersubjectivité en questions. Agrégat ou nouveau concept fédérateur pour la psychologie ?*, Lausanne, Antipodes, p. 139-160.
- Grossen M. & Salazar Orvig A. (2011), « Third parties' voices in a therapeutic interview », *Text & Talk* 31 (1), p. 53-76.
- Groupe ICOR (2013), *Convention ICOR*, Lyon, université de Lyon 2 – UMR 5191 ICAR CNRS. En ligne : <http://icar.cnrs.fr/projets/corinte/documents/2013_Conv_ICOR_250313.pdf>.
- Kloetzer L. & Henry M. (2010), « Quand les instruments de métier deviennent objets de discours : une condition d'analyse du travail en autoconfrontation croisée ? », *Activités* 7 (7), p. 44-62.
- Mercer N. & Howe C. (2012), « Explaining the dialogic processes of teaching and learning: The value and potential of sociocultural theory », *Learning, Culture and Social Interaction* 1, p. 12-21.
- Miller L. V., Goldstein J. & Nicolaisen G. (1978), « Evaluation of patients' knowledge of diabetes self-care », *Diabetes Care* 1 (5), p. 275-280.
- Miller L. V. & Goldstein J. (1972), « More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting », *The New England Journal of Medicine* 286 (26), p. 1388-1391.
- Mondada L. (2011), « Understanding as an embodied, situated and sequential achievement in interaction », *Journal of Pragmatics* 43, p. 542-552.
- Muller Mirza N. (2014), « La "rencontre entre les esprits", une condition pour apprendre ? » dans Moro C., Muller Mirza N. & Roman P. (dir.), *L'intersubjectivité en questions. Agrégat ou nouveau concept fédérateur pour la psychologie ?*, Lausanne, Antipodes, p. 161-183.
- Muller Mirza N. (2012), « Interactions sociales et dispositifs de formation :

- Une perspective psychosociale », dans Rivière V. (dir.), *Spécificités et diversité des interactions didactiques*, Paris, Riveneuve, p. 169-185.
- Rabatel A. & Lepoivre S. (2005), « Le dialogisme des discours représentés et des points de vue dans les explications, entre concordance et discordance », *Cahiers de Praxématique* 45, p. 51-76.
- Salazar Orvig A. (2005), « Les facettes du dialogisme dans une discussion ordinaire », dans Haillet P. & Karmaoui G. (dir.), *Regards sur l'héritage de Mikhaïl Bakhtine*, Amiens, Encrage, p. 35-66.
- Santiago-Delefosse M. (2007), « La fonction psychologique des "théories subjectives" de la maladie », dans Simon D., Traynard P.-Y., Bourdillon F., Gagnayre R. & Grimaldi A. (dir.), *Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques*, Paris, Elsevier Masson, p. 97-109.
- Säljö R. (2009), « Learning, theories of learning and units of analysis in research », *Educational Psychologist* 44 (3), p. 202-208.
- Tourette-Turgis C. & Thievenaz J. (2014), « L'éducation thérapeutique du patient. Champ de pratique et champ de recherche », *Savoirs* 35 (2), p. 9-48.
- Ulmann A.-L. (2009), « Les savoirs de la pratique professionnelle », dans Brougère G., Ulmann A.-L. (dir.), *Apprendre de la vie quotidienne*, Paris, PUF, p. 157-168.
- Vygotski L. ([1934] 2019), *Pensée et langage*, Paris, La Dispute.