Distance relationnelle et terrain commun dans l'interaction médecin-patient

STEFANIA STAME
Università di Bologna (Italie)

D'après la banque des données éléctronique Medline, jusqu'à l'année 1990, les publications dans le domaine médical consacrées à l'interaction communicative entre les médecins (Ms) et leurs patients (Ps) comptaient un pourcentage infime parmi les autres références, c'est-à-dire 1% environ. Ce qui peut nous témoigner de la tendance des Ms à estimer le fait d'apprendre à communiquer avec leur Ps comme une question tout à fait secondaire. Cela semble aussi bien évident si nous examinons – du moins en Italie, mais aussi, paraît-il, ailleurs – les programmes des Facultés de Médecine. De cette lacune on peut saisir le message implicite que le manque de l'acquisition d'une compétence communicative spécifique de la part des Ms peut être aisément remplacée par le «bon sens commun» et par l'ensemble de leurs connaisances générales.

Cependant, on assiste à une augmentation progressive d'intérêt pour les thèmes reliés à la communication chez les Ms à partir des années 1990: aux États Unis, la cause en a été attribuée à la privatisation de leur service sanitaire national, presque complètement basé sur les compagnies d'assurances privées, et donc à la hausse des poursuites judiciaires auxquelles les Ms sont amenés par les Ps – voire leurs compagnies d'assurances: on assiste ainsi à la transformation du rôle de P en celui de *client*, plus paritaire et contractuel. Mais aussi dans des Pays comme la Suède, qui s'appuyent sur un service sanitaire national non privatisé, on retrouve un grand nombre de publications au sujet de l'interaction M/P, qui proposent une vision de cet échange – de la consultation – dans l'optique d'une responsabilité partagée entre M et P, où sont bien soulignés les droits du P à une information complète et à une participation plus active au processus de décision. Ces deux contextes si différents, paradoxalement, peuvent bien expliquer comment aujourd'hui, même dans des Pays caractérisés par des orientations socio-sanitaires opposées, se sont affirmés des principes qui règlent l'interaction entre M et P même au niveau de la législation. Il s'agit, par exemple, des normes bio-éthiques qui s'inspirent au principe du *Consentement Informé* (CI). En très brève synthèse, le CI est un principe soutenant que le M doit communiquer au P toutes les informations qui le concernent, nécessaires à constituer la base intelligente pour le consentement aux traitements proposés.

Du point de vue théorique, les mêmes raisons relevant du contexte socio-sanitaire mentionnées plus haut peuvent aussi expliquer l'essor d'études, d'approche dite *cognitive*, sur les causes de satisfaction/insatisfaction des Ps, voire le problème qu'on appelle de la *compliance*, où on analyse, entre autre, les capacités communicatives des Ms envers leurs Ps (Ley 1977; Korsh, 1989).

Dans l'étude de l'interaction entre M et P, la recherche psychologique et psycholinguistique a récemment développé des perspectives différentes du point de vue cognitif, notamment des approches relationnelles et conversationnelles, analysant les aspects qui caractérisent la consultation par rapport aux autres types d'interaction conversationnelle – tels que les *buts* conversationnels (Vion 1992) – ou bien par rapport à d'autres contextes d'interaction institutionnelle.

Ces recherches ont mis en lumière des structures récurrentes dans l'interaction M/P (Wilson 1991; Heritage and Greatbatch 1991). Cependant elles ont voulu souligner que les contraintes contextuelles et institutionnelles, n'agissent pas de façon irrévocable dans l'interaction. Au contraire, elles sont remodelées, redéfinies, négotiées, par les participants à travers leurs choix communicatifs.

L'une des caractéristiques centrales de l'interaction M/P est celle de l'*asymétrie*, considérée en termes de pouvoir aussi bien qu'en termes de compétence ou d'expertise (cf. en particulier Markova et Foppa 1991). La notion d'*asymétrie* implique qu'il y ait des différences en ce qui concerne les droits de participation (*entitlements*) des interlocuteurs, aux droits au tour de parole et à accomplir certaines actions, mais aussi quant aux différents accès aux sujets de la conversation, c'est-à-dire le contrôle sur le choix des sujets.

Dès 1951 Parsons avait décrit l'interaction M/P selon une organisation verticale où le M – l'agent sain et productif – occupait une position de dominance, alors que le P était caracterisé par un rôle passif et improductif à cause de son état de malade. Dans ce cadre, le pouvoir du M sur l'interaction découlait de son expertise mais, surtout, se rattachait à son *statut*, et son efficacité professionnelle s'appuyait sur un indispensable détachement émotionnel vis-à-vis du P. Bien que cette optique – où le pouvoir et l'autorité du M vis-à-vis du P caractérisent une interaction qui reproduit la structure générale de la société – soit jugée dépassée, on peut toujours la retrouver intacte dans plusieurs études successives, surtout dans le domaine de la psychologie médicale. Ce point de vue exprime une attitude qui renforce la «passivisation» du P, en tant que perte de responsabilité, jusqu'à son «enfantilisation». On peut reconnaître cette tendance dans beaucoup d'interactions qui ne sont pas caractérisées par un détachement émotionnel et qui sont, parfois, même appreciées, vécues comme «satisfaisantes» au niveau relationnel par les participants. Ce sont des interactions où le M met à exécution des comportements paternalistes. En d'autres termes, un comportement à la fois hyperprotecteur, rassurant, mais aussi en quelque sorte disqualifiant le P. Cela ne concerne pas seulement la quantité d'information des messages destinés au P, mais surtout la qualité de la communication en termes relationnels. Dans ce cas-ci le pouvoir du M s'exprime et se renforce grâce à un raccourcissement de la distance relationnelle, un raccourcissement tout à fait unilatéral. Comme le soulignent Cacciari, Mizzau e Mutinelli (1985), on peut réaliser cette stratégie interactive par le biais de choix lexicaux particuliers, tels que l'emploi d'euphémismes, et du datif éthique (ou *dation*, comme l'a dit J. Schön en 1997). Ou bien, comme j'ai pu le constater personnellement (1997), par l'usage du pronom *nous* inclusif (*noi* en italien, *on* en français), qui vise, en réalité, à indiquer les actions ou les attributs d'un seul des participants, c'est-à-dire, évidemment, le P.

D'ailleurs, même une optique de recherche qui ne met pas au premier plan les aspects sociaux de rôle, de *statut*, mais plutôt les asymétries de connaissance entre les participants, peut avoir comme point de repère – ou comme arrière-plan – l'organisation sociale du pouvoir. À cette organisation correspond, de plus en plus dans les sociétés complexes, la division sociale du travail et, conséquemment, la distribution des savoirs spécialisés.

Du point de vue cognitif, une première conséquence évidente de la distribution sociale du savoir – le fait que pas tout le monde a accès aux connaissances specialisés – est donnée par la différence des représentations cognitives de la réalité entre les personnes. Dans le cas de la médecine, par exemple, tout le monde est d'accord pour soutenir que la représentation mentale de la maladie chez les Ms ne correspond pas aux schémas des Ps. Cette différence a été surtout envisagée en termes de *manque* de connaissance. Une optique, qui met en évidence les différences représentationnelles et le manque d'un savoir specialisé chez les Ps, se manifeste dans les recherches qui s'occupent des échecs communicatifs et des problèmes de mau-

vaise interprétation: à partir de celles concernant le problème de la non correspondance – de l'écart – des significations attribuées aux mêmes termes par le M et par le P, jusqu'à celles sur le manque de cohérence dans la dynamique conversationnelle entre M/P (Cicourel 1985).

Le décalage entre les représentations mentales du problème du M et du P ne peut pas être uniquement attribué à leur différent degré d'expertise dans le domaine bio-médical, mais encore à leur différent engagement dans l'échange, à leur attentes différentes. Pour simplifier, on pourrait dire que du côté du M le problème du P se ramène à une sorte de *problem solving* où le but principal est constitué par le diagnostic ou par le choix d'un parcours thérapeutique. Du côté du P, par contre, les buts et les attentes concernent une question, un problème beaucoup plus vaste, qui est *son* problème à lui: un souci qui relève de son existence tout entière et qui inclut aussi ses rapports sociaux et familiaux. D'où la subjectivisation de la donnée clinique, l'ampleur ou l'imprécision de certaines réponses, ou de certaines questions; les commentaires ou les glissements d'un sujet à l'autre, y compris les narrations autobiographiques et l'inclusion de croyances personnelles générales et particulières.

Une différence marquée de représentations au niveau cognitif a des conséquences considérables au niveau interactif et relationnel, notamment en ce qui concerne les inférences discursives produites par les participants à la consultation. Ces implicites se rapportent d'abord à comment un message doit être assumé, et donc à comment la relation avec l'autre doit être assumée. Si, par exemple, le M propose au P d'ajouter un autre test clinique, pour le M cela pourrait simplement signifier un ajout d'information, ou même le fait qu'il faut achever une routine standard d'examens, tandis que pour le P cela pourrait signifier que sa situation est plus complexe et, donc, plus grave que ce que le M même prévoyait. Et en outre, une réplique réticente de la part du M, par rapport aux attentes du P, peut être vécue comme un manque d'intérêt.

À ce propos je voudrais considérer le thème des séquences des *questions* (*q*) et des *réponses* (*r*). Plusieurs recherches d'approche conversationnelle consacrées à l'analyse séquentielle de l'interaction, ont souligné que l'intéraction M/P est caractérisée par une structure séquentielle *q/r*. On a ainsi remarqué (West 1984; Frankel 1984, 1990) que, bien qu'ils occupent la plupart de l'espace de parole, les P posent très peu de *q* par rapport à celles que posent les M. Donc, si les droits de participation à l'échange du M s'affirment par de nombreuses initiatives conversationnelles, certainement l'une de plus importantes est justement celle de pouvoir poser des *q*. La séquence des *q* du M poursuit un protocole implicite auquel correspond une représentation mentale que le P ignore. Il s'agit souvent de *q* fermées, brèves, en séries, et ce à quoi le M s'attend c'est que le P achève ponctuellement par le biais de sa *r* le couple adjacent. C'est ainsi que ces *q* peuvent amener le P à un sentiment d'incohérence, car justement il n'arrive pas à saisir le but ou les conséquences de cette séquence de *q*. Et tout cela peut même amener à des sentiments d'anxieté, surtout quand le *feed back* du M se borne à des commentaires très réticents tels que «*oui, ah, bon, hmm*».

Bien sûr, les *q* constituent une source indispensable d'informations pour le M, afin d'établir une stratégie diagnostique adéquate ou de formuler une proposition thérapeutique. Mais, en même temps, le fait de poser des *q*, dont seulement lui, l'expert, connaît le véritable but, constitue pour le M un moyen d'agencer l'interaction. D'ailleurs, les *q* du M sont des *q* véritables, tandis que les *q* posées par le P peuvent être – essentiellement – ramenées à des *requêtes*. Requêtes qui relèvent de son état de besoin ou de manque. Bref, tout se ramène à la première requête, d'où l'interaction même avec le M démarre.

De plus, à propos des séquences *q/r*, l'analyse séquentielle des interactions M/P a signalé une *structure à trois tours*, par opposition à une description des tours de replique en termes de couples adjacents (ten Have 1991): c'est le «troisième tour», qui suit le couple classique *q* (du

M) – *r* (du P) qui marquerait l'asymétrie au niveau relationnel et qui constituerait un dispositif de contrôle supplémentaire du M. Le «troisième tour» est souvent constitué par une *reformulation* du discours du P. Donc, la reformulation n'a pas toujours la même fonction conversationnelle, c'est-à-dire celle d'avantager la compréhension du P – ou bien celle de favoriser le M même dans son parcours diagnostique personnel – mais aussi celle de marquer une asymétrie qui risqurait d'être en quelque sorte atténuée.

Il est bien vrai que le M reformule souvent son propre discours afin de faciliter la compréhension du P, mais aussi, très souvent, il reformule ce que son interlocuteur vient de dire, ou a dit durant la consultation. Quant aux requêtes de reformulations, les Ms aussi bien que les Ps doivent contrebalancer deux différents types de risque. En effet une requête de reformulation pourrait être interpretée comme une distraction ou une étourderie ou, encore, être vécue comme un manque de respect vis-à-vis de la formalité de la situation (Aronsson, Sutterlund-Larsson 1987). Et voilà pourquoi si souvent les Ps ne demandent pas au M des reformulations (des explications) et ils se contentent bien souvent d'une «compréhension provisoire» en attendant – croient-ils – de la compenser au cours de la conversation.

Les Ps peuvent chercher à influencer l'interaction et à réduire l'asymétrie par rapport au M de différentes façons, directes ou bien implicites. Le P peut essayer d'atténuer l'asymétrie en montrant d'avoir accès à un quelque savoir specialisé et, en particulier, au savoir médical. Il peut prouver cela par le biais d'une terminologie specialisée appropriée par rapport à ses propres symptômes ou à l'anatomie humaine. Voilà un fragment particuilièrement significatif, tiré de l'étude désormais classique de Lacoste (1981), où le M montre de ne pas accepter que le P partage son savoir :

1 M *c'est depuis longtemps que vous avez mal au ventre?*

2 P *je n'ai jamais eu mal au ventre, j'ai mal à la rate*

3 M *écoutez, la rate vous n'êtes pas censé savoir où elle est...vous avez eu mal au ventre*

4 P *J'ai mal ici*

5 M *C'est quoi ça... ça c'est le ventre*

6 P *si vous voulez*

Cet exemple souligne très bien que l'asymétrie ne concerne pas le fait de posséder ou de ne pas posséder un savoir specialisé, mais le *droit* à avoir ce savoir, à l'employer, à le montrer. Si c'est le P qui s'attribue le droit de partager avec le M un terrain commun de connaissances, il va alors en même temps s'arroger le droit de raccourcir la distance interpersonnelle et de réduire ainsi l'asymétrie. Cette orientation peut être vécue par le M comme une menace *(Face Threatening Act)*: le M signale alors son refus du mouvement de l'autre en reformulant le discours du P. Et cette reformulation n'apparaît pas scientifiquement plus appropriée, plus technique, plus claire ou explicative, mais très simplifiée et très vague. Par sa reformulation, qui a en effet une fonction de correction, le M rattrappe la «juste» distance relationnelle, puisqu'il relègue son interlocuteur dans son rôle de P, le rôle de, la place de ceux qui n'ont pas le droit au savoir médical.

Cette conscience implicite de l'asymétrie des savoirs, cette orientation déférente envers l'autorité scientifique de l'autre, on peut bien l'observer également dans le contexte d'une conversation courante, quand des gens communs parlent entre eux de la santé de quelqu'un, un parent, un ami. Dans ce contexte, les participants s'expriment d'une façon plus ou moins compétente en employant des termes techniques, même «difficiles». Mais on voit aussi, bien sou-

vent, que c'est comme s'ils s'éloignaient de cette terminologie, qui est rapportée, de façon explicite ou implicite, à l'autorité d'une troisième personne: le M qui l'aurait employée. L'aspect de *citation* est signalé par le biais de différents indices verbaux et non verbaux, plus ou moins marqués, tels que des pauses très brèves après le mot «spécial»: une sorte de guillemets non verbaux, des guillemets chargés de révérence. Tout cela pour indiquer que ce n'est que le M qui est la source autorisée d'un certain savoir, que le M est le seul, véritable garant d'un savoir auprès duquel, eux, n'ont pas le droit d'accéder. Cela est bien étrange, si l'on pense à l'énorme quantité de livres, de magazines, d'émissions de divulgation médicale à la portée de tout le monde que, de nos jours, nous offre le marché. C'est peut-être à cause de cela qu'il y a aussi le cas où les locuteurs entre eux – pas face au M – font un usage particulier, estropié, du langage spécialisé, comme s'ils se moquaient ironiquement, et auto-ironiquement, de ce langage en se tenant derrière les coulisses.

Quelques collègues m'ont fait remarquer que même la référence à d'autres types de savoir «élevé», différent de celui de la médecine, de la part du P, sont mal vécus par le M au cours de la consultation, comme des menaces. Une explication de cette attitude pourrait se rattacher au traitement des digressions, et donc au fait que le M n'attribue qu'à lui seul le droit aux changements de sujet et de registre. Il y a aussi, évidemment, la question des limites de temps des consultations. En effet, il est possible d'observer que dans les contextes publics le temps consacré au loisir des divagations est plus court par rapport aux consultations privées. Dans le contexte privé, notamment après les premières consultations, les possibilités de digression autour de sujets médicaux et non médicaux augmentent. Dans ce cas-ci, le P est devenu une personne connue – qui a des caractéristiques personnelles et socio-culturelles plus riches et variée que celles de simple P – et il a donc l'aise et le droit d'être reconnu par le M comme une personne cultivée. Mais en tous cas, malgré cela, l'initiative conversationnelle de se rapprocher aux domaines de savoir du P vient toujours de la part du M, qui reconnaît à travers ce mouvement un terrain commun avec l'autre.

Petrillo (1994) a examiné les stratégies d'influence et de réduction de l'asymétrie chez les patientes vis-à-vis des M femmes dans un contexte et public et privé de consultation gynécologique. Il découle de l'analyse des séquences conversationnelles que la participation des patientes est en général plus active dans le contexte privé que dans le public; l'atténuation de l'asymétrie a été attribuée au fait que P et M partagent davantage des caractéristiques socio-culturelles. La réduction de la distance interpersonnelle est souvent signalée par des formules telles que «comme tu le sais déjà ...» qui introduisent un sujet technique; les interruptions et les questions sont souvent introduites par des formules d'excuse. Mais dans les deux contextes – dit Petrillo – il y aurait une tendance chez les gynécologues à établir une formule d'interaction plus paritaire et solidaire que chez les Ms hommes. Cette tendance pourrait s'expliquer par une sensibilisation particulière des femmes M considérées dans cette recherche par rapport aux thèmes sociaux et relationnels. Ou, plus généralement, par le fait que les femmes M partagent avec leur P un vaste terrain commun de connaissances, en particulier en ce qui concerne la maternité, la contraception et leurs retombées dans la vie privée. Cette remarque concerne évidemment la répresentation de la réalité en termes de «point de vue», plus encore qu'en termes de contenus informatifs.

Comme j'ai tenté de le mettre en relief, la question de la réduction de l'asymétrie relationnelle dans le cadre des consultations semble être strictemment reliée à la dimension de la distance relationnelle. La recherche, dans ses optiques variées, a indiqué différents niveaux et dispositifs pour régler la distance. Aronsson et Satterlund-Larsson (1987), par exemple, ont étudié les stratégies et les contraintes de la politesse dans les interactions M/P. Mais depuis que la

dimension de la distance interactionnelle a été identifiée comme l'une des variables les plus importantes, la question de l'asymétrie reste ouverte, si on ne se focalise pas sur l'idéntification de *qui* réalise cette réduction (ou augmentation) de la distance.

De façon très schématique – et très théorique –: il est assez clair que quand c'est le M qui agrandit la distance, l'asymétrie augmente. Mais si le M réduit la distance, la réduction de l'asymétrie n'est pas nécessairement conséquente: c'est, par exemple, le cas dont on a déjà parlé, où le M traite le P avec *paternalisme*, comme si celui-ci était un enfant. Il s'agit d'une réduction de la distance unilatérale, donc partielle. D'une réduction telle que le P ne pourra pas y répondre de façon symétrique. Il s'agit d'une réduction de la distance à laquelle le P peut se soummettre: il peut se résigner ou bien l'accepter avec satisfaction ou, encore, chercher une stratégie de négotiation.

Quant au P, et à ses initiatives actives de réduction de la distance, on dirait qu'elles sont dans la plupart des cas négotiées ou repoussées comme des menaces par le M. Il ne reste que le cas où le P risque des mouvements visés à l'augmentation de la distance: par exemple, une augmentation comme adaptation, en eccès, à la distance imposée plus ou moins implicitement par le M: ce mouvement, alors, pourra aboutir à un comportement de politesse, encore qu'une telle déférence ne soit pas nécessairement adéquate. Ce sera alors au M de décider de l'accepter ou bien de la raccourcir. Mais si, au contraire, l'augmentation de la distance ne s'adapte pas à la norme interactive de cette consultation, l'éloignement réalisé par le P va être encore une fois inadéquat, une menace pour le M.

Il est vrai qu'en analysant de près des interactions spécifiques, on trouvera des mouvements plus complexes et pas si évidents par rapport à ce schéma. À ce propos j'ai cherché à focaliser les mouvements explicites et implicites de réglementation de la distance relationnelle entre les participants dans des consultations chez des Ms traitants, c'est-à-dire des Ms qui ont des compétences générales et qui, en principe, prennent en charge la même personne pendant une période prolongée d'années; très souvent ils ont pris en charge des groupes familiaux. Ce genre de M est censé être un expert, puisqu'il a l'occasion de se rapprocher à une gamme de pathologies assez vaste mais, en même temps, dans l'opinion commune, il est reputé à un niveau scientifique moins important que le spécialiste, à cause de son éclectisme et à cause du fait qu'il travaille loin du monde de la recherche.Cette recherche, encore à achever, porte sur la trascription de 20 entretiens enregistrés (un peu plus de 5 heures d'enregistrement) entre P et M.

Chez ce genre de M, les interactions semblent caractérisées par un terrain commun de connaissances partagées – donné pour acquis – par les participants. Le style de l'interaction paraît être en général plutôt informel, très proche de celui qui marque une conversation quotidienne. Ici la compétence médicale doit tout le temps se rapporter à une compétence différente, plus sociale et plus générale. Ce dernier type de compétence dans ce contexte a – paraît-il – une forte fonction contractuelle, de négotiation, et permet aux interlocuteurs une participation assez équilibrée à l'interaction, comme dans le cas suivant (dont je ne donne que la transposition en français), tiré du corpus mentionné plus haut:

107 M *mais ne mangez pas les cochonneries qui plaisent tellement aux gens aujourd'hui/ c'est pas bon surtout*

108 P *non non pas les cochonneries je suis d'accord/ mais quand je suis seule/ que nous ne sommes pas moi et lui/ moi*

On retrouve très souvent la référence à des tiers, à ce qu'on a appris par ouï-dire, il y a des métaphores et des images qui font partie de la réalité quotidienne: tous ces éléments consti-

tuent les instruments du P pour contrebalancer le poids, le pouvoir de l'expert, mais ce sont des éléments employés aussi par le M: donc ces éléments constituent, dans leur ensemble, les moyens, les mouvements de deux interlocuteurs visant à aboutir à une participation conjointe à la consultation. Les associations entre l'univers spécialisé de la médecine et l'univers du quotidien, et vice versa, avancées par les deux participants, transforment les significations spécialisées en catégories accessibles. L'échange des notions reliées à l'aire médicale est fréquemment approché grâce à la référence implicite à une histoire passée partagée, et cela se giustifie par la réitération des consultations et par la familiarité entre les interlocuteurs. On dirait qu'il n'y aurait pas tellement de distance entre les univers de connaissainces des participants, qui s'entremêlent, ou bien «toute spécialisation gardée», il n'y a pas, surtout, des entrechoquements de *frames* communicatifs (dans le sens de Goffman) qui marquent l'asymétrie entre M et P et qui creusent la distance interactionnelle entre eux.

C'est le moment de la prescription, celui où le M rattrape son rôle professionnel et le P revient à son rôle traditionnel de dépendance, en particulier au niveau cognitif. C'est le moment où il demande explicitement des explications (on trouve très souvent la question «qu'est-ce que c'est ?»). Mais, surtout, la question la plus importante du P paraît être «mais on donne ça gratuitement ...faut-il le payer?» On voit alors, en ces cas-ci, que le M passe du rôle de l'«expert de la santé» à celui de l' «agent/fonctionnaire social», un rôle de médiateur entre les exigences du P en tant qu'"usager» (et en tant que «client») et l'organisation sanitaire nationale.

Donc, l'interaction entre le M traitant et son P semble avoir des caractéristiques assez différentes de celles qui ont été signalées en général dans les études consacrées à ce sujet. Il faudra, à mon avis, tenir compte dans la recherche à venir non seulement des variables sociales spécifiques, telles que le contexte privé ou public de la consultation, mais aussi des caractéristiques propres au M qui participe à l'interaction, notamment de sa spécialisation dans le domaine médical, et des effets que celle-ci peut produire au niveau de la communication et de la représentation mentale de l'interaction.

REPERES

Aronsson, K.; Sutterlund-Larsson, U. 1987. Politeness strategies and Doctor-Patient communication. On the social choreography of collaborative thinking. *Journal of Language and Social Psychology, 7, 1*, 1-27.

Cacciari, C.; Mizzau, M.; Mutinelli, P. 1985. La contraccezione come oggetto di discorso. L'interazione medico-paziente. In C. Cacciari, F. Pizzini eds., *La donna paziente. Modelli di interazione in ostetricia e ginecologia.* Milano, Unicopli.

Cicourel, A. V. 1985. Doctor-patient discourse. In T. A. van Dijk ed. *Handbook of discourse analysis*, IV, *Discourse analysis in society.* New York, Academic Press.

Frankel, R. M.1984. From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through micro-interactional analysis. *Discourse Processes, 7*, 135-170.

Frankel, R. M. 1990. Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physicians-patient encounters. In G. Psathas ed. *Interaction competence.* Washington, University Press of America.

Heritage, J.; Greatbatch, D.1991. On the institutional character of institutional talk: The case of new interviews. In D. Boden, D. Zimmermann eds. *Talk and social structure.* Cambridge MA, Polity Press.

Korsh, B. M. 1989. The past and future of research in doctor-patient relations. In M. Stewart, D. Roter eds. *Communicating with medical patients.* London, Sage.

Lacoste, M. 1981. The old woman and the doctor: A contribution to the analysis of unequal exchanges. *Journal of Pragmatics, 5*, 169-80.

Ley, P. 1977. Psychological studies of Doctor-Patient communication. In S. Rachmann ed. *Contributions to medical psychology*, I. Oxford, Pergamon.

Markova, I.; Foppa, K. eds. 1991. *Asymmetries in dialogue*. Hempstead, Harvester Wheatsheaf Barnes and Nobles Books.

Parsons, T. 1951. *The Social system*. Glencoe, Free Press of Glencoe.

Petrillo, G. 1994. Relazioni asimmetriche e strategie di influenza sociale: analisi di conversazioni medico-paziente. In F. Orletti ed. *Fra conversazione e discorso*. Firenze, La Nuova Italia Scientifica.

Schön, J. 1997. De ce qui, dans le dialogue, défie la grammaire: l'exemple du datif éthique. In E. Weigand ed. *Dialogue Analysis: Units, relations and strategies beyond the sentence*. Tübingen, Niemeyer.

Stame, S. 1997. Pragmatica della comunicazione medico-paziente. In C. Alvisi, A. Borromei, G. Chierigatti eds. *La malattia come errore di comunicazione*. Bologna, Editrice Universitaria Lo Scarabeo.

ten Have, P., 1991. Talk and institution: A reconsideration of the «asymmetry» of doctor-patient interaction. In D. Boden, D.H. Zimmermann eds. *Talk and social structure*. Cambridge MA, Polity Press.

Vion, R. 1992. *La Communication verbale*. Paris, Hachette.

West, C. 1984. *Routine complications: Troubles in talk between doctors and patients*, Bloomington, Indiana University Press.

Wilson, P. T. 1991. Social structure and the sequential organization of interaction. In D. Boden, D.H. Zimmermann eds. *Talk and social structure*. Cambridge MA, Polity Press.

Speech Comprehension And Production