L'expérience de la rencontre dans le soin

Christophe Coupé, Magali Ollagnier-Beldame

▶ **To cite this version:**

Christophe Coupé, Magali Ollagnier-Beldame. L'expérience de la rencontre dans le soin. Santé Mentale, 2023, 278. halshs-04122543

HAL Id: halshs-04122543
https://shs.hal.science/halshs-04122543

Submitted on 19 Jun 2023

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.

L’expérience de la rencontre dans le soin

Christophe Coupé[1], Magali Ollagnier-Beldame[2]

[1]Assistant Professor, Department of Linguistics, The University of Hong Kong, Pokfulam Road, Hong Kong
[2]Chargée de Recherche, Laboratoire ICAR, CNRS – ENS Lyon, 15 Parvis René Descartes, 69007 Lyon, France

Résumé. La relation entre soignant et soigné joue un rôle important dans le processus de soin, et peut être approchée selon différentes perspectives. L’une met au cœur l’expérience vécue par le soignant et le soigné, de leur rencontre. Comment chacun vit-il la présence de l’autre et ce qu’il dégage, fait, dit, semble ressentir, penser, etc. ? Nous rapportons dans cet article une première exploration de l’expérience de différents soignants, aux spécialités variées, quand ils rencontrent un patient pour la première fois. A l’aide d’une méthode d’entretien centrée sur la collecte précise de l’expérience vécue et de ses successions de micro-événements, nous mettons en lumière la richesse de ce qui se joue dans la naissance d’une relation de soin. Nous identifions un ensemble d’actes (prises d’information, élaborations, interventions etc.), d’objets d’attention et de modalités expérientielles qui mettent en lumière ce qui se joue en-deçà et au-delà de la compétence technique du soignant et de la recherche d’un diagnostic. Nous discutons ses éléments et insistons sur l’intérêt qu’il y a à développer l’analyse réflexive de sa subjectivé dans les formations pour soignants.

Dans de nombreux pays occidentaux, les soins sont si présents qu'ils en deviennent presque invisibles. En effet, les infirmiers, médecins, psychologues, psychothérapeutes... tissent au quotidien un réseau très dense de compétences et de pratiques au service des patients. Une éthique des soins est ainsi promue [1], qui insiste sur l’importance de prêter attention à autrui et d’ériger le soin et le bien-être en piliers de nos sociétés. Dans ce contexte, mieux comprendre ce qui se joue dans les pratiques soignantes prend tout son sens. Que veut dire être soignant et prendre soin d'une autre personne ? Quelle en est l'expérience subjective et en quoi la pratique réelle diffère-t-elle de la pratique prescrite ? Ces questions gagnent à être considérés conjointement à d’autres, qui se dressent en miroir : Que veut dire être patient et se retrouver face à une offre de soin ? Comment vit-on ces propositions et interventions qui ont pour but de nous aider à aller mieux ?

Il n’y a pas de soigné sans soignant, ni inversement. C’est cette relation que nous nous proposons d’éclairer selon un angle particulier : celui de l’expérience vécue. Prétendre saisir la globalité des expériences subjectives au cours d’une relation de soin est ambitieux, et nous nous centrerons donc sur un moment particulier, celui des premiers instants de la première rencontre, dans la perspective du soignant. Par première rencontre, nous entendons la première fois où soignant et soigné sont en présence l’un de l’autre.

Afin d’ancrer notre étude, nous préciserons la notion de relation soignant – soigné, en particulier lors d’une première rencontre. Nous dressons également une esquisse de la dimension expérientielle du soin pour le soignant, et soulignerons l’intérêt d’une approche en première personne. Nous présentons ensuite notre méthodologie, puis nos résultats. Cet article est une synthèse de deux publications scientifiques, auxquelles les personnes intéressées pourront se reporter [2,3].

La relation soignant - soigné dans le processus de soin

Selon les professions de santé la place de la relation soignant-soigné diffère. Ainsi, alors qu'un orthopédiste en situation d'urgence interagira peu avec son patient, une infirmière, en particulier auprès de malades chroniques, réalise bien plus que des actes techniques ou des évaluations. En psychothérapie, la relation intersubjective est au cœur même du soin. Son importance est soulignée par des études sur l' « alliance thérapeutique » [4], la « relation thérapeutique » [5] et la « synchronisation affective » [6], qui décrivent comment un thérapeute et un patient s'engagent mutuellement vers un changement bénéfique pour le second.

La modalité de la relation varie également. Dans certains domaines des soins, les interactions sont souvent médiées par le toucher, dont le caractère intime ne doit pas être négligé [7]. Si la psychothérapie peut uniquement reposer sur la parole, la relation mobilise parfois tout le corps à travers la danse ou d'autres formes d'expression artistique. Des moments spécifiques peuvent aussi exister en oncologie par exemple, lorsque le patient apprend son diagnostic. Des études [8,9] montrent en effet, que la façon dont l'annonce est faite peut avoir des conséquences durables sur l'attitude du patient vis-à-vis de sa maladie.

Ainsi, dans la plupart des situations de soins, établir et maintenir la relation soignant-soigné est un enjeu crucial pour la qualité de l'accompagnement. En contrepoint du modèle biomédical dominant jusque dans les années 1970, le modèle biopsychosocial développé en 1977 par Engel [10] souligne ainsi que :

- la relation médecin-patient impacte la prise en charge, ne serait-ce qu'en influençant l'adhésion au traitement ;
- l'efficacité du médecin est liée au fait que sa personnalité est un instrument de changement thérapeutique ;
- l'expérience subjective du patient mérite autant d'attention que sa maladie.

Importance de la première rencontre soignant - soigné

Quel que soit le champ du soin, la première rencontre se démarque des autres rendez-vous : il n'y a qu'une première fois, et elle contient potentiellement en germe une partie de ce qui va ensuite se jouer. Cependant, malgré la considération croissante portée aux patients par les soignants, le premier rendez-vous reste caractérisé par une asymétrie de rôle et de situation. Deux personnes se voient attribuer des rôles spécifiques, pouvant façonner leur comportement. Alors que le soignant est dépositaire du savoir médical, ce qui lui permet d'occuper une place « surplombante », le patient, affaibli par la maladie, est généralement dépourvu de ce savoir. Cependant, au-delà des rôles sociaux, soignant et soigné restent ce qu'ils sont en tant que personne, ce qui contribue à une interaction plus symétrique. Toutefois la formation de base des soignants insiste fortement sur les compétences à acquérir, notamment en laissant de côté leurs émotions face aux patients.

Évaluer l'influence de l'histoire, de la personnalité et du rôle de chaque protagoniste est une question éthique importante de ces premiers rendez-vous. Le soignant peut prêter attention à différentes caractéristiques du patient : la façon dont il s'exprime, le ton de sa voix, ce qu'il dit, sans oublier ses gestes et sa posture. Cette tâche n'est toutefois pas aisée, d'abord parce que la rencontre avec de nouveaux patients est une tâche répétitive et habituelle, ensuite parce qu'elle peut susciter de la retenue, voire de l'embarras, de part et d'autre. Enfin, la majorité des soignants ne sont pas formés à prêter attention à leur vécu de ce moment crucial, au temps T ou plus tard de manière réflexive. Le moment de la rencontre constitue donc souvent un angle mort.

La dimension expérientielle du soin et son étude

Le plus souvent, les formations soignantes font peu de place à l'expérience vécue en situations de soins et négligent ainsi ses apports. Plus largement, la prise en compte de l'expérience vécue – du patient ou du soignant – offre des perspectives supplémentaires par rapport aux études qui considèrent seulement des données observables et/ou des rapports verbaux non expérientiels. Interroger l'expérience subjective n'est pas chose aisée et requiert une méthodologie spécifique. Avant cela, elle requiert une épistémologie en première personne, c'est-à-dire qui considère la subjectivité telle qu'elle est vécue par le sujet lui-même, « de l'intérieur » [11,12]. Elle s'oppose à l'épistémologie en troisième personne qui examine des comportements selon des catégories prédéfinies, et dans laquelle la subjectivité et l'expérience vécue sont généralement considérées comme des épiphénomènes ou hors de portée de la science. Ces considérations sont liées à une défiance de longue date concernant la validité des données tirées de l'introspection [13], bien que plusieurs études aient récemment redonné une légitimité à celles-ci [14,15].
Cette question cruciale de l'accès épistémique à l'expérience a conduit au développement de nombreuses méthodes de collecte de données dites expérientielles [14,16–18]. De nombreuses recherches mobilisent en particulier la méthode employée dans notre recherche : l'entretien micro-phénoménologique (ou entretien d'explicitation), y compris pour des situations de soins [19,20].

Méthode de collecte de données et d'analyse

L'entretien micro-phénoménologique

Cette méthode a été développée par Vermersch [18], Petitmengin [21] et les membres du GREX (Groupe de Recherche sur l'EXplicitation). Il s'agit d'une technique d'introspection rétrospective guidée, ce qui signifie que l'intervieweur, grâce à des questions soigneusement choisies, aide la personne interrogée pour qu'elle puisse revivre une expérience passée et décrire son déroulement concret.
Le caractère non-inductif des questions est capital, car il permet de guider l'attention de l'interviewé sans orienter le contenu de ses réponses. Concrètement, lors de l'exploration d'une expérience, la question : « *que percevez-vous ?* » est souvent plus adaptée que « *que voyez-vous ?* » car elle ne préjuge pas de la modalité perceptive dominante pour la personne interrogée. Plus généralement, les effets perlocutoires (ce que l'on fait à l'autre avec nos mots) [22] des questions et reprises de l'intervieweur sont contrôlés autant que possible pour éviter l'induction de faux souvenirs [23]. Elles visent à induire et maintenir l'introspection chez l'interviewé, grâce à un lâcher prise favorisant le l'évocation de l'expérience passée.
L'objectif de cette méthode est de recueillir une description holistique détaillée d'une expérience vécue singulière. Ces différentes composantes de l'expérience (opérations cognitives, actions physiques, sensations, émotions...) sont toutes considérées et jugées pertinentes. On recherche des descriptions spécifiques de ce qui a été vécu, et non des généralisations dérivées de situations et d'habitudes répétées ou des opinions. Les questions « *pourquoi… ?* » sont donc écartées. Les intervieweurs recherchent à la fois la fragmentation de l'expérience, qui correspond à la succession diachronique de micro-événements expérientiels composant les expériences à plus grande échelle, et l'expansion qualitative, qui permet de décrire les qualités expérientielles à un moment donné. Les aspects pré-réfléchis de l'expérience étudiée, c'est-à-dire la partie restée sous le seuil de la conscience réflexive, font l'objet d'une attention particulière car ils contiennent des informations utiles sur ce qui a été vécu et son déroulement. En effet, selon [18], c'est dans cette part de l'expérience, non

immédiatement accessible à la conscience et à la mise en mots, que se niche l'expertise implicite.

Collecte et traitement des données

Nous avons interrogé 2 orthophonistes (femmes), 2 médecins généralistes (femme/homme), 1 dentiste (homme), 1 kinésithérapeute (femme), 3 psychothérapeutes (femmes/homme), 4 infirmiers avec diverses spécialisations (femmes/homme). Chaque entretien a duré entre 45 et 90 minutes, et nous avons mené une analyse approfondie avec 7 d'entre eux.
Nous avons traité nos transcriptions selon les étapes suivies par les chercheurs en micro-phénoménologie, afin d'extraire *in fine* des catégories descriptives significatives de l'expérience [24,25]. Les premières étapes consistent en une clarification et une simplification du matériel transcrit pour accroitre sa lisibilité et mettre en valeur le contenu signifiant, c'est-à-dire les descriptions expérientielles. Les étapes suivantes visent à dégager les moments clés de l'expérience et une vue d'ensemble, et à réorganiser le contenu pour passer de la chronologie de l'entretien à la chronologie de l'expérience. Le résultat, appelé « déroulement temporel » de l'expérience, constitue la base des analyses ultérieures. Avec celui-ci, les chercheurs ont accès à une description riche et condensée de l'expérience, avec l'articulation de micro-phénomènes expérientiels successifs composés de perceptions et de sensations, d'actions, de prises de décision...

Dimensions de l'expérience du soignant lors d'une première rencontre avec un patient

Synchronie et diachronie des actes

Comment caractériser de façon fine la première rencontre avec un patient ? Nous avons analysé, à partir de nos entretiens, les micro-composants de cette expérience. Notre premier objectif était de dégager les dimensions de l'expérience puis, pour chacune, les catégories reflétant la diversité des situations et des actions réalisées. Nous avons nommé ces micro-composants « phénomènes micro-expérientiels (PME) », et considéré la succession de ces PME au cours du temps (leur diachronie) et leurs différentes dimensions à un instant donné (leur synchronie). Pour ce qui est de la diachronie, en nous appuyant sur un modèle théorique du déroulé cognitif de l'action, nous avons mis en évidence trois catégories d'actes saillants chez le soignant : la prise d'information, le jugement et « l'effectuation » (prises de décision et actions effectives).
Nous avons distingué, pour chaque acte, une « visée ». Celle-ci reflète la situation du soin et de ses acteurs principaux – le soignant et le soigné – mais également la perspective du soignant sur la situation.

- Pour la prise d'information, il est apparu tout d'abord que le soignant peut prendre de l'information de façon externe dans son environnement (« *j'vois quelqu'un un peu effrayé qui repose précipitamment un magazine une BD ou une revue* »), mais aussi en lui-même (« *y a comme une chaleur dans un coin de ma tête* »). Même si intuitivement l'information externe semble associée au soigné et l'information interne au soignant, il est intéressant d'observer que l'information interne peut aussi renseigner sur le soigné (« *il y a une résonance, c'est dans mon corps je sens qu'il y a un vide là où est l'autre* »).
- De façon similaire, les jugements peuvent porter sur le soignant ou le soigné (« *j'me dis que j'suis pas la personne que les gens pensent que j'suis à ce moment-là* », « *je trouve que le père et le fils se ressemblent beaucoup (rires)* »), mais également sur

leur relation (*« je sens que l'entretien va être dynamique (...) c'est vécu par tout le corps »*) ou la situation (*« je me dis que ça va être encore une histoire difficile à entendre »*).

- Enfin, les actions effectuées peuvent affecter les deux protagonistes de la relation, avec des régulations (sur soi-même) (*« j'essaie de garder cette attitude rassurante à son égard en me disant que c'est aussi comme ça que ce qui va suivre sera de bonne qualité »*) et des interventions (en direction de l'autre / du soigné) (*« avec le regard je vais chercher ce qu'il amène lui à ce moment-là »*).

Ces différentes visées soulignent que si la rencontre dans le soin est structurellement asymétrique, l'expérience du soignant n'en intègre pas moins soignant et soigné de façon relativement symétrique : information interne sur soi et sur l'autre, jugements non seulement sur l'autre mais aussi sur soi...

Modalités expérientielles

Outre les actes et leurs visées, nous avons précisé les principales modalités expérientielles liées à la prise d'information, au jugement ou à la réalisation d'actions. Nous avons d'abord dégagé :

- Les modalités visuelle, auditive et tactile (notre corpus ne contenait pas d'instance pour le goût ou l'odorat) : *« il avait le regard assez réveillé des yeux clairs assez lumineux il n'a pas le regard éteint »*, *« j'ai perçu à ce moment-là qu'il a un gros trouble d'articulation »*, *« je prête attention (...) à la poignée de main en fait »*
- Les sensations, qui correspondent à des perceptions internes pouvant être qualifiées d'intéroceptives (en opposition à extéroceptives, comme les cinq sens) : *« je sens qu'il y a une détente des bras »*
- Le langage interne, les productions linguistiques dirigées vers soi : *« je me dis tiens là il va y avoir quelque chose de dynamique »*
- Le langage (externe), dirigé vers les autres : *« je dis ok moi je suis prête pour travailler avec vous sur le viol »*
- L'activité motrice : *« c'est moi qui ai ouvert la porte »*

D'autres modalités moins attendues sont également apparues. Tout d'abord, une modalité extra-sensorielle, qui diffère d'une perception intéroceptive ou extéroceptive, exprimée par le sujet avec des notions de texture, de substance, de forme... : *« il n'existe pas (…) si j'essayais de le toucher il n'y aurait pas de texture ça s'effondrerait ou ça serait un fantôme je passerais à travers c'est une sensation que l'autre n'a pas de substance »*. Ensuite, des jugements incarnés, ou « jugements intellectuels », liés à une activité intérieure non-conscientisée et cristallisant une expertise et une multitude de situations passées [26]. Par exemple, un psychothérapeute a rapporté recueillir de l'information sur l'attitude de son patient, mais aussi ses sensations (respiration altérée, tension dans son cou et sa tête). Il émet alors plusieurs jugements quant à la « qualité du silence » et à la présence de son patient, avant d'émettre un jugement incarné : *« Je sens quelque chose d'étrange, je sens que quelque chose lui arrive qui est un peu bizarre »*. Ce qu'il sent n'est pas ici une sensation à proprement parler, mais une expérience conclusive qui résulte des PME précédents.

Objets d'attention

Les catégories d'actes et leurs visées offrent une architecture possible de l'expérience du soignant mais n'épuisent pas la richesse de ce qui se joue dans une première rencontre. Afin d'étoffer notre approche descriptive, nous sommes rentrés dans le détail des actes précis et

des objets d'attention des soignants. Les mots employés permettent de mieux comprendre les stratégies mises en place et les réactions plus spontanées.
Lister les actes des soignants met en lumière leur grande diversité. Dans la catégorie « Jugement sur l'autre », on peut ainsi prêter une attention, évaluer, projeter quelque chose de soi, de l'autre, diagnostiquer, se connecter à l'autre ou encore anticiper. Les autres types de jugement suggèrent que l'on peut encore projeter quelque chose de soi sur soi (en considérant différents âges ou états), ou de l'autre sur l'autre. Les régulations du soignant, envers lui-même face à la situation, incluent quant à elles s'autoriser à faire une erreur, se protéger, se réassurer, enfiler sa casquette de thérapeute, changer « d'énergie », s'ancrer, accueillir intérieurement, rester ouvert, se disposer à quelque chose, se « nettoyer mentalement », se contenir, garder pour soi ou encore viser un but. Notons en particulier les différents actes de bienveillance du soignant vers l'autre, mais également envers lui-même. De telles régulations sont révélatrices, quand bien même elles sont invisibles pour un observateur extérieur.
Les objets d'attention sont eux aussi multiples :

* Marqueurs d'identité : nom et prénom
* Aspect physique et expressions (observable) : apparence générale, cheveux, habits et accessoires, regard, sourire, taille, visage
* Traits de la voix et du langage (observable) : cohérence, élocution, loquacité, modulation, registre de langue, expressions, voix (rythme, hauteur…)
* « Dynamisme » de la personne : attitude, énergie, capacité d'écoute, gestes intentionnels et non-intentionnels, poignée de main, démarche, posture, incarnation, respiration, silences, tension physique
* État physique ou mental (non-observable) : capacités, états internes (émotions, sentiment, disponibilité mentale), état psychique, images internes, pensées, savoir
* Motif de la consultation : histoire et problèmes personnels, demande de consultation
* Cadre : atmosphère (ambiance, énergie), environnement, situation,
* Relation à l'autre : accueil, ajustement, attitude et situation relationnelles, disposition du patient pour le traitement, ressentis corporels du soignant, histoire personnelle et posture thérapeutique du soignant

La plupart de ces éléments se centrent sur le soigné et ses « attributs observables », mais concernent aussi des états corporels et mentaux non-observables inférés par les soignants. Ils offrent une perspective intime de l'expérience du soignant que seule permet une approche subjective. Ils soulignent de manière significative le caractère holistique de l'attention des soignants interviewés, bien au-delà du prisme de leurs spécialités respectives.

Discussion

Une phénoménologie de la rencontre soignant-soigné doit être mise en perspective avec l'environnement de cette rencontre, notamment les pratiques cliniques et les contraintes institutionnelles. Aujourd'hui, le plus souvent, les soignants rencontrent les patients au sein d'un système de santé hyper réglementé, en routine, dominé par des principes de rentabilité et conditionné par la « tyrannie de la bureaucratie » [31]. Cela laisse peu de temps pour rencontrer véritablement un patient au cours d'un rendez-vous.
Dans ce contexte, il nous semble fondamental de soutenir la nécessité d'un retour à l'expérience vécue, pour préserver une certaine qualité de soins malgré un contexte parfois défavorable. L'enjeu est aussi de prendre soin des soignants, ces personnes comme les autres malgré leur engagement auprès des soignés. L'expérience vécue, c'est ce qui est vivant, pour chacun en un instant et un lieu donné. Elle est singulière, irréductiblement personnelle, et ne peut donc être remise en cause par un tiers. Y accéder sans jugement et dans l'ouverture, c'est

à la fois conserver son intégrité, dans un environnement parfois délétère, et apporter sa couleur singulière au monde, au-delà des attentes et des prescriptions institutionnelles.
Ce retour à l'expérience vécue devrait être développé en formation initiale et continue des soignants. L'idée serait de donner davantage de place aux retours d'expérience (retours de stage, simulations) et surtout de les amplifier par des questionnements expérientiels tels que le permet l'entretien micro-phénoménologique. Au-delà de la réflexion sur sa pratique, il s'agirait pour le soignant de questionner son activité, notamment dans sa dimension pré-réfléchie. En effet, dans cet espace, non immédiatement accessible à la conscience et à la verbalisation sur le mode d'un questionnement classique, se niche ce qui fait la qualité du soin, et dans ce cas d'un premier rendez-vous, ce qui fait la chair de la rencontre. Se mettre au contact avec son expérience vécue, s'y rendre présent dans l'instant ou y revenir rétrospectivement par le biais d'un outillage spécifique, c'est reconnaitre ce qui est là, vivant, ici et maintenant. Cette dimension du soin est au cœur de l'analyse des pratiques [32], en tant que composante essentielle d'une éthique du soin où l'expérience subjective des soignants joue un rôle central. Ainsi, pour le soignant, accéder à son expérience vécue, à sa description précise et à son analyse, permet de passer d'une métacognition implicite à une métacognition explicite. Ce qui lui donne le potentiel de transformer ses représentations et sa manière d'aborder les futures interactions avec les patients.
Concrètement, dans la rencontre avec un patient, la communication est essentielle entre soignant et soigné, qui peuvent échanger sur de multiples facettes du soin : en quoi est-il nécessaire, comment est-il réalisé, quelles peuvent être ses conséquences... Ces échanges permettent au patient de mieux comprendre et d'accepter ce qui l'affecte, et de façon symétrique au soignant de faciliter des actes potentiellement difficiles (chimiothérapie, soins palliatifs...). La place importante du langage transparait à travers les différentes modalités expérientielles, les actes et les objets d'attention décrits précédemment. Là encore, le développement de moments réflexifs qui permet de lever le voile sur l'implicite des pratiques langagières envers les soignés est probablement une voie intéressante pour la qualité des soins et l'enrichissement des pratiques.
Il est même possible d'imaginer que des soignants formés à la pratique réflexive – et pouvant donc exprimer leurs sensations, leurs sentiments et leurs pensées sur les soins fournis, au-delà des aspects techniques et des considérations relationnelles – pourraient diffuser leurs compétences expérientielles auprès des patients, contribuant ainsi à leur éducation thérapeutique [33]. Ces derniers seraient ensuite à même de partager leurs expériences entre eux.
De manière plus générale, nous défendons l'idée que les connaissances issues de la recherche expérientielle améliorent la compréhension holistique de la pratique et de l'expertise des soignants. Elle peut notamment montrer comment la finesse de cette expertise est en fait lovée dans les plis de leur activité implicite et pré-réfléchie. Leur permettre de prendre conscience de la manière dont ils réagissent devant un patient et pourquoi, ou de comprendre rétrospectivement pourquoi ils ont pris une décision à un moment donné, ou porté un jugement rapide, peut les aider à affiner leur comportement et leur expertise.

Nous remercions Anne Cazemajou pour sa contribution à la collecte et l'analyse préliminaire des données. Nous remercions également l'ensemble des soignants qui ont accepté de s'entretenir avec nous sur l'une de leurs premières rencontres.

Références

1. Tronto J. Un monde vulnérable, pour une politique du care (Moral Boundaries : a Political Argument for an Ethic of care, 1993), traduit de l'anglais par Hervé Maury. Paris: La Découverte; 2009.
2. Coupé C, Ollagnier-Beldame M. Toward a phenomenology of taking care. Int J Qual Stud Health Well-being. 2022;17: 2045671. doi:10.1080/17482631.2022.2045671
3. Coupé C, Ollagnier-Beldame M. La place du langage dans les premières rencontres entre soignants et soignés. Colón de Carvajal I, Chalancon B, Lascar J, Maritaud L, editors. SHS Web Conf. 2022;133: 03001. doi:10.1051/shsconf/202213303001
4. Macewan GH. The Efforts of Therapists in the First Session To Establish a Therapeutic Alliance. University of Massachusetts Amherst. 2008.
5. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. Front Psychol. 2011;2: 270. doi:10.3389/fpsyg.2011.00270
6. Stern DN. The Present Moment In Psychotherapy and Everyday Life. New York, London: W. W. Norton & Company; 2004.
7. Kelly MA, Nixon L, McClurg C, Scherpbier A, King N, Dornan T. Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. Qual Health Res. 2018;28: 200–212. doi:10.1177/1049732317707726
8. Couitchéré L, Coze C, Cissé L, André N, Nigué L, Aholi J-M. Analysis of diagnosis announcements in Abidjan pediatric oncology unit 2 years after introduction of the African Pediatric Cancer Announcement Guideline. Arch Pédiatrie. 2019;26: 352–357. doi:10.1016/j.arcped.2019.06.006
9. Beach WA, Easter DW, Good JS, Pigeron E. Disclosing and responding to cancer "fears" during oncology interviews. Soc Sci Med. 2005;60: 893–910. doi:10.1016/j.socscimed.2004.06.031
10. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. Le J des Psychol. 2008;260: 52–55.
11. Depraz N. Première, deuxième, troisième personne. Zeta Books; 2014.
12. Shear J, Varela F. The View from Within. First-person approaches to the study of consciousness. Imprint Academic; 1999.
13. Nisbett RE, Wilson TD. Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. Psychol Rev. 1977;84: 231–259. doi:10.1037/0033-295X.84.3.231
14. Hurlburt RT, Heavey CL. Exploring inner experience: The Descriptive Experience Sampling method. Amsterdam: John Benjamins; 2006. doi:10.1075/aicr.64
15. Petitmengin C, Remillieux A, Cahour B, Carter-Thomas S. A gap in Nisbett and Wilson's findings? A first-person access to our cognitive processes. Conscious Cogn. 2013;22: 654–669. doi:10.1016/j.concog.2013.02.004
16. Gendlin ET. Experiencing and the creation of meaning (1962). Evanston, Illinois: Northwestern University Press; 1997. doi:10.1037/t29376-000
17. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 2009.
18. Vermersch P. L'entretien d'explicitation en formation initiale et en formation continue. Paris: Editions Sociales Françaises; 1994.
19. Denis J. Evaluation of Therapeutic Processes in Clinical Crisis Intervention. Experts' lived experiences of therapeutic action. University of Mons, Belgium. 2016.
20. Ollagnier-Beldame M, Cazemajou A. Intersubjectivity in first encounters between healthcare practitioners and patients: Micro-phenomenology as a way to study lived experience. Humanist Psychol. 2019;47: 404–425.
21. Petitmengin C. Describing one's subjective experience in the second person. An

interview method for the science of consciousness. Phenomenol Cogn Sci. 2006;5: 229–269. doi:10.1007/s11097-006-9024-0
22. Austin JL. How to do Things with Words. Oxford University Press; 1962.
23. Schacter D. The seven sins of memory. Houghton Mifflin; 2001.
24. Petitmengin C, Remillieux A, Valenzuela-Moguillansky C. Discovering the structures of lived experience. Towards a micro-phenomenological analysis method. Phenomenol Cogn Sci. 2019;18: 691–730. doi:10.1007/s11097-018-9597-4
25. Valenzuela-Moguillansky C, Vásquez-Rosati A. An Analysis Procedure for the Micro-Phenomenological Interview. Constr Found. 2019;14: 123–145.
26. Messer A. Experimentell-psychologische Untersuchungen über das Denken. Archiv für Psychologie, VIII. Würzburg; 1906.
27. Austin JL. Quand dire, c'est faire (Traduction française de How to do Things with Words - 1962). Poche; 1991.
28. Devereux G. Psychoanalysis and the Occult. New-York: International Universities Press; 1973.
29. Garfinkel H. Studies in Ethnomethodology. New-Jersey: Prentice-Hall; 1967.
30. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol. 1957;21: 95–103. doi:10.1037/h0045357
31. Dejours C. Conjurer la violence: travail, violence et santé. Paris: Éditions Payot & Rivages; 2007.
32. Henry J. Commentary 2: "neither ill will nor a deliberate intention: what focus groups say about professional practices in hospitals." J Empir Res Hum Res ethics. 2019;14: 498–500.
33. Vargas-Schaffer G, Cogan J. Patient therapeutic education: placing the patient at the centre of the WHO analgesic ladder. Can Fam physician. 2014;60: 235–241.
34. Cuvelier L. Never the first time on a patient: the stakes of high-fidelity simulation for safety training. Dev Learn Organ. 2018;32: 23–25.