



**HAL**  
open science

# Impact perceptif de l'affiliation prosodique et du rôle social en contexte médical

Émilie Marty

► **To cite this version:**

Émilie Marty. Impact perceptif de l'affiliation prosodique et du rôle social en contexte médical. Sciences de l'Homme et Société. 2019. dumas-03024084

**HAL Id: dumas-03024084**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03024084v1>**

Submitted on 26 Jan 2021

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

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

## Mémoire

Pour valider l'année de

### **Master 2**

Formation : Sciences du Langage, spécialité LEx

Présenté et soutenu publiquement par

*Emilie Marty*

En 2019

Impact perceptif de l'affiliation prosodique et du rôle social en contexte médical

*Directrices de mémoire*

Roxane Bertrand

et

Caterina Petrone

Jury

Philippe Blache, Directeur de Recherche, Laboratoire Parole et Langage, CNRS,  
Aix-Marseille Université.

James German, Maître de Conférences, Laboratoire Parole et Langage, CNRS,  
Aix-Marseille Université.

Roxane Bertrand, Chargée de Recherche, Laboratoire Parole et Langage, CNRS,  
Aix-Marseille Université.

Caterina Petrone, Chargée de Recherche, Laboratoire Parole et Langage, CNRS,  
Aix-Marseille Université.

## Remerciements

Merci à mes directrices de mémoire, Roxane Bertrand et Caterina Petrone, pour l'intérêt qu'elles ont porté à mon sujet, le soutien qu'elles m'ont apporté à chacune des étapes de ce mémoire, leur patience, leur intérêt communicatif pour divers aspects de la linguistique et leur bonne humeur.

Merci à Antonio, Carine et Alain Ghio, de m'avoir patiemment expliqué le fonctionnement de divers outils, aidé à mieux appréhender la structure de mon expérience, et enregistrer en chambre sourde.

Merci à Béatrice Priego-Valverde, qui au cours de ma licence et mon master m'a donné envie d'étudier l'interaction.

Merci à Cristel Portes, pour m'avoir aidée à concrétiser mon projet d'Erasmus en Master 1 et, m'avoir conseillée pour trouver mon sujet de mémoire et des chercheuses qui seraient intéressées par celui-ci à mon retour en France.

Merci à James German, sa patience infinie pour faire comprendre les statistiques à notre promotion, et l'aide qu'il m'a apportée sur le traitement des données de ce mémoire.

Merci à Daniel Francon, pour m'avoir invitée à assister à une formation pour soignants de l'IPC de Marseille, et ainsi démarrer ma réflexion sur le sujet.

Merci à mes camarades de promotion : Océane, Amel, Karl, Audrey et Massinissa, pour leur compagnie et leur discussion toujours agréables.

Merci à Eva Langrais d'avoir toujours été là pour moi ces 8 dernières années, m'avoir soutenue en toutes circonstances, et m'avoir (entre autres) appris à rédiger correctement.

Merci à Lenn Senges d'avoir patiemment écouté mes élucubrations sur la linguistique et initié mon intérêt pour le monde du soin.

Merci à mes parents Dominique et Bertrand, et mes sœurs Marion et Barbara pour leur amour et leur soutien indéfectible avant, pendant et après mes études.

Merci enfin, à tous ceux que j'oublie, mais qui ont eux aussi participé à mon parcours universitaire.

## Préambule

*Un malade espère toujours, mais quand le médecin lui dit : « C'est sérieux, vous savez, votre cas, » et même s'il s'empresse d'ajouter : « Remarquez, bien des gens dans votre état en sont revenus », sa phrase classique reste sans effet : l'angoisse s'est ancrée.*

André Giroux, *Le gouffre a toujours soif* (1953)

Imaginez une situation. Votre ami proche est malade. Vous en discutez avec une personne soignante qui s'occupe de lui : infirmier ou infirmière, aide-soignant, ou encore médecin. La voix triste d'inquiétude, vous dites « Il mélange ses mots ».

- Il mélange ses mots, répète votre interlocuteur d'une voix neutre.

Quel type de réaction auriez-vous ? Seriez-vous perturbé par cette réponse peu empathique, serait-ce normal de la part d'un soignant ?

Imaginez maintenant deux autres alternatives :

- (surpris) Il mélange ses mots ?!

- (triste) Il mélange ses mots...

Ces réponses, données par votre interlocuteur ou votre interlocutrice, seraient-elles perçues différemment ? Quelle réaction auriez-vous face à un soignant surpris ? Un soignant qui, empathique, serait triste avec vous ?

Ces trois types de réponses susciteraient différentes réactions de votre part. Il est possible qu'elles vous rassurent, vous réconfortent, vous inquiètent ou vous agacent. Bien que la qualité des soins prodigués soit un élément clef influençant notre perception concernant l'expertise d'un soignant, il est également important de ne pas sous-estimer l'impact de la communication. Elle permet de créer et modifier la relation médicale. De ce point de vue, qu'est-ce qu'un bon soignant selon vous ?

## Table des matières

Préambule	3
Introduction	6
Contexte sociétal	6
Contexte scientifique	9
Problématique	10
PARTIE I – Réussite de l’interaction en Linguistique Interactionnelle	13
1 – Accomplir l’interaction	14
1) Alignement et coopération	14
2) Affiliation et réponse préférée	14
2 – Affiliation et désaffiliation	15
1) Convergence et ratification	15
2) Notion d’ <i>appropriateness</i> et progressivité	16
3) Rôle social	17
3 – Interaction en contexte institutionnel	17
1) La consultation : une interaction médicale complémentaire	18
2) Compétence et empathie	19
3) Accomplissement de l’interaction médicale	20
Conclusion provisoire	21
PARTIE II – La prosodie dans l’interaction	22
1 – Notions acoustiques	22
2 – Les fonctions de la prosodie	22
1) Fonctions linguistiques	22
2) Fonctions paralinguistiques et multidimensionnalité de la prosodie	23
3 – Production et perception de la prosodie	25
1) Les émotions : définition linguistique et interactionnelle	25
2) Prosodie des émotions	25
a) Émotions de base	25
b) Neutre, tristesse, surprise : caractéristiques prosodiques	26
3) Les corpora joués pour la perception des émotions	27
Conclusion provisoire	27
PARTIE III – Focus sur un feedback : l’hétéro-répétition	29
1 – L’hétéro-répétition comme feedback	29
2 – Rôle de la prosodie émotionnelle dans l’hétéro-répétition	29
Conclusion	30
PARTIE IV – Etude de la perception de l’affiliation prosodique	32

1 – Questions de recherche et hypothèses	33
2 – Tâche de validation des stimuli écrits	34
1) Stimuli	34
2) Procédure et participants	35
3) Résultats	35
3 – Expérience de perception	35
1) Stimuli	36
a) Enregistrements actés	37
b) Conditions d'enregistrement	37
c) Création des items (Logiciel Praat)	39
d) Lancelot : modèle de l'expérience	40
2) Procédure	41
a) Questions posées aux participants	41
b) Outil de réponse : l'Echelle Visuelle Analogique	42
c) Passations de l'expérience	43
3) Participantes	44
4) Résultats statistiques	44
a) Statistiques utilisées	44
b) Résultats observés	45
PARTIE V – Discussion et Conclusion	50
1 – La perception de l'affiliation et de la compétence	50
2 – Les apports de notre étude	52
3 – Les limites de notre étude	54
4 – Perspectives futures	56
Bibliographie	59
Annexe 1 – Liste des stimuli	64

## Introduction

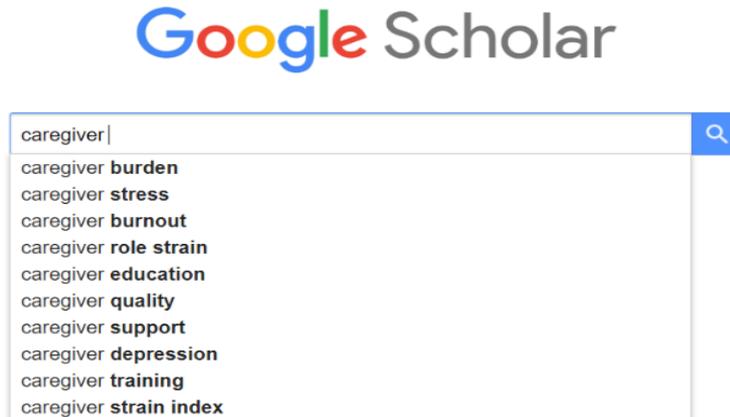
Le poids émotionnel du soignant par rapport au patient est une question qui n'est pas récente, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Il a longtemps été recommandé aux soignants de garder leurs distances envers les patients et leurs familles, ou aidants, afin de ne pas trop s'impliquer et de se préserver sentimentalement et émotionnellement. Une autre raison résidait dans le fait que l'on voyait la prise de distance comme plus professionnelle. A la fois professionnelle et sécuritaire donc, cette distance permettait aux soignants de jouer leur rôle de prestataires d'un service de santé et de savoir, tout en les protégeant de possibles sentiments parasites. Ces sentiments et affects sont susceptibles d'apparaître face à la détresse d'un patient, à son énervement ou à son état, et peuvent être de toutes sortes. Les émotions qu'ils éveillent chez le soignant peuvent interférer dans son travail en altérant négativement son jugement et son approche de la situation. Elles peuvent aussi affecter sa vie personnelle par de la tristesse, du stress, de l'énervement, ou plus généralement de la fatigue émotionnelle. Mais dans quelle mesure est-il souhaitable – ou même simplement possible – de se couper des affects d'autrui, particulièrement dans une situation où l'autre est vulnérable ? Faut-il vraiment choisir entre professionnalisme, compétence, et la démonstration d'une certaine forme d'empathie, d'affiliation à l'affect de l'autre ? Ce travail vise précisément à estimer si ces deux dimensions sont perçues comme mutuellement exclusives.

## Contexte sociétal

De nos jours, la vision de la médecine a changé et continue d'évoluer avec son temps. Les travaux d'Hildegard Peplau (Peplau, 1952) sur les relations interpersonnelles en soins infirmiers ont montré que la relation permettrait d'améliorer le soin en aidant les patients et leur entourage sur le plan émotionnel. Ses travaux ont permis de développer la notion de « relation thérapeutique » : « *a dynamic, two-way, reciprocal relationship between a caregiver and a patient and at times the patient's family* » (McKlindon & Barnsteiner 1999, cited by Ramjan 2004, 496), dans laquelle on demande aux soignants de plus s'impliquer. Mais comment s'impliquer en conservant l'image d'un soignant compétent ?

En conséquence de ces changements, la question du bien-être du soignant est cruciale, car la distance sécuritaire n'est plus aussi forte qu'avant. Les grèves déclarées ces dernières

années au sein du personnel soignant, ainsi que de récents articles de journaux (Le Monde<sup>1</sup>, La Dépêche<sup>2</sup>) sur la détresse liée à leur emploi (due à de multiples facteurs incluant le poids émotionnel, mais aussi le manque de personnel dans les hôpitaux), ont démontré qu’il fallait s’intéresser de plus près au sujet. La recherche, sur Google Scholar, de mots comme *caregiver*, *soignant(s)* ou *burnout* conduit à des propositions du moteur de recherche assez évocatrices en ce qui a trait aux thèmes et champs lexicaux des termes suggérés :



*Image tirée d’une recherche effectuée le 22/04/2019*

La version française du mot, « soignant » et « soignants », donne des résultats sur les relations et la communication : soignant(s) – soigné, famille, (et) patient, face, psychiatrie, soins palliatifs, et la démarche éthique, (face à la) mort, malade, (et la) communication. Le mot clef *burnout*, quant à lui, nous donne « burnout in nursing » et « burnout nurses » en troisième et neuvième positions.

En parallèle de cette évolution du soin, les attentes envers le patient ont elles aussi changé : « *The passive, accepting role adopted by patients in previous years is replaced by a more active, questioning approach, reflecting social change and a greater awareness of health issues [...]. Correspondingly the authoritative, paternalistic approach from professionals has been challenged* » (McQueen 2000, 723). De plus en plus, on demande aux patients d’être activement impliqués dans leur propre soin et leur santé, comme nous le développerons plus tard. L’évolution de la société et de l’éducation sont responsables de ces nouvelles attentes.

---

<sup>1</sup> *Ehpad : une ex-infirmière nous a raconté sa détresse* (janvier 2019) & *A l’hôpital, ces futurs médecins qui ne veulent plus tout sacrifier à leur métier* (mai 2019)

<sup>2</sup> *A l’hôpital, ces futurs médecins qui ne veulent plus tout sacrifier à leur métier* (2018)

Cette nouvelle approche est opposée à celle plus paternaliste que nous avons avant, selon laquelle le soignant possédait le savoir, face au patient – passif, comme son nom l’indique. Le premier avait donc un pouvoir très fort sur le second. Cette tendance est toujours présente aujourd’hui, quoique atténuée.

Nous pouvons nous demander quels facteurs influencent la vision que l’on a du soignant, des soignants, et du soin. Tout comme l’évolution du sens des mots, l’évolution des mentalités peut être lente. Lorsqu’un changement s’opère, un certain temps passe avant qu’il soit adopté de manière plus universelle, et avant que l’on puisse connaître son efficacité. A ce jour, à quel point les changements dans l’approche du soin ont-ils influencé nos perceptions ? L’âge, la profession, le milieu social, le niveau d’éducation ou encore le sexe des soignants comme des patients sont autant de facteurs qui modifient les relations interpersonnelles et notre perception du monde.

Le genre du soignant est d’une certaine importance pour l’interaction médicale. Les patients traités par des doctresses seraient globalement plus satisfaits de la consultation. Celles-ci seraient plus enclines à discuter des « social and family issues », « disease and illness experience », là où les docteurs « spend more time on technical aspects of care » (Bertakis 2009, 35). Les thèmes discutés par les doctresses semblent plus propices à montrer qu’elles comprennent l’émotion ressentie par les patients.

Le genre des patients et leur vision de la féminité et de la masculinité sont importants dans leur manière d’aborder le soin. En effet, cela influence la perception qu’ils auront à la fois de l’utilité de ce soin, mais aussi celle qu’ils auront de la performance des soignants : « *men who adhere to traditional notions of masculinity tend to have more negative attitudes toward seeking help and are more likely to rate a practitioner negatively on attractiveness, expertness, and trustworthiness than less “traditional” men* » (McKelley 2008, 102). D’autres études se concentrent sur les stigmatisations endurées par les « caregivers » au sens d’aidants (famille) – en fonction du genre – qui s’occupent d’un malade tous les jours dans le cadre de maladies de la mémoire (Akpınar, Küçükgüçlü, et Yener 2011; Hagedoorn et al. 2002; Kahn et al. 2016), ou celles endurées par les femmes souffrant de douleurs chroniques inexplicables, qui luttent pour « *make the symptoms socially visible, real, and physical when consulting a doctor* » (Werner et Malterud 2003, 1409).

Les questions du bien-être, du droit ou de l'attitude du patient sont des questions souvent traitées, en linguistique, ainsi qu'en philosophie et droit de la santé. Il en est de même pour la gestion des relations et les compétences en matière de communication. En linguistique interactionnelle, différentes étapes du soin comme l'auscultation, la consultation, le diagnostic ou même l'accouchement ont été étudiées (Cosnier, Grosjean, et Lacoste 1993). Le but était de décrire comment se construisent interactionnellement la relation de soin et la place du patient dans cette relation, le fonctionnement des interactions soignant – soigné, et la coopération interactionnelle dans les équipes de soin afin de mieux les aborder et en comprendre les dysfonctionnements.

Les études sur la compétence, les relations interpersonnelles en milieu soignant et le rôle de la communication et de la parole prospèrent donc depuis plusieurs années dans divers domaines. En linguistique interactionnelle sur les relations de soins (*ibid.*), en anthropologie sur la communication du médecin à travers les cultures (Mull 1993), en recherche sur les soins palliatifs (Tan, Zimmermann, et Rodin 2016) ou en psychologie clinique (Kitwood 1993). Dans le monde médical, il semble qu'une grande partie des théories autour des relations interpersonnelles et de la communication avec les patients soient liées aux sciences infirmières, avec des manuels infirmiers entièrement dédiés au thème pour une application pratique (Arnold et Boggs 2019). La linguistique a abordé le sujet de différentes façons, mettant l'accent sur divers aspects pouvant avoir un impact sur la relation, la communication et donc le soin et son succès. Ces aspects peuvent être les mots choisis, les rôles endossés par les participants dans ce type d'interactions, l'utilisation du regard et des gestes ou encore la compétence émotionnelle. Ce dernier aspect de la compétence émotionnelle, et sa démonstration dans l'interaction, a cependant moins été étudié que les autres en particulier sur l'usage de la prosodie, qui nous intéresse dans ce mémoire.

### Contexte scientifique

Notre mémoire sera donc mené sur ces thèmes. Les questionnements qui le guident ont été amenés par la thématique de la formation des soignants à l'annonce de mauvaises nouvelles –étudiée au Laboratoire Parole et Langage le projet ACORFORMed. Ce projet était coordonné par Philippe Blache et Magalie Ochs de 2015 à 2018 (Ochs et Blache 2016). Il visait à étudier la communication homme-machine en créant un agent conversationnel en réalité virtuelle.

L'avatar créé est un patient permettant aux soignants de s'entraîner à l'annonce d'événements indésirables graves (EIG), comme expliqué sur le site du projet<sup>3</sup>. Les vidéos sur lesquelles les chercheurs se sont appuyés pour la création de l'avatar proviennent de vraies formations de soignants à l'annonce de mauvaises nouvelles, données une à deux fois par an à l'Institut Paoli-Calmettes, un centre de prévention du cancer situé à Marseille. Ces formations et études s'intéressent à comment communiquer avec les patients et les aidants de la meilleure manière possible, mais également à comment les soignants peuvent mieux gérer ce type de situations. Nous nous demandons donc si les récents changements sociaux et sociétaux concernant les attentes autour du soignant et du patient et son entourage, peuvent avoir changé la perception que tout un chacun aura d'une interaction soignant-patient, et de la compétence d'un soignant. Nous avons choisi d'aborder ces questions du point de vue de la linguistique interactionnelle (Couper-Kuhlen & Selting 1996, 2017) et de la prosodie émotionnelle (Scherer 1974, 2003).

Un premier travail d'analyse du corpus de vidéos utilisé pour le projet ACORFORMed et le fait d'avoir pu assister et participer à l'une de ces formations le 19 octobre 2018 nous ont permis de mieux comprendre les questions qui sous-tendent ce thème. La situation correspond donc à l'annonce de nouvelles graves, et met en jeu des aspects divers liés aux : émotions, compréhension, bonne ou mauvaise interprétation, réaction. Les émotions susceptibles d'être ressenties par le patient comme par le soignant sont de la panique, de l'angoisse, de la colère, de l'incompréhension, du stress... Toutes peuvent être liées à une douleur physique du patient due à l'EIG, ou à la peur de ses conséquences sur la santé. Le soignant peut donc ressentir un certain malaise, ou de la gêne, selon la réaction du patient et le moment de l'annonce.

## Problématique

Dans une conversation, calquer les mots, la prosodie ou les gestes sur ceux de son interlocuteur permet de montrer qu'on comprend et qu'on s'adapte. La stratégie consistant à montrer son adhésion à un point de vue émotionnel, appelée « affiliation » (Stivers 2009) en analyse interactionnelle, est l'un des indices de réussite de l'interaction. Dans ce travail, nous nous intéressons à l'affiliation prosodique qui consiste à imiter la prosodie de son interlocuteur. Parmi les différentes fonctions de la prosodie, la fonction expressive permet en effet de transmettre des émotions. On parle alors de prosodie émotionnelle. Dans ce travail, elle est

---

<sup>3</sup> Lien vers le site du Projet ACORFORMed : <http://www2.lpl-aix.fr/~acorformed/>

principalement abordée sous l'angle de la perception. Dans le cadre d'une interaction mettant en scène un soignant et son patient, nous nous demandons si l'affiliation prosodique est toujours le gage de réussite de l'interaction.

Quelle que soit la situation, l'affiliation se fait donc par les mots, par la prosodie, ou en associant les deux. Lors de conversation, répéter ce que le locuteur principal est en train de dire peut permettre de s'affilier grâce à des mots et à une prosodie calqués sur ceux du locuteur.

*Par exemple :*

Martha : J'ai mangé des yakitoris à Kyoto.

Alec : A Kyoto ?

Ce phénomène appelé hétéro-répétition a plusieurs fonctions dans l'interaction qui peuvent varier selon la prosodie appliquée sur l'énoncé : montrer son attention, demander une confirmation, et donner une réponse positive ou une réponse négative. La fonction de réponse positive peut permettre de s'affilier à l'émotion de l'interlocuteur. L'étude de l'hétéro-répétition permet de tester la prosodie : lorsque celle-ci est affiliative c'est-à-dire similaire à celle de la source de l'énoncé, ou lorsqu'elle ne l'est pas et qu'elle a donc une prosodie différente qui peut véhiculer d'autres émotions, comme le neutre et la surprise (cf. ce travail).

Dans ce mémoire, nous nous concentrerons sur les hétéro-répétitions du soignant. En faisant varier leur prosodie (c'est à dire en choisissant des cas d'affiliation ou de désaffiliation prosodique), nous nous interrogerons sur la manière dont sont perçus le professionnalisme ou la compétence du soignant. Du côté du patient et plus particulièrement de l'aidant, nous pensons que la situation des pousserait à ressentir de la tristesse, et à la montrer au travers de leur prosodie. L'idée selon laquelle l'interaction réussie se ferait par l'affiliation voudrait donc que le soignant réponde à la tristesse par de la tristesse, et non par du neutre. Nous pouvons cependant nous demander si un soignant affichant une émotion triste serait perçu comme compétent dans son métier par son interlocuteur. Enfin, nous nous sommes demandé quelle prosodie serait, pour nous, la plus « inappropriée » venue d'un soignant, car elle entraînerait des doutes sur la compétence professionnelle du soignant. Nous pensons que la prosodie de la surprise donnerait une impression d'incompétence professionnelle sur la maladie qui pourrait être alarmant. Ces trois attitudes et leur réalisation prosodique – liées à la neutralité, la tristesse et la surprise – ont donc attiré notre curiosité pour leurs effets potentiels sur la perception de l'interaction soignant – patient.

En définitive, la question centrale qui guide notre mémoire est : comment l'affiliation prosodique est-elle modulée par le rôle social des interactants ?

Cette question générale sera traitée dans le contexte de l'interaction médicale, avec pour fil rouge deux sous-questions : quelle prosodie est considérée comme affiliative pour un soignant ? Le choix de l'affiliation est-il perçu comme une preuve de compétence pour celui-ci ? La problématique sera abordée du point de vue de deux approches de la linguistique : l'analyse interactionnelle et l'analyse de la prosodie. Pour ce faire, nous avons mis au point une expérience de perception en opposant deux contextes sociaux avec les trois prosodies conservées. Le premier contexte reproduit une interaction médicale (la condition expérimentale qui nous intéresse le plus), tandis que le second reproduit une interaction amicale (condition contrôle). Les enjeux de l'interaction seront différents tant sur le plan des relations interpersonnelles – liées notamment aux rôles sociaux différents des interactants –, que sur le but même de l'interaction qui n'est pas le même dans les deux contextes donnés.

## PARTIE I – Réussite de l'interaction en Linguistique Interactionnelle

La linguistique Interactionnelle a pour objectif d'analyser de manière méthodique et systématique les interactions de nature différente, et de mettre en relation les ressources linguistiques disponibles aux locuteurs avec les actions sociales. Les interactants construisent l'interaction ensemble, qu'ils soient deux ou plus, en coopération (Grice 1975 ; Clark 1996). Cette coopération entre chacun des participants à l'interaction est nécessaire au bon déroulé de celle-ci. Les participants coopèrent aux niveaux structurel et émotionnel.

La Linguistique Interactionnelle prend ses racines dans l'Analyse Conversationnelle (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, Sidnell & Stivers 2012), et a pour objectif de dévoiler « the linguistic practices that are fitted to particular social action formats » (Hall 2019, 83) : l'interaction est ordonnée, régie par des règles et des principes stricts auxquels les participants obéissent. Elle est ordonnée en tours de parole des locuteurs, regroupés en séquences qui permettent de comprendre la structure en découpant en unités plus petites : « general patterns or general practices which can be isolated and described through which sequences – courses of action implemented through talk – get organised » (Schegloff 2007, 3). Ces séquences font partie d'une activité conjointe plus générale à laquelle les interlocuteurs participent. Cette activité a un but commun que chacun va chercher à atteindre conjointement, d'où la nécessité de coopérer.

Les données sur lesquelles travaillent les chercheurs dans cette approche de la linguistique sont très différentes, allant de la conversation aux débats en passant par les interactions médicales. Chaque type d'interaction met en jeu des activités différentes : il est donc nécessaire d'examiner le fonctionnement de chacune pour en comprendre la structure et les pratiques - ressources linguistiques verbales, prosodiques, mimogestuelles - qui y sont attachées. Majoritairement, les interactionnistes ont longtemps eu la préférence pour un recueil de données authentiques enregistrées en situations réelles (situations de travail, enregistrement des centres d'appels téléphoniques). Les interactions ainsi enregistrées sont transcrites afin d'observer les mots, les chevauchements de parole, l'intonation, les pauses, les allongements ou encore les répétitions selon le focus de l'étude.

Ces corpus aux données les plus écologiques possibles permettent de lier l'interaction aux actions sociales. Depuis quelques années cependant, et comme l'ont souligné les auteurs de la LI (Couper-Kuhlen et Selting 2017), des données différentes sont analysées. Notamment, des corpus de données semi-spontanées ont vu le jour comme le CID au Laboratoire Parole et

Langage (Bertrand et al. 2006). Ils s'appuient sur les connaissances issues de la discipline pour construire des données interactionnelles plus aisément exploitables : par exemple des données enregistrées en chambre sourde avec des micro-casques et des caméras qui permettent d'obtenir des données de qualité optimale. Désormais il est possible de tester les phénomènes découverts de manière encore plus expérimentale, notamment en perception comme dans notre étude, afin de valider ce qui a été observé dans ces corpus et valider leur pertinence différemment.

## 1 – Accomplir l'interaction

### 1) Alignement et coopération

Certaines caractéristiques interactionnelles se retrouvent à travers les différents types existants, comme l'alignement et la coopération. Ainsi, face à une personne produisant une affirmation et enchaînant par « Tu es d'accord avec moi ? », la réponse la plus coopérative serait, *a minima*, de répondre à la question posée. Le premier énoncé contraint donc, et oriente le second. La réponse se place alors dans la même ligne structurelle, car elle répond aux attentes que projette le premier énoncé sur le second : une salutation entraîne une salutation, une question entraîne une réponse. Ce mécanisme, appelé « alignement » (Stivers 2008) agit donc au niveau structurel et satisfait au principe de coopération fondamental pour que réussisse l'interaction (Grice 1975 ; Clark 1996), en acceptant la structure de l'interaction proposée par le locuteur.

Au but commun autour duquel tous les participants, en théorie, coopèrent structurellement, s'ajoutent les buts personnels de chaque personne en fonction du rôle qu'elles ont dans l'interaction et du type même de celle-ci : par exemple dans une classe, on coopère pour faire le cours, le but du professeur est d'enseigner, celui des élèves est d'apprendre. De plus, l'identité d'une personne hors interaction influence sa manière d'aborder celle-ci. Certains types d'interactions sont propices à un partage équilibré des tours de parole comme la conversation de tous les jours, d'autres le sont moins comme lorsqu'un participant raconte une histoire : l'un des locuteurs prend alors la parole pour un temps beaucoup plus long, et les autres écoutent et renvoient des feedbacks (Schegloff 1982; Allwood, Nivre, et Ahlsén 1992; Bunt 2011) pour signifier qu'ils entendent, comprennent, et sont d'accord ou non avec ce qui est dit.

### 2) Affiliation et réponse préférée

Lorsque l'on est locuteur principal dans une interaction, les feedbacks donnés par nos interlocuteurs nous permettent de continuer à parler en ayant un retour sur ce que l'on dit. Grâce à cela nous pouvons nous adapter à eux : leur attention, leurs connaissances, leur

compréhension, leur avis. Ces feedbacks sont des réponses de formes variées, gestuelles ou vocales. Elles sont donc nécessaires, et il en existe certaines que le locuteur va préférer à d'autres. En effet lorsque l'on s'exprime, on expose aussi notre *stance*. Ce *stance* est le point de vue émotionnel et attitudinal que nous exprimons par rapport à nos propres paroles (Stivers 2008, 37). Les feedbacks donnés par l'interlocuteur au locuteur principal servent notamment à exprimer son propre *stance* sur ce qui est dit, en écho ou en désaccord avec celui du locuteur. Le feedback est alors « *treated as the response that the teller conveys to be his or her own orientation to the event.* » (*ibid*, 38). Le fait d'exprimer son *stance* en écho correspond au fait de s'affilier. Stivers différencie l'*affiliation* de l'*alignement*, l'un agissant au niveau émotionnel, l'autre au niveau structurel (comme évoqué ci-dessus).

Ainsi, dans notre phrase « Tu es d'accord avec moi ? », il est probable que le locuteur convoie un *stance* qui indique qu'on devrait être d'accord avec lui. Un « oui » ou un geste de tête montrant l'assentiment sera donc préféré à un « non ». La notion de réponse préférée a été développée par Sacks en 1987 pour expliquer ce phénomène du feedback lorsqu'il reflète le *stance* de l'interlocuteur, car c'est la réponse que le locuteur va préférer parmi d'autres réponses envisageables. S'affilier permet de répondre à l'affect exprimé par le locuteur en miroir : « *Sacks (1974) and Jefferson (1978) have both suggested that the preferred response to a storytelling is the provision of a stance toward the telling that mirrors the stance that the teller conveys having* » (*ibid*, 33), en s'accordant au niveau attitudinal et émotionnel avec l'interlocuteur. Cela peut se faire à travers la prosodie, les mots, les gestes. Il est donc courant de considérer que l'alignement et l'affiliation sont nécessaires pour donner la réponse attendue, voire préférée, à son interlocuteur. Pour le premier il faut donner la réponse structurelle préférée, pour le second il faut donner la réponse émotionnelle préférée : une réponse à une question, un rire à une blague.

## 2 – Affiliation et désaffiliation

### 1) Convergence et ratification

La question de la réponse préférée et de l'utilité de l'alignement et l'affiliation conjuguées pour l'atteindre n'est cependant pas aussi simple. L'alignement est généralement considéré comme une étape nécessaire à l'affiliation, et la réponse préférée est souvent liée à la présence d'affiliation ou non. Cependant, ces deux notions sont liées à d'autres paramètres comme la convergence et la ratification, qui rendent la réponse préférée plus compliquée qu'une simple addition chronologique d'ingrédients nécessaires.

En effet, Bertrand et Priego-Valverde (2017, 6) ont démontré l'utilité de l'alignement et de l'affiliation – s'ils sont ratifiés discursivement, c'est-à-dire acceptés par un feedback réponse du locuteur principal – pour atteindre ce que l'on appelle la convergence interactionnelle. Cette convergence est le fait que les participants arrivent à s'accorder et se rapprocher interactionnellement pour atteindre le but de l'interaction. Généralement, on considère qu'elle permet une interaction réussie, offrant une réponse préférée au locuteur principal puisqu'elle conjugue alignement et affiliation. Dans leur étude sur la convergence dans la *listing practice* comme activité en collaboration, les chercheuses démontrent qu'une réponse qui pourtant semblait alignée et affiliée peut s'avérer « *an inappropriate response (misaligned response) resulting in a less interactional convergent trajectory* » (Bertrand et Priego-Valverde 2017, 30), si la réponse n'est pas ratifiée dans le tour de parole qui suit. Tout comme on peut se désaligner de l'interlocuteur, on peut se désaffilier et ainsi être moins convergent avec son interlocuteur. Nous nous demandons si cela peut entraver la réussite de l'interaction. Comment un médecin exprimant de la surprise désaffiliée par rapport au *stance* d'un patient ou d'un aidant va-t-il être jugé, et ce jugement peut-il faire échouer l'interaction ?

## 2) Notion d'*appropriateness* et progressivité

La question du caractère approprié ou *appropriateness* de l'affiliation est extrêmement intéressante pour l'étude plus générale des interactions, puisqu'elle joue un rôle dans l'acceptation ou non de l'affiliation, et dans le jugement que l'on porte sur les actions et les dires d'une personne. Le caractère approprié d'une intervention se vérifie interactionnellement notamment avec les concepts de préférence et de progressivité. La progressivité est le fait que la progression de l'interaction prime, en théorie, sur d'autres paramètres (alignement, affiliation, convergence) que l'on considère généralement essentiels à celle-ci : si une question est adressée à quelqu'un, le locuteur qui l'a produite va préférer qu'une personne autre réponde à la question plutôt que de rester sans réponse si la personne adressée n'est pas en mesure de répondre. Lors d'une interaction à trois si le locuteur actuel sélectionne le prochain (en lui adressant une question directe par exemple) et que celui-ci n'est pas en mesure de répondre, la progression prime alors sur cette sélection. Le locuteur préférera que la personne non adressée brise l'alignement en répondant à la place de l'autre, plutôt qu'un silence qui couperait la progression et donc la réussite de l'interaction (Stivers et Robinson 2006).

Le second facteur du caractère approprié d'un feedback est la préférence exprimée par le locuteur. Un tour de parole produit par celui-ci crée des attentes envers la réponse que va

fournir l'interlocuteur sur les plans structurel et émotionnel, qui doit être appropriée. Une réponse doit être appropriée par rapport à ce qu'attend le locuteur mais va aussi l'être en fonction de l'intention de l'interlocuteur, dans le contexte interactionnel et social. Dans une étude mettant en jeu une conversation téléphonique entre une fille et son père, Selting (2010) démontre que l'affiliation à ce qu'elle raconte serait certes préférée par la fille (locutrice principale), mais ne donnerait pas nécessairement une interaction réussie du point de vue de son père, l'interlocuteur. Dans l'extrait décrit, la fille raconte sa dispute avec son copain. Selting montre que tout est fait par la fille pour inciter son père à s'affilier à son point de vue. Cependant, bien que les indices soient nombreux, le père répond d'une manière « *emotively "cooler"* » (*ibid.*, 255). L'hypothèse de l'autrice est qu'il cherche par ses réponses désaffiliées à jouer son rôle de père : « *With respect to affect display, there is no display of matching affects here, no reciprocity in the display of affectivity. Exactly this not-matching of affect displays seems to make us as researchers analyze this as 'doing being father' here, that means: Something contextually specific.* » (*ibid.*). Ainsi, pour la bonne progression de l'interaction il est nécessaire que les énoncés soient considérés appropriés, ce qui est déterminé interactionnellement par la volonté affichée des deux interactants et leurs rôles dans l'interaction.

### 3) Rôle social

L'acceptabilité, le caractère approprié de nos paroles et démonstrations d'affects, sont toujours à prendre en contexte, interactionnel mais aussi social. Erving Goffman parle notamment de l'importance du rôle interactionnel. C'est « *cette capacité spécialisée, qu'elle soit professionnelle, domestique ou autre, manifestée sur scène ou en coulisse, qu'Erving Goffman (1974 : 136) qualifie de « rôle »* » (Weizman 2006, 7). A ce rôle que chacun prend pour une interaction – et qui reste modifiable et multiple au cours de l'interaction –, et le contexte physique et temporel de celle-ci, s'ajoute un autre paramètre : les relations interpersonnelles. Nous les développerons dans le cadre des relations de soin.

### 3 – Interaction en contexte institutionnel

Notre mémoire porte sur un contexte particulier : le milieu soignant et les questions qui émergent autour des compétences qui leur sont nécessaires de nos jours. C'est un contexte régi par des règles particulières à chacune des institutions qui le composent : hôpital, clinique, cabinet, domicile. Il y a donc des règles de l'interaction, des compétences, des rôles soignants particuliers à cette dernière. Nous nous situons donc dans l'étude de l'« *institutionalized talk-*

*in-interaction* » et non de l'« *everyday conversation* » (Kupetz 2014, 5). Les interactions en institution sont décrites comme « *task-oriented interactions* » (Goodwin et Heritage 1990, 296). Nous pensons que ces interactions orientées vers un but particulier, lié à l'institution, pourraient être réussies d'une façon différente des autres.

1) La consultation : une interaction médicale complémentaire

Comme tout type d'interaction, l'interaction médicale en consultation obéit à des règles précises. La consultation par exemple, est construite en plusieurs phases ordonnées : ouverture, définition du problème (interrogatoire, ou entretien), examen, diagnostic, discussion, prescription, clôture (Cosnier 1993, 22). Le but commun de l'activité dans laquelle sont engagés les interactants est le soin. La phase d'entretien de départ, avant l'auscultation, est très intéressante d'un point de vue interactionnel et social. Les patients, dans cette phase, « *parviennent à gérer les exigences contradictoires de la pratique médicale contemporaine ; des exigences qui nécessitent leur expertise, mais aussi leur reconnaissance des compétences spécialisées du médecin* » (Heath 1993, 75). Ces exigences sont à la base de l'asymétrie qui régit ces interactions.

Tout comme la relation du père et de sa fille dans l'étude de Selting (2010), la relation même soignant – patient est asymétrique. Ne pas s'affilier permet à l'interlocuteur de ne pas s'apitoyer pour sa fille, ne pas « aller dans son sens », mais plutôt écouter, montrer qu'il a entendu, et répondre de façon raisonnable et réfléchi afin de jouer son rôle de père. Le père, comme le soignant, est une figure d'autorité. La position de force et l'asymétrie qui en découle sont le résultat d'une position sociale haute créée par le fait que l'un comme l'autre a l'expertise nécessaire pour fournir un service, un savoir ou un conseil à leur interlocuteur. Ces interactions asymétriques sont donc opposées à celles, symétriques, que l'on retrouve dans les relations entre amis par exemple.

Dans le contexte précis de la relation médicale, cependant, on parle d'asymétrie complémentaire, où les deux personnes impliquées dans la relation seront tour à tour « en position de *leader* » (Marc et Picard 2015, 36). Le patient-narrateur des symptômes est en demande d'aide mais a des informations sur lesdits symptômes, et le soignant-destinataire du récit a les connaissances abstraites qui lui permettront de trouver des solutions, mais a besoin de détails sur la maladie pour pouvoir les appliquer à la réalité et ainsi répondre au patient. Le patient pourra alors décider d'accepter le diagnostic et suivre les conseils ou non, selon s'il croit suffisamment son médecin ou non.

## 2) Compétence et empathie

En linguistique, Hymes (1972), définit la compétence de communication. Il réfute la vision de Chomsky sur une compétence linguistique et sa performance. Pour lui, les deux ne doivent pas être séparées. La compétence de communication est donc la connaissance que l'on a de la langue, et les connaissances que l'on a sur comment l'utiliser de manière appropriée, selon le contexte. Par ailleurs, la compétence professionnelle en milieu soignant est définie comme « *the habitual, and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and the community being served* » (Epstein et Hundert 2002, 1). Les connaissances, les talents techniques, le raisonnement clinique, les valeurs, la réflexion, sont des éléments entremêlés à ce que nous souhaitons étudier ici, mais auxquels nous ne toucherons qu'au travers notre sujet d'étude, qui se rapproche plus de l'utilisation « habitual, and judicious » de la communication et des émotions. Utiliser sa compétence de communication judicieusement correspond à cette notion linguistique de compétence de communication que nous venons de décrire.

C'est une compétence particulièrement utile dans les métiers au contact de personnes. Utilisée avec le patient, elle peut être ramenée à l'utilisation des bons mots, des bonnes questions pour tout d'abord comprendre le problème, puis lors du diagnostic pour se faire comprendre sans ambiguïtés. Grâce à cette communication et à son savoir, un médecin, un psychologue ou un infirmier sera capable d'amener son patient à accepter un traitement malgré la « *more active, questioning approach* » (McQueen 2000, 723) requise des patients de nos jours, et expliquée par les changements sociaux, les travaux sur les relations interpersonnelles de Peplau et leurs suites.

La compétence émotionnelle que doit développer le soignant renvoie à deux choses : l'utilisation des émotions du soignant, et l'utilisation de celles du patient, dans un but thérapeutique. Si le soignant doit utiliser les émotions « judicieusement », il doit alors les reconnaître, les contenir ou les exacerber, les éliciter, afin de créer et entretenir une relation de confiance avec le patient. La gestion des émotions renvoie à des termes tels que : empathie, compassion, sympathie. Ces mots ont des significations proches mais ne sont pas interchangeables. Dans la recherche en soins infirmiers et la psychologie clinique, ces notions sont primordiales. Cependant, nous ne traiterons pas ici de sympathie - risquée émotionnellement pour le soignant car décrite comme une « *une contagion des émotions* » (Jorland 2006, 59) -, ni de compassion, qui se rapporte à l'action que l'on fera vers la personne avec laquelle on est en empathie ou en sympathie. L'empathie en revanche, permet de se mettre

à la place d'autrui et donc du patient, pour comprendre ses sentiments et ensuite choisir de les ressentir ou non, permettant au soignant d'améliorer la relation thérapeutique (Jorland 2006; Segura 2018). Elle est souvent liée à la théorie de l'esprit en psychologie et psycholinguistique : « *cognitive insight into other people's intentions and beliefs, including false beliefs* » (Ford et al. 2011, 628). C'est une capacité essentielle pour avoir des relations interpersonnelles avec une intentionnalité partagée (*ibid.*, 642) comme lors d'une interaction thérapeutique, et une compétence émotionnelle nécessaire aux relations de soin. Dans ce travail, nous nous intéressons à la manifestation interactionnelle de l'empathie du soignant envers son patient qu'est l'affiliation : « *emotive involvement and affectivity is displayed, responded to and negotiated in talk-in-interaction. This is what we call the 'management of affectivity by the participants in interaction'* » (Selting 2010, 272).

### 3) Accomplissement de l'interaction médicale

L'étude de la perception que l'on a d'un soignant qui véhicule des émotions de surprise, de tristesse ou qui reste neutre nous aiderait à comprendre comment un patient ou un aidant se représentera le médecin, l'infirmier, le chirurgien qui lui fait face. De telles connaissances pourraient permettre au soignant de mieux réagir. Ainsi, si l'on découvre qu'un patient qui s'exprime avec une prosodie triste considère son médecin comme peu compétent s'il lui répond sur le même ton, par exemple, il serait possible d'améliorer l'interaction entre les deux partis. Améliorer l'interaction en évitant de montrer des émotions qui seraient mal reçues pourrait améliorer la relation, et ainsi le soin.

D'un point de vue strictement linguistique, cela permet d'observer comment est atteint le but d'une interaction médicale (le soin), et la façon dont l'interaction est accomplie : quelles stratégies émotionnelles sont utilisées ? Ces stratégies sont-elles les mêmes que pour l'interaction hors institution, représentée par un contexte amical ?

Lorsque le rendez-vous chez le médecin se termine, le but de l'activité de soin doit avoir été atteint pour que l'interaction puisse être considérée comme accomplie. Le soin est atteint grâce à une relation de confiance et la complétion de ce qui est attendu de chacun des rôles sociaux. Pour que le patient ne remette pas en doute le diagnostic, le médecin doit paraître compétent.

### *Conclusion provisoire*

Face à la production d'un locuteur, l'interlocuteur peut s'aligner et s'affilier via son feedback à celui-ci, afin de donner la réponse préférée à son énoncé. Cette préférence sera conditionnée par le besoin du patient de voir face à lui un soignant qui paraît compétent. Nous pensons que le type de réponse préférée varie d'un type d'interaction à l'autre en fonction des rôles et émotions, et nous voulons savoir dans notre étude quelle est la réponse feedback (émotionnelle) généralement préférée pour un soignant face à un aidant. A ces fins, nous souhaitons comparer la même réponse selon qu'elle est adressée à l'aidant par un soignant ou par un ami. De plus, nous pensons que l'utilisation de l'affiliation ou la désaffiliation n'aura pas le même impact sur la réussite de l'interaction : nous pensons qu'elle peut participer à son échec ou sa réussite en fonction des rôles sociaux mis en jeu.

La plupart des études ont abordé la notion d'affiliation via la production, comme celle de Selting (2010) sur le père et sa fille. Pour montrer qu'une interaction est réussie, on montre que les participants s'affilient via des procédés ou des pratiques discursives spécifiques comme le rire, ou le hochement de tête. Nous nous intéressons ici au **versant perceptif de l'affiliation**. Les connaissances produites par l'étude des corpus de données authentiques sur l'interaction nous permettent aujourd'hui d'aborder le sujet d'une autre manière. Ainsi, grâce à ce que l'on sait sur les pratiques relatives à l'affiliation et à la **réussite de l'interaction**, nous souhaitons étudier le fonctionnement de celle-ci dans une **étude expérimentale**. Comment sont perçues **l'affiliation** ou la **désaffiliation** manifestées par un interlocuteur dans une interaction d'un type particulier ? Quelle est, finalement, l'influence de cette affiliation sur la réussite de l'interaction considérée ?

## PARTIE II – La prosodie dans l’interaction

Nous souhaitons étudier l’affiliation interactionnelle telle qu’elle est produite au travers de la prosodie des émotions, afin de découvrir quel rôle cette prosodie et le rôle social de l’interlocuteur jouent sur la perception de la compétence attribuée à celui-ci et sur l’affiliation qu’il montre. La prosodie concerne les aspects suprasegmentaux de la parole et participe à son organisation au travers du rythme (l’organisation temporelle de la parole) et de l’intonation (la « mélodie » de la parole). Par le biais de plusieurs corrélats acoustiques, perceptifs, articulatoire, la prosodie est utilisée pour véhiculer à la fois des informations linguistiques (par exemple, au niveau du mot, la position de l’accent lexical ou, au niveau de l’énoncé, le type de phrase, tel que les questions vs. affirmations) ou paralinguistiques (l’état émotionnel du locuteur ou son âge, par exemple). Nous allons aborder quelques notions acoustiques concernant la prosodie, puis nous discuterons plus en détail de ses fonctions linguistiques et paralinguistiques.

### 1 – Notions acoustiques

Trois paramètres acoustiques de la prosodie sont souvent cités. La fréquence fondamentale (F0) est le corrélat principal de l’intonation. La F0 correspond au niveau physiologique à la fréquence à laquelle les cordes vocales vibrent : elle est calculée en nombre de cycles vibratoires par minute. La F0 ne concerne que les sons utilisant les cordes vocales : « t » par exemple, n’a pas de F0. La fréquence fondamentale est fortement influencée par des facteurs comme l’âge, le sexe, la provenance de la personne qui parle. La durée est celle de la prononciation des unités linguistiques (un phonème, un mot, une phrase). Elle est influencée par le débit de parole, les pauses et les silences ainsi que la longueur des mots, des phrases, des sons (Vidrascu 2007, 200). L’intensité ou l’amplitude est relative à la force de la voix. Acoustiquement, c’est l’énergie du son en fonction de la pression sous-glottique, des muscles et du larynx. Il existe d’autres paramètres tels que la qualité de la voix, liée au timbre, qui varie en fonction de l’appareil vocal et sa forme.

### 2 – Les fonctions de la prosodie

#### 1) Fonctions linguistiques

En dehors de ces considérations physiques, la prosodie a des fonctions linguistiques et des fonctions paralinguistiques. Les fonctions linguistiques servent beaucoup à discriminer entre plusieurs possibilités à différents niveaux. La prosodie peut avoir une fonction de discrimination lexicale. En particulier, l’accent lexical (ou « stress ») peut selon les langues

porter une valeur sémantique et différencier deux mots autrement identiques. C'est le cas dans beaucoup de langues comme l'espagnol, l'anglais, le suédois, l'italien. En italien par exemple, si le stress est placé sur la première syllabe du mot « *ancora* », on parle d'une ancre. S'il est placé sur la pénultième, il veut dire « encore ». Elle permet aussi de différencier le type de phrase produites : question, assertion, demandes, offres. En français et dans d'autres langues par exemple, on différencie une question dont le patron d'intonation comporte une montée finale, d'une affirmation dont le patron comporte une descente finale. L'intonation joue aussi un rôle dans la mise en relief d'un mot à l'intérieur d'un énoncé, la focalisation prosodique (Jun et Fougeron 2000) :

(1) Le CHAT a fait tomber le poisson

(2) Le chat a FAIT TOMBER le poisson

Dans (1), on insiste par l'intonation sur le fait que c'est le chat et pas autre chose qui a fait tomber le poisson. Dans (2), on insiste sur le fait que le chat a fait tomber le poisson, et pas autre chose (comme le manger par exemple).

La prosodie peut aussi permettre la « segmentation/hierarchisation » qui permet de structurer l'énonciation (à des niveaux phonologiques, morphologiques, syntaxiques, et la « modalisation » qui permet de différencier le type d'énoncé (l'interrogation, l'exclamation, la déclaration) (Audibert 2008, 50).

## 2) Fonctions paralinguistiques et multidimensionnalité de la prosodie

La prosodie peut aussi avoir des fonctions paralinguistiques. Celles-ci sont relatives aux informations sur l'individu comme l'âge, le genre, la provenance géographique, la santé d'une personne. Nous nous intéressons ici à une autre fonction paralinguistique : celle de l'expression des émotions. La prosodie, et particulièrement l'intonation, est multidimensionnelle. Elle véhicule les fonctions linguistiques et les fonctions paralinguistiques en même temps, en faisant varier les patrons prosodiques : il est possible d'exprimer, avec une même phrase, une question ou une affirmation avec une attitude agacée, par exemple. Pour un même énoncé, on peut avoir un « *group of tonal morphemes that are distinctive and convey discrete differences in linguistic meaning (e.g., question and focus)* », et des variations phonétiques qui « *conveys differences in paralinguistic meaning (e.g., attitudes and emotion)* » (Prieto 2015, 3).

Petrone et al. (2018) ont étudié dans un corpus créé les interprétations linguistiques et paralinguistiques des tons montants et descendants dans les requêtes (« Can you bring me some water ? ») et les offres (« Can you bring me some water ? ») en anglais américain. Ce sont deux types d'énoncés généralement prononcés avec un ton montant, que l'on peut créer avec une

syntaxe similaire : « Can I » pour l'offre et « can you » pour la requête. La difficulté de réalisation de la requête ou la demande pouvant influencer la perception des énoncés, les énoncés gardés ont été égalisés à ce niveau (après une tâche de jugement). Ces deux types d'énoncés ont été choisis par ce sont des « *socially relevant speech acts* » (Petrone et al. 2018). En effet, une offre ou une requête mettent en jeu la façon dont on va percevoir celui qui les produit : l'interlocuteur est-il autoritaire dans sa requête, est-il sincère dans son offre. Ces deux notions d'autorité et sincérité sont, de plus, liées aux rôles sociaux et aux relations de pouvoir entre les interlocuteurs : une requête faite par un supérieur hiérarchique dans une relation asymétrique ne met pas en jeu les mêmes choses qu'une requête produite dans une relation symétrique (entre deux amis par exemple). Les participants à l'expérience répondaient sur une échelle continue aux questions posées. Les chercheurs ont montré que l'utilisation d'un ton descendant transforme la simple requête ou la simple offre en un énoncé exprimant la mauvaise humeur du locuteur. Avec cette même intonation, il était perçu comme ayant plus d'autorité si c'était une requête, et à quel point il est sincère si l'énoncé était une offre. Nous pouvons nous demander quel impact le rôle social aurait eu sur la perception de l'autorité, la sincérité et l'agacement s'il y avait eu une condition « rôle » du locuteur avec, par exemple, un patron ou un enfant. Cette question est précisément celle à laquelle nous souhaitons répondre dans notre travail. Nous voulons savoir si le feedback, selon qu'il est exprimé avec surprise, neutralité ou tristesse par un soignant ou un ami, a une influence sur la manière dont celui qui l'a produit est perçu par son interlocuteur. Comme nous ajoutons la question de l'affiliation nous nous demandons : lorsque le médecin ou l'ami s'affilie ou non (d'un point de vue prosodique), y a-t-il un impact sur la perception par l'interlocuteur de sa compétence professionnelle ou amicale ?

Une étude sur le catalan (Astruc, Vanrell, et Prieto 2016), elle aussi sur les requêtes et les offres, a fait varier la distance sociale entre les participants (par exemple : deux sœurs *versus* deux étrangers) et la relation de pouvoir de l'interlocuteur sur le locuteur (l'interlocuteur est un patron ou un collègue). Ces deux variables sont très proches de nos questionnements sur le rôle social, qui implique des relations de pouvoir différentes avec une interaction symétrique ou asymétrique. La relation de pouvoir ne faisait pas varier le contour prosodique pour la demande ni pour l'offre, mais la distance sociale créait une différence, avec des questions à l'intonation montante plus fréquentes si la relation était proche que si elle était éloignée.

La prosodie est donc multidimensionnelle. Il semble qu'elle puisse donner des informations linguistiques et paralinguistiques en même temps, et qu'elle puisse varier en fonction du type d'énoncé, du *stance* que l'on affiche et des rôles sociaux des locuteurs.

### 3 – Production et perception de la prosodie

#### 1) Les émotions : définition linguistique et interactionnelle

En linguistique l'émotion, les affects et les attitudes sont des termes qui gravitent les uns autour des autres. Le terme *affect* est lié à celui d'émotions, et est défini comme un terme large en regroupant d'autres : « *Following Ochs & Schieffelin (1989: 7), the term 'affect' is used as a broader, superordinate term. 'Affect' thus comprises everything related to emotive involvement in the broader sense, that means: 'Emotions' ('Emotionen') - including 'basic emotions', 'feelings' ('Gefühle'), 'moods' ('Stimmungen', 'Launen'), 'dispositions' ('Veranlagungen', 'Dispositionen'), and 'attitudes' ('Einstellungen') (cf. ibid.). Much of this has more recently also been subsumed under the term 'stance' ('Haltung'; cf. Stivers 2008; M.H. Goodwin & C. Goodwin 2000) » (Selting 2010, 230). En interaction et en Analyse Conversationnelle, les émotions sont considérées des « *'displays' performed in interactional contexts with communicative intent (Harré 1986) » (ibid.). Les émotions seraient donc en quelque sorte mises en scènes par le locuteur afin de communiquer un *stance* sur ce qu'ils disent. Elles sont décelables, par des « *modifications plutôt brusques (expression faciale, vocale, posturale et comportementale) » (Piolat et Bannour 2008, 8).***

#### 2) Prosodie des émotions

##### a) Émotions de base

Les émotions sont un thème étudié depuis longtemps dans toutes les disciplines, et l'étude de leur production et leur perception est particulièrement développée depuis les travaux d'Ekman sur l'expression des émotions faciales (1972). Dans ses travaux, il distingue 6 émotions de base, qui ont donc d'abord été étudiées en kinésique, puis en prosodie. Ces 6 émotions de base sont plus considérées comme 6 familles d'émotions aux multiples déclinaisons, et comportent : la tristesse, la joie, la colère, la peur, le dégoût et la surprise.

Ces émotions de base ont été reprises en prosodie, bien qu'elles soient constamment remises en doute : soit quant au nombre d'émotions de bases, soit quant à la nature des émotions de base, « *there does not seem to be agreement on which six these should be » (Scherer 2003, 244).* Les recherches en acoustique cherchent à déterminer des patrons prosodiques propres à une émotion précise ou des indices propres à une famille d'émotion. Ces recherches se font soit au cœur d'une langue donnée, soit cherchent à trouver des universaux prosodiques ou comparer des langues (Pell et al. 2009). Scherer (2003) rappelle les trois techniques d'étude

acoustique de la production de la prosodie émotionnelle : l’expression vocale naturelle qui utilise des corpus de données naturelles, les émotions induites qui sont donc élicitées et enregistrées en laboratoire, et les émotions vocales simulées qui sont jouées par des acteurs ou des locuteurs natifs et enregistrées en laboratoire. Il rappelle dans un tableau les caractéristiques acoustiques des émotions de base en anglais (Scherer 2003, 233) :

Table 1  
Synthetic compilation of the review of empirical data on acoustic patterning of basic emotions (based on Johnstone and Scherer, 2000)

	Stress	Anger/rage	Fear/panic	Sadness	Joy/elation	Boredom
Intensity	↗	↗	↗	↘	↗	
F0 floor/mean	↗	↗	↗	↘	↗	
F0 variability		↗		↘	↗	↘
F0 range		↗	↗(↘)	↘	↗	↘
Sentence contours		↘		↘		
High frequency energy		↗	↗	↘	(↗)	
Speech and articulation rate		↗	↗	↘	(↗)	↘

Il semble que toutes les caractéristiques acoustiques de la tristesse soient abaissées par rapport aux autres émotions.

*b) Neutre, tristesse, surprise : caractéristiques prosodiques*

Notre mémoire porte sur trois prosodies liées à des émotions de base ou attitudes : neutre, tristesse, surprise. Quelles sont les patrons ou indices prosodiques que l’on retrouve pour celles-ci en français. Vidrascu et Devillers (2007) se sont intéressées à plusieurs classes d’émotions dont la tristesse et le neutre, étudiées sur un corpus de données naturelles d’un centre d’appel. Il est ressorti de cette étude que ces deux émotions sont souvent confondues et la tristesse est la moins bien reconnue lorsque l’on n’utilise pas tous les indices acoustiques disponibles dans un corpus spontané, qui en comporte normalement beaucoup : « *with spontaneous data, there are various strategies to express emotions, mixing cues associated to different levels of the acoustic and the linguistic channel* » (Vidrascu et Devillers 2007, 1). La prosodie neutre est considérée en dehors des classes d’émotions, et peut aussi être confondu avec du soulagement et « *the speaking rate is slow compared to other emotions and there are very few hesitations and affect bursts* » (*ibid.*, 5).

Une étude faite par Dubost et Su (1999) s’intéresse à la prosodie de la surprise en mandarin et en français, avec un corpus acté d’une phrase répétée avec plusieurs prosodies par des locuteurs natifs de la langue. Dans les deux langues « *Surprise affects more duration and intensity than the other modalities and attitudes* » (Dubost et Su 1999, 1), avec une longue durée et une forte intensité pour le français. Les chercheurs expliquent aussi qu’en français contrairement au mandarin, la F0 suffit pour reconnaître la surprise et les autres affects

(déclaration, interrogation, doute) testés, car elle varie en montant et descendant plus qu'en mandarin. Au fur et à mesure que la F0 monte, on passe d'une phrase déclarative à une phrase interrogative, puis surprise.

### 3) Les corpora joués pour la perception des émotions

Comme dans la plupart des études citées jusqu'à présent (Astruc, Vanrell, et Prieto 2016; Caballero et al. 2018; Dubost et Su 1999; Petrone et al. 2019), nous faisons le choix d'un corpus acté. Les corpora actés sont utilisés pour étudier la production comme la perception de la prosodie des émotions. Ces émotions actées ont été étudiées et il a été démontré qu'elles sont en général mieux perçues par les participants aux expériences – même si le taux de reconnaissance correcte varie selon l'émotion entendue – lorsqu'il faut choisir entre plusieurs propositions données : « le pourcentage de reconnaissance correcte moyen est d'environ 60% » (Bänziger et al. 2001, 25). Audibert (2008) compare comment sont reconnues les émotions actées par rapport aux émotions ressenties, en demandant à des acteurs de rejouer les émotions ressenties un peu plus tôt. Il est ressorti de cette étude que les émotions actées sont vues comme plus fortes que les autres. Lorsqu'il est demandé aux individus de dire si l'émotion est ressentie ou actée, une forte variabilité interindividuelle a été observée.

Pour la construction de notre corpus acté, nous nous baserons sur la méthodologie de construction utilisée par Petrone et al. (2018), en faisant attention à ce que la prosodie seule fasse varier la façon dont on perçoit l'émotion évoquée. L'expérience de Astruc et al. (2016) sur la distance sociale et son importance dans la production de requêtes et offres montre l'importance de cette dimension sociale et de l'étude de son impact, non seulement en production mais aussi sur la perception de la prosodie. Nous nous demandons donc l'impact qu'aura la distance sociale liée à la relation d'amitié ou à la relation soignant – patient dans notre étude.

### *Conclusion provisoire*

**L'étude interactionnelle de la prosodie émotionnelle** va donc nous permettre de mieux comprendre l'effet des **démonstrations d'émotion** en interaction de la part des soignants sur la **perception** que l'on a d'eux et de leur compétence, ce qui est important pour la **réussite de l'interaction**. Jusqu'à aujourd'hui, ce sujet a surtout été traité en interaction et dans les disciplines sœurs de la linguistique – anthropologie, sociologie, psychologie – avec « *une approche « naturaliste », c'est-à-dire une approche basée sur l'observation et la description* » (Cosnier, Grosjean, et Lacoste 1993, 10). Nous choisissons dans notre étude **une approche**

**différente, expérimentale.** Celle-ci nous permet précisément de faire varier la prosodie sur un même item et répéter cela sur chaque item, pour **n’avoir pour seules variables que la prosodie et le rôle social.** Observer comment est perçue l’affiliation du soignant à un aidant peut permettre de voir les priorités faites entre convergence et réussite de l’interaction en **contexte médical.** Selon la prosodie qu’il adopte, le soignant ou l’ami verra-t-il son **feedback-réponse** considéré comme approprié, et sera-t-il vu comme un **soignant compétent** ou un **bon ami** ?

## PARTIE III – Focus sur un feedback : l'hétéro-répétition

Dans cette partie, nous allons décrire le procédé principal qui nous permet d'allier des concepts de la Linguistique Interactionnelle avec un point de vue de la prosodie des émotions au sein d'une expérimentation sur l'influence des rôles sociaux en perception. Tout d'abord, nous allons décrire l'hétéro-répétition telle qu'elle est analysée en interaction, puis nous envisagerons les changements d'interprétation de ce feedback que des prosodies différentes peuvent apporter.

### 1 – L'hétéro-répétition comme feedback

L'hétéro-répétition, en anglais *other-repetition*, définie comme la répétition à l'identique de la phrase du locuteur par l'interlocuteur, est une réponse très souvent utilisée dans la conversation en tant que feedback. Ses effets sont extrêmement variés : Schegloff s'est intéressé au phénomène des répétitions et en a listé une grande partie des utilisations en 1997. Il dit des hétéro-répétitions qu'elles « *can occur in first position to initiate a sequence; in second position to respond to a prior action; or in third position to register a prior response* » (Schegloff 1997 cited in Couper-Kuhlen et Selting 2017, 32). Elles peuvent être partielles ou complètes et leur utilité est multiple. C'est notamment un élément très utilisé par les médecins lors de consultations, pour faire participer le patient plus à l'interaction. Cette technique est appelée « *mirroring* » ou *echoing* » (Cordella 2004, 136). Cela leur permet de montrer qu'ils prêtent une grande attention à ce qui est dit sans pour autant couper le fil de la description faite par le patient, ou en l'invitant à continuer s'il s'arrête. Ces hétéro-répétitions sont alors considérées comme un *feedback* ou un *continuer*. Cette utilisation comme preuve d'attention correspond à celle décrite par Couper-Kuhlen et Selting comme l'enregistrement de la réception d'un tour antérieur, pour montrer que l'on a bien enregistré l'information. Il est précisé qu'en anglais comme en français, cette utilisation est caractérisée par un ton général descendant (Couper-Kuhlen et Selting 2017, 34).

### 2 – Rôle de la prosodie émotionnelle dans l'hétéro-répétition

Le prosodie, dont l'intonation, joue en effet un rôle primordial dans l'interprétation des hétéro-répétitions. En effet, les hétéro-répétitions feedback peuvent servir non seulement pour l'alignement structurel, mais aussi comme véhicule de l'affiliation : on peut reprendre à l'identique les mots de quelqu'un mais surtout, on peut utiliser la prosodie. L'affiliation peut ainsi se faire grâce au *prosodic matching*, c'est-à-dire produire la même attitude et le même point de vue que le locuteur grâce à une prosodie similaire (Bertrand *et al.* 2013). Utiliser une

autre prosodie peut donc permettre de se désaffilier en modulant la valeur de cette répétition : « *Repetitions can diverge prosodically and phonetically from the original saying, or not. This can be crucial for making the work they do interpretable.* » (Couper-Kuhlen et Selting 2017, 32)

La variation de la prosodie va permettre à la fois la désaffiliation et l'expression d'un nouvel affect, d'une appréhension émotionnelle différente de ce qui est raconté. Dans la littérature, on se réfère parfois à deux utilisations des hétéro-répétitions en particulier grâce aux termes « questions-échos » et « réponses-échos », différenciées par la prosodie prise par l'interlocuteur : la question-écho est non préférée (car elle indique un problème) et la réponse-écho est préférée (car elle permet la progression de l'interaction), notamment dans les relations de service (De Fornel et Léon 1997) comme celle soignant – soigné. La réponse écho est caractérisée par une intonation descendante.

Couper-Kuhken et Selting (2017) listent d'autres fonctions pour les hétéro-répétitions. Certaines servent de point de référence pour initier un tour et peuvent finir avec une intonation finale montante, les rendant proches des réparations et servant à exprimer un désaccord, une désaffiliation ou une correction. D'autres confirment une allusion. Les deux dernières utilisations citées des hétéro-répétitions sont l'imitation du locuteur par la reprise de ses mots et de sa prosodie en conservant le même intervalle de pitch, et la citation du locuteur qui reprend aussi les mots mais peut ne pas reprendre la prosodie. Si la prosodie est reprise, le patron est adapté à l'intervalle de pitch de la voix de l'interlocuteur. Ici, la valeur de l'hétéro-répétition n'est pas déterminée par une caractéristique prosodique fixe, mais par la proximité de la prosodie à celle du locuteur. Les interlocuteurs utilisent la prosodie « in their repetition of other's prior utterances in order to comment on them and thus make their stance towards them recognizable » (Couper-Kuhlen et Selting 2017, 38). Dans le cadre de notre étude, elles peuvent donc nous permettre de montrer le *stance* des interlocuteurs uniquement par le biais de la prosodie des émotions, et donc d'en étudier l'effet sur l'affiliation ou son absence. Cela nous permet aussi d'observer comment nos choix prosodiques au cours de l'interaction peuvent modifier la perception que l'on a de la capacité des interlocuteurs à remplir leur rôle social et interactionnel.

### Conclusion

L'État de l'art que nous avons dressé montre l'intérêt scientifique et sociétal qu'il y a à étudier la **perception que l'on a de l'affiliation ou de la désaffiliation prosodiques** en

fonction des **rôles sociaux** des interactants, notamment dans des **interactions en institution**. Nous désirons voir si elles ont un **impact** sur la manière dont le locuteur **perçoit** son interlocuteur, en l'occurrence en matière de **compétence**. Notre intérêt va aux institutions médicales et plus particulièrement à la **consultation**. Nous souhaitons étudier l'impact du **rôle social de soignant** sur l'acceptation de ses différents **feedbacks émotionnels** à son patient (affiliés ou désaffiliés), afin de voir s'ils sont perçus comme démontrant une certaine compétence ou non. En effet nous pensons que leur caractère approprié, qui influence la perception de la compétence de quelqu'un, dépend de ces rôles. Les feedbacks étudiés sont les **hétéro-répétition** car elles permettent l'affiliation et la désaffiliation grâce à la seule prosodie. Nous comparerons l'interaction du **soignant** à son patient avec celle entre des **amis** sur des mêmes énoncés. Cela nous permettra de voir comment l'interlocuteur est perçu en fonction de la **prosodie émotionnelle** qu'il utilise et de son **rôle social**.

L'affiliation de l'interlocuteur, soignant ou ami, a-t-elle un impact sur la perception que l'on a de sa compétence professionnelle ou amicale ? Nous pensons que répondre à cette question au travers d'une expérimentation permettra de voir si elle participe à l'échec ou la réussite de l'interaction en fonction des rôles sociaux mis en jeu.

## PARTIE IV – Etude de la perception de l’affiliation prosodique

Préalablement à l’étude principale de ce travail nous avons mené une analyse qualitative du corpus ACORFORMed (Ochs et Blache 2015-2018). Ce corpus vidéo est un corpus joué par des soignant s’entraînant à l’annonce d’Evénement Indésirable Grave (EIG) dans le cadre de formations. Les vidéos mettent en scène deux personnes, l’aidante et le soignant ou la soignante. Tous les personnages de la mise en scène sont joués par des soignants. Nous l’avons tout d’abord visionné à la recherche de passages où il y aurait un certain malaise entre les deux interlocuteurs, puis à la recherche d’hétéro-répétitions qui permettraient une étude interactionnelle et prosodique des émotions liées à ce type d’annonce. Nous avons cherché plusieurs hétéro-répétitions (totales ou partielles) dans lesquelles des émotions comme l’inquiétude, la peur et le stress semblaient liés et où l’on trouverait de l’affiliation ou de l’alignement.

*Par exemple (IPCA1) :*

(1) 03’32’’

Aidante : il arrivait plus à respirer

Soignante : voilà plus bien respirer du tout on a dû l’intuber

(2) 05’46’’

Aidante : c’est au jour le jour

Soignante : c’est au jour le jour

(3) 04’29’’

Aidante : et là il peut plus respirer de lui-même ?

Soignante : alors là pour l’instant il ne peut plus respirer de lui-même euh... je vous cache pas que c’est très grave

Dans l’exemple (1), la patiente conclue quelque chose par rapport à ce que lui explique la soignante sur l’état de santé de son mari. La soignante répète partiellement ce qui a été dit pour confirmer et prendre cela comme point de départ d’une autre précision sur la santé du mari. Dans l’exemple (2), la patiente dit la phrase avec un ton de déception, et la soignante utilise l’hétéro-répétition uniquement pour confirmer ce qui a été proposé par la patiente, et elle ne l’utilise pas pour s’affilier. Dans l’exemple (3), l’utilisation de l’hétéro-répétition est la même que dans le (1) : la soignante répète pour créer le point de départ de son propre énoncé et développer sur « c’est très grave ». Ici non plus, la prosodie n’est pas affiliative. Malgré le fait

que nous ayons trouvé quelques hétéro-répétitions dans le corpus, il n'y en avait pas assez pour pouvoir les utiliser dans l'approche expérimentale que nous avons choisie pour étudier la prosodie dans ces interactions. En effet, nous souhaitons ici comparer l'effet de différentes prosodies selon des rôles sociaux des interlocuteurs, et il serait difficile d'en trouver suffisamment pour pouvoir extraire trois prosodies similaires, et qui soient comparable aux trois mêmes prosodies dans un autre contexte social. Nous avons besoin de ces prosodies pour les présenter à une tâche de jugement accomplie par des participants.

Ce mémoire traite donc de l'influence du rôle social et des relations interpersonnelles sur l'interaction et la perception de la prosodie émotionnelle. Afin d'étudier ce thème, nous avons monté une expérience contrôlée. Son focus est la situation particulière d'une opposition entre deux rôles socio-interactionnels : le soignant et l'ami. Ces deux contextes sociaux sont croisés avec trois contextes prosodiques : le neutre, la surprise, la tristesse. L'expérience met en scène un échange entre Clara, amie d'un proche malade (appelée « aidante ») et, soit un soignant, soit un ami à elle. Nous les utilisons dans notre expérience pour recréer les échanges, et ainsi ne faire varier que la prosodie.

## 1 – Questions de recherche et hypothèses

Les deux questions auxquelles nous cherchons à répondre sont : Est-ce que la prosodie de l'interlocuteur montre un partage de point de vue émotionnel avec l'aidante ? Comment la prosodie est-elle perçue en fonction du rôle, est-elle la preuve d'une certaine compétence selon qu'elle permet l'affiliation ou non ?

Nous pensons que la prosodie triste produite par l'aidante est la plus adaptée à ce contexte émotionnel spécifique : le thème évoqué étant celui de symptômes de maladies pouvant être inquiétants, il exclut tout affect lié à des émotions positives. Pour un ami, faire écho à la tristesse de l'autre en s'affiliant semble approprié par rapport au rôle d'ami. L'affiliation aurait donc un impact sur le jugement de la compétence de celui-ci comme « bon ami ». Pour le soignant cela pourrait rompre une barrière professionnelle qui serait nécessaire pour le faire paraître compétent. Cette barrière est toujours considérée nécessaire au soin, et il serait inapproprié de la rompre : la tentative d'affiliation se transformerait donc en désaffiliation car elle ne serait pas ratifiée. Le soignant ne serait alors pas « bon », pas compétent.

Les prosodies neutre et surprise ont été retenues pour créer deux situations de non-affiliation différentes. En effet, puisque nous pensons que faire écho à la prosodie triste permet

l'affiliation, alors ne pas le faire n'est pas s'affilier. La prosodie neutre correspondrait à ce que l'on peut attendre d'un soignant, cette neutralité du ton qui permet de montrer l'écoute attentive comme un feedback mais de garder la distance émotionnelle. La prosodie de surprise serait en revanche la moins compétente, car un soignant surpris face à un symptôme pourrait être effrayant, et le but de l'interaction de soin est plutôt de soigner et rassurer. Nous pensons que cette prosodie sera considérée comme la moins affiliée.

## 2 – Tâche de validation des stimuli écrits

Dans cette partie, nous décrivons les méthodes employées pour construire le corpus écrit, les contraintes méthodologiques et techniques suivies, les problèmes rencontrés et les solutions pour y pallier.

### 1) Stimuli

Nous avons élaboré 60 paires d'énoncés constituant un échange entre l'aidante et son interlocuteur qui répète à l'identique l'énoncé de l'aidante. L'hétéro-répétition par l'interlocuteur (soignant ou ami) de l'aidante a été choisie afin de pouvoir comparer la prosodie des deux interactants sans être influencé par une différence de vocabulaire. Comme expliqué plus tôt, c'est aussi un procédé conversationnel permettant de montrer que l'on écoute attentivement quelqu'un, ce qui s'avère très utile dans une interaction soignant – patient ou soignant – aidant, le soignant devant montrer son intérêt pour ce que le patient dit sans pour autant le couper trop souvent. L'énoncé de l'interlocuteur est donc l'énoncé cible.

Notre thème étant la relation patient ou aidant – soignant, ces énoncés concernent une description des symptômes de maladie d'un proche de l'aidante. Cela nous permet de reproduire une situation de rendez-vous médical avec simplement un contexte écrit et deux phrases. Les 60 échanges sont séparés en 30 cibles et 30 fillers. Ils ont été élaborés selon les critères suivants. Ils suivent tous la forme :

*il / elle – verbe – complément d'objet*

« *Il* » et « *elle* » sont variés et il y en a 15 de chaque, pour éviter tout biais lié au genre du malade. Aucun n'est un verbe à valeur émotionnelle comme « souffrir », afin de limiter les facteurs induisant une émotion en dehors de la prosodie. De même, les noms relatifs aux symptômes ne devaient pas être écœurants pour ne pas induire du dégoût chez les participants à notre expérience. Les symptômes décrits concernent donc le physique ou le mental, mais pas

l'émotionnel. Dans la mesure du possible, ils sont de gravités « proches » : aucun symptôme ne met en danger la vie du patient dans l'immédiat. Cette contrainte nous permet d'éviter d'obtenir des résultats trop influencés par la gravité du symptôme, qui alarmerait le participant et pourrait potentiellement impacter son jugement perceptif.

*Par exemple* (pour la liste complète, voir Annexe 1) :

« Il mélange ses mots » ; « Elle raidit son dos » ; « Il fait des crises »

Pour les cibles, nous devons obtenir des stimuli de longueurs les plus égales possibles. Nous avons fait 15 phrases avec un verbe uni-syllabique, 15 avec un verbe bisyllabique. Les uni et bisyllabiques ont été retenus pour les passations d'expérience. Les verbes tri ou quadrisyllabiques étant moins nombreux dans notre contexte, nous ne les avons pas conservés. Le nom du complément d'objet est toujours uni-syllabique, cela nous permet d'éviter des phrases trop longues.

## 2) Procédure et participants

Nous avons donc monté une expérience de validation des stimuli cibles à l'écrits. Ils étaient notés pour leur compréhensibilité et leur plausibilité sur une échelle de Likert allant de 1 à 5. La validation a été faite avec Google Forms par 13 personnes d'au moins 18 ans, natives du français. Les questions posées sous chaque phrase étaient « *Cette phrase est-elle compréhensible, claire ?* » et « *Cette phrase est-elle plausible (réaliste) ?* ».

## 3) Résultats

Si la première question a été bien comprise, la seconde l'a beaucoup moins été, les participants ne voyant pas en quoi les phrases pouvaient être réalistes, si cela dépendait du contexte, ou encore du niveau d'études. Nous n'avons donc gardé que la première question comme critère d'élimination. Les stimuli conservés sont ceux ayant obtenu en moyenne au minimum 3. Un seul stimulus a été retiré : « *Il bloque ses coudes* ».

## 3 – Expérience de perception

Notre expérience cherche à définir l'acceptabilité de l'affiliation prosodique, et ce que son utilisation ou non implique sur la compétence perçue du soignant. Nous avons fait varier la prosodie sur les différentes hétéro-répétitions créées.

1) Stimuli

La prosodie de l'aidante est celle de la tristesse. Nous avons donc créé trois conditions pour la prosodie de l'interlocuteur : il répète l'énoncé avec la même prosodie émotionnelle, ou avec une prosodie différente, c'est-à-dire véhiculant un état émotionnel neutre ou de surprise. Les interactions ont été enregistrées par des acteurs au préalable. La plupart des études citées jusqu'ici utilisent des corpora mettant en scène le « natural turn-by-turn talk » traditionnellement étudié en Analyse Conversationnelle (Selting 2010, 230). Le nôtre a été entièrement construit, en reproduisant une situation plausible.

Afin d'évaluer l'impact du rôle social, en particulier du médecin, nous avons créé deux conditions pour le rôle social de l'interlocuteur. Dans la première condition, l'interlocuteur est un soignant, dans la seconde condition l'interlocuteur est un ami de l'aidante. La condition « soignant » fait de l'échange une interaction aidante - soignant, régie par le cadre d'une institution médicale. La condition « ami » inscrit l'énoncé dans un cadre de conversation de tous les jours, créant une interaction aidante / amie – ami, Clara étant alors à la fois l'aidante du proche malade et l'amie de son interlocuteur.

Pour les deux conditions Rôle, notre hypothèse est que la condition Prosodie Triste sera considérée comme démontrant le même ressenti émotionnel pour les deux interlocuteurs, et donc créant une réponse affiliée de la part de l'interlocuteur. Dans la condition Rôle Soignant, notre hypothèse est que la Prosodie Triste ne sera pas la réponse préférée, car ne montrant pas l'interlocuteur soignant comme compétent. Dans la condition Rôle Ami, nous pensons que cette prosodie, si elle est bien affiliative, sera la réponse préférée : cela correspondrait aux autres interactions n'étant pas définies par le cadre d'une institution. Si l'affiliation venant d'un soignant est moins appropriée que venant d'un ami comme nous le supposons, nous devrions voir une différence de jugement dans les résultats sur ce qu'est un bon soignant (un soignant compétent dans son travail) et ce qu'est un bon ami.

Notre corpus tente donc de reproduire deux situations d'interaction différentes. L'une est entre deux amis, l'autre entre une aidante et un médecin. Pour la première, c'est donc une interaction personnelle. Clara, « l'aidante » ou « l'amie » évoque un symptôme de la maladie d'un proche à un autre. Pour la seconde, l'aidante Clara évoque ce même symptôme auprès d'un médecin. Là, l'interaction n'est pas personnelle, elle est confidentielle et professionnelle. Dans les deux cas, on ne se trouve pas en début d'interaction, car toutes les phrases créées

utilisent des pronoms personnels pour parler du proche malade. Ils font tous référence à une personne déjà évoquée.

*a) Enregistrements actés*

Nous avons ensuite fait enregistrer les énoncés conservés par des professionnels. La plupart des études sur la production de la prosodie se font à partir de données enregistrées par des acteurs, car bien que ce choix soit parfois remis en cause « *Les expressions simulées par des acteurs présentent l'avantage de fournir des expressions avec un contenu linguistique constant et correspondant à plusieurs états émotionnels différents pour les mêmes individus* » (Bänziger et al. 2001, 12). Ce choix est aussi souvent fait dans les études de perception, et nous le faisons ici aussi.

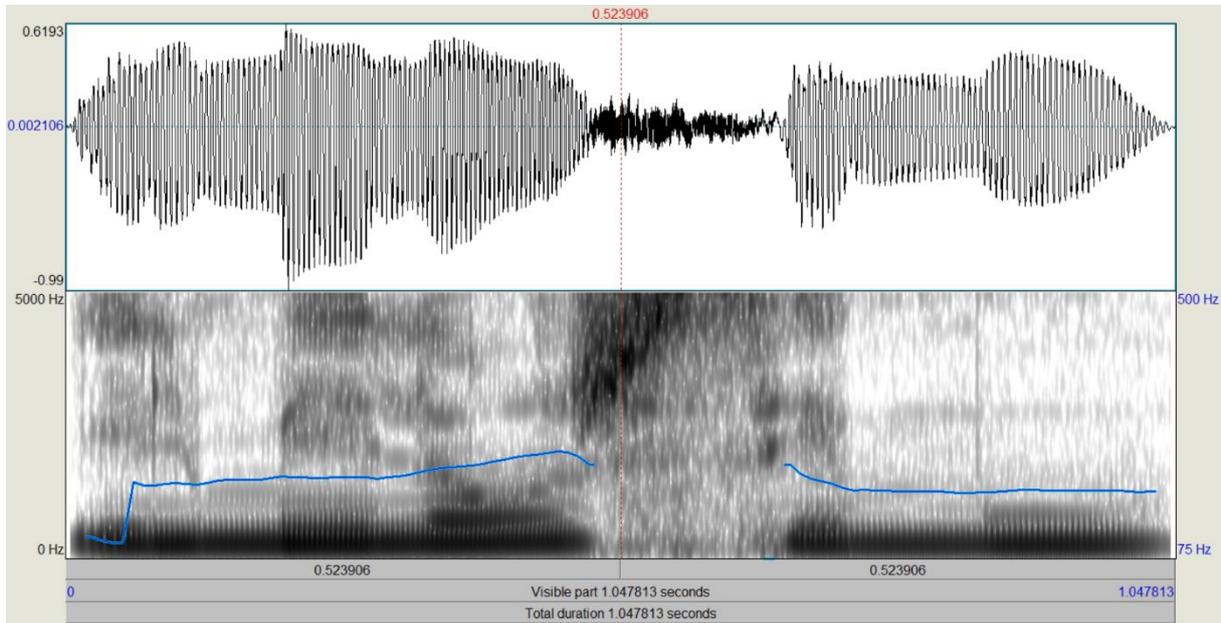
Nous avons donc fait jouer les énoncés par deux personnes, une fois l'écrit validé. La voix de l'aidante a été produite par une prosodiste (RB). Chaque liste (fillers et cibles) a été enregistrée dans les 3 prosodies, 3 fois, sur plusieurs longs fichiers .wav. L'aidante a produit des énoncés avec une prosodie triste uniquement.

Nous avons fait jouer à un acteur la voix de l'interlocuteur, donc du soignant ou de l'ami. Nous pensions qu'une voix de femme aurait été plus sujette à l'image récurrente de la femme plus empathique que l'homme, et avons donc choisi une voix d'homme qui permettra selon nous d'observer une plus grande différence entre les rôles sociaux ami et soignant, si différence il y a. Il a produit des répétitions avec les prosodies neutre, triste ou de surprise. Les énoncés joués par la prosodiste (RB) ont été produits avec une prosodie intentionnellement triste. Nous avons pris le parti de demander à l'acteur de jouer les prosodies en le laissant libre de son interprétation. Ce choix est dû au fait que nous ne voulions pas influencer le jeu des émotions en demandant une prosodie qui aurait été notre interprétation de l'émotion. Nous leur avons fait produire des phrases avec des intentions émotionnelles différentes, en choisissant donc de ne pas contrôler la prosodie. Nous avons aussi choisi d'enregistrer les locuteurs à des moments différents, seuls dans la chambre sourde et non en face à face. Nous ne voulions pas qu'ils s'imitent l'un l'autre en étant influencés par leur prosodie.

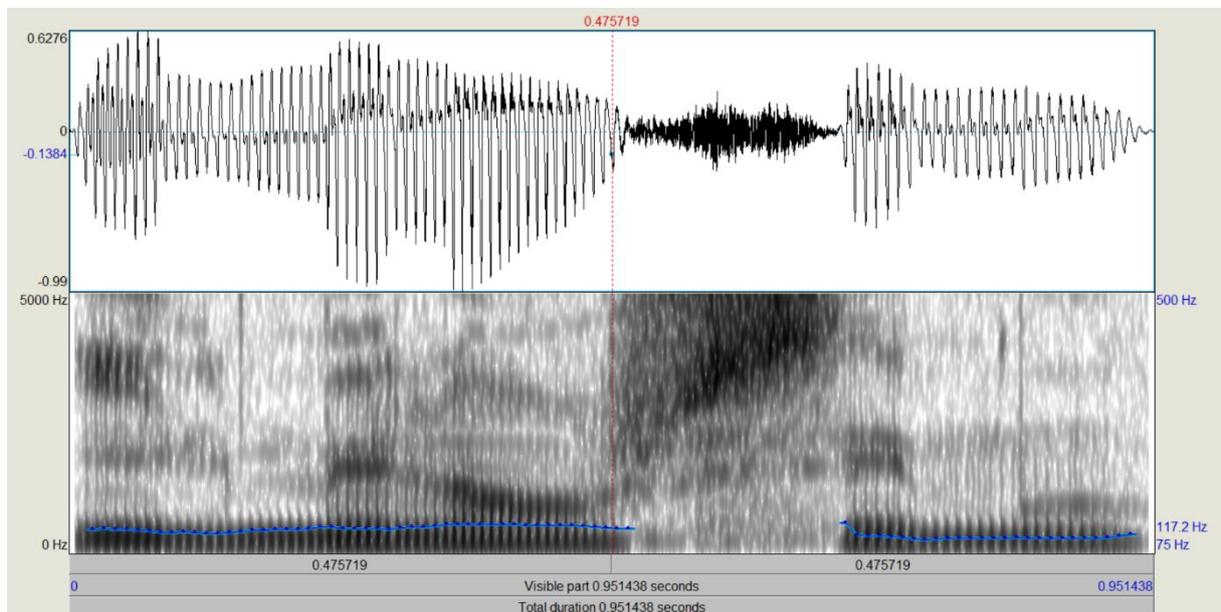
*b) Conditions d'enregistrement*

L'enregistrement a été réalisé en chambre sourde au Laboratoire Parole et Langage, sur deux après-midis. Nous avons d'abord enregistré la voix de l'aidante, puis celle de son interlocuteur. Afin de contrôler l'intensité de la voix, nous avons utilisé un micro-serre-tête, qui

permet d'être positionné très près de la bouche et de conserver la même distance au micro sur tout l'enregistrement. Les deux personnes ont été placées assises, face à un écran sur lequel nous avons fait défiler les phrases à prononcer, avec 5 secondes d'affichage pour chacune. Les sons ont été ensuite normalisés en intensité.



Spectrogramme et F0 pour l'énoncé « Il mélange ses mots », prononcé par la prosodiste (jouant le rôle de l'aidante).



Spectrogramme et F0 pour l'énoncé « Il mélange ses mots », prononcé par l'acteur avec la prosodie neutre (jouant le rôle du soignant/de l'ami).

En conclusion, nos choix de construction et d'enregistrement du corpus nous ont permis de créer des items porteurs de la prosodie des émotions donc nous avons besoin. Composés de deux énoncés créant l'hétéro-répétition, ils nous permettent de faire varier uniquement la prosodie en tant que facteur de l'émotion. L'utilisation du Google form pour les stimuli écrits nous a permis de l'envoyer rapidement à plusieurs personnes et d'accélérer le processus de validation. Nous avons pu obtenir des enregistrements de bonne qualité, et des phrases de longueurs équivalentes et de structures similaires afin que celles-ci n'impactent pas la perception comme variable non contrôlées.

*c) Création des items (Logiciel Praat)*

Les fichiers audios ainsi obtenus ont été annotés sous Praat, puis découpés en items courts, et normalisés grâce à un script du VocalToolkit (Corretge, 2019). Les stimuli ont été sélectionnés parmi les différents essais pour être les plus identiques possibles les uns aux autres, afin de ne pas avoir trop de variation dans la prosodie produite d'une même émotion.

Ayant pris le parti de laisser l'acteur « jouer » les émotions comme il l'entendait, nous avons obtenu des neutres très similaires, mais quelques variations dans la tristesse, et beaucoup dans la surprise. Certains items surpris sont donc parfois plus de l'ordre de l'incrédulité, du choc ou de la mise en doute. L'évaluation orale initialement prévue devait vérifier que l'on reconnaissait l'émotion jouée et en évaluer sa valence et sa plausibilité. Par manque de temps lié aux dates de rendu et de soutenance, nous avons dû délaisser cette étape, ce qui constitue un point important à améliorer pour cette étude.

Après la normalisation s'est posée une question d'importance : quel temps de pause mettre entre le premier énoncé et son hétéro-répétition ? Elle est généralement de quelques millisecondes et peut varier en fonction de la langue et des émotions. On s'attend ainsi à une pause plus longue pour une hétéro-répétition triste, et plus courte pour une surprise. Nous avons choisi, après comparaison perceptive de plusieurs temps de pause, de conserver la pause de 200 millisecondes, qui paraissait la plus naturelle quelle que soit la prosodie et la phrase, car nous ne souhaitons pas faire varier ce facteur. Cette durée de pause correspond également à la durée souvent retenue pour la segmentation du français en IPU (Bertrand et al. 2008). Les 236 items audios ont donc été concaténés manuellement sous Praat en 177 échanges. Chacun est composé comme suit :

Création des paires « énoncé + répétition »		
Locuteur A	Pause	Locuteur B
« Il mélange ses mots » (TRISTE)	200 ms	« Il mélange ses mots » (TRISTE)
		« Il mélange ses mots » (NEUTRE)
		« Il mélange ses mots » (SURPRIS)

Tableau récapitulatif de la structure des stimuli. En parenthèse, l'émotion véhiculée par la prosodie.

*d) Lancelot : modèle de l'expérience*

Dans cette partie nous décrivons le modèle de l'expérience créée. Nous avons suivi comme références pour présentation visuelle – l'échelle utilisée ou l'ordre d'apparition des éléments à l'écran – une étude récente sur les contours montant et descendant (Petronne et al. 2018 ; Sneed German et al. 2018).

Les échanges concaténés ont été listés dans un script pour le logiciel Lancelot (LPLdev Team, 2005). Nous avons choisi de ne faire apparaître chaque échange qu'une fois pour chaque participant. Ainsi, 1 participant seul aura entendu les 59 échanges sur 59 symptômes différents, mais dans une seule prosodie chacun. Le nombre de prosodies entendues par passation est égalisé et leur ordre randomisé : 1 personne entendra 20 items dans une prosodie, 20 autres dans la deuxième, 19 dans la troisième. Pour s'assurer que cela soit varié équitablement entre les 50 participants, nous avons créé trois sous-listes : un item neutre dans la première sera surpris, puis triste dans la seconde et neutre dans la troisième. Ainsi, les items ont été vus le même nombre de fois dans chaque prosodie. Ces trois prosodies constituent donc une première variable.

Nous n'avons enregistré qu'une seule voix (celle de l'acteur) sur laquelle nous faisons varier le rôle du locuteur : soignant ou ami. Afin de ne pas perturber les participants en mélangeant les rôles sur cette seule voix, les rôles ne sont pas variés au cours d'une même passation, mais d'une passation d'un participant à celle d'un autre : 25 participants entendront un ami, 25 entendront un soignant. Le rôle social est la deuxième variable.

2) Procédure

a) *Questions posées aux participants*

Deux questions ont été posées, sur chaque échange, aux participants. Deux templates ont été créés, l'un pour ceux qui « entendent » le médecin, l'autre pour l'ami :

*Q1 : « Pensez-vous que le médecin a le même ressenti émotionnel que Clara ? »*

et

*Q2 : « Pensez-vous que l'interlocuteur est un bon médecin ? »*

Ou bien

*Q1 : « Pensez-vous que l'ami a le même ressenti émotionnel que Clara ? »*

et

*Q2 : « Pensez-vous que l'interlocuteur est un bon ami ? »*

Ces questions visent à obtenir leur perception de l'émotion véhiculée par l'interlocuteur sur les deux questions qui nous intéressent : y a-t-il affiliation ou non ? est-ce que cela influence la compétence perçue de l'ami ou du soignant ? L'ordre d'apparition des questions pour 1 item devait varier tout au long de l'expérience. La question sur le ressenti pouvait apparaître avant ou après l'autre, afin de ne pas avoir d'effet d'habituation à l'ordre, et de contrebalancer l'influence que la première à apparaître pourrait avoir sur la seconde. De plus, nous ne les avons pas fait apparaître sur une seule page en même temps, mais sur deux successives pour les mêmes raisons. Ce choix nous a obligé à faire deux TRIALS (un trial correspondant à l'affichage d'un item et d'une question sur une seule page) pour chaque item (audio), un avec chacune des deux questions. Comme il n'est pas possible d'appairer des TRIALS sur Lancelot, nous ne pouvions

pas utiliser de code de randomisation automatique. L'ordre des items a donc été « pré-randomisé » directement pour chaque liste créée.

Ainsi nous avons 3 prosodies, 2 rôles et 2 ordres de questions. Nous avons donc créé 12 listes,  $L_x$  :

	Soignant		Ami	
	Q1 – Q2	Q2 – Q1	Q1 – Q2	Q2 – Q1
Liste 1	L <sub>1</sub>	L <sub>4</sub>	L <sub>7</sub>	L <sub>10</sub>
Liste 2	L <sub>2</sub>	L <sub>5</sub>	L <sub>8</sub>	L <sub>11</sub>
Liste 3	L <sub>3</sub>	L <sub>6</sub>	L <sub>9</sub>	L <sub>12</sub>

*b) Outil de réponse : l'Echelle Visuelle Analogique*

Les deux questions posées aux participants permettaient de répondre sur une échelle, avec un curseur à déplacer directement sur l'écran. Les extrémités étaient balisées par « pas du tout » et « tout à fait », et elle se présentait comme suit :



Ce type d'échelle s'appelle l'Echelle Visuelle Analogique, ou échelle continue (voir par exemple Petrone et al., 2018 pour une utilisation en prosodie). Elle est par ailleurs utilisée par le personnel soignant pour l'auto-évaluations par les patients de l'intensité de leur douleur. Le CHU de Toulouse met à disposition sur son site un document expliquant qu'elle est « la plus fiable et la plus utilisée » dans ce cadre. En général, elle est physique et non dématérialisée. Elle a été créée par Huskisson en 1974. Elle peut être utilisée verticalement et horizontalement.

Ce type d'échelle est de plus en plus recommandé dans les expériences car obtenant de meilleurs résultats. Elle serait plus intuitive, et est donc parfois préférée à l'échelle de Likert, qui va de 1 à 5 ou de 1 à 7, faisant partie des échelles numériques. Nous l'avons donc recréée, dématérialisée sur l'écran, dans Lancelot. Elle est utilisée pour répondre à chaque question.

### *c) Passations de l'expérience*

Les passations ont été menées par l'auteure dans le cadre de son mémoire de M2 au LPL, dans une salle informatique permettant de faire passer jusqu'à 10 personnes en même temps. Elles étaient passées sur ordinateur, avec le logiciel Lancelot développé par le LPL. Un casque professionnel permettait d'écouter les sons. Les questions étaient répondues en déplaçant le curseur de l'Echelle Visuelle Analogique virtuelle avec la souris. Chaque TRIAL était réécoutable trois fois, et l'audio démarrait une fois, automatiquement, par question. A la fin de l'expérience, les participants remplissaient leur coordonnées et une question additionnelle. Elle durait 30 minutes. Les données ont été récupérées sur Excel et analysées avec le logiciel de statistiques RStudio 1.1.463 (RStudio Team, 2016).

Les consignes ont toujours été données par la même expérimentatrice, afin de conserver des conditions de passation similaires. Elles étaient d'abord données à l'oral, mais étaient aussi écrites en début d'expérience :

« Vous allez entendre un échange entre deux personnes : Clara et son interlocuteur. Ces échanges sont formés de deux phrases. Dans la première, Clara décrit un symptôme de la maladie d'un proche. Dans la seconde, son interlocuteur lui répond en répétant la phrase de Clara. L'identité de l'interlocuteur peut varier : il peut être soit un ami, soit un médecin. Vous aurez soit tous les échanges avec l'ami, soit tous les échanges avec le médecin. Dans chaque diapo, vous allez avoir l'identité de l'interlocuteur. L'échange entre Clara et son interlocuteur démarre automatiquement. Pour chaque échange, vous devrez répondre à deux questions en déplaçant un curseur sur une échelle délimitée par deux étiquettes. Vous pouvez déplacer le curseur n'importe où le long de la barre. Les deux questions vont apparaître sur deux pages différentes. Quand vous avez répondu, vous pouvez cliquer sur le bouton pour continuer.

Avant de commencer le test, vous aurez trois essais d'entraînement pour vous familiariser avec la tâche. Il est possible d'écouter chaque échange plusieurs fois en



cliquant sur .

**Avant de commencer l'expérience, merci de lire attentivement les points suivants :**

- Lisez les instructions attentivement.
- Mettez le casque audio pour écouter les sons.
- Merci de bien mettre vos téléphones en silencieux ou de les éteindre.
- En cliquant sur "continuer", vous choisissez de suivre de votre mieux les instructions données. »

3) Participantes

54 participantes ont passé notre expérience. Elles étaient rémunérées à hauteur de 10 euros en chèques cadeaux et l'expérience durait 30 minutes. Les conditions étaient d'avoir minimum 18 ans, être native du français et être une femme, sans troubles visuels ou auditifs non corrigés. Nous avons choisi de ne faire passer que des femmes car la perception de la prosodie émotionnelles peut être influencée par le genre (voir Schirmer, Kotz, et Friederici 2005 et références ci dedans).

4) Résultats statistiques

a) *Statistiques utilisées*

Notre hypothèse est que les jugements des auditrices vont varier selon le contexte social : la prosodie adoptée par le l'interlocuteur (ami ou soignant), selon qu'elle sera plus ou moins affiliée, sera jugée comme plus ou moins appropriée selon le rôle de l'interlocuteur et aura un impact sur le niveau de compétence accordé à ce dernier.

Ici, nous décrivons les outils d'analyse et les statistiques choisies pour explorer et étudier nos données et résultats. Une fois les résultats obtenus avec Lancelot, nous pouvons les organiser dans un tableau excel listant dans cet ordre : Sujet (participants à l'étude de perception), Item (énoncé et sa répétition), Prosodie (neutre, triste, surpris), Rôle (soignant, ami), Compétent (bon), Ressenti (émotionnel). Cette organisation permet d'explorer les données et avoir une idée des de nos résultats et leur distribution.

Ensuite sur R, la réalisation des boxplots permet de visualiser chaque condition de façon plus précise. Ils montrent la distribution des données avec la médiane, les quartiles et la moyenne superposée. On peut voir à quel point les résultats sont étendus ou rapprochés sur le spectre de 1 à 100.

Enfin, nous utilisons un modèle linéaire mixte plutôt qu'un modèle d'analyse de variance standard à mesures répétées ou des mesures ANOVA. En effet, le modèle mixte permet d'analyser des données sans partir du principe que nous avons « *both compound symmetry (or sphericity) and complete data* » (Howell 2010, 499). La notion de sphéricité renvoie au fait que la forme d'un objet s'approche de celle d'une sphère parfaite. Il est donc possible d'analyser des données non symétriques ou incomplètes. C'est la raison pour laquelle il est souvent utilisé pour les données cliniques de patients (qui ne passent pas toujours tous les mêmes tests et séances), et est aussi utilisé en sciences sociales. Le modèle mixte prend en charge des données avec des facteurs fixes comme le rôle et la prosodie pour nous, et des facteurs random comme le sujet et l'item.

#### b) Résultats observés

54 personnes ayant participé à l'expérience, répondant chacune 2 questions pour 59 stimuli, nous avons obtenu un total de 3132 réponses aux cibles.

La note donnée par les participants est un pourcentage correspondant à la façon dont la participante a perçu le ressenti émotionnel de l'interlocuteur par rapport à celui de Clara : 100 % correspond à un ressenti qui est tout à fait le même et 0% correspond à un ressenti qui ne l'est pas du tout. Une première observation des moyennes (Tableau 1) obtenues pour le ressenti émotionnel nous montre plusieurs éléments : la surprise semble généralement peu similaire à l'émotion de Clara, et le neutre est la plus proche. On observe une différence pour la prosodie triste, qui obtient une note plus haute pour l'ami affichant son ressenti émotionnel triste que pour le soignant affichant ce même ressenti.

Prosodie	Rôle social			
	Ami		Soignant	
	Moyenne %	Ecart type	Moyenne %	Ecart type
Triste	41,15	2,13	27,17	1,84
Surprise	5,26	1,61	3,55	1,28
Neutre	70,06	1,84	80,48	2,01

Tableau 1. Moyennes et écart-type pour le ressenti émotionnel.

La Figure 1 montre les boxplots pour les résultats sur le ressenti émotionnel. Cette figure confirme les tendances moyennes observées dans le tableau 1. Les prosodies sont réparties sur l'axe X et la note donnée au ressenti émotionnel est représentée sur l'axe Y. Les couleurs correspondent au rôle social : l'orange pour l'ami et le bleu pour le soignant. La ligne qui sépare l'intérieur d'une box en deux représente la médiane et le losange rouge la moyenne. La prosodie de la surprise est celle considérée comme la plus divergente du ressenti émotionnel de Clara, l'aidante (car elle a obtenu en moyenne la note de 4%, extrêmement proche du 0% et donc d'une prosodie « pas du tout » similaire). En revanche, la prosodie considérée comme véhiculant le même ressenti est le neutre (car elle est notée comme étant proche à environ 75%) et non la tristesse (car elle n'a obtenu que la note moyenne de 34%, qui est donc plus proche de pas du tout que de tout à fait similaire). Il semble aussi y avoir une interaction entre le rôle social et la prosodie, car les participants jugent que lorsque l'interlocuteur produit une prosodie triste, son ressenti émotionnel est plus similaire à celui de Clara s'il est un ami (avec la note de 41%). Au contraire, avec la même prosodie, le ressenti émotionnel est moins similaire à celui de Clara si l'interlocuteur est un médecin (avec la note de 27%, plus basse). Il semble donc que notre perception du ressenti émotionnel comme similaire ou non à celui de quelqu'un puisse être influencé par le rôle social de l'interlocuteur.

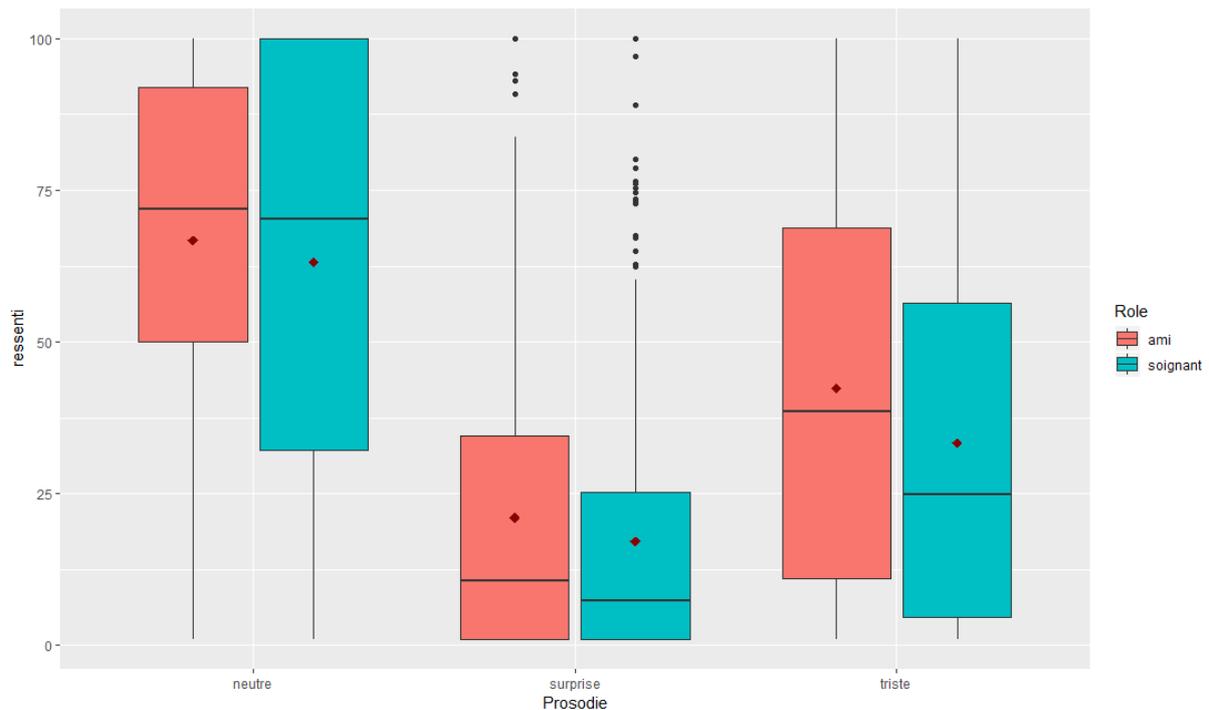


Figure 1. Note du jugement pour le ressenti émotionnel (%) par le Rôle social et la Prosodie.

Concernant la compétence, les moyennes (Tableau 2) obtenues pour la notation de l'interlocuteur comme bon médecin ou bon ami nous montrent plusieurs éléments. La prosodie de la surprise entraîne un jugement de l'interlocuteur pas « bon » en particulier pour le soignant (15%), mais il semble que l'ami soit mieux jugé (45%). Cependant, les notes autour de 50% signifient normalement que les auditeurs répondent au hasard. L'interlocuteur semble être un meilleur ami s'il répète les énoncés de Clara avec une prosodie de tristesse (70%), alors qu'au contraire le soignant n'est pas jugé comme bon avec cette prosodie (32%). La prosodie neutre semble être le cas dans lequel les deux rôles sociaux sont jugés comme bons. Cependant, le soignant est tout de même mieux jugé (72%) que l'ami (57%).

Prosodie	Rôle social social			
	Ami		Soignant	
	Moyenne %	Ecart type	Moyenne	Ecart type
Triste	70,16	2	32,76	1,61
Surprise	45,04	2,27	15,73	1,38
Neutre	57,59	1,75	72,34	1,43

Tableau 2. Moyennes et écart-type pour la compétence de l'interlocuteur.

La Figure 2 montre la note pour la compétence perçue (le bon interlocuteur) par rôle social et prosodie. Comme nous nous y attendions, le rôle social a une très forte influence sur la perception de l'interlocuteur comme plus ou moins bon. C'est surtout le cas pour les prosodies de la tristesse et de la surprise. Dans ces deux cas, l'ami est considéré comme un meilleur interlocuteur que le soignant (respectivement l'ami obtient les notes de 70% et de 45% en moyenne, là où le soignant obtient en moyenne 32% et 15%). Cependant pour la prosodie surprise, les pourcentages sont étalés autour de la médiane qui avoisine les 50% : cela signifie que les participants ont eu tendance à répondre au hasard. Pour la prosodie neutre, cette tendance est complètement renversée : le soignant est noté comme un meilleur interlocuteur que l'ami (72% contre 54%). L'écart de jugement est cependant moins grand que pour les autres prosodies, et les deux moyennes sont au-dessus des 50%.

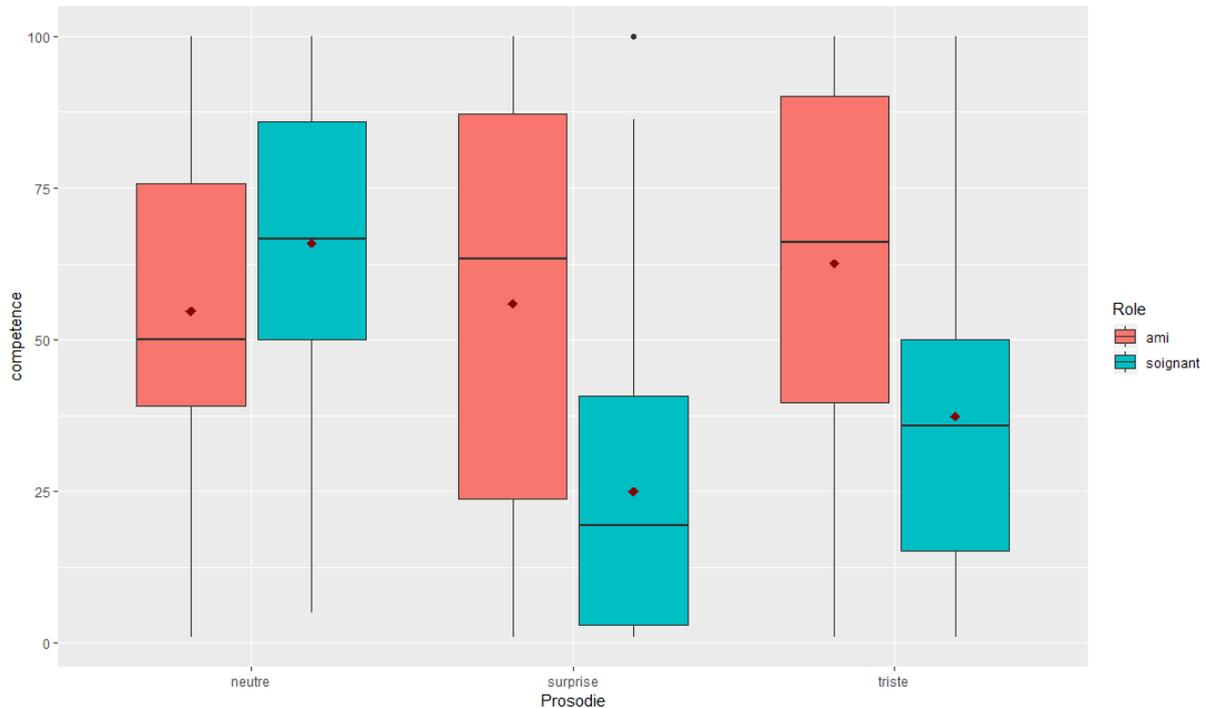


Figure 2. Note du jugement pour la compétence (%) par le rôle social et la prosodie.

Pour tester si les différences observées sont significatives, nous avons appliqué une série de modèles mixtes à nos données, séparément pour les scores du ressenti émotionnel et ceux de la compétence de l'interlocuteur. Nous avons utilisé la fonction *lmer* avec le package *lme4* (Bates et al., 2015) dans R (R Core Team, 2017).

Tout d'abord, nous avons appliqué le modèle mixte aux réponses sur le ressenti émotionnel, avec *ressenti* comme variable dépendante. **Rôle social, Prosodie** et leur interaction ont été inclus comme facteurs fixes. **Items** et **Sujet** ont été inclus comme intercepts random. Dans un premier modèle, la prosodie neutre de l'ami était le niveau de référence (intercept). Afin de mieux comprendre les effets des trois prosodies, nous avons appliqué le même modèle deux autres fois, en changeant les niveaux de référence. Le seuil de signification des résultats a été donc corrigé par le nombre de modèles sur le même jeu de données ( $\alpha : 0.05/3 = 0.0167$ ). Les résultats ont montré un effet principal significatif de la **prosodie de l'ami**. Le ressenti émotionnel est jugé comme moins similaire à celui de Clara pour la surprise que pour le neutre ( $t = -16.106, p < 0.0001$ ). De plus, le ressenti émotionnel est jugé comme moins similaire pour la tristesse que pour le neutre. Il y a donc une différence significative entre le jugement de la prosodie neutre et le jugement de la prosodie triste ( $t = -8.486, p < 0.0001$ ). Lorsque l'intercept est la prosodie de la tristesse, le ressenti émotionnel est jugé comme moins similaire pour la

surprise que pour la tristesse. La différence entre le jugement de la prosodie triste et celui de la prosodie surprise est significative ( $t = -7.620, p < 0.0001$ ).

Il n'y a pas de différence significative entre le **rôle social** du soignant et de l'ami pour la prosodie neutre ( $t = -8.486, p = 0.3575$ ), ni pour la prosodie surprise ( $t = -1.046, p = 0.298$ ). Cependant, il y a une différence significative entre les rôles sociaux pour la prosodie triste ( $t = -2.567, p < 0.016$ ).

Ensuite, nous avons appliqué le modèle mixte aux réponses sur la compétence perçue de l'interlocuteur (qui est « bon » dans son rôle social), avec *competence* comme variable dépendante. **Rôle social, Prosodie** et leur interaction ont été inclus comme facteurs fixes. **Items** et **Sujet** ont été inclus comme intercepts random. Là aussi, nous avons d'abord utilisé la prosodie neutre de l'ami comme intercept pour le premier modèle, puis la prosodie de la tristesse, puis la prosodie de la surprise. Le seuil de signification des résultats est donc toujours de 0.0167. Les résultats ont montré un effet significatif de la **Prosodie de l'ami**, en ce que les participants notaient l'interlocuteur comme bon différemment à l'écoute de la prosodie de la **tristesse** par rapport à la prosodie neutre ( $t = 3.189, p < 0.01$ ), et à l'écoute de la prosodie de la **surprise** par rapport à la prosodie de la **tristesse** ( $t = 2.723, p < 0.01$ ).

Les résultats ont aussi montré un effet principal significatif du **rôle social**. La compétence est jugée moindre pour le neutre par rapport à la tristesse pour l'ami ( $t = -3.189, p < 0.01$ ). Le médecin, lui, est jugé le plus compétent lorsqu'il produit une prosodie neutre ( $t = 3.005, p < 0.01$ ), et il est jugé moins compétent lorsqu'il produit une prosodie de la tristesse ( $t = -6.845, p < 0.0001$ ). Il n'y a pas de différence significative de jugement sur la compétence de l'ami entre la prosodie neutre et la prosodie de la surprise ( $t = 0.467, p = 0.64102$ ), mais il y en a une pour le soignant qui est jugé encore moins compétent s'il produit cette prosodie de la surprise par rapport aux autres prosodies ( $t = -8.263, p < 0.0001$ ).

## PARTIE V – Discussion et Conclusion

### 1 – La perception de l’affiliation et de la compétence

Dans notre étude expérimentale, nous nous sommes concentrées sur deux aspects de la prosodie des émotions lorsqu’elle est utilisée dans une hétéro-répétition. Nous nous sommes demandé comment la prosodie que l’on choisit sur ce type d’énoncé va, en fonction du rôle social des interlocuteurs et de l’émotion qu’elle porte, influencer la perception que l’un va avoir de l’autre en termes de compétence. Nous voulons aussi savoir quelle prosodie sera considérée comme une affiliation émotionnelle au *stance* du locuteur de la part de l’interlocuteur. La question qui sous-tend les deux précédemment citées est de savoir si la prosodie considérée comme affiliée est celle qui renvoie une image de compétence sur l’interlocuteur. Les trois prosodies qui nous ont intéressé sont la tristesse, le neutre et la surprise, la prosodie de la tristesse étant aussi employée par la locutrice principale Clara (l’aidante). La manière dont elles sont perçues a été comparée dans deux rôles sociaux différents : celui du soignant, et celui de l’ami. Pour répondre à nos interrogations, nous avons posé deux questions à nos participants sur leur perception : une sur le degré auquel l’interlocuteur (soignant ou ami) est bon, et une sur le degré de similitude du ressenti émotionnel de celui-ci à celle de l’aidante.

Le résultat principal de notre étude concerne la perception de la compétence, recueillie grâce à la question sur le « bon » interlocuteur. Celui-ci est jugé sur sa compétence de manière différente en fonction du rôle social qu’on lui attribue. Ce résultat est en accord avec nos attentes initiales, en ce que les participants exposés au rôle du soignant seraient enclins à le noter comme bon soignant s’il utilise une prosodie neutre, le noter comme moins bon soignant s’il produit une prosodie de la tristesse, et le noter comme non compétent s’il utilise une prosodie de surprise. De plus, les participants exposés à la condition où le rôle social est celui de l’ami notent ledit ami comme meilleur lorsqu’il emploie la prosodie de la tristesse et moins bien lorsqu’il emploie celle du neutre. Nos résultats appuient donc notre hypothèse selon laquelle l’interprétation de la prosodie et du *stance* qu’elle porte est fortement influencée par le rôle social du locuteur et la relation interpersonnelle qu’il implique. Nous avons également obtenu un résultat inattendu : celui concernant la perception de la prosodie de la surprise pour le rôle social « ami ». Contrairement à nos attentes premières, mais en accord avec des réflexions faites par des participants, l’ami était parfois perçu comme presque aussi bon lorsqu’il utilisait une prosodie de la surprise que lorsqu’il utilisait une prosodie de la tristesse, parfois comme moins bon. Les pourcentages des résultats étant très étalés autour de la médiane et celle-ci étant située

autour des 50% (signifiant que les participants ont eu tendance à répondre au hasard), il semble qu'il soit difficile de considérer que la surprise montrée par un ami le rende bon ou mauvais.

La perception des différentes prosodies comme plus ou moins affiliées a été recueillie grâce à la question portant sur la proximité du ressenti émotionnel de l'interlocuteur à celui de l'aidante. Le ressenti neutre, porté par la prosodie neutre, est le plus souvent jugé comme proche de celui de l'interlocuteur pour les deux rôles sociaux. La prosodie de la tristesse et celle de la surprise donnent toutes deux des résultats jugés éloignés du ressenti émotionnel de l'aidante, la surprise étant jugée la plus éloignée. L'affiliation est en général considérée comme étant créée grâce justement à la démonstration d'un point de vue émotionnel similaire à celui du locuteur. La prosodie neutre serait donc la plus affiliative. Cela ne correspond pas à nos hypothèses, car nous pensions que la prosodie qui serait affiliative serait la tristesse. En effet, c'est aussi celle que nous avons fait jouer pour l'aidante : nous pensions donc qu'elle serait interprétée par l'acteur de façon suffisamment similaire pour être la prosodie renvoyant le ressenti émotionnel le plus proche. L'étude des résultats nous a permis de découvrir un effet inattendu du rôle social sur la perception de l'affiliation prosodique : la tristesse démontrée par le rôle social « soignant » ou par le rôle social « ami » n'est pas considérée de la même manière. L'ami est perçu comme montrant un ressenti émotionnel plus proche de celui de l'aidante que le soignant, alors même que leur prosodie et leurs caractéristiques vocales (voix de l'acteur), sont les mêmes.

Les participants ont donc le plus souvent noté la prosodie neutre comme étant la caractéristique d'un « bon » soignant par rapport aux autres prosodies, ce que nous rapprochons de l'idée qu'elle indique un soignant « compétent », dans nos termes. Ce résultat confirme notre hypothèse selon laquelle le neutre serait la prosodie et le *stance* le plus accepté pour un soignant, comparé à de la tristesse ou de la surprise, face à un patient. Cette prosodie est aussi celle qui est considérée le plus souvent comme véhiculant un ressenti émotionnel le plus similaire à celui de l'aidante. La prosodie neutre serait donc celle perçue comme la plus proche, et par conséquent comme la plus affiliative. Ce résultat ne concorde pas avec nos hypothèses. Il pourrait être dû à une proximité prosodique plus forte entre la tristesse jouée pour l'aidante et le neutre joué pour le soignant qu'entre la tristesse jouée pour l'aidante et la tristesse jouée pour le soignant : n'ayant pas été jouées en miroir, l'acteur et la locutrice native n'ont pas produit le même type de tristesse, et ont fait des patrons prosodiques différents.

Venant d'un soignant, nous pensions que la prosodie de la surprise serait mal venue car elle pourrait être la preuve d'une méconnaissance de son métier et d'incompétence, et nos

résultats vont dans ce sens, puisqu'elle semble être perçue comme un élément peu applicable au bon soignant. Cependant, la notion de compétence est moins applicable aux relations amicales, et un ami n'a pas à démontrer ses connaissances d'une maladie : ce n'est pas son rôle. Nous pensons que la surprise serait néanmoins considérée comme inopportune et non appropriée car non affiliative dans un moment où l'aidant évoque un symptôme et montre sa tristesse. Nous nous demandons si le fait que les participants aient fréquemment répondu au hasard est dû à des conceptions ou des degrés différents de l'amitié. Par exemple, on pourrait penser que la surprise serait appropriée venant d'un ami suffisamment proche : sa prosodie et l'émotion associée serait alors une façon de renchérir sur le ressenti émotionnel et la preuve d'un certain engagement émotionnel montrant que l'on n'est pas indifférent à ce qui est expliqué.

Le fait que la perception du degré de proximité entre les ressentis soit influencée par les rôles sociaux laisse à penser que des biais psychologiques sont en jeu. Ces biais seraient liés aux caractéristiques que l'on attribue aux personnes en fonction de leur rôle social. Nous nous demandons si cet effet corrobore l'idée selon laquelle on n'attend pas d'un soignant qu'il fasse preuve de tristesse à un moment de la consultation comme l'entretien. Ainsi, si ce biais-là (associer des caractéristiques à un rôle social) est bien celui que l'on observe à travers nos résultats, il semble qu'il contraigne non seulement la production du feedback du soignant à cause des attentes qui y sont associées, mais aussi notre perception de celui-ci.

## 2 – Les apports de notre étude

Nous avons, au cours des pages de ce mémoire, posé différentes questions, parfois sociales parfois scientifiques, auxquelles cette expérience nous permet d'apporter des premiers éléments de réponse.

La première question fil rouge de notre mémoire était : quelle prosodie est considérée comme affiliative pour un soignant ? Au vu de nos résultats et pour le contexte donné, il semble que la prosodie neutre soit celle considérée comme affiliative à la tristesse de l'aidante. Cependant, cette prosodie est probablement la plus proche, dans sa forme, de celle démontrée par l'aidante, raison pour laquelle elle serait perçue comme plus proche, et la tristesse comme moins proche. Nous avons évoqué dans notre état de l'art le fait qu'un énoncé de prime abord affilié pourrait s'avérer désaffilié s'il n'est pas ratifié par le locuteur principal (Bertrand et Priego-Valverde 2017). Ce fait a été démontré grâce à l'analyse interactionnelle, et notre expérience semble aller dans le même sens : tout comme on ne peut pas considérer un feedback

comme affilié tant qu'il n'a pas été ratifié interactionnellement, nous ne pouvons pas le faire ici non plus tant qu'il n'a pas été « ratifié » par les participants à l'expérience. Nous pensons que dans la situation de l'aidante, les participants ayant noté la prosodie de la tristesse comme différente du ressenti émotionnel de celle-ci n'auraient pas ratifié le feedback comme affilié. La seconde question fil rouge était : le choix de l'affiliation est-il perçu comme une preuve de la compétence du soignant ? Dans notre expérience, le choix d'une prosodie neutre est aussi le choix où le soignant est jugé « bon ». Une hypothèse serait donc que l'affiliation à la prosodie neutre du patient pourrait être un facteur permettant la convergence puisqu'il serait, en théorie, ratifié, et l'accomplissement interactionnel. En effet la conversation pourra continuer, le soignant étant perçu comme suffisamment compétent pour qu'elle ait un intérêt. L'affiliation au neutre est donc appropriée pour le soignant et participerait à la réussite de l'interaction et de son but avec ces rôles sociaux : trouver le symptôme notable pour comprendre la source de la maladie et ainsi, soigner. Le but personnel du soignant est atteint car il doit non seulement récolter les informations, mais aussi établir et maintenir une relation de confiance avec le patient et son entourage pour que celui-ci accepte un traitement.

Dans le contexte où le rôle social est celui de l'ami, les résultats montrent que le neutre produit la même affiliation prosodique que pour le soignant, mais elle n'est pas acceptée de la même façon. En accord avec nos hypothèses, c'est la prosodie de la tristesse qui fait que l'ami est le plus souvent noté comme bon. Nous pensons que cela est dû à son rôle social : malgré la proximité de la prosodie avec celle de l'aidante, adopter une attitude émotionnelle neutre et non triste ne serait pas approprié ici, car pas assez empathique. Le fait que la prosodie neutre soit moins acceptée que celle de la tristesse pourrait créer, en situation interactionnelle, une désaffiliation. La tentative échouerait car l'aidante pourrait ne pas ratifier l'émotion de son ami malgré la proximité prosodique. Nous nous demandions si le contexte médical pouvait créer des situations dans lesquelles, à cause des rôles sociaux impliqués, l'affiliation prosodique du soignant au patient ne serait pas appropriée. Dans ce contexte nous avons postulé que si elle était utilisée, elle pourrait faire échouer l'interaction. Cette hypothèse était basée sur le postulat d'une affiliation de la tristesse à la tristesse, et nous pensions que cette émotion ne serait pas adaptée au soignant. Bien que nous n'ayons pas pu vérifier cela, il semble que nos résultats aillent tout de même dans le sens de l'hypothèse selon laquelle le rôle social peut nécessiter que l'on ne s'affilie pas à la prosodie pour réussir l'interaction : la réponse préférée ne serait alors pas la réponse affiliée. Seulement, cela n'est pas arrivé dans le contexte soignant mais dans le contexte ami. Nous pensons qu'à l'inverse du soignant, il est peu approprié d'être neutre pour

un ami, et qu'il est plus adéquat d'être triste. Ainsi, il semble que l'action conjuguée du rôle social et de l'émotion que véhicule la prosodie soient à prendre en compte pour comprendre le phénomène de l'affiliation en interaction, mais aussi le principe de la réponse préférée.

L'étude de Petrone et al. (2018) sur les offres et les requêtes en anglais américain, avait démontré l'interaction entre les fonctions linguistiques et paralinguistiques de la prosodie dans les actes de langage qui mettent en jeu la manière dont on perçoit l'interlocuteur (autorité, sincérité). A l'instar de cette étude, la nôtre met en jeu des « *socially relevant* » (Petrone et al. 2018) feedbacks qui mettent en jeu la façon dont on perçoit l'ami et le soignant en termes de compétence. Cette étude et celle d'Asturc et al (2016) ont montré, d'une part, que pour un même acte de langage la valeur paralinguistique portée par la prosodie est très importante dans la façon dont on appréhende le *stance* du locuteur et, d'autre part, que la prosodie sur cet acte de langage ne sera pas produit de la même façon en fonction de la distance sociale entre les participants. Notre étude semble confirmer la multidimensionnalité de la prosodie qui, sur une hétéro-répétition feedback, va permettre à l'interlocuteur de transmettre son *stance* mais aussi (par le choix même de l'expression de celui-ci) exprimer son rôle social et interactionnel en s'adaptant à la distance sociale, au type d'énoncé produit et à sa valeur émotionnelle. Ainsi, les choix prosodiques faits au cours de l'interaction, notamment en termes de prosodie des émotions, peuvent modifier la perception que l'on a de la manière dont les interlocuteurs remplissent leur rôle social et interactionnel.

### 3 – Les limites de notre étude

Si la question posée aux participants sur le ressenti émotionnel semble assez claire, ce n'est pas le cas de la question sur le « bon » ami ou le « bon » médecin. Nous discutons ici des facteurs personnels pouvant influencer nos résultats.

Des facteurs personnels factuels comme l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le métier ou encore le lieu où l'on a grandi peuvent influencer les résultats. Notre environnement et identité affectent la compréhension que l'on a de notions aussi peu consensuelles que celles de bon et mauvais médecin, et de bon et mauvais ami. Tout d'abord, il est difficile de juger de la qualité de quelqu'un en se fondant sur une simple répétition et sur le ton de sa voix, correspondant à une action unique. D'un point de vue purement personnel, un bon ami serait une personne présente, qui dit les vérités quand il le faut, ne juge pas et est capable de compatir ou, a minima, de respecter notre vision des choses à défaut de la comprendre. Un bon médecin est une personne qui connaît son métier, est à l'écoute, réfléchi et qui accepte de reconsidérer son

diagnostic en cas de désaccord. Il est capable de montrer de la compassion mais face à un problème, cherchera avant tout à le comprendre et le résoudre. Cette vision est purement personnelle et ces définitions varient probablement autant qu'il existe de personnes et de vécus. La notion de bon médecin est notamment liée au rapport qu'entretient une personne non seulement avec l'individu face à elle mais aussi avec ce qu'il représente dans son rôle : le corps médical, ou des institutions comme un cabinet de consultation, un hôpital, une clinique. Selon l'institution et le lieu où se passe l'interaction, il est probable que la définition varie aussi.

La prosodie neutre est celle qui renvoie le ressenti émotionnel le plus proche de la tristesse de l'aidante. Nous avons évoqué le fait que cela est probablement dû au fait que la prosodiste et l'acteur ont joué la tristesse de deux manières très différentes. Pour cette raison, il aurait été utile de créer une tâche de validation acoustique des stimuli audio, ainsi que de faire une analyse acoustique et phonologique de ces stimuli. Par manque de temps, nous n'avons pu la réaliser, et les résultats pourraient donc en être influencés. En effet, cette deuxième validation devait permettre de vérifier que les émotions jouées étaient bien reconnues comme de la tristesse, de la surprise et du neutre. Lors des passations des expérimentations, plusieurs retours ont indiqué que la voix de Clara était « très neutre », mais pas qu'elle semblait triste. Il aurait aussi fallu analyser les patrons prosodiques produits au sein d'un même type de prosodie émotionnelle et comparer ensuite ceux du neutre et ceux de la tristesse, afin de déterminer leur proximité acoustique. Contrôler cela nous aurait également permis de contrer une certaine variabilité dans la production de la surprise : l'acteur a produit différents types de surprises, dont certaines paraissaient plus proches du choc, du doute ou de l'incrédulité. Ce phénomène de variabilité sur des émotions fortes a déjà été remarqué dans la littérature sur les voix actées (Jürgens et al. 2015, 209). Cela est problématique car ces variantes induisent des interprétations diverses. Cette variation à travers les stimuli peut donc avoir influencé la perception de la surprise et nos résultats.

Le choix d'un corpus créé nous a permis de comparer la perception de la prosodie avec un maximum de variables contrôlées (longueur des mots, nature des symptômes, voix et genres rattachés aux rôles) et une bonne qualité d'enregistrement, dans une étude expérimentale. De plus, la création de corpus permet d'obtenir des situations autrement parfois difficiles à enregistrer comme la consultation pendant la description de symptômes. Ce type de situations touche en général à l'intégrité et la vie privée des personnes. Pour nous, il peut être compliqué d'obtenir des enregistrements, sur le terrain, d'interactions entre médecins et patients ou aidants, ou entre deux amis, lors des phases de discussions aussi personnelles que celles de

symptômes de maladies. Cependant, la création de corpus présente la caractéristique de ne pas être « en contexte », ne nous permettant donc pas d’analyser la réaction qu’un aidant aurait eu, sur les plans interactionnel et prosodique, à la réponse émotionnelle de son interlocuteur, mais plutôt la perception de participants spectateurs des courts échanges créés.

#### 4 – Perspectives futures

Les problèmes rencontrés avec la production de la prosodie par l’acteur nous portent à nous questionner sur deux points. D’une part, l’usage d’une prosodie neutre. Il nous semble important de s’interroger sur la nature même d’une prosodie dite “neutre”, qu’il faudrait tout d’abord mieux définir avant de l’étudier, par exemple dans une étude de production libre par des acteurs puis de perception par des auditeurs, afin de mieux comprendre quel pourrait être un patron prosodique réellement émotionnellement neutre. Par ailleurs, nous nous demandons si d’autres émotions seraient plus pertinentes dans des contextes comme le nôtre, pour constituer la prosodie par défaut du soignant. Enfin, il semble primordial dans de futures études de fixer un patron prosodique unique pour chaque émotion jouée, si l’on veut éviter des biais dus à la variabilité de ces patrons et des nuances qu’ils apportent à la prosodie émotionnelle en jeu.

Nous pensons qu’il pourrait être très intéressant dans de futures études de comparer l’acceptation de l’affiliation du soignant en fonction des facteurs tels que le *stance* mis en jeu, le métier du soignant et le moment de la consultation. En effet, nous pensons que le soignant et par extension tout rôle social ne verra pas une tentative d’affiliation acceptée de la même manière quelle que soit l’émotion véhiculée par la prosodie. De plus, le moment de la consultation pourrait aussi être d’une importance capitale dans cette acceptation car au cours de l’interaction, si les rôles institutionnels sociaux demeurent inchangés, les rôles interactionnels varient en fonction de l’activité déployée. En effet, il est possible, au sein d’une même consultation de passer d’une activité de description des symptômes à une activité de plainte ou de ressenti par exemple. Ces activités assignent d’autres rôles aux participants et créent des attentes différentes notamment sur le type de réponse plus ou moins appropriée. Les changements de rôles interactionnels peuvent faire paraître l’affiliation plus ou moins forte en fonction de ce paramètre seul. De plus, les rôles sociaux font varier plus précisément notre acceptation de l’affiliation en fonction de l’émotion qu’on exprime. Il semble donc que l’affiliation à la prosodie émotionnelle d’autrui ne soit pas toujours désirable pour réussir l’interaction, comme le montrent les résultats sur la perception des prosodies de la tristesse et du neutre pour l’ami, la tristesse n’étant pas affiliée mais semblant nécessaire à la construction

de l'interlocuteur comme un bon ami. Le fait d'être un bon ami ou un bon médecin est nécessaire si l'on souhaite que l'interaction continue, dans une interaction comme celle-ci où l'aidante se confie sur un thème intime. Cette conclusion est en accord avec les travaux qui ont été faits sur la progressivité interactionnelle, qui veut que la réussite de l'interaction passe avant même l'alignement : nous pensons qu'il est parfois nécessaire de passer outre l'affiliation pour réussir une interaction.

L'étude de la production et de la perception de la prosodie peuvent permettre d'analyser des notions développées dans le cadre de l'Analyse Conversationnelle et de la Linguistique Interactionnelle. Des études comme la nôtre permettent de mettre en place une expérimentation pour vérifier le comportement d'une notion interactionnelle (ici, l'affiliation) en fonction de différents rôles sociaux et du type d'interaction qui est rattaché à ceux-ci (ici, soignant en institution avec une relation asymétrique complémentaire), ainsi qu'en fonction de l'émotion et de sa place dans ladite interaction. Il est important de prendre les rôles sociaux, interactionnel et la nature de l'émotion dans les études de perception de la prosodie émotionnelle lorsque l'on souhaite étudier son impact sur le fonctionnement de la parole humaine par rapport aux représentations sociales comme celle de la compétence. Cette parole est toujours en contexte social, relationnel, interactionnel, et émotionnel. La prosodie étant un important facteur pour véhiculer l'émotion dans la parole, il est primordial de l'inclure dans l'étude de concepts interactionnels comme l'affiliation et de situations telles que l'interaction médicale, qui mettent en jeu la démonstration des émotions.

De nos jours, il est fondamental de comprendre le fonctionnement de l'interaction humaine dans toute sa complexité et c'est aussi nécessaire d'un point de vue sociétal pour améliorer la communication entre êtres humains notamment lorsque la santé, mentale ou physique, est en jeu. De plus, une compréhension profonde de ces interactions nous permet aussi d'améliorer l'interaction homme-machine, thématique de plus en plus importante dans notre société. L'amélioration des capacités interactionnelles des machines permet de nos jours de créer des avatars comme celui développé dans le cadre du projet ACORFORMed (Och et Blache 2015 – 2018), qui permet aux soignants de s'entraîner à interagir avec les patients dans des situations complexes. Comprendre la prosodie des émotions en interaction dans des situations médicales nous permettrait donc aussi d'ajouter ces nouvelles connaissances à celles que nous possédons déjà, et de préparer encore mieux les soignants à la réalité de situations complexes auxquelles ils sont régulièrement confrontés au cours de leur carrière.



## Bibliographie

- Akpınar, B., Küçükgüçlü, Ö., & Yener, G. (2011). Effects of Gender on Burden Among Caregivers of Alzheimer's Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 248-254.
- Allwood, J., Nivre, J., & Ahlsén, E. (1992). On the semantics and pragmatics of linguistic feedback. *Journal of semantics*, 9(1), 1-26.
- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2019). *Interpersonal Relationships E-Book: Professional Communication Skills for Nurses*. Elsevier Health Sciences.
- Astruc, L., Vanrell, M., & Prieto, P. (2016). Cost of the action and social distance affect the selection of question intonation in Catalan. *Intonational grammar in Ibero-romance: Approaches across linguistic subfields*, 6, 93.
- Audibert, N. (2008). *Prosodie de la parole expressive : dimensionnalité d'énoncés méthodologiquement contrôlés authentiques et actés*. Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00489924>.
- Bänziger, T., Grandjean, D., Bernard, P. J., Klasmeyer, G., Scherer, K. R., & Bänziger, T. (2001). *Prosodie de l'émotion : étude de l'encodage et du décodage*. (23), 11-37.
- Bates, D., Maechler, M., Bolker, B., Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. In *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1-48.
- Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 356-360.
- Bertrand, R., Blache, P., Espesser, R., Ferré, G., Meunier, C., Priego-Valverde, B., & Rauzy, S. (2006). Le CID-Corpus of Interactional Data-: protocoles, conventions, annotations. *Travaux interdisciplinaires du Laboratoire parole et langage d'Aix-en-Provence (TIPA)*, 25, 25-55.
- Bertrand, R., Blache, P., Espesser, R., Ferré, G., Meunier, C., Priego-Valverde, B., & Rauzy, S. (2008). Le CID-Corpus of Interactional Data – Annotation et Exploitation Multimodale de Parole Conversationnelle. *Traitement automatique des langues (TAL)*, vol.49, n°3, pp.105-134.
- Bertrand, R., Ferré, G. & Guardiola, M. (2013). French face-to-face interaction: Repetition as a multimodal resource. In *Nick Campbell & Matej Rojc Coverbal Synchrony in Human-Machine Interaction*. USA: Science Publishers, pp.30.
- Bertrand, R., & Priego-Valverde, B. (2017). Listing Practice in French Conversation: From Collaborative Achievement to Interactional Convergence. *Discours*. Consulté à l'adresse : <https://discours.revues.org/9314>.
- Bunt, H. (2011). Multifunctionality in dialogue. *Computer Speech & Language*, 25(2), 222-245.
- Clark, H. H. (1996). *Using language*. Cambridge university press.

- Cordella, M. (2004). *The dynamic consultation: a discourse analytical study of doctor-patient communication*. Amsterdam ; Philadelphia: John Benjamins Pub.
- Corrette, Ramon (2019). Praat Vocal Toolkit. <http://www.praatvocaltoolkit.com>
- Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste, M. (1993). *Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins*. Presses Universitaires Lyon.
- Couper-Kuhlen, E. & Selting, M. (1996). *Prosody in conversation: Interactional studies*. Cambridge University Press.
- Couper-Kuhlen, E., & Selting, M. (2017). Online-Chapter F : Further Practices with Language. In *Interactional Linguistics : Studying Language in Social Interaction*. Cambridge University Press.
- De Fornel, M., & Léon, J. (1997). *Des questions-échos aux réponses-échos*. (28). Consulté à l'adresse <https://journals.openedition.org/praxematique/3049>.
- Dubost, J-M. & Su, T. (1999). Prosodic differences and similarities between Mandarin and French in declarative, interrogative, surprise and doubt expressions. In *Proceedings of the 14th International Congress of Phonetic Sciences*, pp. 1561–1564.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99(3), 550-553.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*, 287(2), 226-235.
- Ford, R. M., Lobao, S. N., Macaulay, C., & Herdman, L. M. (2011). Empathy, theory of mind, and individual differences in the appropriation bias among 4- and 5-year-olds. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110(4), 626-646.
- Goodwin, C., & Heritage, J. (1990). Conversation Analysis. *Annual Review of Anthropology*, 19, 283-307. Consulté à l'adresse JSTOR.
- Grice, H. P., Cole, P., & Morgan, J. L. (1975). Logic and conversation. 1975, 41–58.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., P. Buunk, B., & Wobbes, T. (2002). Failing in spousal caregiving: The 'identity-relevant stress' hypothesis to explain sex differences in caregiver distress. *British journal of health psychology*, 7, 481-494.
- Hall, J. K. (2019). The Contributions of Conversation Analysis and Interactional Linguistics to a Usage-Based Understanding of Language: Expanding the Transdisciplinary Framework. *The Modern Language Journal*, 103(S1), 80-94.
- Heath, C. (1993). Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin. In *Soins et communication: approches interactionnistes des relations de soin*. Presses Universitaires de Lyon : Lyon, pp. 65-76.
- Howell, D. C. (2010). *Statistical methods for psychology* (7th ed). Australia : Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

- Hymes, D. (1972). *On Communicative Competence*. (269293), 269-293.
- Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 84(1), 58-65.
- Jun, S.-A. & Fougeron, C. (2000). A Phonological Model of French Intonation. In *Intonation: Analysis, Modelling and Technology, Text, Speech and Language Technology*, A. Botinis (Ed.). Dordrecht: Springer Netherlands. pp. 209-242
- Jürgens, R., Grass, A., Drolet, M., & Fischer, J. (2015). Effect of Acting Experience on Emotion Expression and Recognition in Voice: Non-Actors Provide Better Stimuli than Expected. In *Journal of Nonverbal Behavior* 39(3):195-214.
- Kahn, P. V., Wishart, H. A., Randolph, J. S., & Santulli, R. B. (2016). Caregiver Stigma and Burden in Memory Disorders: An Evaluation of the Effects of Caregiver Type and Gender. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2016.
- Kitwood, T. (1993). Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process. In *Ageing & Society* 13(1):51-67.
- Kupetz, M. (2014). Empathy displays as interactional achievements—Multimodal and sequential aspects. *Journal of Pragmatics*, 61, 4-34.
- LPLdev Team (2015). Lancelot : Perceval. Laboratoire Parole et langage, Aix-en-Provence  
URL <http://www2.lpl-aix.fr/~lpldev/perceval/>
- Marc, E., & Picard, D. (2015). *Relations et communications interpersonnelles - 3e éd.* Dunod.
- McKelley, R. A. (2008). *The effect of practitioner title and gender socialization on men's attitudes, stigma, and preferences for seeking help* (Ph.D.). Consulté à l'adresse <http://search.proquest.com/docview/304474443/abstract/759B52EC9F1F4A36PQ/1>
- McQueen, A. (2000). Nurse–patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 9(5), 723-731.
- Mull, J. D. (1993). Cross-cultural communication in the physician's office. *Western Journal of Medicine*, 159(5), 609-613.
- Ochs, M., & Blache, P. (2016). Virtual Reality for Training Doctors to Break Bad News. *11<sup>th</sup> European Conference on Technology Enhanced Learning*. Lyon, France, pp.466-471.
- Pell, M. D., Paulmann, S., Dara, C., Alasseri, A., & Kotz, S. A. (2009). Factors in the recognition of vocally expressed emotions: A comparison of four languages. *Journal of Phonetics*, 37(4), 417-435.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing* (Putnam Edition). New-York, États-Unis.
- Petrone, C., German, E. S., Ito, K., & German, J. S. (2018). Multidimensional interpretation of rising and falling tunes for requests and offers. *LabPhon 16*, Lisboa, 19-22 June.
- Petrone, C., Sneed German, E., German, J. S., & Ito, K. (2019). Effects of Tune and Interspeaker Differences on the Interpretation of Requests and Offers. *International*

*Congress of Phonetic Sciences ICPHS 2019*. Présenté à Melbourne, Australia. Consulté à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02110414>

- Piolat, A., & Bannour, R. (2008). *Emotions et affects : Contribution de la psychologie cognitive*. Consulté à l'adresse <https://docplayer.fr/19836338-Emotions-et-affects-contribution-de-la-psychologie-cognitive-annie-piolat-rachid-bannour.html>
- Prieto, P. (2015). Intonational meaning: Intonational meaning. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 6(4), 371-381.
- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.
- RStudio Team (2016). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, Inc., Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>.
- Sacks, H., Schegloff, E. & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of TurnTaking for Conversation. In *Language*, 696-735.
- Schegloff, E. A. (1982). Discourse as an interactional achievement: Some uses of 'uh huh' and other things that come between sentences. *Analyzing discourse: Text and talk*, 71, 93.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge University Press.
- Scherer, K. R. (1974). Acoustic concomitants of emotional dimensions: Judging affect from synthesized tone sequences. In S. Weitz (Ed.), *Non-verbal communication* (pp. 105-111). New York: Oxford University Press
- Scherer, K. (2003). Vocal communication of emotion: A review of research paradigms. *Speech Communication*, 40(1-2), 227-256.
- Schirmer, A., Kotz, S. A., & Friederici, A. D. (2005). On the role of attention for the processing of emotions in speech: Sex differences revisited. *Cognitive Brain Research*, 24(3), 442-452.
- Segura, T. (2018). *L'implication émotionnelle du soignant à domicile*. TFE. IFSI Saint Joseph Croix-Rouge Française, Marseille.
- Selting, M. (2010). Affectivity in conversational storytelling: An analysis of displays of anger or indignation in complaint stories. *International Pragmatics Association*, 20(2), 229-277.
- Sidnell, J., & Stivers, T. (Eds.). (2012). *The handbook of conversation analysis*. Chichester : Wiley-Blackwell.
- Sneed German, E., Petrone, C., Ito, K., & German, J. S. (2018). Effects of tune choice on the multi-dimensional interpretation of requests and offers. *Workshop on Prosody and Meaning ProMAix*. Présenté à Aix en Provence, France. Consulté à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02103891>

- Stivers, T. (2008). Stance, Alignment, and Affiliation During Storytelling: When Nodding Is a Token of Affiliation. *Research on Language & Social Interaction*, 41(1), 31-57.
- Stivers, T., & Robinson, J. D. (2006). A preference for progressivity in interaction. *Language in Society*, 35(3), 367-392.
- Tan, A., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2016). Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship: *Palliative Medicine*, 19(2), pp.143-150.
- Vidrascu, L. (2007). *Analyse et détection des émotions verbales dans les interactions orales*. Université Paris Sud, Paris XI.
- Vidrascu, L., & Devillers, L. (2007). Five emotion classes detection in real-world call center data: the use of various types of paralinguistic features. *Proc. Inter. workshop on Paralinguistic Speech between models and data, ParaLing*.
- Weizman, E. (2006). Rôles et identités dans les interactions conflictuelles. *Questions de communication*, (9), 7-13.
- Werner, A. & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. In *Social Science & Medicine* 57(8):1409-19.

Annexe 1 – Liste des stimuli

*Cibles*

Il mélange ses mots

Il a des spasmes

Il crachote du sang

Elle perd la tête

Il regarde le vide

Il fait des crises

Elle oublie les noms

Elle prend du poids

Elle vomit sa bile

Il mord sa langue

Elle arrache ses ongles

Il serre les dents

Elle rejette le lait

Il contracte ses muscles

Elle mange ses doigts

Elle raidit son dos

Il tousse des glaires

Elle retient ses selles

Il gratte ses bras

Il mâchonne ses lèvres

Il voit des ombres

Elle abîme sa peau

Elle stoppe ses phrases

Il entend des voix

Il tape ses jambes

Elle coupe ses mots

Elle taillade ses veines

Il tord ses pieds

Elle agite ses jambes

*Fillers*

Il a mal aux reins  
Il souffre des lombaires  
Il a des vertiges  
Il déglutit mal  
Il fait des malaises  
Il roule des yeux  
Il respire mal  
Il ne dort pas  
Il perd l'équilibre  
Il entend mal  
Il est écœuré par la nourriture  
Il a les yeux secs  
Il pleure le matin  
Il se réveille en hurlant  
Il tremble des membres  
Elle boite d'une jambe  
Elle s'endort tout le temps  
Elle s'étouffe quand elle boit  
Elle a très mal au ventre  
Elle ne peut plus lever son avant-bras  
Elle a des diarrhées  
Elle a la peau qui la brûle  
Elle fait des terreurs nocturnes  
Elle subit des pertes de connaissance  
Elle confond les lettres  
Elle perd beaucoup de cheveux  
Elle a de la fièvre  
Elle ne peut pas bouger au réveil  
Elle est très essoufflée  
Elle n'arrive pas à lire