



L'importance des premières minutes **dans la création du lien**

Si la première rencontre soignant patient est déterminante pour la suite des soins, quels en sont les ingrédients ? L'analyse conversationnelle met en évidence que la manière d'interagir et de se présenter à l'autre crée d'emblée les conditions favorables au lien et au travail thérapeutique.

La relation thérapeutique est le lien qui se construit entre un clinicien et un patient, afin de créer les conditions nécessaires de confiance pour résoudre les problèmes et les difficultés de ce dernier (1, 2). La qualité de cette relation reste un facteur essentiel pour engager le patient dans le traitement et conduire à des résultats

positifs (3). Au cours des échanges, patient et soignant doivent ainsi créer un contexte relationnel favorable au partage des connaissances sur l'expérience de la maladie et les traitements. Ces informations mutualisées serviront au soignant pour comprendre les difficultés du patient, prendre les décisions importantes et produire les changements nécessaires à la gestion de sa détresse et de ses difficultés.

Une relation thérapeutique de bonne qualité implique donc le patient dans les décisions et s'appuie sur un modèle de soin cohérent qui guide le soignant dans ses actions. Centrée sur le patient, elle est basée sur le respect et l'authenticité. Ce lien thérapeutique positif permet progressivement au patient de révéler des éléments biographiques en lien avec ses difficultés et au soignant de faire sa connaissance et d'accéder à son vécu. Grâce aux échanges, patient et soignant coconstruisent une compréhension partagée de la souffrance,

**Alexandra NGUYEN^{*1},
Evelyne BERGER^{**1}, Anne-Sylvie
HORLACHER^{**1,2}, Jérôme FAVROD^{***1}**

*Infirmière et docteure en sciences de l'éducation, **Docteures en linguistique, ***Infirmier spécialiste clinique en psychiatrie et santé mentale;

1- Institut et haute école de la santé La Source, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), 2- Centre de linguistique appliquée, Université de Neuchâtel.

en modifiant et en adaptant les connaissances respectives des éléments constitutifs de la problématique de santé. Cette perspective permet une reconnaissance du vécu et l'élaboration d'un lien indispensable. La relation thérapeutique requiert de la part du soignant une double exigence : construire une alliance faite d'empathie et, en même temps, remettre en question la représentation du patient sur sa situation. Dans ce contexte, la première rencontre

Dans ces mouvements, et particulièrement dans la relation thérapeutique, les participants doivent d'emblée se mettre d'accord sur les termes utilisés. Le soignant peut proposer des reformulations et des redéfinitions du problème du patient, qui accepte ou refuse la nouvelle définition proposée. Ensemble, pas à pas, ils élaborent une compréhension partagée (4). Le soignant explore les difficultés du patient et les traduit en termes professionnels. Il

désaffilier des propos tenus par le patient c'est-à-dire exprimer des désaccords. Ces phénomènes de désalignement et de désaffiliation requièrent l'acceptation d'une tension potentielle dans la relation (5). Toutefois, lors de ces moments, le soignant utilise des stratégies d'atténuation de ses propos pour conserver l'alliance. En cas de désaccords, il peut, par exemple, présenter de nouvelles connaissances sous forme de suggestions, de propositions ou de

“ **Comme dans toute nouvelle rencontre, les premiers instants sont l'étape où les participants coordonnent leur attention et leur disponibilité et explorent qui ils sont l'un par rapport à l'autre dans les circonstances présentes.** »

est un moment crucial. Elle se caractérise par l'absence d'histoire interactionnelle et de références communes entre les deux participants. Ceux-ci doivent donc apprendre à se connaître et interagir.

UN ÉQUILIBRE SUBTIL

Curieusement, même si cette étape semble essentielle, peu de recherches ont étudié les interactions telles qu'elles se donnent à voir dans les pratiques réelles en milieu clinique. Dans les premiers instants, le soignant doit organiser un cadre relationnel collaboratif, nécessaire au soin, en engageant le patient dans des interactions qui favorisent un climat de confiance. Dans un mouvement apparemment contradictoire, il questionne les représentations du patient (sur lui-même et la maladie) et valide son point de vue. Ces actions visent à initier le travail sur des objectifs de changements. Simultanément, le patient va devoir décider de faire confiance au soignant, ou non, de le suivre ou de résister, voire de s'opposer. Ces tensions contraires conduisent le soignant à un travail interactionnel subtil avec le patient, d'alignement/désalignement et d'affiliation/désaffiliation. La littérature en analyse conversationnelle définit l'alignement comme les actions qui soutiennent le déroulement de l'interaction (alors que le désalignement l'interrompt). Les phénomènes d'affiliation et de désaffiliation complètent cette dynamique : s'affilier consiste à reconnaître et partager le point de vue de son interlocuteur. L'enjeu réside alors dans la capacité des personnes à assurer le déroulement des échanges et à manifester une certaine adhésion au point de vue de son/ses interlocuteur/s.

endosse le rôle d'une personne capable de contextualiser les expériences du patient et d'en proposer des explications ou significations « expertes », et par là, différente. Pour sa part, le patient est l'expert de sa propre histoire, de ses émotions, de ses perceptions concernant les événements spécifiques qu'il a vécus. Dès les premières minutes, il est donc attendu que le soignant considère le patient comme l'expert de sa propre expérience et comme la seule personne capable de choisir les thèmes pertinents de la séance (5). Néanmoins, le professionnel peut « imposer » une structure organisationnelle classique aux rencontres à visée thérapeutique, et diriger l'entretien pour permettre à la relation de rester centrée sur l'objectif. Il peut interrompre le patient pour lui demander de préciser ou de reformuler pour indiquer sa compréhension. Valider ce que dit le patient ou au contraire produire une interprétation différente permet au soignant d'observer si l'utilisateur accepte ou conteste la proposition (4). Le soignant s'efforce ainsi de réduire l'asymétrie liée aux rôles sociaux, en conduisant le patient à choisir un sujet, lui indiquant ainsi qu'il est l'expert de sa propre expérience et le mieux à même de décider de ce qui est important dans la thérapie.

Dans la négociation de cette distribution de rôles, le thérapeute peut recourir à différentes pratiques interactionnelles, comme le désalignement, qui s'exprime souvent par le fait de changer de thème conversationnel, de manière à réorienter les échanges et replace le patient dans le cadre d'une relation thérapeutique quand il s'en écarte. Le soignant peut aussi se

questions, ou encore réduire l'impact des mots utilisés en ayant recours à des formes conditionnelles ou hypothétiques. Il tentera de s'affilier avec le patient à un moment ultérieur de l'interaction, en expliquant leurs désaccords afin d'atténuer leurs effets sur la relation thérapeutique. En bref, ces phénomènes de désalignement et de désaffiliation des thérapeutes sont liés à la négociation des rôles sociaux et à la structure particulière de l'interaction dans la relation thérapeutique (5).

De la même façon, le patient peut être d'accord avec les conseils des professionnels, mais aussi réduire les signes d'alignement, par exemple en s'abstenant de répondre. Parfois, il révèle les raisons pour lesquelles il « résiste » en introduisant des nouvelles données personnelles incompatibles avec le conseil ou la recommandation du soignant. Il peut aussi questionner ce conseil ou cette recommandation, réduire certains aspects problématiques soulevés par le soignant, ou encore nommer des préoccupations particulières qui soulignent la prématurité des propositions (6). Ces stratégies permettent à l'utilisateur de s'opposer au soignant, sans explicitement remettre en question son autorité professionnelle. Les recherches suggèrent que ces résistances du patient peuvent être considérées comme des opportunités d'augmenter leur participation plutôt que des problèmes à résoudre (7).

Dans la première rencontre, la nouveauté de la relation et son enjeu pour la suite du processus thérapeutique rendent complexes la construction d'une alliance entre les partenaires et la mise en place de règles de fonctionnement interactionnel.

Comme dans toute nouvelle rencontre, les premiers instants sont l'étape où les participants coordonnent leur attention et leur disponibilité réciproque et explorent qui ils sont l'un par rapport à l'autre dans les circonstances présentes (8). Dans la phase d'ouverture, les participants se présentent l'un à l'autre, créant un rapprochement et les conditions nécessaires à un engagement réciproque (9). Comment s'élabore cet engagement mutuel ? Quelles ressources et compétences interactionnelles sont mobilisées par les participants dans les premières minutes de la première rencontre ?

L'ANALYSE CONVERSATIONNELLE

L'analyse conversationnelle est une discipline qui s'intéresse aux interactions sociales en situation authentique naturelle, telles qu'elles sont produites, en l'absence du chercheur. Elle s'appuie sur des interactions enregistrées et filmées, et a pour ambition de décrire les procédés par lesquels les locuteurs réalisent leurs actions ordinaires et rendent intelligibles leurs conduites. En outre, elle offre une méthodologie particulièrement pertinente pour décrire comment les participants construisent leur rencontre et leur relation interpersonnelle, négocient leurs savoirs, imposent des thèmes de conversation, ou gèrent leurs désaccords.

L'analyse conversationnelle adopte une perspective analytique, dite éémique, qui octroie aux acteurs le sens premier des actions sociales. Les fondements de cette approche proposent d'éviter les interprétations déconnectées du sens que les personnes donnent elles-mêmes à leurs actions (10). La signification des comportements

est rendue manifeste dans l'interaction elle-même, à travers la manière dont les acteurs construisent leurs actions et réagissent à celles d'autrui, un tour de parole après l'autre. Le sens des actions résulte ainsi d'un accomplissement conjoint où chacun des partenaires ajuste son comportement au fur et à mesure que l'échange se déploie, afin de s'assurer d'une disponibilité réciproque et d'une compréhension partagée. En somme, l'analyse conversationnelle s'intéresse à la manière dont les gens communiquent et non pas à leurs motivations psychologiques. En cela, cette approche est particulièrement adaptée à l'étude des relations soignants-soignés (11). Elle a d'ailleurs fait ses preuves dès les années 1960 dans les soins infirmiers (12) et est dorénavant utilisée par de nombreux chercheurs intéressés par les interactions sociales, dans des contextes les plus divers (13-15).

CE QUE NOUS APPREND LA RECHERCHE

Dans le cadre de nos recherches, nous avons mené une étude sur la formation d'étudiants en soins infirmiers de troisième année à l'animation du Programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) (16) (voir encadré ci-contre). Au préalable, les étudiants avaient suivi une formation en ligne d'environ 10 heures sur le programme lui-même et techniques d'animation (17). Le dispositif de recherche consistait en une animation d'un groupe de patients experts par des binômes d'étudiants. Les séances, filmées, d'une durée de 20 minutes, avaient pour objectif l'observation des compétences d'animation de binômes étudiants. Nous

avons ensuite comparé les premières minutes de la simulation à travers les différents groupes et nous sommes intéressés à la manière dont les participants initient l'interaction et s'engagent dans l'exercice PEPS.

Dans le cadre de l'analyse, nous avons réalisé une transcription (voir Tableau 1 page suivante) de l'une des séquences de notre collection de données filmées. La transcription donne à voir les échanges verbaux, avec une numérotation des lignes pour chaque participant, au fur et à mesure des énoncés. Pour rendre compte des tours de parole tels qu'ils émergent dans les échanges, des signes typographiques spécifiques ont été ajoutés aux productions verbales, par exemple pour indiquer les chevauchements de tours de paroles : les crochets [signifient que plusieurs personnes s'expriment en même temps ; les points entre parenthèses indiquent des pauses de durée plus ou moins longues, de très court (.), courte (..) à un peu plus longue (...). Le langage verbal est fidèlement reproduit, ce qui inclut les hésitations, les corrections, les reformulations, ou encore des formes dites « *non standard* ». Des conventions de transcription ont également été adoptées pour souligner la tonalité des échanges, le rythme... (voir Tableau 2 page 58).

• Les marques du début de la rencontre

L'extrait met en présence cinq personnes : deux étudiantes infirmières, Amanda et Diana (AMA et DIA) animatrices de la séance groupale et trois patients experts, Jean, Antoine et Marc (JEA, ANT, MAR). Ils sont assis en demi-cercle.

Conformément aux autres entretiens analysés, l'entrée en matière s'initie de manière similaire, à savoir par un rituel d'ouverture comprenant des salutations et des présentations mutuelles avant le passage à la première tâche à l'ordre du jour.

L'extrait commence avec des formules routinières qu'Amanda adresse aux patients : d'abord, un échange de « *bonsoir* » (l.1-3), puis un remerciement et un commentaire sur le contexte de la rencontre (qui se déroule relativement tard) : « *J'espère que vous êtes pas trop fatigués* » (l.4-5). Cette manière de procéder a pour effet de marquer formellement le début de la rencontre, alors même que les participants se trouvaient déjà ensemble dans la salle depuis quelques instants. Cette ouverture est l'opportunité de faire du « *small*

PEPS, programme émotions positives pour la schizophrénie

Le programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) est un programme groupal qui cherche à réduire l'anhédonie et l'apathie en augmentant le contrôle cognitif des émotions positives. Il s'agit d'un programme en huit séances d'une heure, administré à l'aide de matériel multimédia (visuel et sonore). Les groupes sont composés de 5 à 10 participants. Chaque séance commence par un accueil et un exercice de relaxation ou de méditation. Dès la seconde séance, les animateurs passent en revue la tâche à domicile qui a été prescrite à la fin de la séance précédente. La séance se poursuit avec la remise en question d'une croyance défaitiste, puis l'apprentissage d'une compétence pour améliorer l'anticipation, le maintien, l'augmentation ou la réactualisation d'émotions positives. La séance se termine par la prescription d'une tâche à accomplir pour la séance suivante. Les compétences enseignées sont : savourer l'expérience agréable, exprimer les émotions de manière comportementale, capitaliser les moments positifs et anticiper les moments agréables.

Une formation à l'animation de PEPS est disponible en ligne. Elle vise à développer les compétences professionnelles d'accompagnement des apprentissages des participants par la mobilisation consciente et intentionnelle des styles d'apprentissage et par le développement d'une posture de partenariat entre animateurs et participants tout au long du dispositif.

• <https://e-peps.ch>

talk », c'est à dire une conversation légère et agréable pour une première prise de contact. Cette approche se voit dans la réponse humoristique de Jean (l.8), sur laquelle s'aligne Amanda avec des rires (l.11-17) et l'évaluation « *nickel* » (l.18). Le ton semble permettre une ambiance décontractée et des conditions propices à l'alignement des patients à l'activité proposée. Il s'agit d'une stratégie « *douce* » et non autoritaire pour que les usagers s'engagent dans l'activité.

• Tour de table

Ensuite, Amanda débute l'activité en proposant un tour de table pour faire connaissance. Dans ce cas, on constate que l'activité de présentations mutuelles va au-delà d'un simple échange d'informations biographiques factuelles, et invite au partage de son humeur ou état psychologique (cf. l. 22). En cela, ces échanges constituent une prémisse au travail thérapeutique qui va suivre. De plus, on note qu'Amanda suggère le tour de table avec beaucoup de précautions et de minimisations qui visent à limiter sa dimension obligatoire (l.17, 21, 24) : « *Je vous propose* », « *si vous êtes d'accord* », « *juste* », « *si vous voulez* ». Ses instructions sur le déroulement à venir sont accompagnées de structures hypothétiques (qui rendent la tâche conditionnelle à la volonté des patients), ainsi que d'une intonation interrogative (marquée par un point d'interrogation aux lignes 19 et 22), au moyen de laquelle Amanda invite les autres participants à accepter/refuser.

La consigne n'est donc pas imposée : elle relève davantage d'une invitation à faire que d'une injonction. Amanda la met en œuvre elle-même, en se présentant la première et en dévoilant son état de fatigue. L'étudiante Diane, qui co-anime cette séance, suit le mouvement en se présentant à son tour selon ce même modèle. Les patients poursuivent ensuite en adoptant ce pattern structurel. Autrement dit, la forme de la première présentation donne le modèle des suivantes. Le partage de l'état psychologique d'Amanda conduit les autres participants à révéler des informations personnelles, et plus globalement à les impliquer dans une relation ouverte et propice au dévoilement personnel. La forme précautionneuse des consignes atténue un positionnement d'autorité de la part des étudiantes qui endossent un rôle d'animation de la séance et donc de conduite de l'entretien. Cette

Tableau 1. Extrait de la transcription

01 AMA :	>ben< bonsoir.
02 JEA :	[bonsoi :r
03 MAR :	[bonsoir
04 AMA :	déjà ben on vous remercie d'être là :
05	j'espère que vous êtes pas trop fatigués
06	[on est (xx)
07 ANT :	[merci à vous
08 JEA :	[non on a la pêche là :
09 AMA :	[c'est vrai?
10 DIA :	[ah super
((Lignes 11-17 Hors transcription))	
18 AMA :	nickel. ben du- du coup j'vous présente-
19	enfin j'vous propose déjà qu'on s'présente chacun?
20 JEA :	mhm.
21 AMA :	pis euh si vous êtes d'accord juste que vous dites
22	comment vous vous sentez sur le : sur le moment là maintenant?
23	(...)
24 AMA :	euh j'peux commencer >si vous voulez< euh moi j'm'appelle amanda
25	chuis étudiante en troisième année (.) du coup euh là
26	j'me sens un peu : fatiguée hehe
27 JEA :	(ouais)
28 AMA :	c'est la fin d'la semaine hein ça s'ressent? .h (..)
29	et euh et voilà.
30 DIA :	moi j'm'appelle diana?
31	euh chuis aussi étudiante en troisième année
32	(...) on fait l'travail de bachelor <u>ensemble</u> et pis euh :
33	j'me sens euh <u>bien</u> en c' moment. [HHh
34 JEA :	[ouais
35 DIA :	[et vous?
36 JEA :	[(ça s'voit)
37 DIA :	HEHE hehh
38 JEA :	hahaha haha
39 AM? :	°et vous?°
40 JEA :	EUH : (...) jean michaud (...) <euh : chuis :> pas étudiant? =
41 AMA :	=HAHA [haha
42 DIA :	[haha
43 JEA :	[mais >j'l'ai été<
44 JEA :	ET : (...) en c'moment euh : (1.5) euh <une émotion> c'est ça?
45 AMA :	ouais votre [humeur votre émotion
46 DIA :	[°vos émotions°
47 JEA :	l'humeur et l'émotion? (.) mhm j'dirais de la joie.
48 AMA :	[okay.
49 DIA :	[°okay. super.°

« symétrisation » de la relation permet d'offrir clairement aux patients la possibilité de suivre ou non la démarche. L'effet semble toutefois favoriser l'engagement de tous dans l'activité en cours.

La ligne 23 rend compte d'une pause pendant laquelle Amanda semble « aller à la pêche » d'un volontaire pour initier la présentation, en regardant successivement Antoine puis Jean, qui se situent aux deux extrémités du demi-cercle formé par les patients (18). Comme aucun participant ne manifeste de velléités de se lancer, Amanda change alors de technique et finit par se proposer elle-même : « j'*peux commencer>si vous voulez euh moi j'm'appelle Amanda* » (l.24). Après avoir énoncé son prénom, décrit son statut d'étudiante (l. 25) et son état de fatigue (l.26), elle produit « *et euh voilà* » (l. 29) par lequel elle clôt sa prise de parole, ce qui rend pertinent la présentation d'un autre participant.

Comme elle tourne la tête et oriente son regard vers son acolyte, c'est tout naturellement que la prochaine personne à se présenter à ce moment-là est Diane, qui prend la parole à la ligne 30, selon la même structure qu'Amanda. Puis Jean prend spontanément la parole, alors que Diane oriente sa question au collectif de participants, « *Et vous ?* » (l.35 et 39).

Ces descriptions permettent d'observer les négociations en cours pour collaborer et s'engager dans une activité conjointe, celle de se présenter.

A plusieurs reprises dans cette séquence, Jean, un des patients, énonce des commentaires humoristiques, que ce soit en réaction aux présentations personnelles des étudiantes (l.10-17) ou au moment de se présenter lui-même : « *chuis pas étudiant* » (l.40). Ses commentaires sont accueillis par les étudiantes de manière positive, comme des « *laughables* », c'est-à-dire des occasions de rire, ce qui favorise une atmosphère détendue malgré le caractère sérieux de la rencontre (19). Les alignements des étudiantes aux rires de Jean permettent de conclure à une posture empreinte d'empathie et d'ouverture.

• Un cadre propice

Par leurs attitudes, les animatrices montrent de la considération pour les patients en s'intéressant à leurs émotions du moment. Elles accueillent l'humour comme partie intégrante de la séance, formulent leurs consignes sous la forme d'une proposition plutôt que d'un ordre, se présentent selon la même modalité que celle proposée aux patients en partageant des informations personnelles à propos de leur état psychologique du moment. Ce faisant, elles minimisent de manière assez subtile leur posture d'autorité, de contrôle et d'expertise comme soignantes tout en gardant le leadership de l'animation. Elles contribuent ainsi à rétablir une certaine symétrie dans la relation avec les patients et un cadre propice à la collaboration.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les recherches en analyse conversationnelle considèrent que les relations sociales humaines sont configurées selon trois dimensions : épistémique, déontique et émotionnel (20). Lors des interactions, ces trois ordres sont constitutifs de la dynamique des positionnements des personnes et orientent leurs actions pour assurer le bon déroulement de l'activité : dans la situation présentée, l'initiation de la séance thérapeutique en élaborant un environnement relationnel propice à la confiance, à l'alliance et au partage des informations personnelles, ainsi que la mutualisation des savoirs utiles à l'élaboration d'une compréhension partagée. Les participants se positionnent les uns par rapport aux autres selon des droits et devoirs déterminés par les statuts et les rôles attendus dans la situation. Mais au fil de l'interaction, chacun peut décider de renégocier ces positions et proposer une nouvelle distribution.

Dans la situation analysée, comme dans toute interaction thérapeutique, le contexte de la rencontre et, *a fortiori* lors de la première rencontre, il est attendu du soignant qu'il conduise l'entretien ou la séance et qu'il détienne les connaissances nécessaires à l'activité thérapeutique. Au sens de la littérature interactionniste (20), il occupe une position dite d'autorité (déontique) haute et une position d'expertise (épistémique) haute également, par rapport à celle du patient qui se présente habituellement en position complémentaire, c'est-à-dire une position déontique et épistémique basse. Concrètement, le patient tend à suivre les recommandations du soignant, et à rechercher de nouvelles connaissances concernant les comportements/solutions à ses difficultés.

Comme évoqué précédemment, l'enjeu de cette première rencontre consiste pour le soignant, non seulement à emmener le patient vers de nouvelles options de santé qui lui sont inconnues mais également à solliciter de sa part les connaissances qu'il détient sur sa propre expérience et son état psychologique. Il s'agit alors en quelque sorte d'une double asymétrie relationnelle épistémique, au sens où le soignant est en position haute dans le domaine des traitements ou de stratégies psychosociales pour faire face aux difficultés rencontrées, mais il positionne le patient en position haute sur un autre domaine de la connaissance, celle de son vécu, de son état psychologique... Sur le

Tableau 2. Conventions de transcription

[]	début et fin d'un chevauchement de tours de parole
=	enchaînement rapide entre tours de parole ou entre segments
(.) (..) (...)	pauses en-dessous de 1.0 seconde
mot?	intonation montante
mot.	intonation descendante
mo <u>t</u>	syllabe accentuée
MOT	segment plus fort
°mot°	segment moins fort
>un mot<	segment plus rapide
hmm euh	bruits sonores
hehe mo(h)t	particule de rire; particule de rire insérée
(mot)	transcription incertaine

plan déontique, l'enjeu réside alors dans la capacité du soignant à conduire et construire les échanges pour les orienter vers un but, et, simultanément, à placer le patient en position de décider ce qu'il souhaite mener comme actions futures pour sa santé, mais encore à influencer le cours des échanges. La description des négociations de rapports de place dans les premières minutes de la première rencontre montre que le partage d'une expérience vécue, d'un état personnel est utilisé par les étudiantes comme une ressource langagière particulière pour inviter les patients à participer à l'échange et à s'impliquer. L'analyse séquentielle des tours de paroles et la négociation autour du démarrage des présentations indique que ce n'est pas une tâche qui va de soi. En effet, rien n'est donné comme acquis, malgré une apparente distribution des droits et devoirs qui donnerait soi-disant le pouvoir au soignant.

Une étude (21) a montré qu'en psychiatrie, les thérapeutes et les superviseurs recourent au partage d'expérience personnelle pour relancer la dynamique communicationnelle lors de rouages les plus divers. De plus, en déplaçant le domaine épistémique sur les savoirs expérientiels, communs à tous, les rapports d'autorité et d'expertise tendent à s'équilibrer vers une relation davantage égalitaire. Le partage d'un vécu ou d'une information personnelle implique de la part du soignant de se dévoiler, ne serait-ce qu'à travers un prénom, ou de manière plus importante, à travers un statut social et son état psychologique du moment. Dans nos données, cette recherche de collaboration par le partage d'une information personnelle augmente la dynamique de partage des participants.

Ce travail souligne ainsi l'importance des premières minutes de la rencontre avec un ou des patients. La manière d'interagir et de se présenter à l'autre crée d'emblée des conditions favorables à la mise en place du lien et au travail thérapeutique. Ce sont donc des moments sensibles sur le plan interactionnel et relationnel, sinon décisifs, qui méritent une attention particulière.

- 1– Favrod J, Nguyen A, Frobert L, Pellet J. La relation thérapeutique avec les patients qui ont des troubles psychotiques. In : Franck N, editor. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Paris : Elsevier Masson; 2018. p. 245-54.
- 2– Nguyen A, Frobert L, Ismailaj A, Monteiro S, Favrod J. Qu'est-ce que les professionnels dévoient d'eux-mêmes dans la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de schizophrénie? *Pratiques Psychologiques*. 2022;28(1):43-54.
- 3– Priebe S, Dimic S, Wildgrube C, Jankovic J, Cushing A, McCabe R. Good communication in psychiatry—a conceptual review. *Eur Psychiatry*. 2011;26(7):403-7.
- 4– Hak T, de Boer F. Formulations in first encounters. *Journal of Pragmatics*. 1996;25(1):83-99.
- 5– Scarvaglieri C. First Encounters in Psychotherapy: Relationship-Building and the Pursuit of Institutional Goals. *Front Psychol*. 2020;11:585038.
- 6– Kushida S, Yamakawa Y. Clients' Practices for Resisting Treatment Recommendations in Japanese Outpatient Psychiatry. In : Lindholm C, Stevanovic M, Weiste E, editors. *Joint Decision Making in Mental Health: An interactional approach*. Cham : Palgrave Macmillan; 2020.
- 7– Barton J, Dew K, Dowell A, Sheridan N, Kenealy T, MacDonald L, et al. Patient resistance as a resource: candidate obstacles in diabetes consultations. *Social Health Illn*. 2016;38(7):1151-66.
- 8– Pillet-Shore D. How to Begin. *Research on Language and Social Interaction*. 2018;51(3):213-31.
- 9– Sinkeviciute V, Rodriguez A. "So... introductions":

Conversational openings in getting acquainted interactions. Journal of Pragmatics. 2021;179:44-53.

10– Maynard DW, Clayman SE. The diversity of ethnomethodology. *Annual Review of Sociology*. 1991;17(1):385-418.

11– Tietbohl CK, White AEC. Making Conversation Analysis Accessible: A Conceptual Guide for Health Services Researchers. *Qual Health Res*. 2022;32(8-9):1246-58.

12– Aguilera DC. Relationship between physical contact and verbal interaction between nurses and patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv*. 1967;5(1):5-21.

13– Bowers L. Ethnomethodology II: a study of the Community Psychiatric Nurse in the patient's home. *International journal of nursing studies*. 1992;29(1):69-79.

14– Jones A. Nurses talking to patients: exploring conversation analysis as a means of researching nurse-patient communication. *International journal of nursing studies*. 2003;40(6):609-18.

15– Dowling M. Ethnomethodology: Time for a revisit? A discussion paper. *International journal of nursing studies*. 2007;44(5):826-33.

16– Nguyen A, Frobert L, McCluskey I, Golay P, Bonsack C, Favrod J. Development of the Positive Emotions Program for Schizophrenia: An Intervention to Improve Pleasure and Motivation in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*. 2016;7:13.

17– Nguyen A, Frobert L, Kollbrunner A, Favrod J. An Evaluation of an Online Training Platform for Teaching Positive Emotions for People With Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2022;13:798019.

18– Lauzon VF, Pochon-Berger E. Une perspective multimodale sur les pratiques d'hétéro-sélection du locuteur en classe. *Pratiques Linguistique, littérature, didactique*. 2010(147-148):105-30.

19– Glenn P. *Laughter in interaction*: Cambridge University Press; 2003.

20– Stevanovic M, Peräkylä A. Three orders in the organization of human action: On the interface between knowledge, power, and emotion in interaction and social relations. *Language in Society*. 2014;43(2):185-207.

21– Nguyen A. *La supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie: perspective interactionnelle des rapports de place et des trajectoires de l'affectivité* Genève : Univ. Genève; 2020.

Résumé : Cet article montre l'intérêt de l'analyse conversationnelle comme discipline pour mieux comprendre les ingrédients de la relation thérapeutique et notamment, ici, pour décrire l'importance des premières minutes de la rencontre. Les données d'une recherche en cours sur la première séance de groupe illustrent notre propos et permet au lecteur de se familiariser avec cette approche qui ouvre un champ scientifique essentiel dans l'étude de la relation soignant-soigné au-delà des querelles idéologiques.

Mots-clés : Affiliation-désaffiliation – Alignement-désalignement – Alliance thérapeutique – Analyse conversationnelle – Analyse de contenu – Interaction – Premier entretien – Programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) – Recherche – Relation interpersonnelle – Relation thérapeutique – Rencontre.