

Srikant Sarangi

*Health Communication Research Centre
Cardiff University, Angleterre*

INTERACTIONS DISCURSIVES DANS LES «CONSEILS MÉDICAUX EN GÉNÉTIQUE»

Traduit de l'anglais par Birgitta Orfali

Introduction

Il existe aujourd'hui un domaine reconnu d'analyse sociolinguistique et du discours concernant les conversations et les écrits dans les discours professionnels dans la justice, l'éducation, les questions sociales et de santé (Sarangi et Roberts, 1999). Malgré le volume de ces études, il est difficile d'opter pour un cadre analytique précis pour une pratique professionnelle donnée. Cela ne signifie pas que la micro-analyse d'une étude de cas, d'une consultation médicale ou d'un examen croisé ne fournisse pas d'éléments sur le langage en situation.

Dans ce bref article, je propose d'intégrer le modèle d'analyse d'activités dans le contexte des soins de santé. Ce modèle renvoie aux travaux sur la notion de type d'activités de Levinson (1979) et attire l'attention sur les développements les plus récents concernant «l'analyse du discours orientée par un thème» (Robert et Sarangi, 2005). La notion de «thème» est ici utilisée pour rendre compte des thèmes d'analyse tels que cadre, travail en face-à-face, voix d'une part, et thèmes focaux comme le risque, la responsabilité vis-à-vis du raisonnement médical, psychologique ou moral, d'autre part. L'analyse du discours orientée par un thème est cruciale pour construire des preuves cumulées concernant des thèmes focaux lorsqu'on explore de manière exhaustive des thèmes d'analyse dans le milieu professionnel.

Le problème essentiel qui se pose pour l'analyste du discours, extérieur au milieu, concerne l'interprétation des savoirs et des pratiques professionnels (Sarangi, 2002). Goodwin (1994) a attiré

l'attention sur ce qu'il nomme «vision professionnelle», observable dans des pratiques discursives précises. Cicourel (2003) insiste justement sur le besoin d'éléments ethnographiques pour saisir la position de quelqu'un du point de vue de l'analyse du discours. Tandis que la structure interactionnelle qui prévaut dans la rencontre entre un professionnel et un client est aisée à comprendre, l'interprétation du contenu de la dimension relationnelle reste difficile à saisir sans recourir à une compréhension située de l'ethos professionnel et institutionnel. Comme nous le verrons plus loin, le conseil en génétique dans le contexte des cancers familiaux du sein sollicite des catégories comme le «statut à risque». L'affirmation d'un risque obtenue par l'analyse de l'héritage en opposition aux tests ADN dépend véritablement de la coopération des proches dans la famille, eux-mêmes impliqués au niveau éthique, moral et psychologique. Un analyste du discours doit saisir la signification du «contenu génétique» pour interpréter la formulation du risque et les responsabilités dans une session de conseil.

Par ailleurs, le fondement d'un savoir professionnel est souvent une combinaison de savoirs scientifiques et d'expérience opérant à un niveau tacite. L'observation générale de Polanyi (1958, p. 49) certifie les compétences professionnelles: «le but d'une performance réussie est atteint par l'observation d'un ensemble de règles connues comme telles par celui qui les observe». Ceci pose un paradoxe: en tant qu'analystes du discours/communication, nous sommes davantage équipés pour l'interprétation des performances manifestes (essentiellement le langage mais aussi les caractéristiques visuelles, non verbales et paralinguistiques) tandis que le savoir et les compétences professionnels ne sont pas toujours explicites. Ce paradoxe, peut être minimisé en cherchant les éléments professionnels qui enrichissent notre pratique interprétative, pas seulement en «épaississant la description» (Geertz, 1973), mais aussi en «épaississant la participation». En un sens, une «description épaisse» peut seulement constituer la prémisse d'une «participation épaisse», la notion de participation devant être prise au sens large et inclure la continuité de l'investissement et des relations entre participants aux niveaux temporel et spatial. Une immersion approfondie dans le cadre de recherche devient une condition nécessaire, comme dans le cas de l'apprentissage d'une langue étrangère ou d'une seconde langue dans une communauté bilingue ou multilingue pour survivre. Les études ethnographiques dans la tradition anthropologique ont souligné l'importance de cette participation accrue dans la vie d'une communauté et de ses pratiques quotidiennes. Une «participation épaisse» va au-delà du recueil de données et de leur interprétation: elle doit renvoyer à des *feedbacks* et faciliter les retombées des résultats de l'analyse (Roberts et Sarangi, 2003 ; Sarangi, 2004).

Usage de l'activité et du langage en situation

L'enjeu de l'analyse est d'aller au-delà d'un simple codage du langage superficiel. L'activité d'analyse doit tenir compte des dimensions structurelles et relationnelles dans l'usage du langage. Il est peut-être nécessaire de rappeler brièvement la notion d'activité. En proposant une perspective théorique sur le

développement de l'esprit, Leontyev (1981) suggère que l'activité constitue l'unité de base de la vie pour tous les êtres vivants dans leur forme universelle, y compris la vie végétale. Son approche souligne les propriétés relationnelles au sein d'un ensemble de contraintes pour les objets qui se fonde sur la dynamique internalisation/assimilation. Vygotsky renchérit sur ce point dans sa position antiréductionniste, devenue la marque de l'analyse socioculturelle de l'action médiatrice (Wertsch, 1998). Rappelons ici aussi les travaux de Burke (1969) sur l'action humaine articulée à une quinte (action, scène, agent, agencement, volonté) qui désigne la nature médiatrice et dialogique de l'action dans une activité particulière.

Au sein de la communication humaine, les activités sont socialement constituées; les rôles, les identités et les actions sont inévitablement indexées à des performances de langage. Reprenant le concept de Wittgenstein (1958) sur les « jeux de langage », Levinson (1979, p. 368) propose la notion de types d'activité comme « catégorie floue dont les membres focaux sont définis par un enjeu, socialement constitué, lié aux événements par des contraintes sur les participants, des cadres etc., mais reposant surtout sur toutes les contributions possibles ». Il ajoute que « les types d'activité, les épisodes sociaux, si l'on préfère, jouent un rôle central dans l'usage du langage. Ceci, dans deux directions essentiellement : d'un côté, ils restreignent ce qui va être comptabilisé dans chaque activité; de l'autre, ils aident à déterminer comment ce que l'un dit va être *compris*, c'est-à-dire, quels types d'inférences seront élaborées à partir de ce qui est dit. Ces deux questions sont intéressantes aux niveaux théorique et pratique » (Levinson, 1979, p. 393).

Les contraintes sur ce que l'on peut ou ne peut pas dire sont étroitement liées aux inférences possibles dans une action déterminée par un enjeu ainsi qu'à l'idée de rupture éventuelle des normes sociales. La tradition de « l'ethnographie du dire » (Hymes, 1962) est annonciatrice de la notion de types d'activité même si l'étude de Mitchell (1957) sur le langage relatif à l'achat et à la vente à Cyrène peut faire figure de précédent. « L'ethnographie du dire » comme mesure d'analyse fonctionne bien dans la plupart des cadres rituels. Mais, comme l'indique Thomas (1955), elle reste plutôt un moyen descriptif qui manque de pouvoir explicatif et ne permet pas de choisir les composantes les plus importantes dans une activité donnée ni le rôle des agencements et du contexte dans la formation d'activités. En revanche, la proposition de Levinson offre un cadre explicatif qui prend en compte l'intentionnalité du locuteur (cf. Gumperz, 1982, pour les procédés de contextualisation et les inférences conversationnelles) ainsi que l'orientation des participants (cf. Goffman pour la production et la réception des rôles). La force principale de la notion de type d'activité peut être résumée ainsi.

La notion de type d'activité est intéressante pour plusieurs raisons: elle prend en compte les dimensions cognitive, historique et généalogique car elle les relie à des modèles d'interaction et des configurations structurelles. À la différence des modèles behavioristes ou cognitifs qui s'intéressent à la performance individuelle et aux scripts mentaux, l'analyse du type d'activité ôte un poids à l'individu... À l'inverse de la théorie des prototypes, Levinson s'écarte des catégorisations articulées sur le « ni/ni » vers une catégorisation en termes d'entités fondées sur le « plus/moins » le long d'un continuum. Toutes les procédures légales ou les consultations médicales ne sont, par exemple, pas conduites de la même manière; il subsiste une forme prototypique dont peuvent découler d'autres versions mais pas sans inférences/implications. La notion de normalité est ainsi supposée dans le comportement d'activité

spécifique mais sans appel à la fixité ou la rigidité. Des versions du point originel nous obligent à repenser les éventuelles limites et les croisements entre types d'activité (Sarangi, 2000, p. 6-7).

De même qu'il existe un ordre social, il existe un ordre d'activités. Dans un tel ordre, la normalité et la déviance sont fonction d'un degré plutôt que d'une problématique «ni/ni», ce qui permet la flexibilité et le changement.

L'analyse orientée par un thème : risque et responsabilité dans les conseils en génétique

Les conseils en génétique ont été décrits comme une activité hybride (Sarangi, 2000) en termes de configuration structurelle (dans le sens où ils ne suivent pas un ensemble de modèles par étapes comme dans le cas des soins cliniques) et en termes de contenu thématique. Dans un cadre professionnel/institutionnel, il est important de sélectionner les thèmes pertinents (analytiques et focaux) qui font partie de l'activité en question. Pour démontrer cela, je reprends l'exemple d'un cas de cancer clinique du sein dans lequel l'intérêt majeur des participants tourne autour de l'affirmation d'un risque futur et de la responsabilité. Des allers et retours constants entre thèmes médicaux, psychologiques et moraux et l'évitement du risque sont caractéristiques dans ce discours (Sarangi et Candlin, 2003).

Par rapport à la notion de responsabilité, Hill et Irvine (1993) attirent l'attention sur la connexion entre savoir et agencement: «Interpréter des événements, établir des faits, promouvoir une opinion et constituer un savoir, toutes ces activités impliquent des participants socialement situés qui sont des agents dans la construction du savoir et des agents dans l'action qu'ils mènent à partir de leurs savoirs, croyances, suspicions ou opinions.» (1993, p. 2). Pour Hill et Irvine, la discussion sur la «responsabilité» qui rend compte de «l'agencement du sens» devrait être retenue et l'attention portée à la «preuve» qui renvoie au savoir. Dans le contexte des conseils en génétique, l'origine familiale de désordres génétiques inscrit le patient dans un ensemble de cadres liés aux rôles et relations à la fois au niveau des cadres temporels d'événements passés et futurs. Il s'agit alors pour le conseil en génétique de définir ce que ces droits et responsabilités vis-à-vis de soi et d'autrui peuvent provoquer dans une situation donnée. J'utilise la notion de responsabilité dans sa dimension morale, dans laquelle les actions justes et fausses sont impliquées comme ce qui doit être effectué. Les conseils comme les clients oscillent entre trajectoires de responsabilité et de preuves et c'est cette interface qui nous intéresse.

Le large extrait ci-dessous est repris d'une session de conseil en génétique pour le cancer du sein familial. La cliente, une femme d'une quarantaine d'années, a eu plusieurs membres de sa famille qui sont décédés jeunes de cancers du sein. À cause de ces précédents familiaux, la cliente a eu des mammographies régulières dans les dernières années. L'extrait commence par le conseil en génétique (CG) qui explique à la cliente (CL) que le gène fautif n'a pas du se transmettre de son côté de la famille puisque sa mère a atteint l'âge de 70 ans sans avoir développé aucun cancer.

Conventions pour la retranscription

(.) : micropause

(..) : pauses qui vont jusqu'à une seconde

(...) : pauses de plus d'une seconde

((écart)) : indique un intervalle plus long entre le tour de parole de chaque intervenant et une longueur approximative en secondes

.hhh : respiration

LETTRES CAPITALES : augmentation du volume

Souligné : dit avec emphase

>>...<< : dit en vitesse

mot : volume moindre

Point d'interrogation : intonation montante

Texte entre [] : énoncé qui se chevauche

Texte entre (()) : description ou information anonyme

Texte entre () : hypothèse du transcripteur

=un énoncé continu utilisé lorsque l'énoncé du locuteur est rompu à cause de la présentation

-
- 01 CG: les femmes qui ont le gène fautif, à leur âge, elles sont au moins les deux tiers à avoir développé un cancer maintenant
- 02 CL: oui
- 03 CG: oueh (pause) je ne sais pas si cela va vous faire plaisir ou pas, mais je-je pense que vous faites partie des femmes qui sont considérées comme ayant peu de risques (pause)
- 04 CL: oh d'accord
- 05 CG: mm, et pour cela je pense que vous faites partie du groupe de femmes pour qui il n'est pas nécessaire de faire des radios supplémentaires
- 06 CL: o...ui
- 07 CG: maintenant-(.) vous venez de passer une mammographie
- 08 CL: mm
- 09 CG: et quand vous aurez 50 ans, vous serez de toutes façons incluse dans le programme (régional) des radios du sein
- 10 CL: =oh d'accord
- 11 CG: =et dans ce cas, vous en aurez trois par an de toutes façons
- 12 CL: oh d'accord
- 13 CG: hum (.) je veux dire avoir (.) j'ai dit que, qu'est-ce qui vous traverse l'esprit maintenant, est-ce quelque chose de-
- 14 CL: hum ((pause)) ((respire, soupire))*pf:::***** (.) Je-je (ne me sens pas) très à l'aise avec ça, je me sens plutôt euh >>je n'aurais pas du venir en fait<<

- 15 CG : mm
- 16 CL: parce que j'avais une mammo chaque année
- 17 CG: oueh
- 18 CL: mais euh
((pause))
- 19 CL : en fait, j'apprécie ce que vous m'avez dit – au sujet du risque et tout ça. (.) hum mais j'ai toujours- (.) hum une sorte d'émotion irrationnelle parce que ((cousine morte du cancer du sein à 30 ans))
- 20 CG : je comprends. et-
- 21 CL: =et
- 22 CG: =et l'expérience que vous vivez dans votre famille a plus d'impact que ce que je peux vous raconter
- 23 CL: ((approuve avec emphase)) mm ce que vous dites est important
(.) hum
((pause))
- 24 CG : ((minaudé)) mais je peux comprendre ce que vous dites et je comprends ce que hum les ressources et les exemples ici ou là (.) Je veux dire que dans un monde idéal chaque femme devrait pouvoir avoir une (.) hum une fois par an (.) et évidemment j'apprécie cela. (.) mais euh
- 25 CG: je veux dire que ce ne sont pas que les ressources en termes de réduction des coûts, mais c'est euh des petits bouts de rayons X que vous prenez, et aussi le fait que vous êtes, vous savez (.) avant la ménopause- (.) vous savez, c'est pas si sûr- vous savez- les mammographies ne sont pas aussi sûres avant qu'après la ménopause et
- 26 CL: non
- 27 CG: hum
- 28 CL: alors ce que vous me suggérez, peut-être, c'est que je n'ai pas besoin de radios avant 50 ans, c'est ça que vous êtes en train de me dire (.), n'est-ce pas ?
- 29 CG : oue::::h (.) mais je ne- je ne pense pas que nous devrions jamais amoindrir le côté émotionnel des choses
- 30 CL: mm
- 31 CG: parce qu'on est (.) je pense qu'on est ici pour donner des soins et les soins ne sont pas juste pour (.) la peur
- 32 CL: mm
- 33 CG: cela concerne les sentiments de confiance et de confort des gens, aussi,
- 34 CL: mm
- 35 CG: au sujet de leur propre santé. et (.) je pense que ce serait- je dois avoir la confirmation du diagnostic (.) je dois parler à quelqu'un de ce que j'ai dit (.)
- 36 CL : mm

- 37 CG: mais je me demande juste si à ce point (.) je devrais écrire à la clinique du sein et dire « comment au sujet des »- faire cinquante/cinquante et dire que vous avez eu une autre mammographie avant vos 50 ans (.) et alors peut-être que pas l'année prochaine mais dans deux ans
- 38 CL: mm
- 39 CG: et ensuite quand vous aurez 50 ans- et c'est- cela vous ? [donnerait un peu plus d'assurance]
- 40 CL : [eh bien, ce-cela me donnerait plus] confiance et me rassurerait, oui, c'est sûr
- 41 CG: oueh, oueh
- 42 CL: et je sais- je veux dire que c'est quelque chose d'émotionnel (.) ce n'est pas- mais ensuite y a un tas de choses qui sont (.) ou même psychologiques certaines de ces euh-
- 43 CG: mm. (.) et sais que je comprends vraiment que si vous avez perdu une cousine au même âge à un âge si jeune (.) c'est vraiment très fort et cela fait très peur (.) vraiment ?
- 44 CL : et j'ai du vraiment lutter pour obtenir ces radios du sein
- 45 CG: oueh
- 46 CL: eh un tas de gens ont pensé que j'étais un peu parano ou
- 47 CG: oueh
- 48 CL: mais ce n'était pas juste de la paranoïa. Il- >>je suppose qu'il y a un certain degré de<< quand vous avez un proche comme ça. Et aussi à l'époque mes enfants étaient petits et je pensais oh-étrange de les abandonner sans mère
- 49 CG: oueh, oueh
- 50 CL: et aussi, maintenant que je suis seule, je suis une mère seule, même si mes enfants sont plus âgés ((fille)) n'a que 15 ans, elle va avoir 15 ans, alors elle ((chuchotement)) *elle est toujours mon bébé*
- 51 CG: mm
- 52 CL: alors il y a ces espèces de trucs qui s'ajoutent euh qu'arriverait-il si (...)
- 53 CG : oueh, [oueh je comprends]
- 54 CL : [et dans un autre-] une autre année ou deux (.) quand ils seront en quelque sorte (..) autonomes
- 55 CG: oueh
- 56 CL: alors ça
- 57 CG: je comprends (.) complètement-
- 58 CL: =c'est tout ce que je veux dire
- 59 CG: =complètement [...]

L'extrait commence par le conseil en génétique (CG) qui confirme des modèles d'héritage familial, notamment dans la répétition de cancers du sein qui touche des proches. Les détails sur le pedigree familial ont le statut de résultats de tests et réaffirment le risque futur pour CL. CL est catégorisée

comme étant à «risque faible» sur la base des preuves médicales (ici, le pedigree familial). On a recalculé son risque comme moindre que ce qui était initialement prévu. Ces réponses aux lignes 04, 06, 10 et 12 indiquent la valeur des nouvelles. La catégorie «risque faible» n'est pas définie précisément, mais elle est donnée pour réassurer, preuves à l'appui. La perception d'un statut à risque pour CL ne disparaît pas instantanément malgré les explications fondées sur des preuves de l'expert. CG s'en rend compte, au début de l'orientation «psychologique», ligne 3 (*je ne sais pas si cela va vous faire plaisir ou pas*). En soulignant l'action institutionnelle (ligne 5: *il n'est pas nécessaire de faire des radios supplémentaires*; lignes 9 et 11: *quand vous aurez 50 ans vous en aurez trois par an de toutes façons*), CG re-catégorise CL comme appartenant à la population à risque par rapport au cancer du sein. Cela souligne son honnêteté professionnelle. Reconnue ici, l'idée que ce qui apparaît comme une «bonne nouvelle» pour le corps médical n'est pas forcément perçu ainsi par CL. Notons aussi que CG formule l'affirmation du risque en usant de plusieurs précautions de langage (*je pense, nous pensons, il faut dire, probablement pas nécessaire*).

On peut noter ligne 13 que CG retourne à l'aspect psychologique déjà énoncé ligne 3, invitant cette fois CL à répondre. Il y a une hésitation évidente dans la réponse de CL: elle dit cependant clairement que ne plus faire une radio annuelle du sein l'inquiète par rapport à son statut génétique (ligne 14). Elle se sent même responsable d'être venue à la clinique pour entendre la réaffirmation de son statut à risque. CL formule son propos au niveau psychologique comme *une sorte d'émotion irrationnelle* (ligne 19), tandis qu'elle reconnaît l'affirmation médicale de «risque faible». Elle remet en question l'affirmation de CG en rappelant la mort de sa cousine. CL utilise cette preuve pour augmenter son statut à risque, mais cela ne rentre pas dans le cadre de l'évidence génétique puisqu'il s'agit d'une cousine lointaine.

Il est intéressant de noter qu'au lieu d'amoindrir l'état émotionnel et psychologique de CL, CG a une attitude empathique et dénie explicitement l'impact des propos médicaux (ligne 22: *l'expérience que vous vivez dans votre famille a plus d'impact que ce que je peux vous raconter*). Cette affirmation est dotée d'une tonalité morale comme on peut le voir dans ce qui suit. Jusqu'à présent, CG et CL étaient plutôt en accord, mais ligne 24, la cliente s'écarte de l'aspect psychologique pour enchaîner sur l'aspect moral lorsqu'elle déclare que *dans un monde idéal chaque femme devrait pouvoir avoir une (mammographie) une fois par an*. Elle affirme ainsi que son statut de «risque faible» la place en dehors du groupe qui mérite des examens rares comme une radio du sein régulière. Sa remarque précédente (ligne 14: *je n'aurais pas du venir en fait*) montre qu'elle a elle-même contribué à sa propre exclusion en cherchant une confirmation génétique tout d'abord. En termes moraux, elle se sent punie pour avoir été une patiente responsable.

CG répond à l'orientation morale de CL sur le système de santé en retournant au médical (ligne 25). La réduction des ressources est alors reconsidérée dans un cadre médical et non financier, en termes de coût/bénéfices (ligne 25: *des petits bouts de rayons X; les mammographies ne sont pas aussi sûres avant la ménopause*). Quand CL retourne aux conséquences de son «risque faible» qui ne lui plaisent guère ligne 28 (comme ligne 5), CG atténue son rôle en rétablissant les implications psychologiques (ligne 29: *je ne pense pas que nous devrions jamais amoindrir le côté émotionnel des choses*). CG poursuit en prenant un rôle explicitement positionnel (ligne 31: *on est ici pour donner des soins...*) afin de réassurer CL tout en

soulignant le besoin de consulter ses collègues (ligne 35 : *je dois parler à quelqu'un de ce que j'ai dit*) afin d'avoir une intervention immédiate (ligne 37). Dans le long paragraphe ligne 29, caractérisé par des références médicales, morales et psychologiques, on voit que CG et CL explorent la possibilité de négocier au moins quelques radios supplémentaires pour la cliente bien qu'elle ne soit pas dans la catégorie génétique impliquée. Ligne 43, CG revient à l'expérience traumatisante de la cliente (la mort de sa cousine) pour raconter le cas de l'exceptionnel sur un mode psychologique (ce qui constitue un déni par rapport à la santé de la mère de CL). Les interventions de CL sont ici articulées à une série de revendications morales : *j'ai du vraiment lutter pour obtenir ces radios du sein* (ligne 44) ; elle a été injustement traitée de parano (ligne 46) ; elle a du faire attention à sa santé à cause de ses enfants (lignes 48 et 50). Ces interventions servent à lui garantir une certaine distance par rapport à son « inquiétude » – en fait, elles valident davantage son souci par rapport à sa santé, son manque de motivation personnelle et son comportement responsable, sollicitant éventuellement CG comme femme et comme mère (ligne 50 : *elle est toujours mon bébé*).

Conclusion

Dans cet article, j'ai montré que le conseil est une activité floue dont les enjeux sont rarement prédéterminés. L'activité d'analyse est floue, les interprétations nécessitent des validations. On a vu que l'activité en situation contribue à l'agenda du conseil : le besoin d'une échelle réduite du risque, assorti d'une réassurance et de performances discursives sur le « soi responsable ». Le risque de savoir doit être contrebalancé par des risques futurs dans les ressources de santé. En ce sens, l'écologie interactionnelle d'une situation professionnelle précise est forcément articulée à la co-présence comme à l'absence des « autres ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BURKE, K., *A Rhetoric of Motives*, Berkeley, University of California Press, 1969.
- CICOUREL, A. V., « On contextualising applied linguistic research » in the workplace *Applied Linguistics*, 24, 3, 2003, p. 360-373.
- GEERTZ, C., *The Interpretation of Culture*, New York, Basic Books, 1973.
- GOFFMAN, E., *Forms of Talk*, Oxford, Blackwell, 1981.
- GOODWIN, C., « Professional vision », *American Anthropologist*, 96, 3, 1994, p. 606-633.
- HILL, J. H., IRVINE, J. T. (dir.), *Responsibility and Evidence in Oral Discourse*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

- HYMES, D., «The ethnography of speaking», in GLADWIN, T., STURTEVANT, W. C. (dir.), *Anthropology and Human Behaviour*, Washington, DC, Anthropological Society of Washington, 1962, p. 13-53.
- LEONTYEV, A. N., *Problems of the Development of the Mind*, Moscou, Progress Publishers, 1981.
- LEVINSON, S., «Activity types and language», *Linguistics*, 17, 5/6, 1979, p. 365-399.
- MITCHELL, T. F., «The language of buying and selling in Cyrenaica», *Hesperis*, 44, 1957, p. 31-71.
- POLANYI, M., *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1958.
- ROBERTS, C., SARANGI, S., «Uptake of discourse research in interprofessional settings: reporting from medical consultancy», *Applied Linguistics*, 24, 3, 2003, p. 338-359.
- ROBERTS, C., SARANGI, S., «Theme-oriented discourse analysis of medical encounters», *Medical Education*, à paraître.
- SARANGI, S., «Activity types, discourse types and interactional hybridity: the case of genetic counselling» in SARANGI, S., COULTHARD, M. (dir.), *Discourse and Social Life*, Londres, Pearson, 2000, p. 1-27.
- SARANGI, S., «Discourse practitioners as a community of interprofessional practice: some insights from health communication research», in CANDLIN, C. N. (dir.), *Research and Practice in Professional Discourse*, Hong Kong, City University of Hong Kong Press, 2002, p. 95-135.
- SARANGI, S., «Towards a communicative mentality in medical and healthcare practice», *Communication and Medicine*, 1, 1, 2004, p. 1-11.
- SARANGI, S., «Language/activity: observing and interpreting ritualistic institutional discourse», à paraître.
- SARANGI, S., CANDLIN, C. N., «Editorial: Categorisation and Explanation of Risk: A Discourse Analytical Perspective», special issue of *Health, Risk and Society*, 5, 2, 2003, p. 115-124.
- SARANGI, S., ROBERTS, C. (dir.), «Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical», *Mediation and Management Settings*, Berlin, Mouton de Gruyter, 1999.
- THOMAS, J., *Meaning in Interaction: An Introduction to Pragmatics*, Londres, Longman, 1995.
- WERTSCH, J. V., *Mind as Action*, New York, Oxford University Press, 1998.
- WITTGENSTEIN, L., *Philosophical Investigations*, Oxford, Blackwell, 1958.