

La parole de l'autre dans l'entretien clinique

Michèle GROSSEN

Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques

As a method, clinical interview has given way to numerous publications and is taught to future practitioners in various professions. However, it is not only a method: as a shared professional practice, it is also a genre based upon legitimised practices and contributing to create a community of practice. In this respect, it echoes the voices of others. Moreover, clinical interview is a communication situation between two or more participants. Nevertheless, it cannot be reduced to face-to-face interactions. From a dialogical standpoint, it consists of a dialogue, which develops between present participants but also with absent third parties. Hence, it expands beyond the present instant of the encounter. The interweaving of a dialogue between present participants and a distant dialogue with absent third parties creates a complex dialogical space, which is part of the therapeutic process.

L'entretien clinique peut être défini comme un entretien de type non directif destiné à susciter la parole de la personne interrogée. Il se caractérise notamment par le fait que la personne qui mène l'entretien adapte ses questions ou relances aux réponses de son interlocuteur. Il ne se limite pas à l'intervention dans des situations à but thérapeutique mais s'utilise dans diverses situations, la recherche en particulier. Susceptible de variations importantes selon, par exemple, la situation, le but poursuivi, les interlocuteurs en présence, les techniques spécifiques d'entretien adoptées, il constitue un genre discursif hétérogène (Grossen et Salazar Orvig, 2006).

Ne se limitant pas à une méthode, l'entretien clinique constitue aussi un objet d'étude qui porte sur les processus discursifs en jeu dans les échanges entre les participants. La démarche n'est pas nouvelle et a donné lieu à un grand nombre de recherches qui, souvent, utilisent l'analyse conversationnelle ("Conversation Analysis") comme méthode d'analyse des données (Peräkylä, Antaki, Vehviläinen et Leudar, 2008). Pour ma part, et de ma position de psychologue sociale, j'aborde l'entretien clinique en puisant dans un cadre théorique qui s'appuie sur les apports de la psychologie socio-culturelle, du dialogisme inspiré de Bakhtine (Marková, 2007; Marková, Linell, Grossen et Salazar Orvig, 2007; Linell 2009) et de la sémiologie discursive (François, 1994; Salazar Orvig, 1999, 2003). Je me centrerai ici plus particulièrement sur la notion de voix initialement développée par Bakhtine (1978). En effet, vue depuis la psychologie sociale, cette notion permet, me semble-t-il, de concrétiser ce que Moscovici (2005) appelle le "regard psychosocial", c'est-à-dire le fait de considérer

que la relation sujet-objet est toujours médiatisée par un Alter ou, dit autrement, par un tiers qui peut être physiquement présent mais également distant ou imaginé. Ce "regard psychosocial" nous amène, face à toute situation, à nous demander "où est l'autre?" et à dépasser une conception de l'intersubjectivité qui se réduirait à la notion d'interaction (Grossen, 2010).

Me centrant sur l'entretien clinique à but thérapeutique, mon propos sera donc guidé par la question "où est l'autre dans l'entretien clinique?", question que j'aborderai en deux temps: tout d'abord, en considérant l'entretien clinique en tant que méthode, puis en pénétrant à l'intérieur même de l'entretien clinique pour l'étudier en tant que dialogue.

1. Les voix d'autrui dans la méthode de l'entretien clinique

La notion de voix chez Bakhtine est intimement liée à sa conception du langage comme "discours vivant", c'est-à-dire comme discours situé dans un certain contexte historique et social, et constituant un moment dans la chaîne ininterrompue des discours qui circulent. Elle rend compte du fait que les mots que tout locuteur prononce ont été utilisés avant lui (le locuteur n'est pas un Adam, souligne Bakhtine [1978]). Ces mots portent donc la marque de ceux qui les ont dits avant lui, tout en étant portés vers la nouveauté, la singularité, puisque le contexte dans lequel ils sont énoncés n'est jamais identique. Tout énoncé est ainsi porteur de différentes énonciations; il résonne des voix d'autrui, et ces multiples voix, loin d'être consonantes, sont en tension dialogique, dans la mesure où elles expriment des points de vue ou des aspects différents. Il y a donc, en d'autres termes, un dialogue à l'intérieur même d'un seul énoncé, une dialogisation intérieure (Bakhtine, 1978).

Sur cette base très succinctement rapportée, je me propose d'explorer en quatre points l'idée selon laquelle l'entretien clinique résonne des voix d'autrui.

1.1 *L'entretien clinique comme méthode et comme pratique professionnelle*

Le fait même de parler de méthode (étymologiquement, *meta* et *odos*, la route, la voie)¹ suppose que le "chemin" a été ouvert *par quelqu'un*, a été tracé par d'autres; il s'inscrit donc dans une histoire. L'entretien clinique

¹ Le *Dictionnaire historique de la langue française* (Rey 1998) souligne que '*methodos*' signifie proprement "cheminement, poursuite" mais l'on est passé du concept constatif (le chemin suivi) au concept normatif (le chemin à suivre): de là, le sens de "recherche, traité, doctrine scientifique" (p. 2219).

est une méthode enseignée dans la formation de base de plusieurs professions; il fait l'objet de nombreux ouvrages qui en transmettent la pratique et, parfois, édictent, plus ou moins explicitement, des prescriptions de pratiques considérées comme souhaitables. Cette méthode se transmet également par l'exemple ou par la "participation guidée" (Rogoff, 1995), c'est-à-dire dans une relation de guidage-tutelle entre un jeune professionnel et un professionnel confirmé qui restera parfois une figure marquante (pour ne pas dire identificatoire) dans la pratique professionnelle du praticien.

Traversé de nombreux discours, l'entretien clinique est formé de pratiques plus ou moins sédimentées qui s'organisent autour de règles, de valeurs et de normes en partie implicites, et donnent lieu à une certaine "communauté de pratiques" parmi les professionnels. Plus qu'une méthode, l'entretien clinique constitue donc un ensemble de pratiques institutionnalisées, c'est-à-dire de pratiques légitimées par certaines instances (notamment l'institution de formation, les éditeurs, les associations professionnelles) et est, à ce titre, chargé des discours d'autrui (de ceux qui, par exemple, l'enseignent, le pratiquent, le critiquent). En tant que pratique professionnelle, il affine le praticien à certains groupes professionnels (par exemple ceux qui font des entretiens systémiques) et participe donc de l'identité professionnelle. C'est notamment parce qu'il utilise l'entretien clinique qu'un professionnel se sent psychologue (par exemple) et reconnu comme tel par les autres. L'entretien clinique est donc un outil d'intervention qui contribue à créer un collectif de travail, c'est-à-dire une manière commune de considérer ce qui fait le métier du professionnel et ce qui en fonde les "règles de métier" (Cru, 1987). En tant que méthode développée et partagée par d'autres, il constitue un genre d'activités que le professionnel s'approprie pour en faire *sa* méthode, c'est-à-dire pour le porter sur le pôle de la singularité, ou de ce que, dans son approche du travail, Clot (2008) appelle le style.

1.2 Le contexte organisationnel de l'entretien clinique

L'entretien clinique en tant que pratique est mis en œuvre dans un certain contexte, par exemple un service d'orthophonie, et prend donc place dans une certaine organisation du travail. Or, celle-ci peut, directement ou non, imposer certaines contraintes sur le déroulement de l'entretien: contraintes, notamment, sur la méthode d'entretien choisie, mais aussi sur la durée de l'entretien (fixée par exemple en fonction des tarifs imposés par les assurances-maladie), le setting (nombre d'intervenants, entretien en face-à-face ou en groupe), le type de questions à poser (par exemple lors de l'ouverture d'un dossier ou lors d'une anamnèse). Il y a, selon Agar (1985) une *écologie du discours* qui fixe des limites sur ce que le professionnel

mais aussi le patient sont supposés dire ou faire dans cette situation. L'entretien clinique ne repose donc pas simplement sur une compétence (ou une "sensibilité" personnelle): relevant d'une dimension organisationnelle, il est traversé par les voix de l'institution, c'est-à-dire par les différentes prescriptions, règles, valeurs, contraintes, qui sont à l'œuvre dans l'organisation du travail.

1.3 Le dispositif et ses tiers absents

L'entretien clinique prend place dans un dispositif qui varie selon l'orientation théorique du praticien. Dans sa matérialité, ce dispositif porte la marque des voix d'autrui et de ses intentions. Pensons par exemple à certains divans de psychanalystes recouverts de tapis qui évoquent ceux du cabinet de Freud, ou aux chaises vides qui, dans certains courants de la théorie systémique, sont disposées pour les membres de la famille absents : d'un point de vue dialogique, la chaise vide ne représente pas seulement les membres de la famille absents, évoque aussi les thérapeutes qui ont préconisé cette pratique. Ainsi en acquérant une méthode d'entretien, le professionnel opère un triple mouvement: un mouvement vers ceux qui, avant lui, ont utilisé la méthode en question (un formateur qu'il a vu à l'œuvre, un superviseur, un thérapeute chevronné qu'il admire, ou autre), un mouvement vers son (ou ses) interlocuteur(s) et un mouvement vers sa propre relation à la méthode. Celle-ci est donc habitée, incarnée, et le sens qu'elle prend pour son utilisateur est lié au sens qu'elle prend pour ceux qui, dans d'autres temps et lieux, l'ont utilisée ou l'utilisent encore.

1.4 La théorie de la méthode

L'entretien clinique est, on vient de le voir, une méthode qui est guidée par une théorie, dans les limites du moins où une pratique peut être théorisée (Peräkylä et Vehviläinen, 2003). Sa méthode porte donc la marque des pratiques et intentions de ceux qui l'ont développée. Par exemple, la règle fondamentale (propre au dispositif analytique) ou le questionnement circulaire (utilisée par certains systémiciens) sont sous-tendus par des théories qui ont été développées dans un champ de controverses entre différentes théories. Derrière toute théorie se profilent non seulement ceux qui l'ont créée, développée ou appliquée, mais aussi ceux qui l'ont précédée et contre lesquels la théorie s'est développée. Une nouvelle théorie est donc une innovation qui surgit en réponse à quelque chose qui la précède.

Mais les théories qui fondent les techniques de l'entretien clinique orientent aussi les éléments sur lesquels le praticien focalise son

attention, que ce soit au travers des questions qu'il pose ou des relances, reformulations ou interprétations qu'il propose. La prise de l'anamnèse d'un enfant lors d'un premier entretien illustre bien la manière dont différentes voix se concentrent dans cette activité apparemment banale. Dans le choix des questions posées, on peut en effet identifier la voix de la pédiatrie, de la psychologie, de l'organisation (dans la matérialité même du formulaire qui doit être rempli et dans la nature des informations demandées) ou des assurances-maladie. En outre, l'anamnèse peut poursuivre un agenda caché qui relève lui aussi des théories du praticien: ainsi, il n'est pas rare que, disposant déjà des informations requises dans le dossier de l'enfant, le praticien procède tout de même à l'anamnèse avec l'objectif d'examiner la manière dont le père ou la mère parlent du développement de leur enfant. Le praticien ne centre donc pas son écoute sur une information de type factuel mais sur une "manière de dire" qui constitue, pour lui et pour les membres de sa communauté, un indice de la relation entre l'enfant et son parent.

1.5 *En bref*

Ces divers exemples montrent que le déroulement présent de l'entretien clinique n'est qu'un *instant* dans l'histoire de la méthode d'entretien et des théories qui la sous-tendent. Pour faire résonner la voix de Bakhtine, on peut dire que le présent de cette rencontre est le résultat temporaire et fugitif d'une longue chaîne de discours: discours (donc aussi débats, controverses) sur la théorie, la méthode, le professionnel dans sa relation à la théorie, à la méthode et à son métier, mais aussi discours de tous ceux qui, à un titre ou à un autre, ont parlé de la personne en consultation. Prenons à titre d'exemple une consultation psychologique pour enfants: on peut relever, comme l'a fait Seiler (2003, reporté dans Grossen 2006), que la définition du "problème" de l'enfant ne se construit pas seulement dans l'espace dialogique de la rencontre entre les parents, l'enfant et sa famille, mais résulte d'un enchevêtrement de plusieurs discours qui dialoguent à distance: celui des enseignants actuels et passés, celui de la famille, celui que le professionnel peut avoir sur l'enfant dans le cadre d'une réunion d'équipe, d'une supervision ou, tout simplement, dans les corridors ou au café. C'est sur toute cette épaisseur dialogique de discours passés et présents que le professionnel et son (ou ses) patient(s) construisent le discours actuel de l'entretien clinique, celui-ci ne constituant alors qu'un point dans une trajectoire complexe (Strauss, 1992).

La situation d'entretien clinique est par conséquent bien plus qu'une situation de rencontre interpersonnelle. Elle constitue une activité collective non seulement parce qu'elle prend le plus souvent place dans un travail d'équipe et mais surtout parce qu'elle relève d'instances de divers

ordres qui, de manière plus ou moins directe, cadrent le déroulement de l'entretien clinique. C'est donc une situation qui concentre en elle plusieurs autres situations (faites de personnes, d'objets matériels et de discours) qui dialoguent les unes avec les autres. A ce titre, le discours qui se déploie dans un entretien clinique constitue un *espace discursif hétérogène* (Salazar Orvig, 1999).

En se référant à une distinction opérée par Clot (2007) dans sa définition du métier, on peut alors considérer que l'entretien clinique relève de quatre registres différents: (a) un *registre impersonnel* qui renvoie au fait que l'utilisation d'une certaine méthode d'entretien repose sur des prescriptions théoriques et pratiques qui s'appliquent à *tout* praticien qui se propose de l'utiliser; (b) un *registre transpersonnel* qui rend compte du fait que certaines méthodes d'entretien sont valorisées et légitimées par un collectif de travail, en particulier l'équipe dans laquelle le professionnel est intégré; (c) un *registre interpersonnel* relatif à l'interaction entre un professionnel et son (ou ses) interlocuteur(s) au cours d'un entretien clinique; (d) un *registre personnel* qui concerne le mode d'appropriation spécifique selon lequel chaque professionnel acquiert certaines pratiques et développe un style (Clot 2008) qui lui est propre.

2. La participation des voix d'autrui à l'entretien clinique²

La notion de voix inclut des références à des discours de divers énonciateurs, comme le discours de: — personnes ou de groupes existants et connus du locuteur (par exemple, un membre de la famille), — de personnes existantes mais avec lesquelles le locuteur n'a pas de relations personnelles, — de personnages fictifs créés par la littérature, le cinéma, la BD — de personnages fictifs inventés par le locuteur; — de personnages génériques désignés de manière plus ou moins précise ("on", "les gens", "les papas", "les banquiers"). Les discours évoqués peuvent aussi être des énoncés qui ne sont pas directement attribuables à un locuteur précis, tels les dictons, proverbes ou certains énoncés qui relèvent du sens commun ou de certaines représentations sociales ("les papas, c'est plus sévère"), la référence plus ou moins directe à certaines théories ("mon mal de tête, c'est psychosomatique"), des références plus ou moins explicites à des textes de loi ("le secret médical oblige à ne rien dire"), la référence à des idiolectes qui situent le locuteur dans un certain espace social, voire dans un certain temps ("c'est *trop* beau").

Cette grossière tentative de classification appelle trois remarques. Tout d'abord, la référence à une voix peut être explicitement montrée à

²

Ce texte doit beaucoup à ma collaboration avec Anne Salazar Orvig dont j'ai tant appris. Qu'elle en soit infiniment remerciée!

l'interlocuteur ("le docteur a dit que....") ou être fondue dans le discours du locuteur sans que ce dernier ait conscience de faire appel à la voix d'autrui ou sans que l'interlocuteur identifie la voix d'autrui (par exemple lorsque le locuteur rapporte que la "conversation de X était plate comme un trottoir de rue"). Ensuite, un même énoncé ou un même élément de conversation peut faire référence à plusieurs voix qui sont hétérogènes et divergentes. Enfin, on soulignera que, du point de vue théorique, chercher à identifier des voix dans le discours peut apparaître comme une démarche totalement indue (ou ingénue!) dans la mesure où le discours est par définition un point de rencontre entre différentes voix. On peut toutefois, à mon avis, admettre cette "monologisation" du discours à des fins méthodologiques (Grossen, 2010).

La mobilisation de la notion de voix et, plus généralement du dialogisme tel qu'il a été développé par Bakhtine, permet de distinguer le *dialogue externe* (qui renvoie à des phénomènes d'interlocution) du *dialogue interne* (ou dialogisation intérieure) qui renvoie aux relations entre un énoncé et d'autres discours, que ce soit le discours d'autrui ou son propre discours (Salazar Orvig, 1999; Salazar Orvig et Grossen, 2011). Ce dialogue interne peut lui-même être appréhendé au niveau du discours entre interlocuteurs présents (par exemple dans les phénomènes de reprise) ou au niveau de dialogues à distance, c'est-à-dire avec des voix absentes. L'enchevêtrement entre dialogue externe et dialogue interne peut amener des mouvements auto-réflexifs dont on peut observer la trace dans le discours d'un locuteur et que l'on peut considérer comme des traces d'un dialogue que le locuteur a avec lui-même (auto-dialogisme) (Grossen et Salazar Orvig, 2011a).

Sur le plan empirique, les analyses menées avec Denis Apothéloz sur un corpus de "premiers" entretiens recueillis dans trois services de consultation psychologiques pour enfants et adolescents ont tout d'abord porté sur les reformulations que le thérapeute fait du discours du patient, et vice versa. Nos analyses nous ont permis d'identifier des "séquences de reformulation" (Apothéloz et Grossen, 1996), de décrire leurs caractéristiques formelles et de dégager certaines de leurs fonctions. Elles montrent que la reformulation ne peut en aucun cas être décrite comme une opération qui ne ferait que "réfléter" le point de vue du patient. Comme Authier-Revuz (ici même) l'a montré, la reformulation prend des formes très complexes et peut se situer plus ou moins dans la continuité du discours de l'interlocuteur. Partant, elle peut prendre une forme plus ou moins interprétative (Salazar Orvig, 2002). L'analyse des séquences de reformulation nous a également permis de montrer qu'en focalisant son attention sur certains éléments du discours du patient, le thérapeute propose un certain point de vue sur les difficultés qui lui sont rapportées

et, ce faisant, ouvre un processus de négociation conversationnelle avec les parents sur le sens du "problème" à l'origine de la demande de consultation pour l'enfant (Grossen, 2008). Ce processus de co-construction (qui ne signifie d'ailleurs pas que les contributions de chaque participant soient égales) n'est pas exempt de malentendus qui peuvent surgir sans que les locuteurs eux-mêmes ne manifestent leur perception du malentendu dégagé par l'analyse (Grossen, 1996).

Cette démarche (qui, à certains égards, peut être critiquée à l'aune même d'une approche dialogique [Grossen, 2010]) s'est ensuite poursuivie dans les travaux menés en collaboration avec Anne Salazar Orvig sur le même corpus, ainsi que sur un corpus de focus groups (Salazar Orvig et Grossen, 2004; Marková, et al., 2007). Ces nouvelles analyses se sont centrées sur l'enchevêtrement entre dialogue externe et dialogue interne en prêtant une attention toute particulière aux dialogues à distance, autrement dit à la manière dont les participants convoquent les voix d'autrui au travers de l'usage du discours rapporté. L'analyse d'un entretien (Grossen et Salazar Orvig, 2011b) réunissant une thérapeute, une mère et son fils Alain de 7 ans a tout d'abord permis d'identifier les différentes voix auxquelles les participants font appel et de montrer que le cadre participatif (Goffman, 1987), loin de se limiter aux seuls locuteurs présents, comprend un grand nombre de tiers absents. Toutes ces voix n'ont toutefois pas la même importance. En effet dans l'entretien en question, deux voix, repérables dans du discours rapporté, sont très souvent présentes dans le discours de la mère: celle de l'enseignante qui a conseillé à la mère de l'enfant de consulter et celle d'un médecin qui a été consulté pour les allergies de l'enfant. L'analyse a alors porté sur la manière dont ces voix (qui, notons-le, font toutes deux référence à des figures professionnelles bénéficiant d'une forte légitimité institutionnelle) étaient utilisées aussi bien par la mère que par la thérapeute. Elles ont montré que l'évocation de ces voix constituait une ressource permettant aux participants d'introduire, de manière subtile et indirecte, leur point de vue sur la situation de l'enfant. Les voix d'autrui font alors office de ressources argumentatives.

Nous avons également montré les différentes manières dont la mère et la thérapeute se positionnent par rapport à ces voix (sur la notion de positionnement énonciatif, voir Vion, 2008). Ainsi la mère efface parfois sa propre voix pour laisser place à celle de la maîtresse; elle se fait donc le porte-parole de la maîtresse. Mais elle fait parfois aussi alliance avec la voix de la maîtresse, ce qui donne plus de poids à sa propre voix. Quant à la thérapeute, elle se distancie de la voix de la maîtresse et tend à utiliser la voix du médecin (telle que rapportée par la mère) comme une alliée de sa propre définition du "problème". La voix d'autrui lui permet d'introduire de la divergence entre son propre discours et celui de la mère. Enfin, nous

avons montré que s'ils participent pleinement de la construction du "problème", ces phénomènes extrêmement complexes de reprise de la voix d'autrui ont une fonction importante sur le plan relationnel puisqu'ils permettent à la thérapeute de dire sans dire, c'est-à-dire d'introduire de la divergence dans la définition du problème de la mère sans que cette divergence menace la continuité de la relation.

3. Conclusions

L'entretien clinique peut faire l'objet de quatre types de réduction au moins: (1) Il peut être réduit à une *technique d'entretien* avec le risque de le considérer essentiellement comme un ensemble de prescriptions de "bonnes" pratiques et de négliger les pratiques réelles des professionnels qui utilisent l'entretien clinique et développent des savoirs pratiques qui ne sont pas nécessairement formalisées dans les manuels (Peräkylä et Vehviläinen 2003); (2) il peut être réduit à une *relation interpersonnelle*, au risque de négliger le cadre social et organisationnel dans lequel il prend place et qui oriente l'activité des participants; (3) il peut être réduit à un *dialogue en présence*, au risque de négliger le dialogue à distance; (4) il peut être réduit à *l'instant présent*, c'est-à-dire être considéré de manière statique et ahistorique.

J'ai tenté d'éviter ces diverses réductions en montrant que l'entretien clinique est une méthode qui porte en elle l'histoire des pratiques et des discours d'autrui. Elle est utilisée par quelqu'un dans une certaine situation pour certains buts face à certains interlocuteurs. Elle est donc incarnée. De plus, l'analyse du discours produit dans un entretien clinique contribue à mieux comprendre le dialogisme fondamental du langage. Enfin, sur le plan psychologique, on peut aussi considérer que l'analyse de l'enchevêtrement entre dialogue externe et interne fournit des indices de la dialogicité du fonctionnement psychologique (Marková, 2007; Grossen et Salazar Orvig, 2011a), c'est-à-dire du fait que l'activité psychologique des individus est toujours orientée sur autrui, donc fondamentalement intersubjective.

Bibliographie

- Agar, M. (1985): Institutional discourse. In: Text, 5, 3, 147-168.
- Apothéloz, D., & Grossen, M. (1996): Dynamique conversationnelle dans un entretien psychothérapeutique: Analyse des reformulations. In: Interaction et Cognition, 1, 1, 115-149.
- Bakhtine, M. (1978): Esthétique et théorie du roman. Paris (Gallimard).

- Clot, Y. (2007): De l'analyse des pratiques au développement des métiers. In: *Education et Didactique*, 1, 1, 83-94.
- (2008): *Travail et pouvoir d'agir*. Paris (Presses Universitaires de France).
- Cru, D. (1987): Les règles du métier. In: Dejours, C. (éd.): *Plaisir et souffrance dans le travail*. Orsay (AOCIP), 29-51.
- François, F. (1994): *Morale et mise en mots*. Paris (L'Harmattan).
- Goffman, E. (1987): *Façons de parler*. Paris (Minuit).
- Grossen, M. (1996): *Counselling and gatekeeping: Definition of the problem and situation in a first therapeutic interview*. In: *Text*, 16, 2, 161-198.
- (2006): Analyse de la demande et "construction du problème" dans un premier entretien. In: Grossen, M. & Salazar Orvig, A. (éds.). *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris (Belin), 129-148.
- (2008): L'analyse de la demande dans le "premier" entretien: une construction collective. In: *Langage & Pratiques*, 48, 10-17.
- (2010): Interaction analysis and psychology: A dialogical perspective. In: *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 44, 1-22.
- Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2006): Variété et hétérogénéité des entretiens cliniques. In: Grossen, M. & Salazar Orvig, A. (éds.). *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris (Belin), 9-30.
- (2011a): Dialogism and dialogicality in the study of the self. In: *Culture and Psychology*, 17, 4, 491-509.
- (2011b): Third parties' voices in a therapeutic interview. In: *Text & Talk*, 31, 1, 53-76.
- Linell, P. (2009): *Rethinking language, mind, and world dialogically*. Charlotte, NC (Information Age).
- Marková, I. (2007): *Dialogicité et représentations sociales*. Paris (Presses Universitaires de France).
- Marková, I., Linell, P., Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2007): *Dialogue in focus groups: Exploring socially shared knowledge*. London (Equinox).
- Moscovici, S. (2005): Le regard psychosocial. Entretien avec Birgitta Orfali. In: *Hermès*, 41, 17-24.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S., & Leudar, I. (2008): *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge, MA (Cambridge University Press).
- Peräkylä, A., & Vehviläinen, S. (2003): Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. In: *Discourse and Society*, 14, 6, 727-750.
- Rey, A. (1998): *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris (Le Robert-Sejer). Tome 2. Réimpression mise à jour 2006.
- Rogoff, B. (1995): Observing sociocultural activity on three planes: participatory appropriation, guided participation, and apprenticeship. In: Wertsch, J.V., del Rio, P. & Alvarez, A. (éds.). *Sociocultural studies of mind*. Cambridge, MA (Cambridge University Press), 139-163.
- Salazar Orvig, A. (1999): *Les mouvements du discours*. Paris (L'Harmattan).
- (2002): Le devenir de la parole de l'autre: pour une typologie des mouvements interprétatifs dans l'entretien clinique. In: *Psychologie de l'Interaction*, 15-16, 195-221.
- (2003): Eléments de sémiologie discursive. In: Moscovici, S. & Buschini, F. (éds.). *Les méthodes en sciences humaines*. Paris (Presses Universitaires de France), 271-296.
- Salazar Orvig, A., & Grossen, M. (2004): Représentations sociales et analyse de discours produit dans des focus groups: un point de vue dialogique. In: *Bulletin de Psychologie*, 57, 3, 263-272.
- (2011): La co-construction: une facette dialogale du dialogisme? Actes du colloque "Dialogisme: langue, discours", Université de Montpellier III, Montpellier, 7-9 septembre 2010. <http://recherche.univ-montp3.fr/praxiling/spip.php?article264>.

- Seiler, N. (2003): "Notre enfant est-il surdoué?" Analyse d'un processus de co-construction de la demande. Mémoire de DESS en psychosociologie clinique. Université de Lausanne.
- Strauss, A. (1992): Maladie et trajectoires. In: Baszanger, I. (éd.). La trame de la négociation. Paris (L'Harmattan), 143-189.
- Vion, R. (2008): De la complexité des positionnements dans l'interaction verbale. In: Delamotte-Legrand, R., Hudelot, C. & Salazar Orvig, A. (éds.). Dialogues, mouvements discursifs, significations. Fernelmont (E.M.E.), 31-48.