



Espaces Linguistiques N° 2

Le rôle des discours dans la relation de soin
The role of speeches in the care relationship

<https://www.unilim.fr/espaces-linguistiques/304>



Université
de Limoges

ISSN : 2729-3548



Présentation du numéro. La relation de soin : enjeux et mises en œuvre discursives

Presentation. The role of speeches in the care relationship

Aurore Famy

CeReS (EA 3648), Université de Limoges, France

aurore.famy@unilim.fr

Aline Delsart

ACTé (EA 4281), Université de Clermont Auvergne, France

aline.delsart@ext.uca.fr

URL : <https://www.unilim.fr/espaces-linguistiques/329>

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Ce numéro, malheureux hasard du calendrier, voit le jour en pleine pandémie. Le système de santé est mis à rude épreuve, obligeant le personnel soignant à réaliser les soins dans l'urgence et ainsi à privilégier le *cure*, autrement dit l'aspect technique du soin, au *care* correspondant à la dimension plus empathique du soin. Cette crise sanitaire rappelle à tout un chacun que la santé est primordiale mais aussi fragile et que l'on peut tous se retrouver dans un rôle de patient et être confronté au discours médical, parfois complexe ou déroutant. Dans leur ouvrage « *Docteur, écoutez!* », les professeurs de médecine et chefs de service hospitalier Anne Révah-Lévy et Laurence Verneuil (2016) déclarent qu'en moyenne le temps de parole d'un patient en consultation médicale est de 23 secondes avant d'être interrompu par le médecin. Elles pointent du doigt les craintes des médecins : « Les médecins ont acquis des stratégies pour gérer le temps de la consultation, ils interrompent le patient rapidement et le redirigent vers ce qu'ils considèrent a priori comme important, craignant de perdre la maîtrise de leur temps s'ils le laissent parler sans contrôler le récit. » (Révah-Lévy et Verneuil, 2016, p. 32) et la nécessité d'écouter le récit des patients : « Seul le patient peut rapporter ce qu'il vit. Ces éléments fondateurs vont guider le médecin, à condition qu'il les écoute. La première étape de cette communication réside ainsi dans l'articulation subtile du temps et de l'espace d'écoute : il faut bien commencer par écouter le récit du patient, ses détails, ses phrases parfois apparemment confuses. Les mots qui décrivent les maux. » (Révah-Lévy et Verneuil, 2016, p. 102-103). La communication entre un soignant et un patient semble être un aspect élémentaire de la relation de soin. C'est par elle que l'établissement du diagnostic se fait et une bonne communication entre soignant et soigné est un gage de qualité du suivi et d'efficacité du traitement, comme le soulignent Fournier et Kerzanet (2007) dans leur étude sur les compétences communicationnelles des médecins.

De nombreuses études en pédagogie médicale ou en éducation à la santé (Sommer et Rieder, 2014 ; Louis-Courvoisier, 2015 pour ne citer qu'elles) s'accordent sur le fait que former les médecins à la communication aurait des répercussions positives sur les patients (une meilleure adhérence thérapeutique, de meilleurs résultats cliniques et une meilleure compréhension). Ainsi, l'étude des discours en contexte de soin constitue un enjeu sociétal. Étudier les discours en contexte de soin consiste à appréhender des discours produits authentiquement dans un milieu institutionnel, avec ses propres codes, où s'y déploient des règles et usages langagiers spécifiques, pouvant être identifiés comme un genre de discours bien défini. Les sciences humaines et particulièrement la linguistique se sont alors intéressées au discours médical comme objet d'étude, notamment au niveau de sa structure (Cosnier, 1993) ou du fonctionnement des interactions en santé (Vergely et *al.*, 2009). Analyser le discours entre soignants et patients permet de caractériser la relation de soin qui les unit. Toutefois, il nous apparaît essentiel de définir ce que nous considérons comme une relation de soin.

La relation de soin est avant tout une rencontre, comme l'explique Traverso (2007) « une rencontre sociale à caractère institutionnel, dans laquelle les participants sont orientés vers un but commun et complémentaire, à savoir améliorer ou sauvegarder la santé des usagers » (Traverso, 2007, p. 50). La relation de soin, c'est l'engagement *a minima* de deux acteurs, le soignant et le soigné, comme le soulignent Manoukian et Massebeuf (2008, p. 14) : « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». La relation de soin, en tant qu'objet d'étude, c'est une pratique discursive intersubjective qui possède ses propres codes et qui fait coexister une formation discursive spécifique (celle du médecin, par exemple) et la langue ordinaire.

C'est également une pratique sociale qui impose des rôles prédéfinis, des conventions sociales implicites entre les protagonistes identifiés, des anticipations, des stéréotypies. Ces deux rôles socialement normés (le médecin et le patient) impliquent des rôles discursifs particuliers : l'enjeu est de trouver sa place à l'intérieur de l'échange pour garantir la meilleure performativité thérapeutique. Enfin, c'est aussi une pratique de transmission des savoirs médicaux en tant que moment privilégié de vulgarisation des savoirs scientifiques par la parole experte elle-même, contenant son lot de reformulations, métaphorisations, médiations discursives, *etc.* qui ré-sémiotisent la pratique et les savoirs médicaux proprement dits.

Ainsi, la communication entre soignant et soigné se trouve au cœur d'enjeux scientifiques, thérapeutiques et sociaux importants. De ce fait, sa compréhension et son optimisation font l'objet d'une réelle demande sociale. Dans la perspective de répondre à cette demande, nous proposons dans ce numéro deux axes de recherche afin d'étudier le rôle des discours dans la relation de soin.

Le premier axe porte sur les interactions verbales et les remédiations discursives et le second s'intéresse à la négociation des rôles et places dans le discours en contexte de soin.

Interactions verbales et remédiations discursives

Le discours construit par le médecin envers son patient constitue une remédiation, c'est-à-dire une réénonciation qui incarne une réparation dans le processus de médiation. En s'effectuant, la remédiation agit comme résolution, pallie les discontinuités apportées par des ruptures (cognitives, encyclopédiques, axiologiques, affectives) au sein d'un contexte de décalage entre deux parties, honorant ainsi son étymologie de « tiers médiateur ». En consultation, le médecin et le patient s'inscrivent dans une interaction verbale particulière, mettant en scène, presque au sens théâtral du terme, cette remédiation. La consultation médicale incarne de manière exemplaire une situation d'interaction verbale complexe. Cet axe interroge en particulier le fonctionnement sémiolinguistique de la transmission des savoirs et de la co-construction du sens, mais également, plus localement, l'identification de mécanismes lexicaux, sémantiques et rhétoriques impliqués dans cette construction. Les enjeux médico-sociaux inhérents à la compréhension du rôle des discours dans la relation de soin poussent à interroger les caractéristiques définitoires du discours vulgarisé tenu par le soignant (ainsi que la posture réflexive qu'il prend face à cette pratique) et réciproquement les caractéristiques qui définissent le discours patient. D'une part, il est nécessaire de comprendre comment opèrent les stratégies discursives mises en œuvre par le médecin pour se faire comprendre du patient (métaphore, comparaisons, passerelle ou équivalence sémantiques, traduction intersémiotique et le recours au gestuel, etc.), d'autre part, il semble indispensable d'éclairer et de documenter l'activité linguistique et discursive mise en œuvre par le soigné qui, loin de s'assujettir à un rôle passif que d'anciennes conceptions lui concédaient encore, co-construit le sens, le négocie au fur et à mesure des tours de parole. Les processus sémio-linguistiques et rhétoriques « filés » d'un locuteur dont les tours de paroles sont distincts et entrecoupés lors de l'interaction verbale, sont également à appréhender et à interroger méthodologiquement.

De manière générale, toutes les perspectives convergent vers une meilleure compréhension du fonctionnement du sens dans les discours de santé en vue de leur optimisation. Dans ce numéro, la contribution de Viviane Huys, ainsi que celle écrite à quatre mains par Alexandra Ortiz Caria et Michel de Fornel apportent des éléments de réponse à ces réflexions et leurs enjeux.

Négocier sa place dans la relation de soin

L'interaction en milieu médical se déroule entre deux protagonistes aux rôles sociaux et interactionnels différents : un médecin qui détient le savoir médical et les connaissances

scientifiques face à un patient qui détient, lui, la connaissance personnelle de sa maladie, son vécu. Ces rôles interactionnels, co-construits et évoluant durant l'interaction, déterminent un rapport de place entre les interlocuteurs. Pour qu'une relation de soin soit efficace, les acteurs doivent trouver un équilibre entre leurs savoirs (Dominicé, 2010) et leurs pouvoirs, en lien avec leurs statuts sociaux. L'étude de la dynamique des discours qu'engendre la nécessaire négociation des rôles permettra d'interroger la relation de soin en illustrant ou révisant l'asymétrie déclarée *a priori* constitutive des rôles.

De nombreux questionnements émergent de cette négociation de place dans la relation de soin : comment l'étude linguistique des discours permet-elle de rendre compte de la négociation des rôles de chacun dans cette relation de soin ? Y a-t-il un type spécifique de négociation dans les discours médicaux ? Comment médecins et patients négocient-ils leur place dans le discours en contexte de soin ? Le marquage du statut des protagonistes est-il explicite ou implicite ? Comment dépasser la relation asymétrique qui structure traditionnellement ce type de discours ? Comment caractériser la place du patient par opposition à celle du médecin dans le discours interactionnel ? En quoi la parole est-elle libératrice de pouvoir et de savoir ? Y a-t-il un lien systématique entre savoir et pouvoir ? En quoi l'analyse linguistique peut-elle révéler la performativité thérapeutique des discours ? Y a-t-il des marqueurs linguistiques plus candidats que d'autres pour illustrer la négociation ? Quel type de négociation retrouve-t-on dans les discours médicaux ?

La contribution de Nathalie Garric, Frédéric Pugnières-Saavedra et Valérie Rochaix ainsi que celle d'Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Aline Delsart et Julie Pironom tentent de répondre à certaines de ces interrogations.

Contributions

Le numéro s'ouvre avec la contribution d'**Alexandra Ortiz Caria et Michel de Fornel**. Les auteurs mettent l'accent sur la métaphorisation de la maladie et la dimension multimodale de la communication pour définir la stratégie du médecin qui vulgarise un savoir médical. À partir d'une étude d'inspiration ethnométhodologique, les auteurs montrent le rôle de la métaphore et des gestes iconiques métaphoriques qui co-construisent le discours du gériatre pour décrire la maladie d'Alzheimer, insaisissable et invisible aux yeux du patient. Les résultats de leur étude font apparaître deux effets réciproques : le premier, le fait que le patient comprenne sa pathologie par le truchement d'une image ; le deuxième effet révèle que le médecin privilégie l'explication progressive à l'imposition du diagnostic.

Dans son article, **Viviane Huys** déplace le point de vue pour comprendre les ressorts de l'interaction médecin-patient : elle place la focale non plus sur le discours du médecin en tant que tel, mais sur le processus dialogal qu'il instaure, notamment grâce à l'opération de l'anamnèse, afin d'identifier les mécanismes de co-construction du sens et du diagnostic en consultation. À partir d'une étude de cas binaire, qui fait le récit de consultations aux méthodes différentes, Viviane Huys met en lumière le bienfondé d'une convocation de la mémoire du patient et d'une prise en compte de sa connaissance empirique de la maladie, pour l'établissement du diagnostic et une meilleure prise en charge dans la relation de soin.

La contribution de **Nathalie Garric, Frédéric Pugnière-Saavedra et Valérie Rochaix** est réalisée dans le cadre du projet ACCMADIAL et porte sur la figure de l'aidant de personnes diagnostiquées Alzheimer. À partir de l'ancrage théorique de l'analyse de corpus et de l'analyse du discours et leurs méthodologies respectives, les auteurs ont analysé 17 entretiens d'aidants afin de déterminer quelles sont les représentations que se font les aidants de leur rôle et l'effet de l'explicitation de leur pratique d'aidance sur leur vécu. Les résultats de leur étude montrent une reconstruction de la relation de soin par les différents acteurs impliqués. La place de l'aidant dans la relation soignant-soigné est questionnée, aux niveaux institutionnel, juridique et discursif.

Enfin, la contribution d'**Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Aline Delsart et Julie Pironom** clôture ce numéro. Les auteures se sont intéressées à l'emploi du marqueur de cohérence discursive *mais* en contexte de soin. Dans une orientation pragmatique, les auteures ont analysé la distribution fonctionnelle du marqueur *mais* en fonction du rôle des interlocuteurs (médecins *vs* thérapeutes). En appui sur la littérature scientifique, trois macro-fonctions de *mais* (interlocutive-interactionnelle, logico-argumentative et logico-sémantique), divisées en 17 types, ont été dégagées. Les résultats de leur étude montrent que les 122 occurrences de *mais* analysées permettent de distinguer les rôles des deux soignants, les médecins employant davantage la cohérence discursive que les thérapeutes dans un but argumentatif alors que les thérapeutes privilégient *mais* dans un usage interactionnel.

Bibliographie

COSNIER Jacques, 1993, « Les interactions en milieu soignant », in Jacques Cosnier, Michèle Grosjean & Michèle Lacoste (dir.), *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 17-32.

DOMINICE Pierre, 2010, « Du silence de la souffrance à la parole des patients », *Le sujet dans la cité*, vol. 1, n° 1 : « Écouter la souffrance, entendre la violence », p. 107-119.

FOURNIER Cécile, KERZANET Sandra, 2007, « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », *Santé publique*, vol. 19, n° 5, p. 413-425.

LOUIS-COURVOISIER Michéline, 2015, « Pertinence des sciences humaines et sociales en médecine », *Pédagogie Médicale*, vol. 16, n° 1, p. 5-8.

MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne, 2008, *La relation soignant-soigné*, Rueil Malmaison, Lamarre.

RÉVAH-LEVY Anne, VERNEUIL Laurence, 2016, *Docteur, écoutez !*, Paris, Albin Michel.

SOMMER Johanna, RIEDER Arabelle, 2014, « Comment enseigner la communication au cabinet », *Primary Care*, vol. 14, n° 8, p. 136-138.

TRAVERSO Véronique, 2007, « Pratiques communicatives en situation : objets et méthodes de l'analyse d'interaction. Article de synthèse sur l'interaction », *Recherches en soins infirmiers*, n° 89, p. 21-33.

VERGELY Pascale, CONDAMINES Anne, FABRE Cécile, JOSSELIN-LERAY Amélie, REBEYROLLE Josette & TANGUY Ludovic, 2009, « Analyse linguistique des interactions patient/médecin », in Catherine Félix & Julien Tardif (dir.), *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, Nice, disponible sur : <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=750> (consulté le 26 août 2020).

Comité scientifique du numéro

- Driss ABLALI (Université de Lorraine)
- Abdelhadi BELLACHHAB (Université de Nantes)
- Anne BEYEART (Université de Bordeaux)
- Marion COLAS-BLAISE (Université du Luxembourg)
- Nicolas COUÉGNAS (Université de Limoges)
- Ana-Maria COZMA (Université de Turku, Finlande)
- Maria Giulia DONDERO (Université de Liège)
- Olga GALATANU (Université de Nantes)
- Cindy LEFEBVRE-SCODELLER (Université de Limoges)

- Vivien LLOVERIA (Université de Limoges)
- Sylvie LORENZO (Université de Limoges)
- Annabelle SEOANE (Université de Lorraine)



Espaces linguistiques

Expliquer une pathologie « invisible » au patient. L'emploi d'une métaphore pour représenter la maladie d'Alzheimer en consultation gériatrique

Explaining an “invisible” pathology to the patient. The use of a metaphor to represent Alzheimer’s disease in geriatric consultation

Alexandra Ortiz Caria

EHESS, Laboratoire Interdisciplinaire d’Études sur les Réflexivités – Fonds Yan
Thomas (LIER-FYT)
alexandra.caria@ehess.fr

Michel de Fornel

EHESS, Laboratoire Interdisciplinaire d’Études sur les Réflexivités - Fonds Yan
Thomas (LIER-FYT)
fornel@ehess.fr

URL : <https://www.unilim.fr/espaces-linguistiques/330>

DOI : 10.25965/espaces-linguistiques.330

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Résumé

Chef du service de gériatrie d’un hôpital parisien, le Pr. A. a pour habitude de produire un objet de référence commun pour décrire la maladie d’Alzheimer à ses patients en recourant à la description d’une maison dont l’escalier endommagé ne permet pas d’accéder aux pièces de l’étage supérieur, symbolisations de leurs facultés intellectuelles préservées. Le médecin mobilise à cet effet diverses ressources sémio-discursives, qu’il combine principalement avec des gestes iconiques à valeur métaphorique, pour accomplir l’activité descriptive et organiser son tour de parole. Ce sens métaphorique réside dans l’incongruité sémantique partielle observable lors de la performance multimodale entre schématisation conventionnelle des gestes et schématisation de l’expression verbale affiliée. Par cette mise en scène verbale et gestuelle, le gériatre cherche à transmettre et faire partager de façon didactique un savoir médical, tout en laissant le patient libre d’accorder crédit à sa métaphore visant à expliquer la maladie dont il est atteint.

Mots-clés : maladie d’Alzheimer, transmission d’un savoir médical, analyse de conversation d’inspiration ethnométhodologique, métaphore, gestes iconiques métaphoriques

Abstract

Head of the geriatric department in a Parisian hospital, Prof. A. is used to producing a common reference object to describe Alzheimer’s disease to his patients by resorting to a description of a house with a damaged staircase which does not allow access to the rooms of the upper floor, symbolizations of their preserved intellectual faculties. For this purpose, the doctor convokes semio-discursive resources to accomplish the descriptive activity and organize his verbal turn, mainly combined with iconic gestures with metaphorical value. This metaphorical meaning lies in the partial semantic incongruity observable during the multimodal performance between the conventional schematization of gestures and the schematization of affiliated verbal expression. By this verbal and gestural scene, the geriatrician tries to relay and share medical knowledge in a didactical way while leaving the patient free to acknowledge the metaphor as an explanation of the disease.

Keywords: Alzheimer’s disease, transmission of medical knowledge, conversation analysis and ethnomethodology, metaphor, iconic metaphorical gestures

Introduction

La prévalence de la maladie d'Alzheimer fait l'objet de débats au sein de la communauté scientifique et médicale opposant ceux qui sont convaincus qu'il existe un sous-diagnostic de cette pathologie et qui prêchent pour un dépistage toujours plus précoce, voire prodromal¹ (Dubois, 2019), et ceux qui remettent publiquement en question un diagnostic trop souvent délivré selon eux à des patients âgés qui ne présenteraient en réalité qu'un déclin cognitif et mnésique relevant d'un processus de sénescence au même titre que la perte progressive de motricité par exemple (Saint-Jean et Favreau, 2018). Qu'ils penchent d'un côté ou de l'autre, les médecins se retrouvent en situation de devoir expliquer les caractéristiques de la pathologie aux patients qu'ils ont diagnostiqués comme « Alzheimer ». Dès lors, comment leur présenter cette maladie dont les critères objectifs de diagnostic continuent à interroger ? Comment faire comprendre et accepter un diagnostic qui met en jeu un ensemble hétérogène de symptômes et de modes d'expression et des différences importantes de progression ? Aux enjeux politiques et scientifiques associés aux sur- ou sous-diagnostic et à la complexité du dépistage, s'ajouterait en consultation la difficulté de fournir une définition stabilisée et homogène de cette pathologie (Ortiz Caria, 2019 ; à paraître en 2022). Nul doute qu'une telle situation est de nature à fragiliser un discours médical parfois déjà mis en cause par ceux qui « résistent » à se laisser convaincre qu'ils ont la maladie d'Alzheimer (Ortiz Caria, 2020).

Ce diagnostic serait certainement moins susceptible d'être discuté par celui qui le reçoit si, pour dire au patient ce dont il souffre, le clinicien le lui annonçait en ne fournissant que peu d'explications (Byrne et Long, 1976). De même, s'il s'en tenait à des preuves dites « objectives »² (les résultats d'un bilan sanguin ou d'une IRM par exemple), celles-ci seraient difficiles à réfuter en tant qu'éléments *matériels, visibles*, accessibles à un profane de la science médicale – pour peu qu'il indique au patient où regarder et comment interpréter les signes. Si certains médecins adoptent cette posture d'autorité, d'autres préfèrent présenter les éléments cliniques qui ont conduit au diagnostic et qu'ils ont identifiés grâce à une « vision professionnelle » (Goodwin, 1994) leur permettant de discriminer les détails nosographiques pertinents de la maladie d'Alzheimer. En prenant le parti d'énoncer un avis médical fondé sur des observations issues de l'examen clinique et remobilisées au moment de l'annonce du diagnostic, ces médecins offrent à leurs patients les moyens de comprendre les conclusions auxquelles ils sont parvenus (Peräkylä, 1998 ; Fornel et Verdier, 2014).

¹ C'est-à-dire avant l'apparition des symptômes.

² Pour une mise en perspective du statut « objectif » de la preuve, voir Slack *et al.* (2001).

Face à l'inquiétude engendrée par l'annonce d'un diagnostic susceptible d'être vécu comme une « maladie-sentence » (Ngatcha-Ribert, 2004) ou quand le recours à ces indices subjectifs ne suffit pas à convaincre le patient, certains cliniciens déploient d'autres stratégies discursives pour transmettre leur savoir médical afin que leur diagnostic soit compris et admis. Le présent article s'appuie sur l'analyse de conversation d'inspiration ethnométhodologique (AC/EM)³ pour étudier une consultation gériatrique mobilisant une telle démarche didactique par laquelle le médecin introduit verbalement et gestuellement une référence iconique à l'escalier cassé d'une maison, référence qui constitue une métaphore de la maladie d'Alzheimer. Après avoir présenté le cadre conceptuel de cette étude, il s'agira d'analyser comment le gériatre, en proposant une métaphore de facture multimodale au sein d'un tour de parole présentant des caractéristiques spécifiques, s'emploie à *donner à voir* cette pathologie. On soutiendra pour conclure l'idée qu'en s'incarnant sur le plan gestuel, la métaphore de la maladie d'Alzheimer fournit à celle-ci une forme *visible*, au statut quasi-objectif, confortant ainsi les éléments cliniques introduits dans la phase d'explication.

1. L'analyse de conversation d'inspiration ethnométhodologique

Cette contribution relevant de l'AC/EM, et s'inscrivant en conséquence dans un paradigme praxéologique, s'appuie sur l'observation méthodique des conduites ordinaires des acteurs du monde social qui agissent *dans* et *par* le monde en poursuivant des intérêts pratiques et en donnant réciproquement du sens à leurs actions. Observer ces actions dans le détail de leur effectuation, se focaliser sur la *praxis* donc, revient à analyser les « propriétés rationnelles des expressions indexicales et des autres pratiques, en tant qu'elles sont des accomplissements contingents et continus des pratiques organisées et ingénieuses de la vie de tous les jours. » (Garfinkel, [1967] 2007, p. 64-65). Une telle approche implique la mise en œuvre d'une démarche ethnographique et le recueil d'enregistrements audio-visuels permettant l'étude systématique des situations étudiées.

1.1. La place de la description linguistique dans l'approche sociologique

Dans son ouvrage classique *Studies in Ethnomethodology*, Garfinkel déplore que les travaux sociologiques ne se préoccupent pas de « saisir les détails non notés d'une situation, les "propriétés d'arrière-plan des scènes quotidiennes" en tant qu'elles sont attendues, standardisées et standardisantes, "vues sans qu'on y prête attention" » (*Ibid.*, p. 99). Souvent inaperçues pour les individus préoccupés par le bon déroulement de leurs activités ordinaires (incluant les activités professionnelles), ces propriétés d'arrière-plan sont pourtant convoquées dans la pratique. Les

³ Pour une présentation, voir Fornel et Léon (2000).

actions (salutations, sollicitations, excuses, etc.) sont réalisées par les acteurs en fonction de procédures leur permettant (ou non) de reconnaître et d'interpréter réciproquement leurs conduites et positionnements respectifs dans l'(inter)action. Ce sont des phénomènes intelligibles, sensés et méthodiques (*accountable*) que le chercheur peut observer, décrire et analyser⁴.

Fondée sur une approche phénoménologique et ethnographique, la démarche empirique qui caractérise l'AC/EM lui impose de décrire et d'analyser les conduites ordinaires méthodiquement accomplies par les membres d'une situation. Le seul recours aux données de terrain pour valider des hypothèses préalablement formulées se trouve écarté au profit d'un questionnement issu en premier lieu de l'observation approfondie de ces données et visant à rechercher des « ethnométhodes » accomplies par les interactants. Sont mis au premier plan l'étude séquentielle des actions conversationnelles qui s'enchaînent au cours d'un évènement de parole ainsi que l'examen des catégories occasionnées *dans* et *par* l'(inter)action. L'enquête inclut également la description et l'analyse des postures corporelles et des ressources multimodales mises en œuvre par les participants, ainsi que des éléments du contexte matériel. Tous ces éléments sont constitutifs de la structure interactionnelle de la conversation et contribuent à la rendre intelligible dans une situation donnée (la consultation médicale en ce qui nous concerne). Montrer le caractère ordonné de l'interaction dans sa temporalité et sa contextualité propres, en tenant compte du détail des circonstances, suppose l'examen approfondi d'une séquence (cas singulier), ou d'une collection (Fornel et Verdier, 2018).

L'AC/EM s'intéresse à la coordination des actions conversationnelles, aux problèmes pratiques que les acteurs rencontrent et aux procédures élaborées pour les résoudre. Elle s'attache à mettre au jour les principes qui caractérisent l'ordre interactionnel d'une situation et cherche à restituer l'ordre social qui s'incarne *par* et *pour* l'organisation de cette interaction. Il est caractéristique de sa « mentalité analytique » qu'elle plaide en faveur d'une réévaluation de l'opposition micro/macro. Sur le plan sociologique, l'AC/EM est une approche qui repose sur une analyse approfondie des données linguistiques, permettant d'établir comment les pratiques conversationnelles concourent à l'établissement d'un ordre interactionnel ancré lui-même dans un certain ordre social. Pour échapper à toute tentation de réification des structures sociales, l'accent est mis sur la façon dont les participants s'adaptent (ou non) à ce qu'ils interprètent comme le contexte pertinent (ou non) de l'activité en cours ; contexte qui donne réciproquement du sens (ou non) à leurs actions et participe aux structures sociales objectives.

⁴ Pour une discussion, voir Ortiz Caria et Noûs (2019).

1.2. La description multimodale comme ressource analytique

À la fois formes linguistiques et activités de discours, les descriptions renvoient à un objet présent ou absent et peuvent contribuer à le rendre « visible ». Les pratiques ordinaires de description constituent des « activités de langage par lesquelles le discours donne forme à des objets symbolisés dans la communication et doués de signification pour la connaissance et l'action » (Adam *et al.*, 1995, p. 15). Ces objets sont d'autant plus palpables et intelligibles que les descriptions intègrent une dimension multimodale.

Dès la fin des années 1970, en s'intéressant à l'organisation des regards, des expressions faciales, des mouvements et postures des participants à une conversation, Goodwin (1979) a montré comment un locuteur peut modifier un énoncé émergent en fonction des réactions de l'interlocuteur. Cet ajustement réciproque est réalisé de façon visible et incarnée (*embodied action*) et participe d'une « écologie sémiotique » (Quéré, 2016)⁵ impliquant le langage, le corps ou encore l'environnement matériel, tous constitués de propriétés propres. Le corps constituerait dans cette perspective un support sémiotique permettant l'articulation et la synchronisation d'un ensemble d'actions (regards, gestes, postures, orientations, expressions d'affects). En tant que « champ sémiotique », ce media serait alors sujet à de multiples et constants processus interprétatifs s'élaborant mutuellement et organisant réflexivement et temporellement l'action en cours.

Cosnier et Vaysse (1997) ont proposé une analyse de la communication posturo-mimo-gestuelle (ou PMG) intégrée au système langagier et composée de trois types de gestes co-verbaux dont les gestes référentiels. Ces gestes, déictiques ou iconiques, explicitent l'évocation verbale du référent soit en le désignant, soit en l'illustrant. Ainsi, les gestes déictiques servent généralement à désigner un objet, présent ou absent, le corps du locuteur servant d'ancrage référentiel. Pour Goodwin (2000), le geste de pointer du doigt, par exemple, peut constituer une modalité de participation à part entière dans une conversation. Utilisé pour indiquer un objet ou une direction, il ne devient un acte signifiant que par la contextualisation mutuelle d'une gamme de ressources sémiotiques (corps performant visiblement un acte de pointage, discours élaborant et élaboré par le fait de pointer du doigt, propriétés du contexte cible du pointage, orientation des participants les uns vers les autres et dans la direction où se situe le point, activité plus large dans laquelle s'inscrit l'acte de désigner). En rapport avec la signification de l'énoncé, c'est-à-dire dépendant au plan sémantique, les gestes iconiques non-conventionnels sont quant à eux nécessairement affiliés au discours. Ils peuvent être (1) spatiographiques et reprendre des caractéristiques de la disposition spatiale du

⁵ Pour une mise en perspective de l'approche d'une écologie sémiotique de C. Goodwin, voir notamment l'article de L. Quéré (2016). Celui-ci invite à cette occasion les lecteurs à la placer « à la base aussi bien de l'approche ethnométhodologique que de la microsociologie de Goffman » (§ 10).

référent ; (2) pictographiques et reprendre des éléments de la forme du référent ; (3) kinémimiques et reprendre des éléments de l'action décrite par le référent (Cosnier et Vaysse, *Ibid.*). Lorsque le geste iconique est également métaphorique, il présente alors la particularité de posséder une signification « autonome » par rapport au discours auquel il est associé, nécessitant de remettre en cause

la relation de congruence entre le contenu imagé du geste et le contenu sémantique de l'énoncé [bien que] [c]ette autonomie [soit] relative, dans la mesure où symbolisation linguistique et symbolisation gestuelle prennent leur source dans le même espace conceptuel. Un parcours dans le réseau des relations sémantiques ou l'utilisation de schèmes métaphoriques permet toujours la mise en rapport des deux schématisations, l'écart sémantique étant source de significations supplémentaires, d'où l'intérêt du geste, sur le plan pragmatique, pour l'interlocuteur. (Fornel, 1987, p. 252-253).

Un geste sera dit métaphorique s'il met en œuvre une relation d'incongruité sémantique partielle entre la schématisation conventionnelle du geste qui figure l'objet métaphorique (une maison dotée d'un escalier par exemple) et la schématisation de l'expression verbale affiliée qui donne à comprendre ce dont on parle en réalité (dans notre cas le fonctionnement d'un cerveau malade) sans que cette schématisation soit directement associable aux gestes de celui qui la performe (ici le médecin).

Pour l'ensemble de ces gestes, des chercheurs ont approfondi la question de leur description et proposé différentes façons de les présenter (McNeill, 1987 ; Kendon, 1990 ; de Fornel, 1990 ; Sacks et Schegloff, 2002 ; Mondada 2008a). Kendon (*Ibid.*) par exemple a développé une terminologie fréquemment utilisée pour désigner les trajectoires gestuelles et parle d'excursion pour décrire un geste qui part d'une position pour atteindre (ou non) son apogée (*apex*) et revient toujours à la position de départ (*rest position*)⁶.

2. La constitution du corpus de données conversationnelles

À partir de données enregistrées en audio ou vidéo⁷ puis transcrites selon une granularité déterminée par le niveau de détail recherché (degré de finesse des transcriptions) et selon ce que requiert le phénomène retenu (Schegloff, 2000), l'AC/EM décrit et analyse la séquentialité des

⁶ Schegloff (1984) propose pour sa part l'expression « *home position* » pour désigner ce que Fornel (1990) décrit plus tard en français comme une « position de repos ».

⁷ Les premières conversations analysées par les fondateurs de l'AC/EM dans les années soixante étaient enregistrées au moyen d'un magnétophone. Désormais, les enregistrements vidéo sur support numérique sont courants.

actions et les catégorisations⁸ produites *par* et *pour* l'(inter)action. Elle promeut une démarche naturaliste⁹ qui part de l'observation des conduites sociales saisies de manière locale et située, et cherche à identifier les éléments du contexte pertinents pour les acteurs. L'examen approfondi des enregistrements audio-visuels guidé par un « principe de disponibilité » (Mondada, 2008b) offre la possibilité de *découvrir* des aspects insoupçonnés des interactions. Ces enregistrements permettent de décrire et d'analyser l'organisation endogène d'évènements de parole en évitant les risques de reconstruction *ex post*, comme on l'observe souvent dans le cas d'études ethnographiques s'appuyant sur la prise de notes. L'examen réitéré du corpus peut alors susciter questionnements et formulation d'hypothèses (Ortiz Caria et Noûs, 2019).

Le corpus de consultations gériatriques est composé de 61 consultations filmées entre octobre 2008 et juin 2009 dans un service de gériatrie parisien (CHU) et 11 consultations dans un service de gériatrie bourguignon (CH) ; les données primaires et leur traitement en données secondaires relèvent en grande partie d'une sélection issue du repérage et de la transcription de consultations impliquant trois gériatres et treize patients présentés en primo-consultation comme souffrant d'un déclin mnésique (n = 5) ou déjà suivis pour une maladie d'Alzheimer (n = 8). Ces données vidéo ont été transcrites sur le plan verbal et souvent multimodal selon le degré de granularité requis par l'analyse (Schegloff, 2000). Dans cette contribution, nous nous sommes inspirés des conventions de transcription présentées en annexes et développées par le laboratoire ICAR pour les productions verbales (Groupe ICOR, 2013) et par Mondada (2007) pour les actions multimodales. À des fins de lisibilité, avant chaque séquence, une légende, mode inhabituel de transcription multimodale, est proposée pour décrire les actions successives du médecin numérotées dans la transcription. Pour illustrer les transcriptions et mieux représenter les mouvements et les gestes, des captures d'écran (introduites par « #im ») accompagnent l'analyse des séquences. Cette option a été retenue ici dans le but de décrire la manière dont un médecin, le Pr. A., chef du service de gériatrie d'un hôpital parisien, explicite son diagnostic au moyen d'une métaphore qui combine discours descriptif et gestualité pour *rendre visible* au patient, Monsieur R., la maladie qui vient de lui être diagnostiquée.

⁸ Selon l'analyse en termes de « *membership categorization analysis* » (MCA) proposée par Sacks (1992), les catégorisations désignent des pratiques de description de soi et d'autrui produisant certaines inférences, attentes et interrelations et donc révélant un certain ordre social et moral.

⁹ Démarche consistant à tenter de réduire les effets des dispositifs et des opérations de la recherche sur le déroulement ordinaire des activités qui constituent son objet. L'AC/EM considère que les « problèmes » posés par les effets du dispositif d'enquête font partie intégrante de l'analyse.

3. La métaphorisation d'une pathologie « invisible » au patient

Comme nous allons le voir à présent, c'est au moyen de ressources descriptives métaphoriques que le Pr. A fait émerger sur le plan visuel un objet décrit *online*. Étudier la multimodalité de cette séquence permettra de montrer que l'action visible est coordonnée à la syntaxe du tour de parole en cours et contribue à l'intelligibilité de la métaphore formulée sur le plan verbal.

Découpé en cinq séquences, cet extrait concerne le cas de Monsieur R., septuagénaire retraité, auparavant tuyauteur indépendant puis chaudronnier dans une grande entreprise française. Celui-ci vient d'apprendre qu'il est atteint de la maladie d'Alzheimer et face à l'émotion intense qu'il exprime, le Pr. A. s'engage dans la description de cette pathologie.

3.1. Établir un socle de référence commun : la maison

La scène débute alors que le Pr. A. vient d'annoncer le diagnostic de maladie d'Alzheimer à Monsieur R., très ému au début de la séquence [1].

Légende

(Le médecin est face au patient)

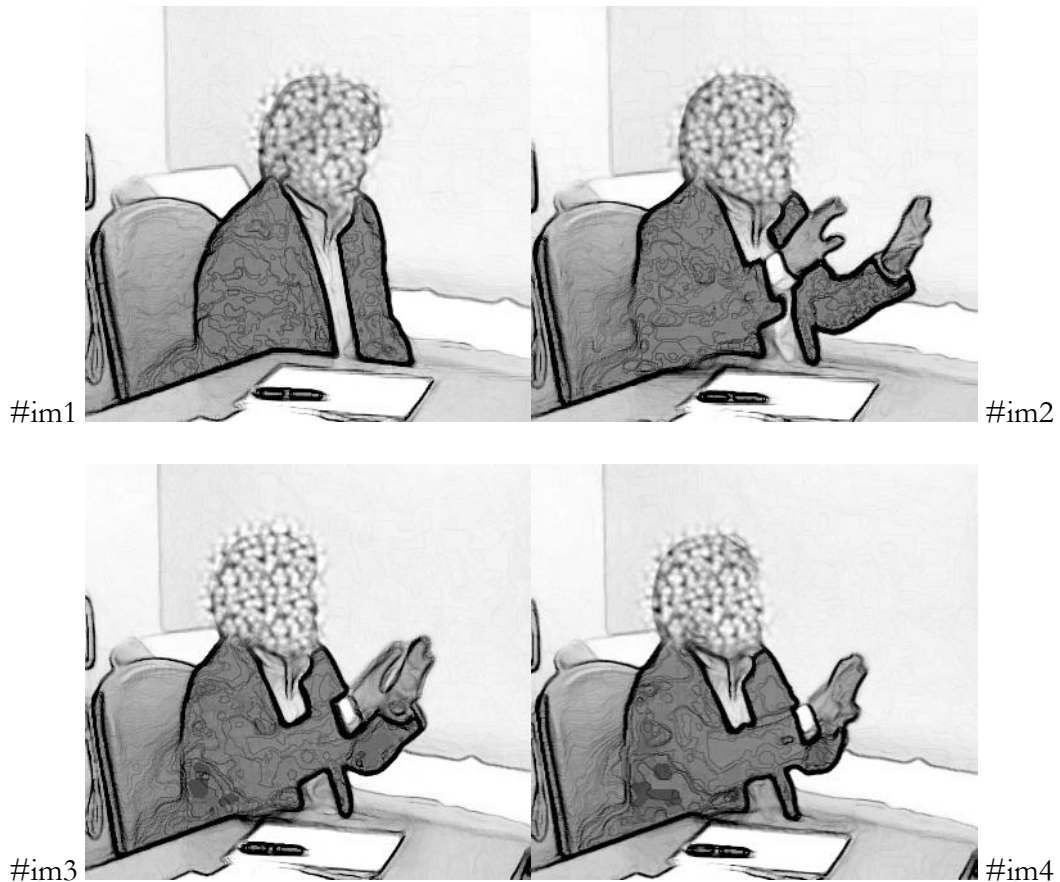
1. Le médecin est assis à l'angle de son bureau, les mains entre les jambes (position de repos)
2. Le médecin tend le bras droit vers un stylo posé sur le bureau qu'il ne saisit pas (apex*), maintenant sa main en suspens au-dessus du stylo
3. Le médecin figure gestuellement un cadre dans l'espace qu'il partage avec le patient en écartant symétriquement les mains ouvertes jusqu'à atteindre un écart maximal (apex*), paumes face au patient
4. Le médecin rapproche ses mains ouvertes, paumes face au patient jusqu'à les faire se superposer (apex*)
5. Le médecin écarte à nouveau symétriquement les mains ouvertes, paumes face au patient jusqu'à atteindre un écart maximal (apex*) qu'il maintient, et accoude son bras droit sur le bureau (position de repos)

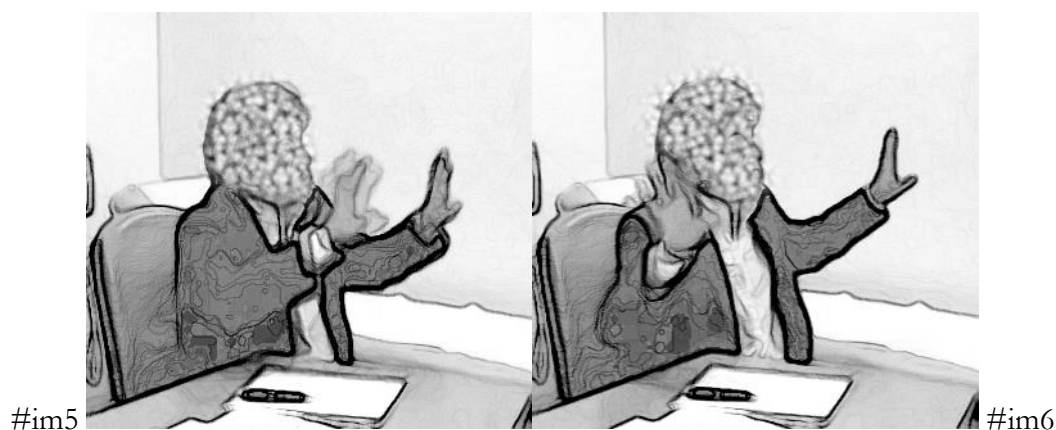
Séquence 1

1572 DOC c'est vot` méd'cin qui vous l'avait dit/
1573 (0.3)
1574 PAT non non j` m'en suis j- j- j- j- [j` me suis:::
1575 ACC [non il avait il
1576 [eu:::h
1577 DOC [oui: oui oui
1578 PAT j` m'en suis rendu compte moi-même
1579 (1.5)
1580 PAT que::: j'étais p`us comme avant
1581 (1.9)
1582 PAT p`is j'en étais sûr hein/
1583 (0.5)
1584 la preuve j` me suis pas trompé
1585 (0.6)
1586 DOC Mmh
1587 PAT j'en ai même pas parlé <à ma femme ((en pleurant))>
1588 (2.9)
1589 DOC #al@ors cette mala*die/ @f-*@vou#s i#ma*#@ginez
doc >>1@2.....*-----@3.*@4.....*@5....
im #im1 #im2#im3#im4
1590 #une #grande* maison\
.....*-----
im #im5 #im6
1591 (0.9)@
-----@

Alexandra Ortiz Caria

Images 1 à 6





Phabien Goffinet

De façon visible, la séquence débute alors en position de repos, le Pr. A., les mains immobiles entre les jambes, manifeste son empathie en demeurant assis, face au patient qui pleure (#im1). Sur le plan verbal, la description de la maison comme métaphore du cerveau humain est formulée après un connecteur indiquant une transition avec la séquence précédente et l'orientation du Pr. A. vers le début de l'activité descriptive (L1589). Dans ce cas, la description commence multimodalement lorsque le médecin opère un mouvement du bras droit vers le stylo posé sur le bureau (*apex*), laissant penser qu'il a initialement eu pour projet de dessiner ou d'utiliser le stylo comme artefact pour figurer la métaphore de la maison dans l'espace qu'il partage avec le patient. Après avoir laissé sa main en suspens au-dessus du stylo sans le saisir, il procède à une autoréparation et ramène le bras droit devant lui tout en relevant le bras gauche et en l'amenant en position symétrique au bras droit, paumes des mains ouvertes face au patient, écartées au maximum (*apex*) (#im2). Cette action se produit au moment de l'emploi du syntagme nominal incluant un démonstratif « cette maladie ». Le syntagme constitue un « *hanging topic* » (Pekarek Doehler *et al.*, 2015) et est suivi d'une prédication « vous imaginez une grande maison » qui invite à visualiser une entité (L1589). Sur le plan gestuel, le Pr. A. donne à voir le cadre de la maison qu'il est en train de décrire verbalement (L1590) au moyen d'un mouvement des bras et des mains allant de l'extérieur de la maison (*apex*) vers l'intérieur jusqu'à les faire se superposer (*apex*), puis de nouveau vers l'extérieur (*apex*) (#im3 à #im6). En reprenant des caractéristiques de la forme de la maison par ces gestes iconiques pictographiques, le médecin associe à sa description verbale une représentation iconique conventionnelle, dénotant un premier référent commun ordinaire, accessible à un interlocuteur profane.

On notera que la métaphore de la maison symbolisant le cerveau n'est pas explicitement posée par le Pr. A. mais peut être aisément inférée. L'analyse d'extraits recensés dans d'autres cas (Ortiz Caria, 2019) confirme que le médecin fait bien référence au cerveau en décrivant verbalement la maison.

Ce constat autorise à qualifier dès à présent ces gestes co-verbaux iconiques de gestes également métaphoriques dont l'incongruité sémantique partielle réside dans la schématisation gestuelle conventionnelle d'une maison et la schématisation de l'expression verbale affiliée qui, dans ce contexte particulier, renvoie non seulement à une maison, mais par projection métaphorique, au cerveau du patient.

À la fin de ce premier tour, le Pr. A. s'est rapidement engagé dans une activité de description en associant de façon conjointe parole et geste. Et, en maintenant les mains écartées jusqu'à la fin de la pause (L1591), il semble projeter de la part du patient une ratification de ce référent qu'il vient de constituer en objet de discours. Le maintien du geste à son apogée, le bras accoudé sur le bureau, est alors transformé en une nouvelle position de repos qui sera à l'origine de l'établissement d'un second référent commun : les pièces de la maison.

3.2. Établir un socle de référence commun : les pièces de la maison

Poursuivant l'activité descriptive, le Pr. A. s'attelle à représenter la composition de la maison [2].

Légende

6. Le médecin opère un mouvement symétrique vertical graduellement descendant, paumes des mains ouvertes face au patient, symbolisant les pièces disposées sur plusieurs niveaux de la maison : d'un niveau supérieur à un niveau inférieur (apex*)

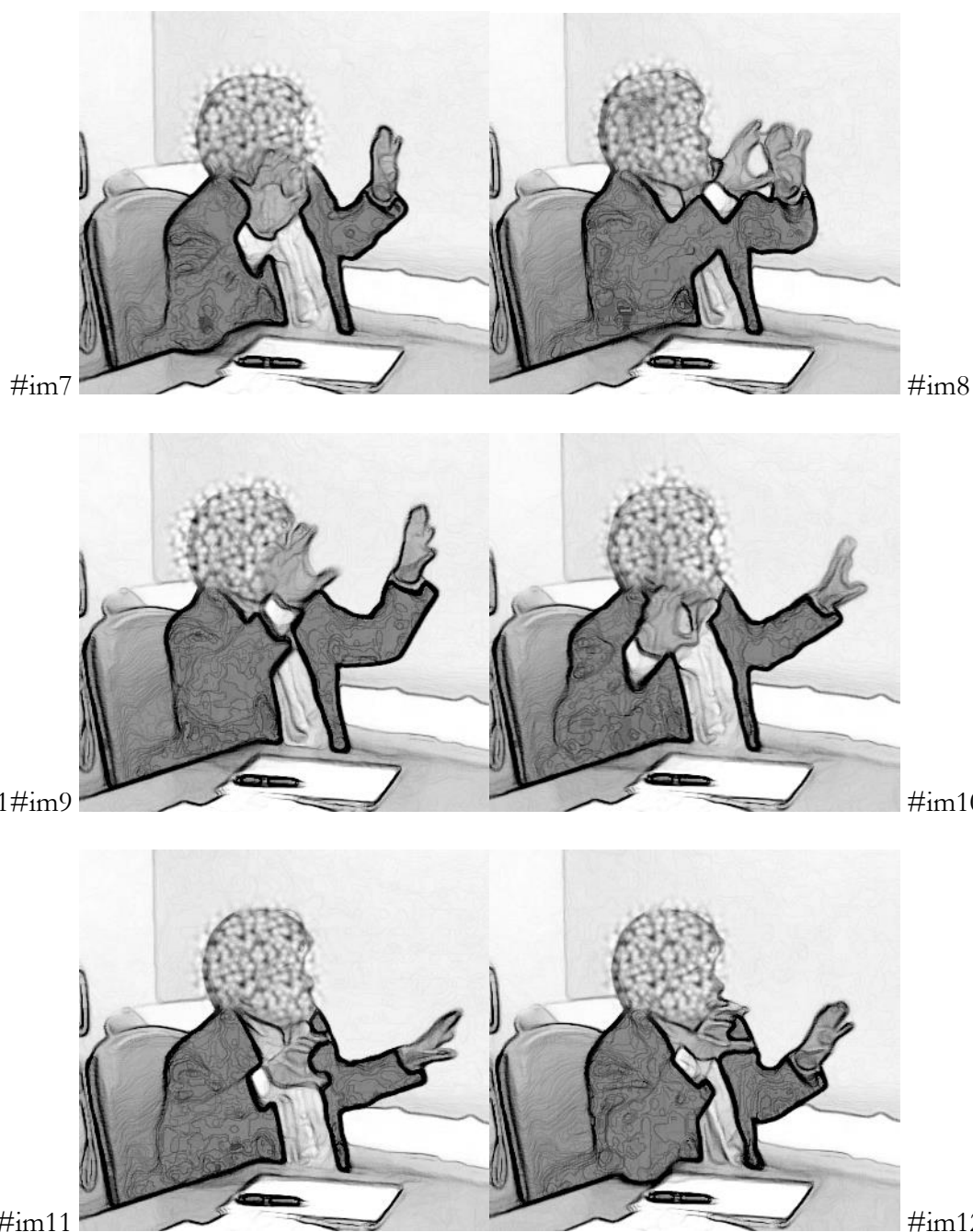
7. Le médecin adopte une nouvelle position de repos en appuyant son bras droit sur le bureau tout en maintenant son bras gauche en suspens et les deux mains écartées face au patient

Séquence 2

```
1592      #@i` y a #plein #d` piè#ces\*@  
          @6.....*@7--  
im  #im7      #im8      #im9      #im10  
1593      #(1.2)@#  
          -----@  
im  #im11     #im12
```

Alexandra Ortiz Caria

Images 7 à 12



Phabien Goffinet

La construction présentative introduit les pièces de la maison comme second référent commun sur la base du premier, la maison (L1592). Ce tour est gestuellement performé par une transformation référentielle au cours de laquelle, pour symboliser les différentes pièces, le Pr. A. mobilise désormais ses mains, lesquelles constituent un moyen iconique pictographique pour focaliser l'attention de Monsieur R. sur les composantes de la maison (#im7 à #im12). Les mouvements symétriques verticaux graduellement descendants des mains donnent à voir la présence de plusieurs pièces

disposées sur différents niveaux de la maison : d'un niveau supérieur à un niveau inférieur (*apex*). Par ce mouvement iconique spatiographique, le médecin reprend les caractéristiques de la disposition spatiale des pièces dans la maison.

À nouveau, le médecin produit un geste métaphorique dont l'incongruité sémantique partielle réside cette fois dans la schématisation gestuelle conventionnelle des pièces de la maison et la schématisation de l'expression verbale affiliée qui renvoie métaphoriquement aux différentes facultés mentales comme la mémoire (incluant la remémoration des souvenirs récents ou plus anciens), mais également au savoir-faire et au savoir-être de Monsieur R.

Face au patient, les mains écartées à nouveau jusqu'à la fin de la pause (L1593), le Pr. A. rend visible gestuellement et prosodiquement à l'achèvement de son tour de parole qu'il attend de la part de Monsieur R. une ratification qui ne vient pas.

3.3. Qualifier l'objet de référence commun : l'état des pièces de la maison

Une fois les socles référentiels posés, le Pr. A. procède à une description qualitative des pièces de la maison [3].

Légende

8. Le médecin opère un mouvement symétrique horizontal graduellement centripète, paumes des mains ouvertes face au patient, symbolisant les pièces réparties sur un seul niveau de la maison : d'un espace proche à un espace éloigné (*apex**)

9. Le médecin interrompt le mouvement de la main droite en position de repos et produit un léger battement vertical de la main gauche

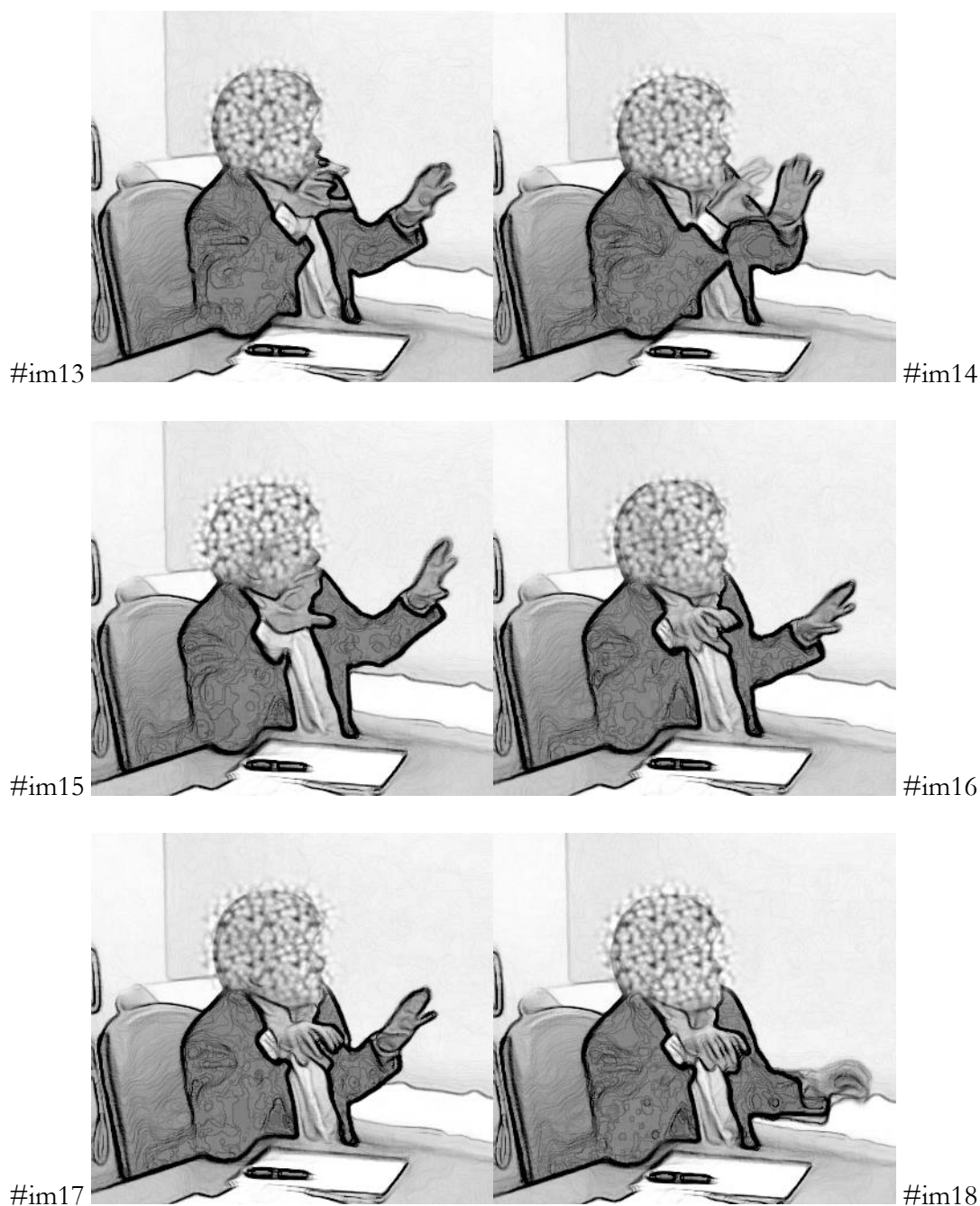
10. Le médecin accoude son bras droit sur le bureau tout en abaissant la main gauche jusqu'à atteindre une nouvelle position de repos (*apex**)

Séquence 3

1594 #@i` y a #plein d`#pièces qui sont# en *@bon# état:/@# (.)*@
 @B.....*@9-----@10...*@
im #im13 #im14 #im15 #im16 #im17 #im18

Alexandra Ortiz Caria

Images 13 à 18



Phabien Goffinet

Répétant verbalement à l'identique le second référent commun par une construction présentative (L1594), le Pr. A. recycle également l'iconisation pictographique de ses mains pour représenter les pièces de la maison (#im13). En les intégrant dans le cadre figuré de la maison, le médecin indexicalise par des gestes déictiques la situation spatiale des pièces au sein de la maison, ancrage référentiel sur lequel il fait reposer la métaphore. Le Pr. A. reproduit ainsi les mouvements spatiographiques symétriques graduellement spatialisés en disposant cette fois les différentes pièces sur une base horizontale centripète : des plus rapprochées aux plus éloignées (*apex*) (#im14 à

#im16). Il se pourrait que la dissociation des deux mains s'accompagne d'une nouvelle modification référentielle : le battement de la main gauche, connotant l'évaluation positive associée à l'expression verbale affiliée « en bon état », constituant alors un geste co-verbal expressif qui donne une information sur la position affective. L'interruption du mouvement de la main droite en position de repos, paume face au bureau et le léger battement de la main gauche, pourraient être destinés à une situation non préoccupante (et donc rassurante de ce point de vue) (#im17 à #im18). De plus, selon nous, la main gauche iconise également spatiographiquement un espace réservé aux différentes facultés mentales préservées (voir plus haut la séquence précédente).

Par ce mouvement, le médecin file la métaphore en produisant un geste dont l'incongruité sémantique partielle tient, d'un côté, à l'existence d'une schématisation gestuelle conventionnelle d'un espace préservé dans la maison et, de l'autre, à la présence d'une schématisation de l'expression verbale affiliée qui donne à entendre qu'une partie des facultés cognitives et mnésiques du patient a été épargnée par la maladie d'Alzheimer (l'« état » de la maison renvoyant à l'« état » psychique).

En maintenant son bras accoudé sur le bureau et en abaissant progressivement la main gauche sur son genou, le Pr. A. projette l'établissement d'une nouvelle position de repos (*apex*).

3.4. Indexicaliser le problème médical : l'escalier endommagé

Une fois la caractérisation des pièces de la maison produite, le médecin procède à la métaphorisation de la maladie d'Alzheimer [4].

Légende

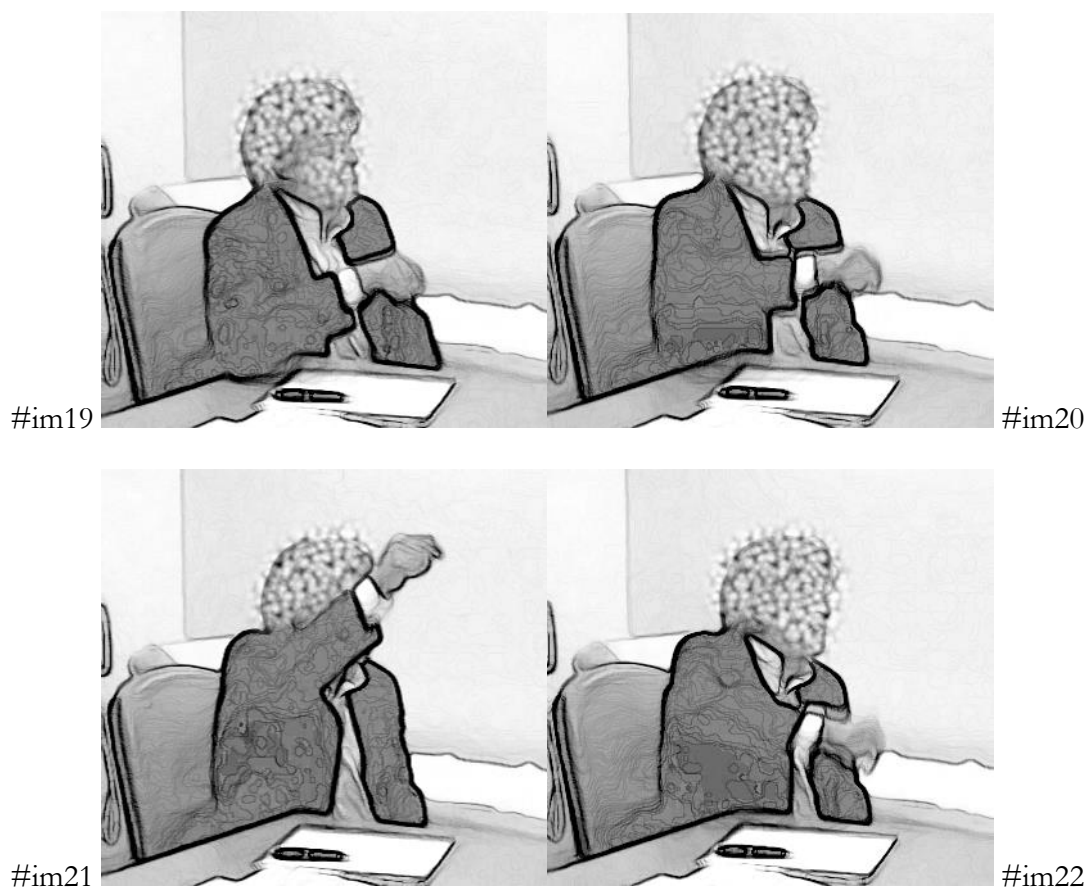
11. Le médecin opère un mouvement ascendant de la main droite, index pointé vers le bas jusqu'à atteindre une hauteur maximale (*apex**) tout en laissant sa main gauche sur son genou
12. Le médecin opère un mouvement descendant de la main droite, index pointé vers le bas jusqu'à atteindre une position maximale tout en maintenant le bras droit au-dessus du bureau (*apex**)
13. Le médecin maintient le bras droit au-dessus du bureau, la main droite légèrement repliée, index pointé vers le bas
14. Le médecin adopte une nouvelle position de repos qu'il maintient en accoudant son bras droit sur le bureau, index de la main droite pointé vers le bas et la main gauche toujours posée sur le genou

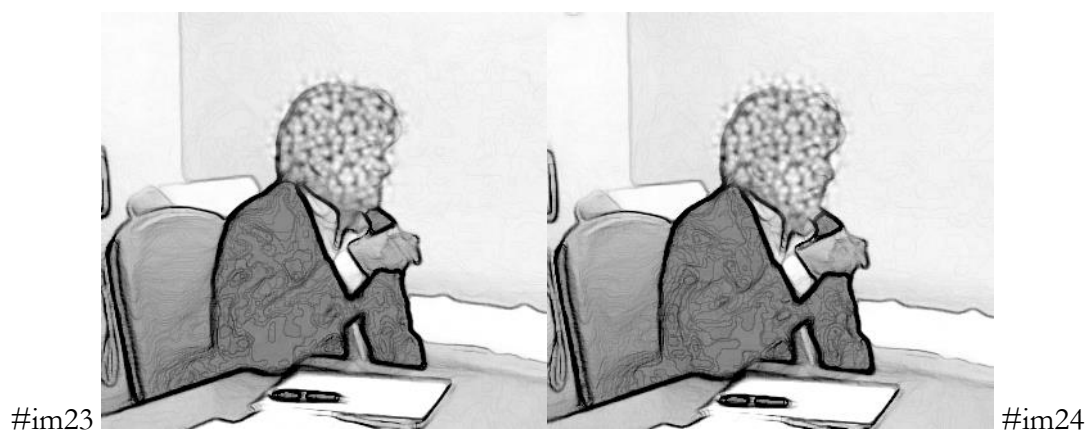
Séquence 4

1595 #et #puis: i` y a #*l'es#ca@lier au milieu qu` est
@11.....*@12...*--@13-----
im #im19#im20 #im21 #im22
1596 ca@ssé\#
--@14--
im #im23
1597 (1.0)#
----->
im #im24

Alexandra Ortiz Caria

Images 19 à 24





Phabien Goffinet

L'énoncé contenant une nouvelle métaphore est introduit par le connecteur « et puis », qui opère ainsi un « mouvement thématique par transition progressive » (Schegloff et Sacks, 1973, traduit par Fornel, 1988). Il s'agit de la métaphore de la maladie d'Alzheimer présentée comme un « escalier au milieu qui est cassé » (L1595—1596).

En position de repos au début de la séquence, c'est-à-dire ici le bras droit accoudé sur le bureau, la main droite recroquevillée face au bureau et la main gauche posée sur son genou (#im19), le médecin initie un mouvement ascendant du bras droit, pointant progressivement l'index vers le bas (#im20) jusqu'à arriver à une hauteur maximale (*apex*) (#im21). Par ce mouvement de la position de repos vers l'*apex* qui s'accomplit avant l'évocation verbale de l'escalier, le médecin introduit la métaphore, sous forme d'une entité compacte (le poing fermé), associée verbalement à la construction présentative (L1595). En abaissant très rapidement ensuite la main droite, l'index toujours pointé vers le bas jusqu'à un niveau maximal (*apex*), le médecin iconise kinémimiquement le passage d'un niveau supérieur à un niveau inférieur de la maison qu'il thématise par un escalier dans le sens de la descente (#im22). Procédant à un léger repositionnement postural, le Pr. A. maintient en suspens son bras droit replié au-dessus du bureau, faiblement relevé, et l'index pointant toujours vers le bas alors qu'il indexicalise l'escalier comme étant « au milieu ». Par sa situation centrale, l'escalier est ainsi également présenté spatiographiquement comme un moyen d'accéder aux pièces de la maison situées à des niveaux différents. Le retour à une position de repos s'opère tandis que le Pr. A., qualifiant l'escalier par l'adjectif « cassé » (L1596), indexicalise verbalement la zone géographique de la maladie (#im23).

Cette position de repos, maintenue jusqu'à la fin de la pause (L1597), donne à penser que le Pr. A. attend de la part de Monsieur R. une ratification qui montrerait une intelligibilité partagée de la métaphore. Mais celle-ci ne vient toujours pas (#im24).

En représentant par un geste kinémimique la descente de l'escalier, partie de la maison permettant de passer d'un niveau à un autre, le médecin ne symbolise pas cette partie mais mime l'action de descendre, tandis qu'il précise sur le seul plan verbal que cet escalier est cassé. Faire référence à ce blocage de l'accès aux pièces en bon état de la maison transpose dans le domaine métaphorique la maladie d'Alzheimer qui limite le recours aux facultés et compétences cérébrales intactes du patient. C'est pourquoi ces gestes kinémimiques et spatiographiques pourraient être requalifiés de gestes métaphoriques dont l'incongruité sémantique partielle est due à l'association d'une schématisation gestuelle conventionnelle – d'un escalier indexicalisé au milieu de la maison et d'un mouvement qui iconise la communication entre étages - avec une schématisation de l'expression verbale affiliée qui porte indirectement sur l'existence d'un moyen susceptible de permettre d'accéder aux différentes facultés cognitives et mnésiques du patient. Notons toutefois que le médecin n'introduit pas sur le plan iconique (sauf peut-être par le maintien du poing fermé) le fait que l'escalier est cassé, autrement dit il ne performe pas gestuellement l'effet de la maladie d'Alzheimer qu'il métaphorise pourtant verbalement.

3.5. Expliquer le problème : le passage d'un niveau à l'autre de la maison

L'absence de ratification par Monsieur R. entraîne la reprise du tour de parole par le Pr. A. qui lui explique alors la difficulté que présente le passage d'un niveau à l'autre de la maison [5].

Légende

15. Le médecin maintient sa position de repos, le bras droit accoudé sur le bureau, index de la main droite pointé vers le bas et main gauche posée sur le genou

16. Le médecin, conservant le bras droit accoudé sur le bureau, opère un mouvement inverse : il abaisse la main droite, index pointé vers le bas et relève le bras gauche, index pointé vers le haut jusqu'à atteindre un écart maximal entre les deux mains (apex*)

17. Le médecin opère un mouvement inverse : il remonte le bras droit au-dessus du bureau, index de la main droite toujours pointé vers le bas et abaisse la main gauche, index pointé vers le bas jusqu'à atteindre un écart maximal entre les deux mains (apex*)

18. Le médecin opère un mouvement inverse : il abaisse le bras droit au-dessus du bureau, index pointé vers le bas et relève le bras gauche, index pointé vers le bas jusqu'à atteindre un écart minimal entre les deux mains, les index pointés vers le bas (apex*)

19. De manière circulaire, le médecin opère un faible mouvement inverse : il élève le bras droit qui était positionné au-dessus du bureau, index de la main droite toujours pointé vers le bas, et abaisse la main gauche, index toujours pointé vers le bas jusqu'à atteindre un écart maximal entre les deux mains (apex*)

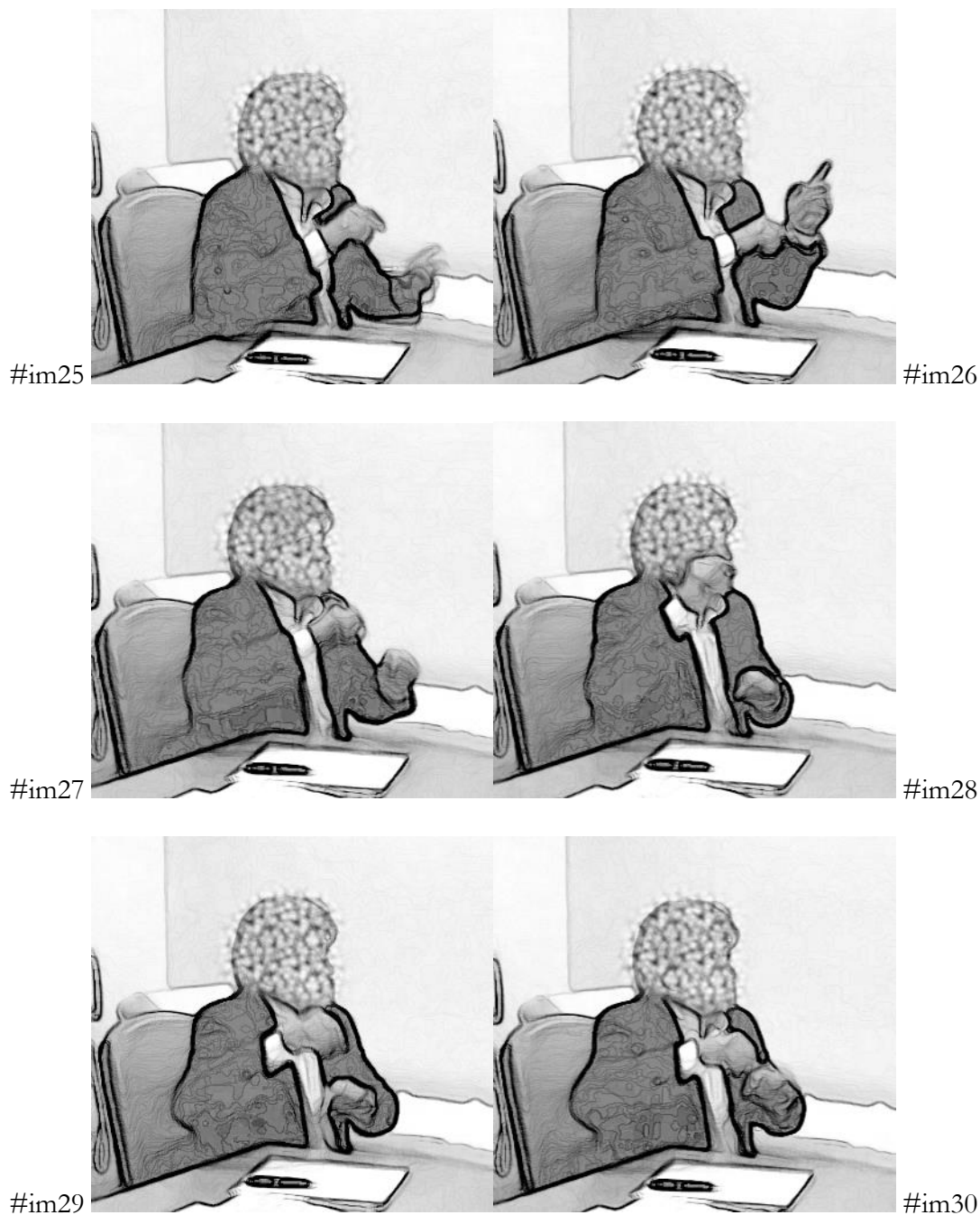
20. Le médecin opère un faible mouvement descendant du bras droit pour adopter une nouvelle position de repos (apex*) qu'il maintient jusqu'à la fin de la séquence : le bras droit accoudé sur le bureau, index de la main droite pointé vers le bas et la main gauche en suspens, index également pointé vers le bas

Séquence 5

1598 alors ça @d`vient #comp*li#qué #d` #pa#*@sser #*@du rez*
 >>14-----@15.....*16.....*@17....*@18....*
im #im25 #im26#27 #28#im29 #im30
1599 @d` #chau*ssée au premier\#
 @19.....*----->>
im #im31 #im32
1600 PAT oui exactement

Alexandra Ortiz Caria

Images 25 à 32





Phabien Goffinet

Alors que le Pr. A. est en position de repos, le bras accoudé sur le bureau, l'index de la main droite pointé vers le bas et la main gauche toujours posée sur son genou, il initie un tour explicatif par le pronom démonstratif « ça » précédé du connecteur « alors » qui installe la référence au problème (L1598). Tandis qu'il explique la difficulté que pose l'escalier cassé pour passer d'un niveau à l'autre de la maison (L1598—1599), le Pr. A. procède à des mouvements gestuellement opposés de haut en bas et de bas en haut, index toujours pointés dans une direction ascendante ou descendante de l'escalier, et symbolise par ces gestes iconiques kinémimiques, l'action de passer d'un niveau à un autre (#im25 à #im32). D'autre part, en effectuant ces mouvements dans le cadre restreint de la maison telle qu'il l'a figurée au début de l'extrait, le médecin indexicalise à nouveau par des gestes déictiques — ses mains rapprochées en face de lui — la situation spatiale de l'escalier, élément central pour accéder aux pièces de la maison remobilisée comme un ancrage référentiel qui n'a plus besoin d'être rappelé.

Ces gestes kinémimiques étant, comme nous l'avons vu, des gestes métaphoriques, l'incongruité partielle se produit en raison de l'écart sémantique entre la schématisation gestuelle conventionnelle — le passage d'un niveau à l'autre de la maison par un escalier — et la schématisation de l'expression verbale affiliée qui fait référence ici métaphoriquement au moyen d'accès aux différentes facultés cognitives et mnésiques du patient. Là encore, le médecin n'iconise pas les « complications » que pose la maladie d'Alzheimer qui « bloque » les voies neuronales servant à la communication entre différentes zones du cerveau.

La ratification à valeur confirmative que produit enfin Monsieur R. indique que le médecin est parvenu à une forme d'intelligibilité partagée de la métaphore et plus généralement de l'explication qu'il a fournie (L1600).

Pour résumer, le Pr. A. a établi un objet de référence commun en formulant une description de la « maison » comme métaphore du cerveau dont l'escalier endommagé ne permet pas d'assurer la

communication entre les étages. On notera la présence d'une pratique routinière du Pr. A., qui produit souvent une série de tours de parole s'achevant par un mouvement intonatif descendant suivi d'une pause assez longue, constituant une place transitionnelle pertinente ouvrant la possibilité que le patient confirme sa compréhension de ce qui est en train de lui être expliqué. Par la succession de tels tours de parole comportant ce format prosodique et ces pauses finales, le médecin semble indiquer qu'il aurait préféré la ratification *online* de la pertinence de sa description mais aussi sa validation progressive par Monsieur R. Multimodalement, le médecin mobilise des ressources référentielles pour accomplir l'activité descriptive et organiser son tour à partir principalement de gestes iconiques et déictiques, mais n'évoque pas gestuellement la maladie d'Alzheimer ou ses effets qu'il métaphorise cependant verbalement. S'adressant au patient qu'il regarde, le gériatre divise en effet l'espace en circonscrivant dans un premier temps la maison avant de fournir un équivalent iconique de chaque pièce et de procéder à des mouvements symétriques verticaux et horizontaux de la main, faisant référence aux nombreuses pièces de la maison qu'il mentionne dans son tour verbal. L'escalier et sa fonction sont quant à eux rendus visibles par un mouvement vertical descendant de la main droite, index pointé vers le bas. Une fois cet ancrage référentiel stabilisé dans un espace intersubjectif partagé, le médecin ne se référera plus à la maison pour en décrire les pièces ou l'escalier, désormais introduite sous forme indexicale. Enfin le passage d'un niveau à l'autre de la maison est symbolisé par des mouvements descendants et ascendants asymétriques des deux mains, index pointés vers le haut ou le bas. Tous les gestes du Pr. A. peuvent être dits métaphoriques étant donné l'incongruité sémantique partielle caractérisée, d'une part, par la schématisation conventionnelle des gestes qui traduisent iconiquement une maison dotée d'un escalier permettant d'accéder aux pièces situées sur deux niveaux et ne sont pas directement associables à une maladie, d'autre part, par la schématisation de l'expression verbale affiliée qui permet d'inférer, dans ce contexte particulier, comment fonctionne le cerveau du patient et quelles facultés mnésiques et cognitives restent disponibles.

Conclusion

Cet article s'est intéressé à la dimension d'un discours qui intervient à un moment délicat de la consultation. Ayant évalué le déclin cognitif et mnésique du patient et identifié les indices d'une maladie d'Alzheimer, le médecin doit maintenant transmettre, faire partager son diagnostic et surmonter les réticences qui peuvent surgir. Nous avons fait le choix d'étudier l'activité sémiotique que produit le clinicien lors de son travail d'explication et d'argumentation. Nous avons montré que le médecin crée un espace conversationnel autant que matériel d'intercompréhension partagé en faisant de son corps un champ sémiotique permettant de déployer une explication à visée

didactique de la maladie d'Alzheimer, pathologie largement médiatisée mais finalement peu ou mal connue dans sa forme et dans ses manifestations. L'analyse d'une activité de description métaphorique accomplie au sein d'un cadre intersubjectif aménagé par le médecin au moyen de son corps *dans* et *par* l'espace avec le patient fait apparaître les liens existant entre environnement spatial et interlocuteurs. Plus précisément, cette étude a été l'occasion de montrer comment un clinicien peut *donner à voir* cette pathologie à des patients qui n'appartiennent pas à sa communauté de pratiques et au moyen de quelle activité sémiotique il peut solliciter la perception sensible du participant profane, souvent très troublé par l'annonce de la maladie. L'élaboration de la métaphore repose dans ce cas sur la capacité du médecin à mettre en œuvre une « expertise incarnée » fondée sur un raisonnement diagnostique mobilisant des habiletés perceptives cliniques propres à identifier une catégorie médicale empiriquement déterminable. Convoquer des ressources sémio-discursives qui invitent le patient à « s'imaginer » cette pathologie à partir d'un référent métaphorique culturellement accessible souligne la capacité d'ajustement du médecin face à l'écart épistémique le séparant du patient.

Cette activité consistant à faciliter la compréhension d'un objet qui n'est pas visible (que ce soit directement ou par des dispositifs techniques) en donnant des outils, des ressources à usage projectif, pourrait conduire dès lors à deux effets qui ne sont pas contradictoires. Le premier serait celui d'une relative diminution de l'asymétrie épistémique entre médecin et patient en permettant à ce dernier de comprendre sa pathologie au moyen d'une image traduisant de manière intelligible la nosographie de la maladie d'Alzheimer. Le deuxième effet serait celui de l'exercice d'une autorité qui privilégierait l'explication à l'imposition d'un diagnostic. Dans ce cas, le médecin, en explicitant les enjeux du tableau nosographique par le biais des inférences liées à la métaphore gestuelle (on peut difficilement accéder à l'étage d'une maison par un escalier cassé), permettrait au patient de mieux saisir le sens de la maladie qui l'atteint. À défaut de fournir une preuve « objective », l'usage de la métaphore aiderait à faire accepter le diagnostic et, si cela s'avère nécessaire, la prise en charge médicale.

Bibliographie

ADAM Jean-Michel, BOREL Marie-Jeanne, CALAME Claude & KILANI Mondher (dir.), 1995, *Le discours anthropologique. Description, narration, savoir*, Lausanne, Éditions Payot, Coll. « Sciences humaines ».

BYRNE Patrick & LONG Barrie, 1976, *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in Their Surgeries*, Londres, Her Majesty's Stationery Office (HMSO).

COSNIER Jacques & VAYSSE Jocelyne, 1997, « Sémiotique des gestes communicatifs », *Nouveaux Actes Sémiotiques*, n° 52, p. 7-28.

DUBOIS Bruno, 2019, *Alzheimer. Tout savoir sur la maladie du siècle*, Paris, Éditions Grasset.

FORNEL Michel de, 1987, « Sémantique et pragmatique du geste métaphorique », *Cahiers de Linguistique Française* [en ligne], n° 14, p. 247-253, disponible sur : https://clf.unige.ch/files/5714/4103/3045/14-DeFornel_nclf14.pdf (consulté le 6 février 2019).

FORNEL Michel de, 1988, « Constructions disloquées, mouvement thématique et organisation préférentielle dans la conversation », *Langue française* [en ligne], n° 78, p. 101-123, disponible sur : https://www.persee.fr/doc/lfr_0023-8368_1988_num_78_1_4746 (consulté le 3 janvier 2019).

FORNEL Michel de, 1990, « De la pertinence du geste dans les séquences de réparation et d'interruption », *Réseaux* [en ligne], Hors-Série, n° 8, p. 119-153, disponible sur : https://www.persee.fr/doc/reso_0984-5372_1990_hos_8_2_3554 (consulté le 3 janvier 2019).

FORNEL Michel de & LÉON Jacqueline, 2000, « L'analyse de conversation. De l'ethnométhodologie à la linguistique interactionnelle », *Histoire Épistémologie Langage* [en ligne], vol. 22, n° 1, p. 131-155, disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01146139> (consulté le 14 avril 2020).

FORNEL Michel de & VERDIER Maud, 2014, *Aux prises avec la douleur : Analyse conversationnelle des consultations d'analgésie*, n° 33, Paris, EHESS, Coll. « Cas de figure ».

FORNEL Michel de & VERDIER Maud, 2018, « Corpus, classes d'exemples et collections en analyse de conversation », *Corpus* [en ligne], n° 18, disponible sur : <http://journals.openedition.org/corpus/3184> (consulté le 2 novembre 2018).

GARFINKEL Harold, [1967] 2007, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF.

GOODWIN Charles, 1979, "The Interactive Construction of a Sentence in Natural Conversation", in George Psathas (dir.), *Interactional competence*, New York, Irvington Publishers, p. 97-121.

GOODWIN Charles, 1994, "Professional vision", *American Anthropologist*, vol. 96, n° 3, p. 606-633.

GOODWIN Charles, 2000, "Pointing and the Collaborative Construction of Meaning in Aphasia", *Proceedings of the Seventh Annual Symposium About Language and Society*, Austin (SALSA), Austin, TX, University of Texas Press, p. 67-76.

GROUPE ICOR, 2013, Conventions de transcription ICOR [en ligne], disponible sur : http://icar.cnrs.fr/projets/corinte/documents/2013_Conv_ICOR_250313.pdf (consulté le 15 mars 2013).

KENDON Adam, 1990, *Conducting Interaction. Patterns of Behavior in Focused Encounters*, Cambridge, Cambridge University Press.

MCNEILL David, 1987, *Psycholinguistics: A New Approach*, New York, Harper and Row.

MONDADA Lorenza, 2007, Conventions de transcription des gestes [en ligne], disponible sur : icar.cnrs.fr/projets/corinte/documents/convention_transcription_multimodale.pdf (consulté le 15 mars 2013).

MONDADA Lorenza, 2008a, « La transcription dans la perspective de la linguistique interactionnelle », in Mireille Bilger (dir.), *Données orales, les enjeux de la transcription*, Perpignan, Presses Universitaires de Perpignan, p. 78-109.

MONDADA Lorenza, 2008b, « La question du contexte en ethnométhodologie et en analyse conversationnelle », *Verbum*, n° 2-3, Tome XXVIII, p. 1-49.

NGATCHA-RIBERT Laëtitia, 2004, « Maladie d'Alzheimer et société : une analyse des représentations sociales », *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, vol. 2, n° 1, p. 49-66.

PERÄKYLÄ Anssi, 1998, "Authority and accountability: The delivery of diagnosis in primary health care", *Social Psychology Quarterly*, vol. 61, n° 4, p. 301-320.

OCHS Elinor, 1979, "Transcription as Theory", in Elinor Ochs & Bambi B. Schieffelin (dir.), *Developmental Pragmatics*, New York, Academic Press, p. 43-72.

ORTIZ CARIA Alexandra, 2019, *Négociation et prise de décision partagée en consultation gériatrique. Analyse sociolinguistique des pratiques cliniques de diagnostic et d'évaluation de la maladie d'Alzheimer*, Thèse de doctorat, soutenue le 24 juin 2019, Sciences du langage, EHES, (vol. 1).

ORTIZ CARIA Alexandra, 2020, « Résister au diagnostic d'Alzheimer en consultation gériatrique », *Corps* [en ligne], vol. 18, n° 1, p. 55-64, disponible sur <https://www.cairn.info/revue-corps-2020-1-page-55.html> (consulté le 22 janvier 2021).

ORTIZ CARIA Alexandra & CARLETTI Giovanni, à paraître en 2022, « Du donné à voir aux données nosographiées », *Histoire, Médecine, Santé. Revue d'histoire sociale et culturelle de la médecine, de la santé et du corps*, n° 17.

ORTIZ CARIA Alexandra & NOÛS Camille, 2019, « Fabriquer un corpus en analyse de conversation. Fondements théoriques, enjeux réflexifs et pratiques collectives », *Tracés. Revue de sciences humaines* [en ligne], n° 19, Hors-série 2, p. 67-88, disponible sur : <https://journals.openedition.org/traces/10688> (consulté le 23 juillet 2020).

PEKAREK DOEHLER Simona, STEFANI Elwys de, HORLACHER Anne-Sylvie, 2015, *Time and Emergence in Grammar: Dislocation, topicalization and hanging topic in French talk-in-interaction*, Amsterdam, John Benjamins Publishing Company.

QUÉRÉ Louis, 2016, « L'écologie sémiotique de Charles Goodwin », n° 16, *Tracés. Revue de Sciences humaines*, disponible sur : <https://journals.openedition.org/traces/6534#quotation> (consulté le 10 novembre 2020).

SACKS Harvey, 1992, *Lectures on conversation*, Oxford, Basil Blackwell.

SACKS Harvey, SCHEGLOFF Emanuel & JEFFERSON Gail, 1974, "A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking in Conversation", *Language*, n° 50, p. 696-735.

SACKS Harvey & SCHEGLOFF Emanuel, 2002, "Home Position", *Gesture*, vol. 2, n° 2, p. 133-146.

SAINT-JEAN Olivier & FAVREAU Éric, 2018, *Alzheimer. Le grand leurre*, Paris, Michalon.

SCHEGLOFF Emanuel, 1984, "On Some Gestures' Relation to Talk", in John Maxwell Atkinson & John Heritage (dir.), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 266-298.

SCHEGLOFF Emanuel, 2000, "On Granularity", *Annual Review of Sociology*, n° 26, p. 715-720.

SCHEGLOFF Emanuel & SACKS Harvey, 1973, "Opening Up Closings", *Semiotica*, vol. 8, n° 4, p. 289-327.

SLACK Roger, HARTSWOOD Mark, PROCTOR Rob & ROUNCEFIELD Mark, 2007, "Cultures of Reading: On Professional Vision and the Lived Work of Mammography", in Stephen Hester & David Francis (dir.), *Orders of Ordinary Action : Respecifying Sociological Knowledge*, Aldershot, Ashgate, p. 175-193.

Annexes

Phénomènes séquentiels	
[]	note le début du chevauchement entre deux locuteurs et la fin du chevauchement si nécessaire
=	note un enchaînement rapide entre deux tours de parole (<i>latching</i>)
&	note la continuation du tour par le même locuteur au-delà de l'interruption de la ligne de la transcription lorsqu'il y a chevauchement sur le tour
Notation des pauses et des silences	
(.)	note une pause inférieure ou égale à 0.2 seconde
(0.6)	note la durée de la pause au dixième de seconde près
Phénomènes segmentaux	
:	notent des allongements syllabiques (de manière iconique par rapport à la durée on pourra avoir :: ou :::)
-	note la troncation d'un mot esquissé
˘	note une élision non standard
.h	note l'aspiration du locuteur
h.	note l'expiration du locuteur
Prosodie	
/ et \	notent les montées et descentes intonatives
// et \\	notent des montées et descentes intonatives très prononcées
CAPITALES	notent une saillance perceptuelle
<u>soulignement</u>	note une insistance
Descriptions et commentaires	
((rire))	notent les productions vocales
< >	notent le segment sur lequel porte la description entre (())
((se peigne))	décrit une action
Incertitudes du transcripteur	
(inaud.)	note une structure segmentale totalement inaudible
(niveau)	note un segment incertain
(parce que ; car ce que)	notent deux variantes également possibles (multitranscription)
Commentaires	
((COM: problème de bande))	notent les commentaires du transcripteur

Conventions de transcription verbale (Groupe ICOR, 2013)

* *	délimitent les gestes et la description des actions de A
+ +	délimitent les gestes et la description des actions de B.
*---->	indiquent la continuation du geste ou de l'action décrit(e) après la fin de la ligne de transcription
*-->>	indiquent la continuation du geste ou de l'action décrit(e) après la fin de l'extrait
---->*	indiquent la continuation du geste ou de l'action décrit(e) jusqu'à ce que le même symbole soit rejoint
>>----	indiquent la continuation du geste ou de l'action décrit(e) et qui a commencé avant le début de l'extrait
.....	indiquent la préparation du geste
-----	indiquent l'apex du geste atteint et maintenu
,,,,,,,,,,	indiquent la rétractation du geste
jul	identifie le participant accomplissant le geste quand il n'est pas le locuteur
im#	situe le point précis où l'image a été capturée

Conventions de transcription multimodale (Mondada, 2007)



Espaces linguistiques

Le rôle de l'anamnèse dans la co-construction du diagnostic

The role of anamnesis in the co-construction of the diagnosis

Viviane HUYS

Université de Bordeaux, MICA

vivianehuys@gmail.com

URL : <https://www.unilim.fr/espaces-linguistiques/344>

DOI : 10.25965/espaces-linguistiques.344

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Résumé

Parce que la relation de soin repose en plus de l'examen clinique sur des interactions dialogiques entre un soignant et un patient, elle est soumise à des conventions qui encadrent l'interrogatoire thérapeutique qui la structure. Néanmoins, selon que le médecin convoque ou non la mémoire que possède le patient de sa propre histoire médicale, il augmente ou réduit les possibilités d'associer ce dernier à l'interprétation d'une symptomatologie. Ainsi, nous verrons que l'anamnèse, considérée comme un aspect non négligeable de la prise en charge du patient, peut contribuer à faciliter l'émergence d'un diagnostic co-construit.

Mots-clés : anamnèse, sémiotique, dialogue, paradigme indiciaire

Abstract

Because the care relationship is based, in addition to the clinical examination, on dialogical interactions between a physician and a patient, it is subject to conventions that frame the therapeutic questioning that structures it. However, depending on whether or not the physician invokes the patient's memory of his or her own medical history, he or she increases or reduces the possibilities of associating the latter with the interpretation of symptomatology. Thus, we will see that the anamnesis, considered as a non-negligible aspect of patient management, can facilitate the emergence of a co-constructed diagnosis

Keywords: anamnesis, semiotics, dialogue, index paradigm

« Écoutez le malade, il va donner le diagnostic »

Sir William Osler (1849-1919)

Introduction

La consultation médicale constitue une interaction complexe mettant en jeu pragmatique du dialogue (Vernant, 2005), convocation de modalités de communication non-verbales et arrière-plans complexes où sont convoqués anamnèse mais aussi soubassements psychologiques¹⁰ dans lesquels différents types de stratégies entrent en jeu. Parmi les nombreux paramètres qui calibrent l'interrogatoire médical, l'anamnèse occupe une place fondamentale en ce qu'elle contient non seulement l'histoire médicale du patient mais aussi les différents événements qui l'ont accompagnée. Du grec *ana* (remontée) et *mnémè* (souvenir), l'*anamnèsis*, ou action de rappeler à la mémoire, consiste en la convocation du passé afin de disposer de données historiques fournies par le patient, susceptibles d'expliquer une pathologie présente. En effet, une pathologie ne peut être envisagée *ex-nihilo* mais interagit avec une situation personnelle et contextuelle nourrie de maints détails qui en éclairent les signes pour fournir une interprétation, de manière quasi archéologique.

Nous examinerons ici la place occupée par l'anamnèse qui, non seulement fournit au médecin l'ensemble des renseignements relatifs à l'histoire de la maladie chez son patient, mais aussi les circonstances qui l'ont précédée. Si un médecin s'assure classiquement des antécédents lors d'un interrogatoire parce que le protocole de prise en charge l'y oblige, il ne reconnaît pas toujours à l'anamnèse le même statut, selon qu'il focalise son attention sur une pathologie possible et ses symptômes ou qu'il privilégie tous les aspects de l'histoire de son patient, en amont de la prise en charge qu'il assure.

Première étape menant au diagnostic, l'anamnèse et l'importance qu'on lui accorde peuvent donc être infléchies selon que le thérapeute questionnera le patient en se focalisant sur des causes mécaniques et/ou physiologiques actuelles de la symptomatologie ou qu'il investiguera à partir de souvenirs parfois lointains qu'il mettra en perspective avec l'état de santé présent du patient.

L'étude de cas sur laquelle nous prendrons appui nous permettra de mettre en évidence le rôle joué par les différentes formes d'interrogatoire dans la co-construction du diagnostic, lorsque médecin et patient, chacun de son point de vue et en possession d'indices distincts, tentent de résoudre ensemble ce qui se présente en réalité comme une énigme. Nous verrons ainsi que le savoir médical,

¹⁰ Denis Vernant, Martine Batt et Alain Trognon (2004) ont montré la manière dont la médecine prédictive, dans le cas d'une exploration génétique sur la maladie de Huntington, peut être confrontée au processus de dénégation du patient qui use de stratégies mettant en échec la démonstration déductive du médecin, cf. les aspects développés par Denis Vernant (2004).

s'il conditionne l'exactitude du diagnostic, ne peut suffire et que le processus dialogique à l'œuvre dans l'entretien entre médecin et patient peut favoriser l'émergence d'une explication à la lumière de la connaissance que ce dernier a de sa propre histoire médicale.

1. L'anamnèse au sein de l'interrogatoire médical

Le guide de Calgary-Cambridge fournit un descriptif détaillé de la structure de la consultation médicale. Les habiletés communicationnelles y sont rassemblées en trois rubriques : les habiletés de contenu (le savoir médical), du processus (la structuration de la consultation et celle de la construction de la relation) et émotionnelles (relatives aux attitudes et à la gestion des émotions du médecin)¹¹.

S'apparentant davantage à une approche historiographique des symptômes présentés par un patient, l'anamnèse est quant à elle définie comme la « reconstitution de l'histoire pathologique d'un malade au moyen de ses souvenirs et de ceux de son entourage en vue d'orienter le diagnostic »¹². Elle précède l'examen clinique et consiste pour le médecin à obtenir des informations indicielles favorisant l'établissement d'un diagnostic. Elle peut également contribuer à l'établissement d'un diagnostic différentiel. L'anamnèse possède une connotation psychanalytique car elle convoque une forme archéologique du savoir que constitue l'exploration du passé du patient. Celui-ci inspecte alors sa propre histoire pour tenter d'en dégager les traces permettant éventuellement d'expliquer certaines de ses manifestations somatiques¹³.

Cette approche analytique occupe une place prépondérante dans le diagnostic puisqu'on « estime que le praticien pose environ 50 % des diagnostics par l'anamnèse, 30 % par l'examen clinique et 20 % seulement grâce aux examens complémentaires » (Scheen, 2013, p. 599).

Parce qu'il s'agit selon Scheen d'un « processus fragile où la subjectivité du médecin et du patient est évidente, avec donc un risque d'orientation diagnostique erronée » (*Ibid.*, p. 603), l'anamnèse est parfois relativement négligée par le thérapeute qui, dans une posture parfois strictement clinique, cherche d'abord à écarter tel ou tel risque, procédant par éliminations successives des causes possibles.

Mais l'approche indiciaire ne suffit vraisemblablement pas à résoudre de manière strictement sémiologique un examen clinique. La sémiotique possède des racines médicales qui autorisent

¹¹ <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources>

¹² <https://cnrtl.fr/d%C3%A9finition/anamn%C3%A8se>

¹³ Il serait réducteur de ne voir dans l'anamnèse que la composante psychanalytique qu'elle constitue. Son acception large d'approche archéologique et réflexive de l'histoire médicale du patient nous semble féconde pour comprendre les ressorts du dialogue thérapeutique.

l'interprétation des signes comme autant d'indices prélevés et également interprétés. Mais nous savons que de mêmes indices peuvent conduire à des interprétations et donc des résolutions d'énigmes très différentes. Nous l'avions montré ailleurs, dans un article paru en 2015 portant sur « Les Mystères irrésolus de Sherlock Holmes et Poirot » (Huys, 2015), lorsqu'existe une double interprétation d'indices dont nous savons qu'ils peuvent autant permettre l'inculpation que perdre leur pertinence pour peu que la vérification de leur efficacité échoue.

1.1. La médecine : une affaire d'indices

La médecine emprunte une démarche épistémologique qui se caractérise par un accent mis sur des anomalies (Ginzburg, 2007). Comme le rappelle Debru (2007, p. 177), « les signes de la médecine ont la spécificité d'être lisibles exclusivement sur les corps ». Aucun signe n'étant « par lui-même un index, un indice, ou un symbole » et n'étant « qualifié comme tel que par un parcours interprétatif qu'il réifie » (*Ibid.*), il devient l'indicateur d'une pathologie possible dès lors qu'il se manifeste de manière *anormale* ou *atypique*, repéré comme tel notamment lors d'une consultation. Le médecin, interprète de cet indice, lui affecte une valeur qui l'élève au rang d'anomalie. Mais ce qui peut constituer une anomalie dans un contexte donné, peut ne plus l'être dès lors que ce dernier change. Il en ira ainsi dans l'exemple développé ci-après. Car comme dans tout processus sémiologique, il s'agit de procéder à des mises en relation de signes qui conduisent au repérage d'indices ; on doit toutefois « savoir encore qu'associer n'est pas accumuler. L'art de l'indice repose sur une sorte de concaténation significative entre les signes » (*Ibid.*). La médecine consistant avant tout en un art, elle rejoint la pratique du détective comme l'ont si bien montré Umberto Eco et ses acolytes dans l'ouvrage *The Sign of Three* (Eco & Sebeok, 1984)¹⁴. La place accordée à l'enquête dans des domaines apparemment aussi différents que l'archéologie, la psychanalyse, la médecine ou encore l'énigme policière justifiait pourtant que l'on s'employât à en identifier le dénominateur commun : le prélèvement de traces, de signes, permet de comprendre la signification qu'ils rendent possible, leur interprétation favorisant l'émergence d'une explication¹⁵.

¹⁴ L'ouvrage est paru en français sous le titre *Le Signe des trois. Dupin, Holmes et Peirce*, notes et index sous la dir. de Viviane Huys & Denis Vernant, traduction par Rémi Clot-Goudard, Estelle Diksa-Grand, Viviane Huys & Denis Vernant, préface de Jean-Marie Klinkenberg, Liège, Presses universitaires de Liège, 2015(1984). On y apprend ainsi de quelle manière Giovanni Morelli, médecin, a par ailleurs contribué à alimenter par sa méthode le recours aux indices comme modèle transversal d'investigation transférable à l'histoire de l'art par exemple.

¹⁵ Le paradigme indiciaire constitue un cadre épistémologique introduit par Carlo Ginzburg dans un article paru dans la revue *Le Débat* (1980).

1.2. Le dialogue thérapeutique : une méthodologie de l'enquête

Le dialogue thérapeutique s'annonce donc comme une véritable enquête, la médecine ayant pour mission de « trouver le “coupable” (*aitos*) c'est-à-dire la cause (*aitia*) d'un mal » (Debru, 2007, p. 175). La série télévisée *Docteur House* a d'ailleurs été construite selon ce modèle : des symptômes, autrement dit un crime et donc un responsable, l'origine physiologique, biologique, anatomique, autrement dit le criminel ; des enquêteurs que sont les membres de l'équipe médicale d'un hôpital. Le processus inférentiel qui caractérise la méthodologie de l'enquête procède du paradigme indiciaire¹⁶ qui, en tant que modèle spéculatif, admet avant tout le *possible* comme fondement du raisonnement. En accordant « davantage de liberté à la reconstruction » il fournit « d'autant moins de garanties de sa justesse » (Thouard, 2007, p. 13). Par ses questions, le médecin mène l'enquête et en fonction des indices – des symptômes – fournis par son patient, élabore une hypothèse explicative. Si le traitement prescrit produit ses effets et rectifie l'état de la personne malade, alors l'hypothèse nosologique aura été vérifiée. Si les symptômes persistent, alors il convient d'investiguer davantage afin de formuler une nouvelle hypothèse.

Le dialogue thérapeutique est cependant à distinguer de l'anamnèse en ce qu'il consiste, par le récit qu'en fait le patient, dans le relevé d'observations subjectives menées par ce dernier. L'anamnèse consiste, elle, davantage dans une rétrospective narrative d'épisodes antérieurs pouvant sembler liés aux manifestations qui ont conduit le malade au cabinet de son médecin. Cette sorte d'archéologie pathologique sera déterminante puisque, autant dans la gestion de récurrences que de celle de causalités somatiques, l'anamnèse constitue un moment d'évaluation permettant de décider de la nécessité ou non de procéder à certains examens. Mais surtout, et c'est le sujet qui nous intéresse ici, elle constitue un moment de la consultation de co-construction du diagnostic dans laquelle patient et praticien convoquent leurs connaissances respectives, croisent indices et historique pour trouver ensemble une réponse thérapeutique adaptée aux symptômes. L'exemple que nous analyserons ci-dessous illustre ce type de processus *sémiosique* lorsque la construction de la signification opère de manière conjointe entre le savant et le sachant.

2. Un souffle au cœur : dialogue et stratégie oratoire

Dans l'exemple que nous avons choisi, il s'agira de montrer de quelle manière opère, dans le cadre de deux consultations médicales, le processus dialogique co-construit par les médecins et l'une de leurs patientes. Celle-ci présente à l'examen une anomalie détectée par le médecin au cours d'une consultation de routine. Dans les deux cas, le médecin indique le fait qu'il entend un souffle au

¹⁶ Cf. supra, note 6.

cœur. Dans le premier cas nous verrons comment le praticien instaure un type de dialogue ne permettant pas à la patiente d'intervenir en tant que co-agent discursif et donc de prendre part au diagnostic. Dans le second cas, nous verrons que, associant sa patiente au diagnostic, grâce à l'anamnèse, le médecin ramène le symptôme qui constitue nosologiquement une anomalie au rang de normalité, parvenant dès lors à un diagnostic co-élaboré.

2.1. Stratégie discursive et interrogatoire médical : la technique comme tiers

Madame D. se rend chez un médecin qu'elle n'a jamais rencontré, suite à un déménagement. Il s'agit d'une visite dite de « routine » pour faire le point sur son état de santé général. Madame D. n'a à ce jour aucune pathologie révélée, ne prend aucun traitement, vient d'avoir 50 ans et mises à part de légères rondeurs, semble en parfaite santé. Le médecin pose quelques questions habituelles axées avant tout sur les « antécédents familiaux » permettant un premier repérage d'éventuelles hérédités : y a-t-il eu des personnes cardiaques dans la famille, parents, grands-parents ? Du diabète ? Des cancers ? Une fois ce premier grand repérage effectué, l'examen clinique peut commencer. À l'auscultation au stéthoscope, le médecin suspend son geste un instant et sans regarder Madame D. lui annonce qu'« il y a un souffle aortique ». Il s'agit d'un constat. Ce souffle « est », existe, il l'entend. Comme le médecin ne poursuit pas et ne pose aucune question, c'est alors la patiente qui demande légitimement quelle peut en être la cause : « Et cela peut venir de... quoi ? ». La réponse du médecin ne se fait pas attendre : « Cela peut être causé par différentes choses ; une plaque de cholestérol qui obstrue l'artère par exemple. » Il n'énumère pas les « différentes » causes mais opte pour l'énonciation de celle qui lui semble possible et qu'il va pouvoir écarter en premier lieu : « je vais vous prescrire une prise de sang pour vérifier votre taux de cholestérol. » La patiente demande ensuite : « Mais si je n'ai pas de cholestérol ? ». Le médecin répond par anticipation : « nous ferons faire une coronarographie ». Autrement dit, c'est une inspection des coronaires qui permettra de savoir ce qu'il s'y passe si le prélèvement sanguin ne montre pas de présence anormale de cholestérol dans l'organisme. Le médecin a donc déroulé le protocole clinique qui veut que, constatant une anomalie, il élabore une stratégie médicale et planifie un premier examen pour écarter ou non la suspicion d'une présence élevée de cholestérol dans l'organisme.

2.2. Le dialogue comme constitution de la sémiose dans le contexte de l'interrogatoire médical

Madame D. décide, à l'occasion d'une consultation pour un motif mineur, de faire appel à un autre médecin et choisit de ne pas invoquer le souffle dont lui a parlé le premier médecin, ne mentionnant que le léger rhume qui lui fournit le prétexte à ce second examen. Choisisant de se taire, elle laisse

le second médecin maître de la situation, évitant d'influencer et de diriger le dialogue. Le médecin qu'elle consulte cette fois l'examine pour évaluer le degré d'intervention nécessaire pour traiter ce rhume. C'est alors qu'il interroge : « Est-il connu ce souffle au cœur ? ».

Cette question apparemment anodine relève de l'interrogatoire mais dans le même temps s'appuie sur une pratique visiblement spontanée de l'anamnèse : la question signifie « le souffle au cœur que j'entends a-t-il déjà été pris en charge dans votre vie ? ». Ici, le médecin ne place pas au centre du dialogue le souffle au cœur qu'il entend mais le fait qu'il ait pu potentiellement déjà être repéré. Cette question vient prendre appui sur la mémoire de Madame D. qui, parce qu'elle est questionnée sur la connaissance qu'elle-même pourrait avoir de ce souffle, se souvient immédiatement des examens cardiologiques pratiqués lorsqu'elle était enfant : « Oui » répond-elle. « Lorsque j'étais enfant, mes parents ont fait pratiquer des examens chez le spécialiste pour comprendre d'où venait ce souffle ; on m'a alors dit que je vivrais avec toute ma vie, qu'il était congénital, et sans conséquence majeure sur ma santé ». « La mémoire individuelle peut entreprendre ce que Dilthey nommait "connexion de la vie" » (Ferry, 2007, p. 95). Cette connexion de vie résulte de « l'organisation de l'expérience vécue dans la mémoire » (*Ibid.*). Ce second entretien convoque donc l'anamnèse et non la seule recherche d'une pathologie héréditaire. L'histoire de la patiente est mobilisée, le médecin la conduisant, par sa question, à fouiller dans sa mémoire pour vérifier si ce souffle est déjà connu d'elle. La patiente est donc ici considérée comme faisant partie intégrante du processus diagnostique. Le médecin n'est plus le seul à posséder un savoir, à détenir les réponses aux anomalies médicales puisqu'il fait l'hypothèse que sa patiente détient la réponse quant à l'importance de ce souffle.

On voit bien ici que la posture interrogative du second médecin est distincte de celle qui caractérise la première visite. Dans le premier cas, le médecin use du questionnement pour établir à partir de sa connaissance statistique les risques pathologiques potentiels encourus par sa patiente et pour guider son examen. Dans le second cas, l'unique question posée par le médecin se focalise sur la connaissance que peut avoir la patiente de sa pathologie. Le premier se situe en tant que professionnel, seul à même de pouvoir diagnostiquer la pathologie de sa patiente à l'aide d'outils techniques qui permettront d'écarter les hypothèses les unes après les autres, quand le second s'appuie d'abord sur la connaissance que peut avoir sa patiente d'éventuelles pathologies anciennement repérées et traitées.

À des fins de modélisations nous allons enfin détailler plus avant les ressorts dialogiques qui sous-tendent ces deux consultations. Nous examinerons ci-dessous leur structuration qui, pour le premier dialogue, a conduit à une projection de différents examens médicaux ; pour le second, à la résurgence d'un souvenir éclairant l'examen clinique.

3. Le processus sémiotique à l'œuvre : à l'origine de la sémiose

Comme nous venons de l'expliquer, la médecine constitue, et ce, depuis l'Antiquité, la pratique fondatrice d'une certaine forme de *sémiose*. Mais tandis que « la principale fonction du signe est, dans la sémiologie hippocratique, de pronostiquer l'avenir de la maladie » (Debru, 2007, p. 177), il s'agit ici de procéder à la prise en compte du savoir du patient et donc de favoriser, par la convocation d'une anamnèse, l'émergence d'un diagnostic auquel celui-ci apporte sa contribution. Fruit d'une co-construction, le diagnostic intègre donc les interactions provoquées par le dialogue thérapeutique comme une forme de contribution à la fabrication de la résolution d'une apparente anomalie physiologique.

3.1. Le rôle du patient dans l'élaboration du diagnostic

Sous la forme d'un tableau et en indiquant en gras les termes et formes syntaxiques qui caractérisent chacun des deux dialogues entre le médecin et sa patiente, nous visualiserons plus facilement les enjeux d'une telle comparaison.

Confrontation des deux dialogues

Situation 1	Situation 2
<p>M : Il y a un souffle aortique.</p> <p>Mme D. : Et cela peut venir de quoi ?</p> <p>M : Cela peut être causé par différentes choses : une plaque de cholestérol qui obstrue l'artère par exemple. Je vais vous prescrire une prise de sang pour vérifier votre taux de cholestérol.</p> <p>Mme D. : Mais si je n'ai pas de cholestérol ?</p> <p>M : Nous ferons faire une coronarographie.</p>	<p>M : Est-il connu ce souffle au cœur ?</p> <p>Mme D. : Oui. Lorsque j'étais enfant, mes parents ont fait pratiquer des examens chez le cardiologue pour comprendre d'où venait ce souffle. On m'a alors dit que je vivrais avec toute ma vie, qu'il était congénital et sans conséquence majeure sur ma santé.</p>

Un ensemble d'oppositions apparaît entre les deux schémas qui structurent différemment les deux dialogues. Dans la situation 1 le médecin affirme tandis que dans la situation 2 le médecin questionne. Dans la situation 1 le patient questionne le médecin qui occupe la figure d'expert, dans la situation 2 le patient apporte une réponse conclusive à la question du médecin qui se sait, ici, « ignorant » : « oui », ce souffle est connu lui apprend la patiente. Dans la situation 1 le médecin recourt à une terminologie technique usant d'adjectifs, de verbes et de termes complexes : « aortique », « plaque de cholestérol », « obstruer », « prescrire », « coronarographie ». Dans la situation 2, le médecin utilise le verbe « connaître » à l'adresse de sa patiente : l'objectif est de savoir si le souffle est connu d'elle.

3.2. Savant *versus* sachant

Dans la seconde situation, par sa question « Est-il connu ce souffle au cœur ? », le médecin évite l'énoncé constatatif de la première consultation – « Il y a un souffle aortique » - et, faisant l'hypothèse qu'il est peut-être déjà connu et a déjà été pris en charge, le normalise. L'anomalie somatique cesse d'en être une du fait du recours mnésique provoqué par le praticien.

Le médecin, supposant que sa patiente connaissait ce souffle, ayant pu en avoir été informée à un moment ou l'autre de sa vie, l'implique dès lors de manière active. Dans ce cas, le médecin fait de Mme D. le co-constructeur du diagnostic et un contributeur à la décision de poursuivre ou non les investigations. Il existe plusieurs modalités de questionnement. En effet, l'interrogatoire du premier médecin précède l'examen clinique et porte sur d'éventuels antécédents familiaux pour lesquels la patiente répondra par l'affirmative ou la négative. L'entretien est alors directif et ne permet pas l'implication réelle de la patiente. Le second médecin interroge la patiente sur sa connaissance éventuelle de l'anomalie qu'il constate. Dans le premier cas, il s'agit seulement de revenir sur l'histoire familiale extérieure à la patiente ; dans le second, de convoquer la mémoire réflexive de celle-ci. Les questions de l'interrogatoire familial sont déductives : le médecin déduira des réponses données la nécessité ou non de prendre en compte des risques liés à une hérédité. Dans le second cas, la question est abductive : ce souffle au cœur n'a rien d'une anomalie s'il est déjà connu de la patiente. Dans ce cas de figure, en effet, le médecin fait l'hypothèse que la patiente a les moyens de savoir si ce souffle a déjà été détecté. Plutôt que de se considérer comme découvreur d'un souffle au cœur, le médecin agit de manière plus abductive. L'abduction constitue un raisonnement des plus créatifs puisqu'il permet de résoudre une anomalie de la façon suivante : « A constitue une anomalie mais si B, alors A s'explique ».

« Car l'abduction consiste en l'invention d'une hypothèse pour expliquer une anomalie, hypothèse qui, si elle se révélait juste et constituait une règle, pourrait expliquer l'existence même de cette anomalie » (Huys, 2018, p. 156).

Le second médecin fait donc le pari que si sa patiente lui confirmait qu'elle connaissait ce souffle au cœur, ce dernier ne serait dès lors plus à considérer comme une anomalie. Le premier médecin, lui, partant du symptôme sans recourir à l'anamnèse, sans susciter la mémoire de sa patiente, a formulé des hypothèses *ex-nihilo* s'arrogeant la détention d'un savoir qu'il n'imaginait pas comme pouvant être partagé. Agissant en savant, il a omis le statut de *sachant* de sa patiente.

Conclusion

Parce que « la clinique commence par le recueil de signes, traces d'autre chose que ce que l'on voit » (Debru, 2007, p. 175), elle convoque les outils de la sémiologie dans ses aspects les plus originels. Le dialogue entre le premier médecin et sa patiente met en évidence le fait qu'en ne posant de questions que d'un point de vue préventif afin de cibler les éventuelles pathologies par anticipation et en ne procédant pas à une anamnèse qui permettrait de comprendre le symptôme manifeste – en l'occurrence le souffle au cœur de sa patiente –, le médecin procède selon un protocole qui transforme un « vieux » symptôme en un élément nouveau qui provoque l'inquiétude, légitime, de Mme D. Cette dernière, dès lors, questionne son médecin dans une position d'ignorance, devenue dépendante du savoir de son interlocuteur. Cela a pour effet de neutraliser sa mémoire : alors qu'elle connaît en réalité l'existence de ce souffle, elle ne la convoque pas puisque le médecin fait appel à des explications parmi lesquelles ne figure pas la connaissance qu'elle pourrait en avoir et son éventuelle ancienne prise en charge. La situation 1 conduit d'ailleurs à une forme de paradoxe qui met la patiente en position d'enquêtrice obligeant le médecin à formuler d'autres hypothèses anticipant sur l'élimination successive de différentes pistes possibles. À l'inverse, en interrogeant sa patiente et en faisant le pari que son souffle au cœur est en réalité déjà connu d'elle, le second médecin éveille un pan de mémoire de celle-ci la conduisant ainsi à éclairer par une connaissance historique de son corps, celle, nosologique, du praticien.

L'anamnèse constitue donc un aspect pouvant se révéler crucial dans l'établissement du diagnostic médical mais aussi, et surtout, le mécanisme central de la co-construction de celui-ci.

Bibliographie

BATT Martine, TROGNON Alain et VERNANT Denis, 2004, « Quand l'argument effleure la conviction : analyse interlocutoire d'une croyance dans un entretien de médecine prédictive », *Psychologie de l'interaction*, n° 17-18, p. 167-218.

DEBRU Armelle, 2007, « Signes, indice, inférence en médecine antique », in Denis Thouard (dir.), *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 175-187.

FERRY Jean-Marc, 2007, « Le paradigme indiciaire », in Denis Thouard (dir.), *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 91-102.

GINZBURG Carlo, 1980, « Signe, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, n° 6, p. 3-44.

GINZBURG Carlo, 2007, « Réflexions sur une hypothèse 25 ans après », in Denis Thouard (dir.), *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 37-47.

HUYS Viviane, 2015, « Les mystères irrésolus de Sherlock Holmes et Hercule Poirot : le choix de "l'échec" », *Le Cygne noir*, n° 3, disponible sur :
<http://www.revuecygnoir.org/numero/article/mysteres-irresolus-de-sherlock-holmes-et-hercule-poirot>.

HUYS Viviane, 2017, « Le *Musement* : le raisonnement par le rêve », *Écritures. Indiscipliner la traduction*, n° 9, p. 153-161.

RASTIER François, 2007, « Indices et parcours interprétatifs », in Denis Thouard (dir.), *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 123-152.

SCHEEN André, 2013, « L'anamnèse médicale, étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique », *Revue Médicale de Liège*, n° 68, p. 599-603.

THOUARD Denis, 2007, « L'Enquête sur l'indice. Quelques préalables », in Denis Thouard (dir.), *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 75-89

VERNANT Denis, 2004, « Pour une logique dialogique de la véridicité », *Cahiers de Linguistique Française*, n° 26, p. 87-112.

VERNANT Denis, 2005, « Le paradigme actionnel en philosophie du langage », *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, in Philippe Lorino & Régine Teulier (dir.), La Découverte, p. 25-53.



Espaces linguistiques

L'aidant du malade diagnostiqué Alzheimer : quel rôle dans la relation de soin ?

The caregiver of a person diagnosed with Alzheimer's disease: what role in the caregiving relationship?

Nathalie Garric

Université de Nantes, PreFics
nathalie.garric@univ-nantes.fr
0000-0003-3016-7111

Frédéric Pugnère-Saavedra

Université de Bretagne-Sud, PreFics
frederic.pugniere-saavedra@univ-ubs.fr

Valérie Rochaix

Université de Tours, LLL
valerie.rochaix@univ-tours.fr

URL : <https://www.unilim.fr/espaces-linguistiques/305>

DOI : 10.25965/espaces-linguistiques.305

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Résumé

Dans le cadre d'un projet interdisciplinaire d'analyse de la figure de l'aidant de personnes diagnostiquées Alzheimer, dont l'objectif est d'étudier son vécu, ses statut(s) et ses rôles dans une dimension intersubjective (et subjective), nous analysons ici 17 entretiens avec la double perspective d'accéder, d'une part, aux représentations que ces acteurs se font de leur rôle et de la façon dont les discours surplombants contraignent ces représentations et, d'autre part, d'étudier le rôle de cette explicitation de leur pratique d'aidance sur leur vécu d'aidant. L'analyse menée s'inscrit en linguistique de corpus et en analyse du discours, elle est outillée et située par rapport aux autres productions discursives sur le même thème. Il s'agira de rendre compte d'une reconceptualisation progressive de la notion de soin et simultanément de ceux qui le prodiguent dans ce que l'on nomme désormais le dispositif de soin et de qualifier la relation qu'il instaure telle qu'elle est explicitée par les aidants. Nous chercherons également à déterminer quelle est la place de l'aidant dans la relation soignant-soigné, à savoir si cette relation peut s'envisager désormais comme une relation triangulaire.

Mots-clés : discours de la santé, relation de soin, Alzheimer, aidant

Abstract

Within the framework of an interdisciplinary project on the figure of the carer of a patient diagnosed with Alzheimer's disease, based on the hypothesis of a progressive reconceptualization of the notion of care and simultaneously of the actors of the care system, we study the role of this carer in the care relationship. Through an analysis of a longitudinal corpus made up of 17 interviews conducted with carers, we analyse their place and their integration by the different actors in the carer/cared-for relationship, the acts of care that they assume due to their status and the representation that they propose of it, as well as the evolution of the conception of this status in the temporality of the support. The hypothesis of this triangular care relationship (doctor/patient/carer) is also questioned in relation to different carer profiles, predicted by the variables in the collection, in an attempt to criticize certain factors favouring or preventing the establishment of this helping relationship.

Keywords: health discourse, care relationship, Alzheimer, caregiver

Introduction

Le système de santé, entendu comme « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé » (définition de l'Organisation mondiale de la Santé) ne comprend pas l'institution familiale. Le rôle des proches, de la famille seule (Cresson, 2006) ou soutenue par le voisinage (Bungener et Horellou-Lafarge, 1988) dans la prise en charge sanitaire des malades a néanmoins été décrit assez tôt par les sciences sociales notamment lorsque le malade souffre d'une maladie chronique et de la maladie d'Alzheimer (Ngatcha-Ribert, 2012). En effet, le vieillissement de la population et « la crise du système du financement de la sécurité sociale [ont] imposé [aux professionnels de santé] progressivement une redistribution des tâches et des rôles entre professionnels et profanes » (Cresson, 2006, p. 9) sans que cela soit clairement défini pour l'ensemble des activités de soin :

[...] la frontière entre celles qui sont réservées aux seuls professionnels et celles qui sont prises en charge au moins partiellement par les profanes est une frontière souple et fluctuante (tout comme celle qui sépare les activités médicales et paramédicales. (Cresson et Gadrey, 2004).

Pour certains, le soin comprend désormais une dimension affective :

[...] on peut aider quelqu'un en l'aimant, en l'écoutant, en le réconfortant "émotivement", etc. ; une dimension cognitive : on peut aider quelqu'un en lui donnant de l'information, en secondant ses efforts pour maîtriser intellectuellement un problème, etc. ; une dimension matérielle : on peut aider quelqu'un en lui facilitant l'accès à certaines ressources matérielles, en agissant sur lui ou avec lui dans l'environnement pour le modifier favorablement, etc. ; et une dimension normative : on peut aider quelqu'un en validant son comportement de rôle, en suggérant des comportements adéquats eu égard à des modèles ou à des normes, de façon entre autres, à maintenir élevée son estime de lui-même. (Bozzini et Tessier, 1985).

La relation de soin ne peut ainsi pas être réduite à celle de soins au sens thérapeutique du terme.

Elle renvoie à :

[...] un ensemble complexe de valeurs et de symboles, de gestes et de savoirs, spécialisés ou non, susceptibles de favoriser le soutien, l'aide et l'accompagnement de personnes fragilisées dans leurs corps-esprit, donc limitées, temporairement ou sur une longue période de leur existence, dans leur capacité de vivre de manière indépendante. (Saillant, 1992).

Dans le cadre d'un projet interdisciplinaire d'analyse de la figure de l'aidant de personnes diagnostiquées Alzheimer (projet Accmadial labellisé MSH-Ange Guespin de 2018 à 2020 ; et

financé par l'IReSP¹⁷ de 2020 à 2022), dont l'objectif est d'étudier spécifiquement son vécu, ses statut(s) et ses rôles dans une dimension intersubjective (et subjective), nous avons conduit des entretiens en plaçant cet aidant résolument et singulièrement au cœur du dispositif expérimental. Ces entretiens ont été construits dans la double perspective d'accéder, d'une part, aux représentations que ces acteurs se font de leur rôle et de la façon dont les discours surplombants contraignent ces représentations et, d'autre part, d'étudier le rôle de cette explicitation de leur pratique d'aidance sur leur vécu d'aidant. Ils sont menés selon une méthode longitudinale (tous les 6 mois environ avec identification d'un fait marquant entre deux entretiens), qui donne accès à ces représentations et leurs évolutions au fil de celle de la maladie de la personne aidée, de leur implication et de l'explicitation de cette implication.

L'analyse menée se situe en linguistique de corpus au sens où elle est guidée par le corpus et en analyse du discours au sens où elle est située par rapport aux autres productions discursives sur le même thème, également configurées en corpus de comparaison, et socialement. Elle emploie une méthodologie quantitative lexicométrique qui permet d'isoler, par leur fréquence remarquable et leur représentativité dans les différents corpus convoqués, certains observables langagiers. « Ces caractéristiques lexicométriques ne constituent [donc] pas un cadre rigide d'analyse (au sens où nous devrions expliquer la raison de tel ou tel classement) mais nous aident à chercher des réseaux de cohérence, à associer des fréquences pour construire des cohérences » (Garric et Légise, 2005, p. 107). Cette association repose sur une analyse qualitative qui procède par une description linguistique, notamment énonciative, des observables interprétés dans l'interdiscours du corpus d'archive.

Dans le cadre de cette contribution, nous introduirons d'abord quelques éléments de cadrage théorique pour rendre compte d'une reconceptualisation progressive de la notion de soin et simultanément des acteurs du soin dans ce que l'on nomme désormais le dispositif de soin. Nous proposons ensuite d'exploiter une partie des données (voir infra sous 2.) ainsi recueillies, dans un corpus construit dans la perspective de qualifier la relation de soin telle qu'elle est explicitée par les aidants. Nous chercherons également à déterminer quelle est leur place dans la relation soignant-soigné, à savoir si cette relation peut s'envisager désormais comme une relation triangulaire.

17 Cette recherche a été financée par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IReSP) dans le cadre de l'appel à projets Handicap et perte d'autonomie-session 10.

1. Cadrage théorique : redéfinition du dispositif de soin

1.1. Émergence de la notion d'aidant

En France, ce n'est pas la nature des tâches effectuées et des soins délivrés par les proches des personnes dépendantes qui fait des 9 à 11 millions d'intervenants profanes des aidants mais prioritairement la nature de leur relation :

[...] est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. (art. 51 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement).

Plus ou moins bien identifiés dans la chaîne de soin, beaucoup d'entre eux partagent l'accomplissement de ces actes avec d'autres proches (Brunel, Latourelle et Zakri, 2019) et avec des intervenants professionnels. Ils ont aussi souvent un rôle de coordination de ces différentes interventions (Da Roit et Le Bihan, 2009).

Ainsi, progressivement, dans le contexte sanitaire lié au vieillissement de la population, certains éléments viennent brouiller la frontière entre relation affective et relation professionnelle au point que la répartition des soins entre ces deux sphères n'est plus aussi nette. Par exemple avec le « congé du proche aidant » (loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020) et l'attribution d'une indemnité financière (ou rémunération) à l'aidant, la notion de rétribution fait son apparition en compensation d'activités quotidiennes *a priori* non professionnelles. La formation des proches devient également une nécessité reconnue pour l'accompagnement de personnes proches atteintes d'une pathologie. On assiste à une professionnalisation de l'aide informelle (Jaeger, 2012). Complémentairement à cette évolution, on constate que désormais la formation des futurs médecins ou plus généralement du personnel soignant inclut des savoirs et des compétences dont la place dans le soin fut longtemps ignorée ou tout au moins peu reconnue ou encore laissée à la charge de l'« aide soignant », entité distincte du « proche aidant » ou de l'« aidant familial »/« aidant naturel »/« aidant informel », mais aussi de l'« aidant professionnel ». Jaeger titre ainsi son article de 2012 : « *continuum* aidants informels-aidants professionnels ».

1.2. Le soin relationnel et ses acteurs

Pour distinguer l'intervention de l'entourage de la personne dépendante de celles des professionnels, a émergé – dans une perspective des *gender studies* dans un premier temps¹⁸ – la notion de soins dits « profanes ».

Parler de soins profanes, c'est [...] rompre avec une partie de la tradition sociologique (mais aussi économique) qui ne reconnaît pleinement les soins que s'ils sont effectués par des professionnels (...) Dans cette optique, la notion même de soins est élargie : soigner est d'abord, avant tout, un acte de vie, dans le sens que soigner représente une variété infinie d'activités qui visent à maintenir, entretenir la vie (...). (Cresson, 2001, p. 303).

Ceux qui les délivrent construisent une relation de soin en tissant un « *répertoire de liens* » (Bozzini, Tessier, 1985) multidimensionnel.

Le concept de « soins centrés sur le patient et la famille » (« *patient and family-centered care* »), en préconisant un partenariat entre équipes soignantes, patients et familles et en se centrant sur la dimension familiale et humaine de la maladie, donne un certain cadre à cette approche multidimensionnelle et globale de la santé (Rossi, 2011). Son application semble plus envisageable lorsque le patient est un enfant ou encore un adulte privé notamment de sa capacité à s'exprimer, en service de réanimation.

Bien que les définitions de soins centrés sur la famille varient selon les contextes, l'idée qui apparaît dans la plupart de celles-ci est que les soignants doivent reconnaître et savoir utiliser au maximum les connaissances, les compétences et la présence des familles lorsque l'on prodigue des soins à l'un de ses membres. (Carbajal, 2013, p. 1).

Si les travaux inscrits dans cette conception du soin soutiennent une recherche qualitative basée sur les expériences personnelles, ceux qui se consacrent à la démence font peu de place à l'expérience des aidants tout en mettant l'accent sur l'environnement psycho-social du patient (Epp, 2003, p. 6). Plus encore, ceux-ci peuvent parfois apparaître comme des outils à la meilleure prise en charge du patient en omettant les difficultés et la potentielle vulnérabilité de l'aidant. C'est donc aussi l'un des objectifs de cette contribution : analyser l'expérience des aidants dans le parcours de soin, en particulier dans l'interaction patient/équipe de soin.

18 Selon l'enquête CARE – Capacités, Aides et Ressources des seniors (Besnard *et al.*, 2019), 59,5 % des aidants des seniors sont des femmes.

2. Les acteurs autour du malade

L'analyse est menée à partir d'un extrait de notre corpus global que nous traitons cependant comme un corpus de référence afin de formuler des interprétations. Le corpus d'étude comprend 17 entretiens (141 309 formes graphiques) espacés de 6 mois auprès d'aidants¹⁹.

Tableau 1 : présentation des participants

Prénom	Nb d'entretiens	Relation avec la personne malade
Jeannette	2 entretiens	Parent à domicile
Sabine	2 entretiens	
Cécile	2 entretiens	
Aline	3 entretiens	
Dorothée	2 entretiens	Parent vit en Ehpad
Mathilde	2 entretiens	Sœur est en Ehpad
Jean-Marc	2 entretiens	Conjoint à domicile
Florence	2 entretiens	

Le corpus a été partitionné à l'aide de plusieurs variables (ou clés), dont nous testons la pertinence, qui sont conçues comme autant de configurations soumises au traitement lexicométrique²⁰ car comme l'indique Mayaffre (2012, p. 9) « encore moins que la fréquence d'un mot, la récurrence de segments ne peut être naïvement attribuée au hasard : soit elle pointe une contrainte syntaxique, soit elle indique une détermination ou option sémantique », nous pensons que les fréquences nous guident pour la construction de réseaux de cohérence établis à partir des indices sélectionnés, qui reçoivent un traitement qualitatif en vue de la formulation d'hypothèses interprétatives.

2.1. Présupposés interactionnels de la relation d'aide

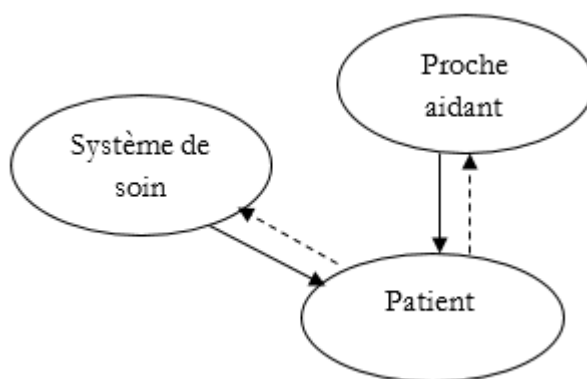
Malgré la variété dénomminative observée plus haut pour désigner l'aidant (« proche aidant », « aidant familial », « aidant naturel », « aidant informel »), les choix linguistiques marquent une certaine

19 Rappelons que les prénoms ont été modifiés pour garantir leur anonymat. Nous remercions Solenne Latil, Emmanuelle Vade et Berangère Bouteille pour la qualité des transcriptions qu'elles ont réalisées dans le cadre de ce projet de recherche.

20 Une fois le verbatim retranscrit avec Transcriber selon la convention ICOR, nous avons opté pour les clés de répartition suivantes : une clé *entretien pour 17 sous-corpus, une *locuteur pour 8 sous-corpus, une pour le *numéro d'entretien dans le recueil longitudinal pour 3 sous-corpus du premier au dernier entretien, une *lien relationnel distinguant trois sous-corpus, selon que l'aidant est le conjoint, un de membre de la fratrie ou un enfant assistant son parent. Deux autres clés renseignent la *zone géographique de la famille et le *lieu de résidence du malade (domicile ou institution médico-sociale).

permanence dans la conceptualisation de l'objet socio-discursif visé. En qualifiant ainsi le rôle du proche aidant, l'institution sociale reconnaît l'existence d'une situation sociale avec des pratiques qui sont simultanément jugées : elles sont un contributeur, un adjuvant, à une activité principale : la relation patient-soignant. Concevoir en outre l'activité du proche comme une aide, c'est reconnaître des obstacles dans le déroulé du processus de soin, lesquels requièrent l'intervention d'un tiers facilitateur dans la préservation de la santé du patient. Cette aide construit un bénéficiaire qu'il conviendra d'identifier précisément : le patient ? l'équipe de soin ? la relation de soin ? Enfin, cette activité d'aide est également la construction d'un certain type de patient, celui atteint d'un processus neuro-dégénératif et qui, ainsi conçu comme dépendant, a besoin d'être aidé ou doit être aidé. Par ailleurs, comme mentionné *supra*, qualifier l'aidant de « proche », c'est reconnaître une autre relation créée par la proximité quotidienne. Les interactions présupposées résultent alors d'une activité de discrimination dans l'environnement relationnel du patient et sont donc exclues de ces interactions les personnes éloignées et les professionnels. Les dénominations institutionnelles introduisent donc deux types d'interaction distincts.

Figure 1 : Interactions de soin construites par les dénominations



2.2. Besoin et reconnaissance de l'aidant

Avant d'entrer dans l'analyse à proprement parler du corpus, il nous paraît important de nous arrêter sur la relation créée par le dispositif expérimental lui-même. En entamant le processus de recueil des données, nous avons, intuitivement, pensé que les aidants seraient au moins matériellement peu disponibles pour nous accorder un entretien, qui plus est, que nous souhaitions établir sur un temps long par plusieurs enregistrements écartés de 6 mois.

Nous avons d'abord contacté la Présidente de *France Alzheimer 56* qui nous a mis en contact avec une dizaine d'aidants volontaires. Considérant le nombre de participants insuffisant, nous avons, un an plus tard, lancé un appel à participation à un projet de recherche dans la presse locale bretonne (*Ouest-France*). Les répondants ont été très nombreux, les configurations personnelles

l'étaient tout autant²¹. Dans cette étude, nous avons sélectionné les aidants dont le malade est encore en vie²². Au cours des entretiens et du lien qui s'instaure entre chercheurs et participants, nous nous sommes rendu compte que ces derniers faisaient preuve d'une volonté et d'une confiance telles qu'ils nous donnaient la possibilité non seulement d'entrer dans l'intimité de leur famille au travers de leur récit mais également de prendre le rôle d'entremetteur (les sociologues parleraient ici de « fixeur ») pour inciter les membres de leur famille impliqués dans l'aidance de leur proche à nous accorder de leur temps en participant à ce projet de recherche.

Le nombre important de participants à l'ensemble du recueil, 142 entretiens ont été réalisés auprès de 72 personnes, ne saurait être mis sur le compte d'un seul argument de coopération à la recherche sur le moyen terme (rencontres tous les 6 mois avec les chercheurs). En effet, nombreux parmi eux ont justifié leur volonté de participer par l'occasion qui leur était exceptionnellement donnée de prendre la parole sur un problème sociétal et personnel.

[1] Intervieweur : bien sûr bien sûr // alors on arrive au terme de de l'entretien est-ce que vous [acq] aimeriez ajouter quelque chose ? (silence)

Jean-Marc : ben euh deux deux choses un euh merci de me donner l'opportunité de ces échanges merci de ce que vous pouvez euh [e] je sais que c'est une aide pour euh ce que vous faites donc euh [e] et quelque part le temps que je passe pour eux c'est aussi une manière une contribution à [e] à ce que vous faites [acq] à ce que ça aide pour euh [e] ma chère mère euh // je serais ravi d'avoir le l'outcome [acq] euh // ça c'est c'est une forme je pense [e] [...]

C'est tant un besoin de reconnaissance qu'une vulnérabilité que les aidants mettent en mots et chaque participant s'engage alors volontiers dans cette relation. Au fil des entretiens, les formules de sympathie et de reconnaissance se font de plus en plus explicites. Dans l'exemple suivant, Edith²³ nous consacre du temps pour la 4^e fois et nous a mis en relation avec ses trois enfants qui participent également à ce projet.

Au début de l'entretien

[2] Intervieweur : bonjour madame X euh donc c'est aujourd'hui notre quatrième rendez-vous/ Comment allez-vous ?

Edith : euh, très bien merci, euh oui, c'est bien le 4^{ème} et je suis toujours très contente de venir parler avec vous

Intervieweur : merci beaucoup

À la fin de l'entretien

[3] Intervieweur : merci beaucoup et puis je vous rappelle euh dans environ six ou sept mois en fonction de de vos disponibilités puis voilà euh si il y a un autre confinement enfin bref on on on verra ce que l'avenir nous dira

21 Des aidants dont le conjoint est mort récemment ou depuis longtemps, des aidants habitant au domicile du malade, des aidants dont le conjoint ou le parent est en Ehpad, des aidants qui exercent une profession médicale en lien avec les problématiques du grand âge, les frères et sœurs qui sont aidant.e.s pour leur parents, etc.

22 Ceux dont le malade est décédé seront recontactés pour faire l'objet d'un autre corpus.

23 Edith fait partie du corpus de référence et pas du corpus de travail car au moment du traitement textométrique, l'entretien n'était pas encore transcrit.

Edith : oui bien sûr avec plaisir, on a nos p'tites habitudes maintenant !

Intervieweur : oui, effectivement, je vous remercie et bonne journée

Plus encore, les participants ont majoritairement voulu inscrire leur participation (et celles d'autres personnes aidantes) dans le temps et ont proposé de mettre à notre disposition des documents singuliers, intimes, qui racontent des choses sur leur quotidien et sur celui de la personne malade, des outils (pense-bêtes intelligents disposés dans la maison, code couleur, marquage sur le sol, etc.²⁴ mis en place dans le cadre de l'accompagnement), mais aussi des documents de nature diverse pour pallier la mémoire du malade : cahiers de dessin retraçant les activités du malade au cours de la journée passée en structure d'accueil, carnet de bord de l'aidant, film ou enregistrement de moments marquants dans la famille, albums photos, etc.²⁵

Cette collaboration très bienveillante entre aidant et chercheur s'inscrit également dans une forme d'engagement de part et d'autre qui peut légitimement être interrogée. Les aidants instrumentalisent-ils les chercheurs pour qu'ils relayent leurs préoccupations, leurs difficultés quotidiennes auprès des institutions décisionnaires ? Profitent-ils de cette tribune, de la possibilité qui leur est offerte pour parler d'eux-mêmes ? Comment se manifeste l'attente forte en termes de reconnaissance de leur statut ? Ont-ils besoin d'être rassurés dans une activité d'aide informelle ? Cette collaboration met en jeu des problématiques affectives mais aussi éthiques, sociales et législatives – pour illustration, le débat actuel sur la création d'une cinquième branche « dépendance » de la sécurité sociale. La bonne réception de ces marques de confiance et de coopération, qui témoigne également de leurs besoins et de leurs attentes, doit être assortie d'une vigilance contre tout risque d'instrumentalisation ou au moins d'éparpillement dans notre processus de construction des savoirs.

2.3. Les acteurs de l'aidance conçue par les aidants

Le dispositif expérimental est donc conçu par les interviewés comme l'occasion de parler de leur vécu avec le proche atteint de la maladie d'Alzheimer. Ils la saisissent pour développer un discours dominé par le pronom « je » et, bien que d'une fréquence moindre, le pronom « on », remarquable notamment dans la fratrie. Ce dernier désigne le plus souvent l'environnement familial, parfois avec, parfois sans le patient, ou un sujet indéterminé par lequel l'aidant généralise ses pensées ou comportements en règle sociale, ou une instance large correspondant aux acteurs du système de soin ou encore dans la singularité de la relation fraternelle aux autres membres proches. Il est

24 Notons que les aidants font preuve d'une grande inventivité pour gérer le quotidien.

25 Ces ressources ne seront pas exploitées dans le cadre de cette contribution mais il nous a semblé important de souligner leur existence et le rôle que leur accordent les aidants dans leur pratique.

notable que la fréquence de « je » est particulièrement sur-représentée dans le cas de l'aide portée au conjoint, avec une spécificité positive très forte (sp+16)²⁶, où elle s'associe en outre à la spécificité positive du pronom « me » (sp+9) et à la spécificité négative des formes « famille » (sp-6) et des adjectifs possessifs, qui dans les autres sous-corpus et de façon très marquée pour l'aide portée aux parents, servent à définir l'environnement relationnel et dans une moindre mesure matérielle du locuteur. On constate de plus que, peut-être en compensation de la faiblesse de la dimension relationnelle informelle, le conjoint fait une référence beaucoup plus large au(x) médecin(s).

Figure 2 : Répartition des lemmes *je* et *me* selon leur spécificité positive (+) ou négative (-) en fonction de la relation aidant/aidé

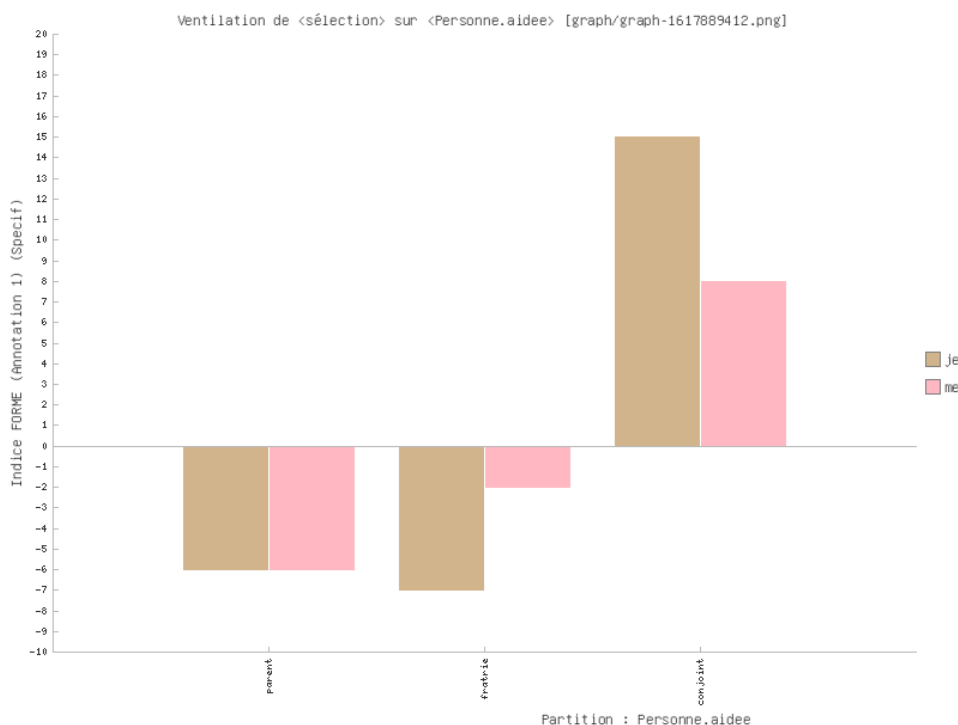
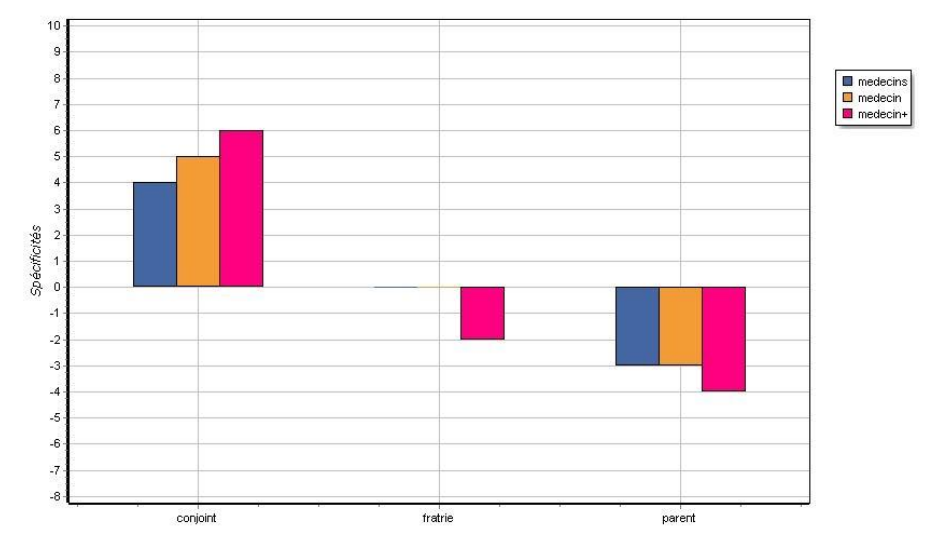


Figure 3 : Répartition du lemme *médecin* selon sa spécificité positive (+) ou négative (-) en fonction de la relation aidant/aidé

26 En textométrie, la spécificité d'une forme indique en fonction de sa fréquence partielle la sur- (spécificité positive) ou sous- (spécificité négative) représentation dans une partie sélectionnée du corpus en comparaison avec sa fréquence dans les autres parties (ou sous-corpus) et en relation avec la taille de chacun des sous-corpus. C'est donc une forme caractéristique d'un ensemble de textes (sous-corpus), réunis par une variable, par rapport à une norme établie dans l'ensemble du corpus, selon un modèle probabiliste.



On trouve dans l'ensemble du corpus 139 occurrences du lemme *médecin*. Convoqué au pluriel, toujours avec un article défini, il désigne le plus souvent le corps médical en général, avec éventuellement une remise en cause de son implication présupposée comme une vérité partagée, comme le dit Florence ci-dessous, (« vous savez les médecins ... ») ou une relativisation, par exemple exprimée par Sabine, de sa compétence par rapport à celles de l'aidant :

[4] Florence : [...] c'est vrai que **les médecins eux / du coup les médecins c'est vite fait** / "ah bon il est méchant ? il est méchant" / allez hop ! **on augmente la dose c'est tout euh** / le médecin c'est ça / il dit "moi je vais vous le calmer eh" / alors moi j'ai toujours dit je ne veux pas qu'il dorme toute la journée moi je ne veux pas qu'il dorme / c'est quand même mieux qu'il aille dehors et tout / et le médecin m'a dit non pas forcément / pour lui c'est peut-être mieux qu'il dorme pour lui parce que il me dit "vous pensez vous que c'est mieux d'aller dehors que c'est mieux mais pas forcément" / alors bon !

Intervieweur : et c'est un gériatre

Intervieweur : oui

Florence : **vous savez les médecins j'en reviens moi je peux vous dire / incroyable vous savez les médecins les les** /

[5] Sabine : indét[...] c'est vrai que c'est difficile euh / et puis ben les médecins / ils sont / ils sont pas forcément plus au courant que nous ou plus euh / ils nous disent euh / déjà le mieux possible / oui d'accord mais comment faire quoi //

Au singulier, en plus des nombreuses constructions « chez le médecin » et « (aller) voir le médecin », « le médecin » est aussi celui qui reçoit une requête, une instruction de l'aidant (« j'ai dit / j'ai demandé au médecin »), voire une menace :

[6] Florence : [...] le médecin traitant un jour mon mari à un moment donné il était très addict à une boisson euh / le l'Orangina mh parce qu'il est diabétique en plus ça / donc euh / mon mari buvait beaucoup mais vraiment de façon un peu addictie oui/ donc c'est pas bon quoi / **donc un jour on était chez le médecin / j'ai dit au médecin "dites-lui d'arrêter euh / d'arrêter l'Orangina" parce que moi je lui ai dit euh / il m'envoyait balader puis je peux vous dire c'était des fois violent quoi / et le médecin m'a dit devant lui / "ben ça sert à rien que je lui dise il aura oublié en sortant"** / vous vous rendez compte il parle comme ça devant eux / le médecin traitant / le gériatre il fait pareil euh / un jour le gériatre je lui ai dit / il me il me parlait de mon mari devant moi / je lui dis "ben adressez-vous à lui" / le gériatre "ah bon" / je dis "oui parlez-lui essayez de communiquer c'est important quand même" / alors il lui a posé deux questions euh / évidemment mon mari s'est senti tout d'un coup qu'il fallait qu'il parle il n'a pas pu tout suite il m'a dit "vous voyez bien il est incohérent c'est pas la peine que je lui parle".

[7] Cécile : [...] Donc euh il se trouve que parallèlement à cela, papa [e] euh a commencé à / développer une démence de type euh sénile [e] euh comme sa mère, et euh donc en 2012 [e] après plusieurs alertes médicales qui n'ont pas été suivies de mes frères et de moi-même [e], **nous avons donc demandé au médecin d'intervenir, parce que ça devenait extrêmement dangereux, que papa s'était mis à harceler [e] des personnes et commençait à maltraiter notre mère / après cinquante ans de mariage. [e] Donc nous avons fait intervenir le médecin en lui disant que si nous, il n'y avait pas une intervention, ça remontait à, au conseil de l'ordre [e]**, et là euh, papa ayant souffert d'un cancer de la prostate euh assez mal accompagné [e], euh le médecin donc euh un matin [e] euh au mois de septembre, nous avons rencontré papa, maman était là, papa était revenu des courses, [e] et euh donc euh nous avons fait accepter à notre père l'idée d'entrer à l'hôpital. [e]

Le médecin est peu convoqué comme une source de savoir. Sur les 129 emplois de la forme « médecin », 3 seulement sont précédés de « d'après » et aucune structure telle que « selon le médecin » n'est observée :

[8] Sabine : les deux en fait ont dit que c'est de l'arthrose / moi je veux bien / mais euh / c'est arrivé d'un coup quoi / et / or **d'après le médecin / c'est c'est un problème d'Alzheimer** [mh] #1 des conséquences #

[...]

[9] Sabine : elle a des maladies qui sont pas d'après le médecin / **d'après le chirurgien / enfin euh / neurologue elle s'invente des maladies** / c'est-à-dire qu'elle dit qu'elle a mal dans les jambes /

On note néanmoins 3 phrases clivées qui construisent une focalisation sur le rôle du médecin. Il est alors remarquable que le médecin construit une relation triangulaire, mais celle-ci semble essentiellement ici se limiter à la recherche et à l'annonce du diagnostic :

[10] Florence : il a toujours ce comportement là un petit peu comme ça / c'est ce qui fait que même les gens souvent étaient un peu étonnés / « il plaisante oui non ? » / ce qui fait que quand il a commencé à avoir des problèmes je pense qu'on a rien vu quoi / je pense qu'il a masqué ça sa façon de répondre à côté ou de répondre répondre en plaisantant / c'était une façon peut-être pour lui déjà de masquer ses difficultés / je n'en sais rien en fait euh / **toujours est-il que c'est le médecin qui m'a envoyée chez un spécialiste [bb] / et donc en 2014 on lui a fait les tests et là les tests ont montré qu'il était déjà très très malade quoi**

[11] Jean-Marc : alors ça devrait être en 2013 euh / j'ai un / le chien que vous avez vu là / on l'a je l'avais adopté pour lui faire une compagnie pour essayer de euh / d'avoir une autre présence que moi euh / etc etc / **bon c'est le médecin qui me disait ça / « monsieur xx ça il fallait euh / accaparer son esprit euh / lui fait faire du travail supplémentaire etc. »** / et donc le chien on l'a on l'avait adopté et puis un jour euh / il est parti / donc j'ai dit à ma femme d'aller le chercher / donc euh / elle est partie / et descendue au petit village à [xx] / puis là je ne sais pas ce qui s'est passé elle a pris un chemin et elle s'est perdue dans les bois.

Le médecin fait nécessairement partie de l'entourage de l'aidant mais ce dernier n'y fait que rarement référence dans son propos. Seul l'aidant dans le couple, le conjoint, mentionne fortement cette instance et l'on constate alors qu'elle ne contribue pas réellement à l'activité d'accompagnement telle que la conçoit l'aidant conjoint :

Ainsi, pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, ces couples fonctionnent en relative autarcie [...] et comme une entité soudée face à la maladie et à ses évolutions, demeurant étanches au discours médical qui les incite à mettre en place des aides supplémentaires. (Campéon et Rothé, 2017).

En spécificité négative pour les deux autres sous-corpus, l'acteur médical semble peu conceptualisé dans l'activité d'aide portée au malade sans recevoir cependant de jugement particulier. Il est enfin notable que, mis à part dans le couple, la relation d'aide se conçoit comme une activité familiale collective, une « aide partagée », *a contrario* de la dénomination d'« aidant principal ». Ces premiers résultats d'analyse ne nous orientent guère vers l'identification d'une relation de soin tripartite, sauf si la définition du soin et le rôle du soignant sont conçus différemment en fonction de l'acteur à son origine. Nous nous intéresserons à ce que notre corpus nous apprend de celle par rapport à laquelle se situent les aidants interrogés.

3. Conception des activités de soin par les aidants

Du point de vue lexical, le soignant est celui qui donne des soins, c'est-à-dire qu'il produit quelque chose pour une personne :

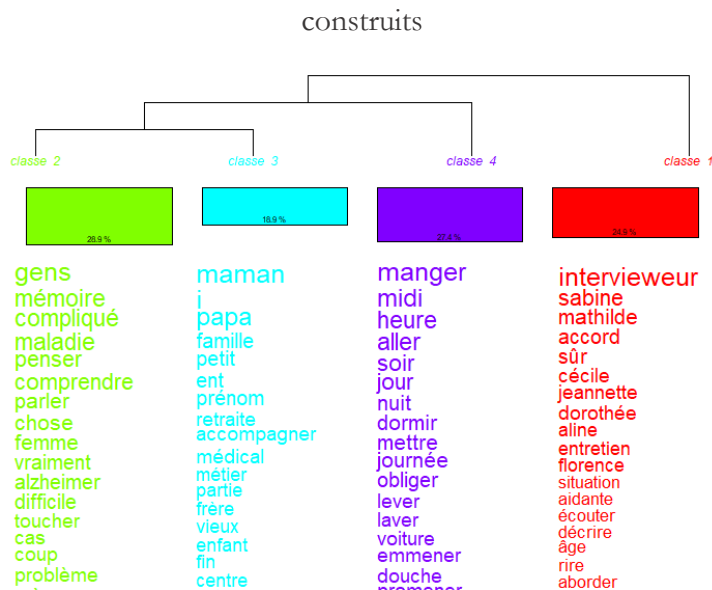
- des actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un ;
- des actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps ;
- des actes d'hygiène, de cosmétique qui visent à conserver ou à améliorer l'état de la peau, des ongles, des cheveux (larousse.fr)²⁷.

La classification hiérarchique dépendante (CHD, méthode Reinert, 1990), qui donne accès aux univers sémantiques principalement développés dans le corpus et surtout aux mots-clés qui le constituent et en construit une représentation singulière, montre qu'un domaine du soin est largement explicité dans la classe 4 de la figure ci-dessous : il relève des actes d'hygiène, domaine qui dans l'univers médical est laissé au personnel aide-soignant. Ces actes de soins sont fréquents, permanents (rôle important du lexique du temps : « midi », « heure », « soir », « jour », « nuit », « journée ») et associés à une obligation mais pas à des expressions d'émotions ou de relations affectives, contrairement à ce que l'on peut observer dans les autres classes identifiées par la CHD (1, 2 et 3). La classe 1, qui comporte des mots véhiculant des valeurs positives (« accord, écouter,

²⁷ Le Grand Robert (1989) définit les soins comme « des actes par lesquels on soigne » ou « actes par lesquels on conserve ou rétablit la santé » ; le Lexis (2009) les définit comme « ensemble des moyens hygiéniques, diététiques et thérapeutiques mis en œuvre pour conserver ou rétablir la santé » ; le Quillet (1990) comme « les attentions, les gestes pour quelqu'un, services qu'on lui rend, peine qu'on lui épargne, « donner des soins à un malade », s'efforcer de le guérir, comme médecin ou comme garde-malade » ; le Nouveau Littré (2007) ne définit pas « soins » mais le soignant comme « celui qui s'occupe des soins au malade mais n'est pas médecin » ; Le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine en ligne [<http://dictionnaire.academie-medecine.fr>] donne pour « soins » (au pluriel) : « En médecine, ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale ». Notons également que « soin » au singulier et au pluriel n'apparaît pas dans le Nouveau Dictionnaire Médical (Marroun, Sene, Quevauvilliers et Fingerhut, 2017).

rire ») est plus caractéristique des aidants dont le proche est placé en Ehpad, c'est-à-dire pour qui le soin relatif à l'entretien du corps et à l'hygiène est complètement délégué à des professionnels.

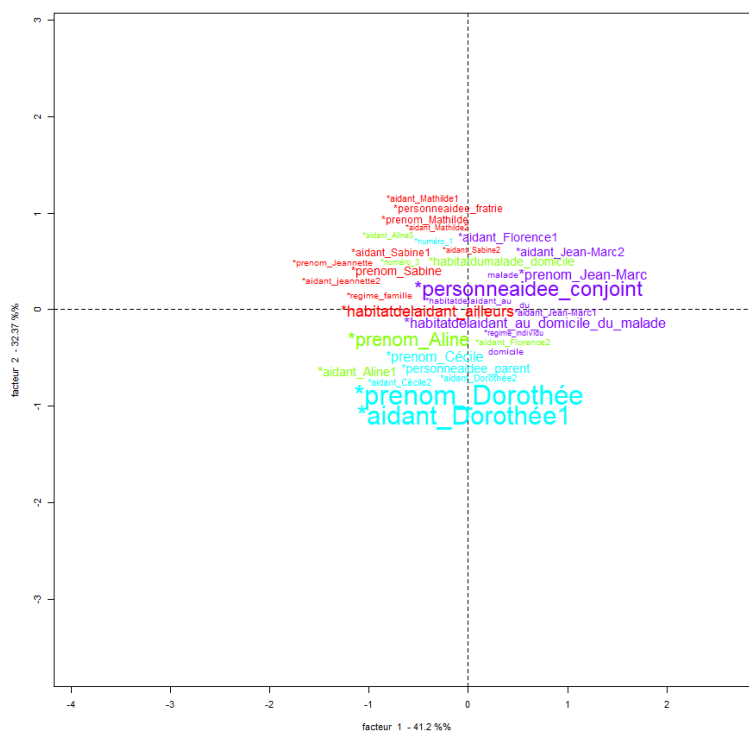
Figure 4 : Classification hiérarchique descendante, identification des univers sémantiques



La représentation de l'analyse factorielle des correspondances (AFC)²⁸ par modalités, c'est-à-dire les différents éléments qui correspondent à une même caractéristique ou variable (la modalité parent ou conjoint par exemple pour la variable personne aidée), montre que cette dimension du soin est surtout développée chez les conjoints de malade qui partagent le même domicile que la personne aidée (tous les deux étant en violet).

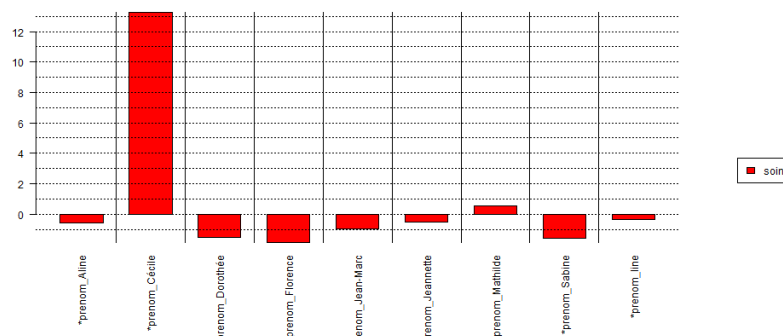
28 L'AFC figure la plus ou moins grande proximité (et distance) lexicale entre les univers lexicaux construits par la CHD, et indique, en même temps, leur conformité au vocabulaire de base, représenté par l'intersection des axes. Les codes couleurs permettent de faire des corrélations entre les univers lexicaux construits et les groupes de locuteurs qui les construisent en fonction du formatage choisi en amont

Figure 5 : Analyse factorielle des correspondances (AFC) par catégories



Le tableau lexical intégral mis en lien avec le concordancier montre qu’aucun des aidants-informateurs ne se désigne comme « soignant ». Le lemme *soignant* apparaît 7 fois sous forme nominale au féminin pluriel (« les aides-soignantes ») ou adjectivale (« le personnel soignant ») pour désigner le personnel intervenant dans les Ehpad. Le lemme *soigner* apparaît 8 fois, toujours à la troisième personne, à la forme active avec comme sujet un pronom personnel (sing. ou pl.) ou indéterminé (« on ») ou à la voix passive dans des formes de discours rapporté de l’aidé par l’aidant. Il est convoqué en majorité par les aidants-conjoints (5 occ./8). Enfin, comme montré sur la figure 4, le lemme *soin* apparaît essentiellement chez un(e) des informateurs (Cécile). Le retour au corpus montre que c’est essentiellement dans les segments « derniers soins » ou « soins palliatifs ».

Figure 6 : Répartition du lemme *soin* par aidant selon leur spécificité + ou –



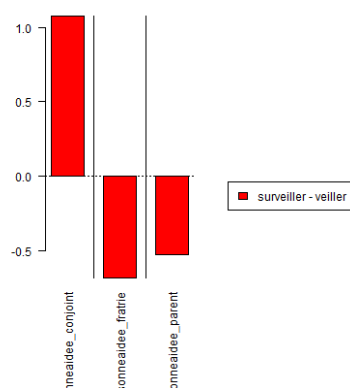
Les participants utilisent donc assez peu la désignation « soin » (au singulier) (5 occurrences) pour évoquer leurs actes quotidiens avec la maladie. Dès lors que la désignation « soins » (21 occurrences) est utilisée au pluriel, elle renvoie, pour Cécile comme pour l'ensemble des aidants interrogés, aux soins palliatifs (dans 15 cas sur 21), c'est-à-dire au confort du malade pour soulager ses douleurs, ses symptômes ou sa souffrance psychologique. Les soins palliatifs annoncent, pour l'aidant, la fin de vie du malade en Ehpad.

Nous continuons l'analyse par l'étude de la répartition des différents sens de « soigner », rappelés ci-dessus, dans le corpus : veiller/surveiller, soigner ou laver.

1^{ère} acception de *soigner* (*veiller*) : *surveiller* : 11 occurrences. ; *veiller* : 3 occ. (figure 7)

Les lemmes *veiller* et *surveiller*, qui correspondent à la première acception de l'acte de soigner, sont principalement convoqués par les conjoints.

Figure 7 : Répartition du lemme *veiller* par personne aidée selon leur spécificité + ou -



2^e acception de *soigner* (*soigner*) : 9 occurrences (figures 8 et 9)

Le lemme *soignant* – *soigner* – *soigné* – *soin*, qui correspond à la deuxième acception de l'acte de soigner, est en revanche plus spécifique du discours des enfants aidants de leur parent malade d'Alzheimer.

Figure 8 : Répartition du lemme *soin* selon leur spécificité + ou - par relation aidant/aidé

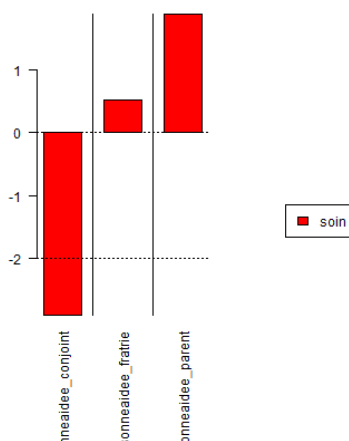
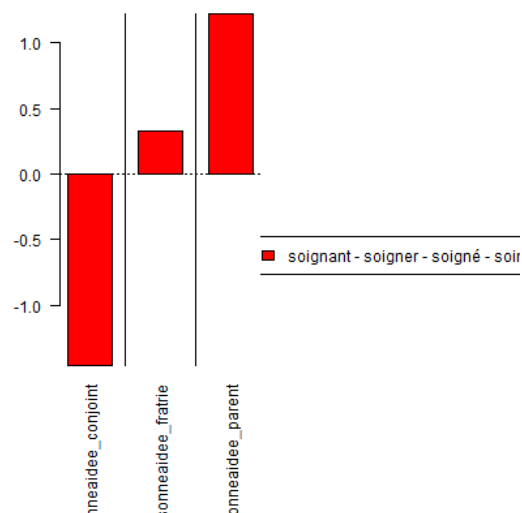


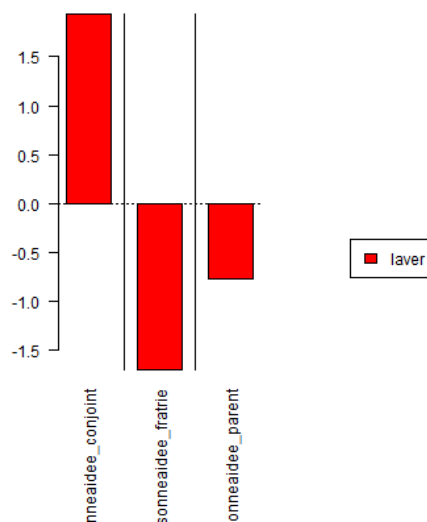
Figure 9 : Répartition du lemme *soignant et soigner* selon leur spécificité + ou - par relation aidant/aidé



3^e acception de *soigner (laver)* : 53 occurrences (figure 10)

Le lemme *laver*, qui est un des verbes qui explicitent la troisième acception du soin, est principalement convoqué par les conjoints.

Figure 10 : Répartition du lemme *laver* selon leur spécificité + ou - par relation aidant/aidé

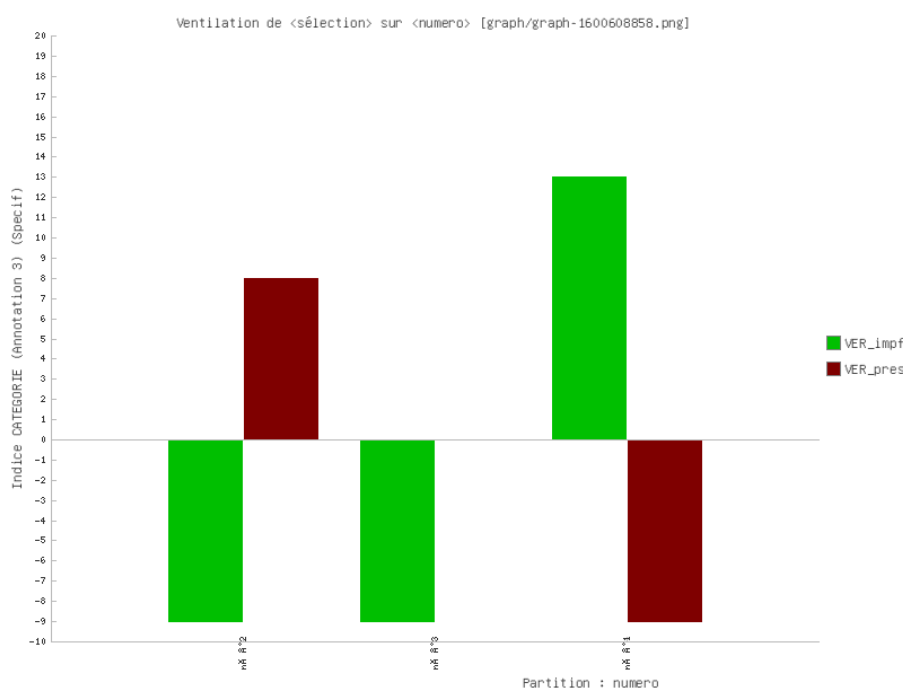


Parmi les 3 sens du « soin » définis par *Larousse* et représentés par les figures 5 à 8, c'est le sens portant sur le maintien de l'hygiène du malade (53 occurrences) qui est le plus utilisé, puis celui portant sur sa surveillance (14 occurrences), enfin celui portant sur le soin proprement dit (9 occurrences).

4. Conceptualisation progressive de la relation d'aide

La partition du corpus selon la variable longitudinale montre que la conceptualisation de la notion d'aide par les aidants est un processus qui s'installe progressivement. Les premiers entretiens sont ainsi dominés par l'imparfait qui réunit les proches dans la relation qu'ils entretenaient dans le passé avant la maladie, alors qu'à partir du second entretien, la situation actuelle devient omniprésente.

Figure 11 : Répartitions des spécificités des verbes à l'imparfait et des verbes au présent en fonction du numéro d'entretien avec l'aidant

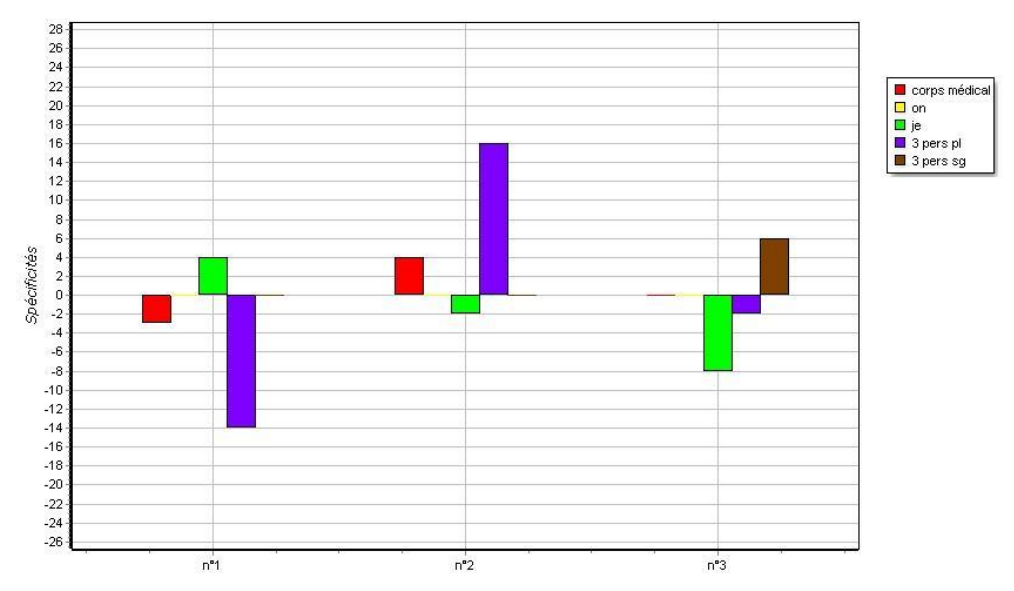


Dans le corpus étudié, les rapports entre les aidants naturels et les professionnels du soin sont compliqués. Comme l'attestent les extraits *supra* de Cécile et de Florence, les aidants reprochent aux médecins, lors des visites avec le patient, de ne s'adresser qu'à l'aidant au prétexte que le patient ne comprend plus. Pas un geste, pas une parole en direction du malade, ils laissent penser que le malade est devenu transparent, invisible, comme si le malade était un *tiers absent* pour reprendre la terminologie de Charaudeau (2004, p. 112) ; le malade est présent, le médecin parle de lui mais il n'est pas invité à y prendre part, ce qui accroît la souffrance de l'aidant.

Dans les premiers entretiens, la maladie reste à l'arrière-plan, l'aidant se construit seul dans son discours avec une sous-représentation remarquable de la troisième personne du pluriel, des médecins ainsi que de la maladie. Ce schéma s'inverse avec le second entretien, évolution confirmée et renforcée dans le troisième entretien dans lequel « médecin », « maladie » et 3^{ème} personne sont désormais des formes banales, mais avec une nouvelle spécificité positive, celle de la 3^e personne du singulier qui renvoie notamment au malade. Il est alors particulièrement remarquable que cette

sur-représentation s'associe à une sous-représentation forte des désignations familiales : un groupe de formes, rassemblant « maman, papa, mari, femme, conjoint, frère, sœur », trouve en effet les spécificités suivantes : entretien n° 1 (sp+8), entretien n° 2 (sp-5) et entretien n° 3 (sp-11).

Figure 12 : Répartition du « corps médical » par rapport à la pronominalisation selon leur spécificité



Ces observations semblent justifier une transformation relationnelle entre les acteurs touchés par la maladie : la relation initiale serait centrée sur la quotidienneté antérieure, sur les rôles qui existaient au sein de la cellule familiale, alors que la maladie, l'expérience de la maladie et l'accompagnement du patient, ainsi que la confrontation au système médico-social permettraient progressivement de développer une nouvelle relation au proche qui n'est plus vu, lors des gestes dédiés à cette activité, comme membre de la famille mais comme personne exigeant un certain nombre de soins.

4.1. Évoquer l'idée de soin

Une entrée par les verbes lemmatisés (ramenés à l'infinitif) montre que le soin apparaît très significativement, selon la construction valencielle de certains verbes.

Tableau 2 : Verbes les plus fréquemment mobilisés selon le tableau lexical intégral

Verbe	Nombre d'occurrences
Faire	541
Dire	361
Voir	217
Aller	186
Savoir	137
Mettre	99
Prendre	94

Si l'on excepte les 4 premiers verbes polysémiques les plus fréquents en français (*faire, dire, voir, aller*), le verbe *mettre* (6^{ème} en termes de fréquence), qui selon le dictionnaire en ligne TLFi, désigne « agir de façon à établir ou modifier (la localisation, la disposition, l'état, la fonction, la situation de quelque chose ou de quelqu'un) », est en effet utilisé avec une construction trivalente (*quelqu'un X mettre quelque chose Y à quelqu'un Z vs quelqu'un X mettre quelque chose Y*) dans 38 % des cas et renvoie explicitement, avec cette construction, à une situation de soin.

[12] Je suis obligée de lui mettre un change complet la nuit

[13] Je l'aide à mettre son slip

[14] Je suis avec lui pour lui mettre le savon dans les mains pour l'aider à faire la toilette le matin

[15] Je le fais avec lui, même si c'est fatiguant de lui mettre son pantalon

[16] Je finis par lui mettre ses chaussures, ça va plus vite

Il en est de même avec le verbe *prendre* (7^{ème} en termes de fréquence) qui dans son premier sens, selon TLFi, désigne « saisir quelque chose (ou quelqu'un), généralement avec une partie du corps ou avec un instrument, à des fins diverses ». L'idée de soin avec une construction trivalente apparaît dans 27 % des cas.

[17] Il veut que je lui fasse prendre sa douche

[18] Je l'aide à prendre son petit déjeuner, ses cachets, ses médicaments

[19] C'est dur de le prendre par le bras car il est lourd et corpulent

Une autre entrée par la construction de certains adverbes – c'est notamment le cas de « toujours » – renvoie à la notion de soin par la mise en place de mécanismes de surveillance et d'alerte liés à l'expérience.

[20] Je dors à l'étage, et ma grand-mère au rez-de-chaussée, je laisse toujours ma porte entr'ouverte, comme ça, si elle se lève la nuit et qu'elle ouvre une porte pour sortir, ça fait courant d'air, ça me réveille et je descends tout de suite

4.2. Activité réflexive et savoirs

La progression linéaire de chacun des entretiens (*vs* longitudinale) semble également mettre en place une évolution qui nous amène à poser l'hypothèse d'une distanciation progressive de l'aidant comme si une activité réflexive s'installait, lui permettant de dissocier deux identités, marquées par deux rôles énonciatifs et deux types d'interaction.

Le pronom « je » construit l'énonciateur réflexif qui modalise son activité d'aidance, il s'agit du « je » du récit de vie et qui, en outre, se met en scène dans cette activité à l'aide d'un « je » acteur. Le premier est un sujet fortement accompagné de l'incertitude, mais qui dans son activité introspective, et plus particulièrement dans les deuxième et troisième entretiens, énonce l'acquisition de certaines aptitudes nécessaires à un accompagnement efficace :

[21] Florence : moi aussi je suis devenue plus calme plus sereine plus euh / plus à son écoute et tout / j'ai une copine qui m'a envoyé un mail hier qui m'a dit qu'elle m'avait trouvé douce attentive / et c'est vrai que c'est des termes qui ne me correspondent pas vraiment mais en fait je me suis rendue compte que je suis comme ça avec lui maintenant / c'est vrai je suis attentive à lui je fais très attention à lui et du coup ben tout se passe bien / on arrive en fait à un certain euh / à une certaine sérénité quoi quand il n'est pas en pleine crise

[22] Florence : et que peut-être euh / c'est quand même bien / c'est quand même riche finalement parce que je me rends compte que j'ai des qualités que je ne connaissais pas / notamment je suis capable d'être finalement attentive calme et puis plein de choses qui n'étaient pas du tout euh / mon tempérament [n] et puis je suis euh / organisée j'arrive à m'organiser / [bb] donc on apprend sur soi aussi sûrement quoi

[23] Jeannette : voilà c'est ce que j'ai appris c'est de rester calme comme comme je rentre à la du travail inversement quand je je quitte le travail je dis « bon allez hop / tu pars tu laisses tes résidents maintenant tu vas rejoindre ton résident particulier » [acq] et je voilà je me concentre et voilà c'est parti ça va je rentre / bonjour / ça va euh / tout va bien mais une phrase euh / tout va bien je souris hop je vais dans ma chambre je pleure

Le « je » réflexif se reconstruit dans le passé et discrimine les changements qu'il a opérés et qui lui permettent de mieux tenir son rôle à la fois au bénéfice de son proche et à son propre bénéfice. Ce qui est remarquable, c'est que le développement de ces savoir-être est le plus souvent personnel, il peut recevoir un adjuvant incarné notamment par l'association *France Alzheimer*, mais également un opposant représenté par des acteurs de l'équipe médicale.

D'autres savoirs, des savoir-faire, sont présents dans le récit de l'aidant qui, en décrivant son activité, introduit des actions qui sont nécessaires au maintien de la vie et qui relèvent de ce que l'un des aidants nomme les « soins primaires » (alimentation, prise de médicaments), qu'ils puissent ou non les accomplir eux-mêmes. Cette dimension processuelle est illustrée dans le récit de Jeannette

[24] Jeannette : donc on est obli- / et donc il rentrait dans une chambre / il faisait pipi quoi / donc c'est / donc c'est comme à la maison si on est / si on tourne le dos et puis / même si on lui dit « papa tu as envie d'aller aux toilettes

avant que euh / je fasse autre chose » il va dire « ben non » et puis deux secondes après il va peut-être avoir envie / donc il va / c'est toujours le coin [rire] euh / il va faire ça soit dans la salle soit dans la chambre euh / voilà [acq] et euh / bon ça c'est des choses qu'on qu'on sait / qu'on a acceptées / « oui je sais mais j'ai envie de lui dire » bon ben [rires] « dis-le ! » [rire]

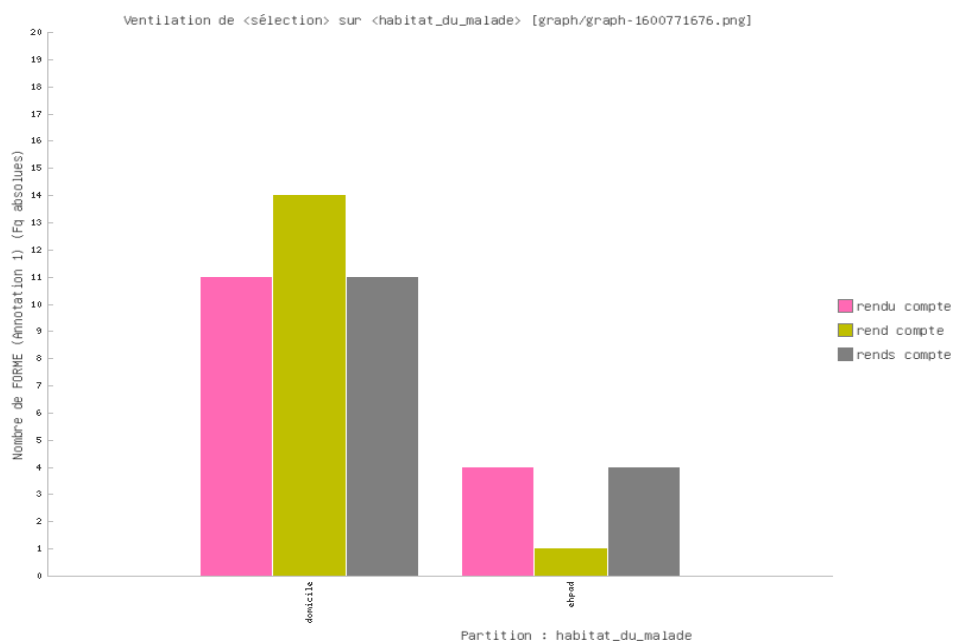
[25] le repas du soir alors là ben il y a les médicaments à nouveau [bb] et puis là alors après c'est / là c'est le mélange de tout alors il mange avec sa petite cuillère où il va essayer de couper du pain avec sa fourchette où il va essayer de manger avec le manche de la fourchette euh / c'est incroyable alors là du coup il faut vraiment séparer il faut mettre que le que le couvert qui va être utilisé / par exemple quand s'il y a de la soupe je lui mets que sa cuillère si jamais je mets la fourchette il va manger avec la fourchette ou il va tout mélanger / il est capable de mettre / je lui mets une petite cuillère dans son yaourt / il y a la petite cuillère il va manger le yaourt avec la fourchette avec la petite cuillère qui est dedans / voilà donc ces genres de choses quoi / évidemment au début c'est oh ! c'est choquant puis en fait maintenant je suis tellement habituée à tout ça / alors moi je lui prends les trucs / j'essaie de pas / comme si c'était naturel [e] j'enlève le mauvais couvert je remets tout ça je dis « ah attention là tu renverses » des fois il renverse son vin dans le yaourt [rire] le yaourt dans le vin je lui dis : « non [rire] il y a un mélange c'est pas terrible » [n] et puis voilà quoi par contre il sait me réclamer à boire / ça il sait me réclamer à boire / donc il a son pichet de vin et donc j'ai acheté parce qu'il avait tendance à trop boire alors j'ai acheté un un cubi qui se remplit et donc je mets de l'eau dedans en fait / je mets trois litres d'eau et un litre de vin qu'il boive moins [rire] quoi pour qu'il soit pour qu'il soit [rires] et puis le problème c'est que des fois quand il voit dans son verre [rire] c'est transparent

Par leur activité réflexive, les aidants décrivent des savoirs qui sont mis progressivement en place en réponse aux attentes de la personne aidée et en apprenant de leur relation avec elle. Ils ont impliqué un changement de leur relation, changement que l'on peut envisager comme un passage de l'interaction familiale à une interaction de soin. La locution verbale « se rendre compte », remarquablement représentative de notre corpus, témoigne de la difficulté de ce processus. « Se rendre compte » est définie comme emploi en extension par le TLFi du sens d'« état, rapport détaillé de choses non évaluables en argent et, *p. ext.*, non quantifiables (*cf. compte rendu*) ». Il est glossé par « remarquer, comprendre, s'apercevoir » qui précise donc le sens de la locution comme résultat d'un raisonnement. L'analyse que propose Touratier de l'un des sens de « sentir » par « se rendre compte » nous semble très instructive :

IIA : -prendre connaissance -d'une chose difficile à découvrir ou que d'autres cherchent à vous cacher, -grâce à un effort de perspicacité- donc en temps voulu, -pour pouvoir (éventuellement) agir en conséquence (Touratier, 2008, p. 193).

La récurrence de « se rendre compte » exprime donc une certaine prise de conscience de la part des aidants, laquelle nécessite un travail qui semble mené dans la solitude et dans le souvenir initial de leur propre vie antérieure avec leur parent ou leur proche. À titre d'illustration, le graphique et les exemples suivants montrent combien le groupe de formes à partir de « rendre, rends, rendu compte » se rapporte au travail introspectif de l'aidant quand le malade est encore au domicile. Cette introspection est moins présente (ou se manifeste autrement) dès lors que le malade est en établissement.

Figure 13 : Répartition du lemme *rendre compte*



[26] Florence : voilà malheureusement mon mari s'est construit son grand hangar parce qu'il voulait bricoler / il peut plus rien faire il peut plus [sanglot] il quand il voit un outil il sait pas quoi en faire / il sait plus quoi faire / il va prendre un marteau à l'envers / il va faire des trucs incroyables des trucs qu'il a tout le temps fait / [n] il prend un tournevis et puis il va le mettre dans la serrure / il fait des trucs incroyables donc euh / tout ce qu'il avait prévu de faire ben il fait plus rien du tout donc moi ça été un choc quand même grave [n] parce qu'on avait tout ça qui était prêt pour lui et puis qui ne servait plus à rien quoi [n] et puis la tronçonneuse qui ne servait plus à rien quoi / il n'était plus capable de démarrer une tronçonneuse / il n'était plus capable de rien alors qu'il a vécu comme ça tout le temps il a toujours dû faire ça / [n] et des trucs comme ça / un jour je l'ai vu essayer d'ouvrir une huitre alors qu'il est né en Charente-Maritime plus des huitres il est né avec ça / il sait plus ouvrir une huitre / il était là il regardait ça c'est incroyable quoi / donc euh plus toute cette déchéance c'est quand même difficile à vivre

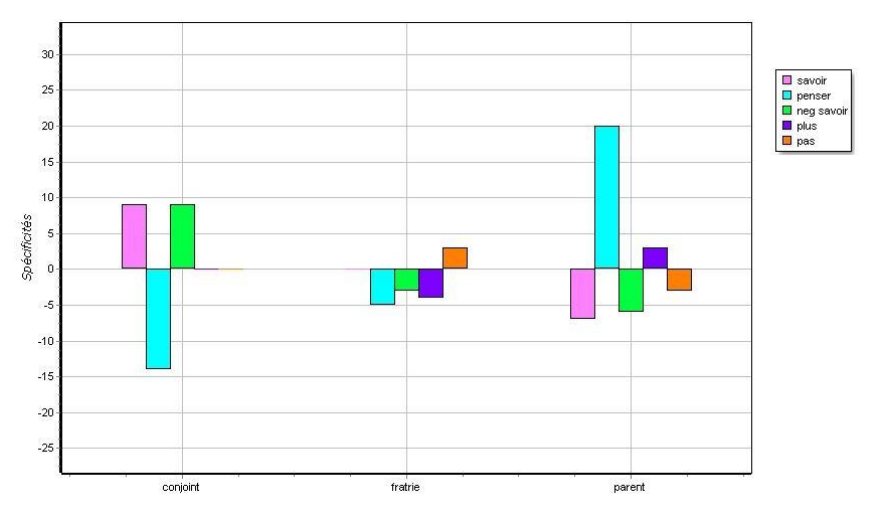
[27] Florence : moi j'ai réussi à voir / j'ai réussi dans mon mental déjà à me détacher de tout ça et j'essaie en fait euh / de faire le deuil de ce qu'on a pas pu vivre / [n] c'est-à-dire que maintenant je vis un peu au jour le jour / je m'habitue ici on vit comme ça et j'essaie d'oublier en fait tout ce qu'on aurait pu faire en fait / je me suis dit qu'il fallait pas du tout que je sois dans le regret / ou dans le je sais pas dans le pas le remords mais le regret plutôt oui / ne pas avoir des regrets parce que du coup je pourrai pas vivre sereinement en fait / [mic] du coup j'ai fait un blocage complet sur ce qu'on peut plus faire sur ce qu'on aurait pu faire / j'y pense même pas en fait et maintenant on vit comme ça au jour

Reconnaître désormais son proche comme patient, c'est accepter qu'il n'est plus ce qu'il a été. Selon le logiciel Tropes²⁹, la modalité de la négation est une caractéristique représentative du corpus, elle atteint 22,4 %. Alors que « (ne)...pas » et « (ne)...plus » apparaissent en spécificité négative (-sp6) dans l'entretien n° 1, avec respectivement sp-4 et sp-5, on constate qu'ils obtiennent une spécificité positive (sp+6) dès l'entretien n° 2, sp+4, sp+3, pour que « ne...pas » devienne une forme banale dans l'entretien n° 3 et « (ne)...plus » une forme sur-représentée avec l'indice sp+3. La ventilation

29 Tropes est un logiciel d'analyse de contenu développé par P. Molette sur la base des travaux de R. Gighlione (voir Gighlione *et al.*, 1998). Il répertorie notamment toutes les catégories de mots, dont les modalisations présentes dans le texte.

de ces formes avec la variable « personne aidée » montre en outre que la relation de couple s'exerce comme une entrave à la mise en œuvre de la capacité réflexive de l'aidant :

Figure 14 : Répartition des opérateurs de négation par type de relation aidant/aidé selon leur spécificité



Les opérateurs de la négation sont des formes banales dans la relation de couple, alors qu'elles caractérisent selon des spécificités inversées les deux autres liens de parenté. La ventilation par ailleurs de la modalité épistémique nous révèle que cette modalité reçoit une spécificité de +9 lorsqu'elle est négativée (neg savoir) *a contrario* de la modalité de l'opinion particulièrement sous-représentée avec un indice de -14. La relation de couple constitue le principal frein à la mise en place de la réflexivité et à la reconnaissance du conjoint comme patient. L'aidant est animé par une volonté de savoir, une volonté de comprendre sans trouver de réponse à sa quête et en l'absence, il coupe son propos de toute opinion, c'est-à-dire de toute croyance. Ses repères sont comme perdus (« je ne sais et c'est ça qui me fait le plus peur » ; « je ne sais pas comment faire »), il assène presque systématiquement un « je (ne) sais pas/plus » qui résonne comme un appel à l'aide. La relation parent/enfant construit, elle, une interaction différente, dans laquelle la modalité de l'opinion est dominante avec un indice de spécificité de +20. Elle exprime une certitude moyenne ou faible (« peut-être ») qui témoigne de la recherche de compréhension intuitive en la faiblesse de la modalité épistémique (« je ne sais pas mais je pense que »). En ce qui concerne l'aide dans la fratrie, la spécificité négative de « je » se combine avec la sous-représentation des verbes modaux. Le dire est beaucoup plus factuel et la sur-représentation de « pas » accompagne les actions devenues impossibles pour l'aidé ou encore, très singulièrement, les adjectifs modaux « possible » et « normal » : « c'est pas possible » ; « c'est pas normal ». L'aidant dans ce cas ne se positionne pas comme l'aidant principal, ce rôle étant accordé au mari, il semble adopter un rôle plus extérieur et non apparenté au soin mais à la « logistique ».

L'état résultant de la maladie s'apprend par le proche dans son expérience quotidienne et non dans sa relation à l'équipe de soin. L'un de nos participants explicite ce développement de compétences en indiquant son regret qu'il ne soit pas favorisé par les acteurs institutionnels. Cette aidante, qui a un parcours singulier, a pu effectuer ce travail grâce à un élément facilitateur lié à sa reconversion professionnelle et son activité en Ehpad.

[28] Dorothée : en fait ils mettaient pas assez nos compétences en avant euh pour eux c'était on est pas des aides ménagères mais pas loin et c'était très dommage en fait on était là pour du ménage et je leur disais mais punaise on est on a autre chose à leur apporter à ces gens-là [i] déjà on a un savoir-faire aussi parce que moi le matériel médical ben tout ce qui est XX voilà je les toilettes enfin des courses ou même une promenade et non en fait on intervenait beaucoup pour du ménage et moi j'ai vu des des gens [pf] beaucoup de gens dont le conjoint était désorienté et je me suis dit mon dieu ça doit être catastrophique chez eux [i] mais l'ADMR ça en fait on avait beau transmettre et je trouvais que donc moi c'est pas ça moi je voulais vraiment aller vers les gens et là je recherche

Conclusion

Observer la représentation de la relation de soin à partir de la parole des aidants, comme cela est construit par les objectifs et les modalités de recherche adoptés pour le projet Accmadial, permet de développer un nouveau point de vue sur la place de cet acteur clé de la prise en charge de la dépendance. L'analyse du discours des aidants montre une reconstruction de cette relation qui implique la multiplicité des acteurs y prenant part. Elle concerne les acteurs médicaux, dont la légitimité réside plus dans la mise en mots des troubles du proche au moment du diagnostic que dans un accompagnement d'expert de la prise en charge de la maladie. Elle concerne les acteurs paramédicaux, avec lesquels l'aidant peut éventuellement se confondre, à condition que son lien post-maladie ne fasse pas obstacle à cette évolution. Elle concerne également le proche malade, qui passe progressivement de proche aimé et aimant à proche accompagné puis veillé. Elle concerne enfin les autres proches, plus ou moins impliqués dans cette prise en charge.

Au regard de notre corpus, l'aidant fait ce cheminement différemment selon son lien avec l'aidé mais en développant de façon relativement autonome et par sa propre expérience de vie dans l'aidance – une expérience habitée par le doute et des prises de conscience successives – une forme d'expertise non pas de la maladie mais de son malade, qui progressivement se substitue à son proche tel qu'il a été. Cette observation amène de nouvelles interrogations.

Celles-ci concernent, du point de vue de l'analyse linguistique, le positionnement qu'implique la désignation de ce proche malade dont le statut d'une part contraint la possibilité de certaines relations de soin et d'autre part est modifié par cette relation : est-il « un père », « un papa », « un malade », « un patient » ? Du point de vue de l'insertion de l'aidant dans la relation de soin, nos analyses interrogent le rôle de l'institution dans la reconstruction de cette relation : quel positionnement discursif du personnel médical et quelle dénomination juridique pourraient la

faciliter ? Quel est l'impact d'une rémunération de l'aïdance³⁰ au-delà de soulager financièrement les aidants qui en bénéficient ? Quel est l'impact dans la relation avec les autres professionnels impliqués ? et quel est-il sur la relation intime avec le proche ?

Bibliographie

BESNARD Xavier (*et al.*), 2019, « Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée – Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2019) », Dossiers de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n° 45, disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>.

BOZZINI Luciano & TESSIER Roger, 1985, « Support social et santé », in Jacques Dufresne, Fernand Dumont & Yves Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses universitaires du Québec, Presses universitaires de Lyon, p. 905-441.

BRUNEL Mathieu, LATOURELLE Julie & ZAKRI Malika, 2019, « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [en ligne], n° 1103, disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1103.pdf>.

BUNGENER Martine & HORELLOU-LAFARGE Chantal, 1988, *La production familiale de santé : le cas de l'hospitalisation à domicile*, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, Paris, Presses universitaires de France.

CAMPÉON Arnaud & ROTHÉ Céline, 2017, « Modes de recours aux dispositifs de répit par les aidants familiaux de proches atteints de la maladie d'Alzheimer », *Enfances, Famille, Générations* [en ligne], n° 28 : « Gestion familiale des problèmes de santé », disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/efg/2017-n28-efg03611/1045028ar/>.

CARBAJAL Ricardo, 2013, « Les familles en situation d'urgence : l'expérience pédiatrique », Urgences 2013 : 7^{ème} Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence, disponible sur : https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/fs_tout_art.htm.

30 En notant que cette possibilité n'est pas offerte aux conjoints d'une personne dépendante : « le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité » (Article L.232-7 du Code de l'action sociale et des familles).

CHARAUDEAU Patrick, 2004, « Tiers où es-tu ? À propos du tiers de discours », in Patrick Charaudeau & Rosa Montes (dir.), *La voix cachée du Tiers. Des non-dits du discours*, Paris, L'Harmattan, p. 19-41.

CRESSON Geneviève, 2001, « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », in Pierre Aiach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson & Claudine Phillipe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, p. 303-328.

CRESSON Geneviève, 2006, « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales*, vol. 3, n° 1, p. 6-15.

CRESSON Geneviève & GADREY Nicole, 2004, « Entre famille et métier : le travail du care », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 23, n° 3, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 26-41.

DA ROIT Barbara & LE BIHAN Blanche, 2009, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familialisation ou défamilialisation du care ? », *Lien social et Politiques*, n° 62, p. 41-55.

EPP Timothy, 2003, « Les soins centrés sur la personne dans la prise en charge de la démence : une vision à clarifier », *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, vol. 5, n° 3, p. 14-18.

GARRIC Nathalie & LÉGLISE Isabelle, 2005, « La place du logiciel, du corpus, de l'analyste : l'exemple d'une analyse de discours patronal à deux voix », in Geoffrey Williams (dir.), *Linguistique de corpus*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 101-113.

GHIGLIONE Rodolphe, LANDRE Agnès, BROMBERG Marcel & MOLETTE Pierre, 1998, *L'analyse automatique de contenu*, Paris, Dunod.

JAEGER Marcel, 2012, « Le continuum aidants informels-aidants professionnels », *Vie sociale*, vol. 4, n° 4, p. 97-110.

MAROUN Ibrahim, SENÉ Thomas, QUEVAUVILLIERS Jacques & FINGERHUT Abe, 2017, *Dictionnaire médical*, Paris, Elsevier-Masson.

MAYAFFRE Damon, 2012, *Mesure et démesure du discours. Nicolas Sarkozy (2007-2012)*, Paris, Presses de Sciences Po.

Ngatcha-Ribert Laëtitia, 2012, *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*, Paris, Dunod, 448 p.

RENEIRT Max, 1990, « Une méthode de classification des énoncés d'un corpus présentée à l'aide d'une application », *Cahiers de l'analyse des données*, Tome 15, n° 1, p. 21-36.

ROSSI Ilario, 2011, « La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique », *Anthropologie & Santé* [en ligne], n° 2, disponible sur : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/659>.

SAILLANT Francine, 1992, « La part des femmes dans les soins de santé », *Revue Internationale d'Action Communautaire*, n° 28, Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles, p. 95-106.

TOURATIER Christian, 2008, « Essai d'analyse sémantique du verbe *sentire* », in Claude Brunet (dir.), *Des formes et des mots chez les Anciens*, Besançon, Institut des Sciences et Techniques de l'Antiquité, p. 185-198.



Étude de la cohérence discursive dans la relation de soin à travers les emplois fonctionnels de *mais*

Study of discursive coherence in care context through the functional uses of *but*

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk

Université Clermont Auvergne, ACTé
0000-0003-2375-0579
emmanuele.auriac@uca.fr

Aline Delsart

Université Clermont Auvergne, ACTé
aline.delsart@ext.uca.fr

Julie Pironom

Université Clermont Auvergne, ACTé
julie.pironom@uca.fr

URL : <https://www.unilim.fr/espaces-linguistiques/319>

DOI : 10.25965/espaces-linguistiques.319

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Résumé

L'étude porte sur les emplois du marqueur de cohérence discursive *mais* étudié en contexte de soin. Dans le cadre d'un projet, DECLICS, nous nous sommes focalisés sur la distribution fonctionnelle de *mais* en fonction du rôle du locuteur (médecins *vs* thérapeutes). En appui sur la littérature scientifique, trois macro-fonctions de *mais* (interlocutive-interactionnelle, logico-argumentative et logico-sémantique) sont décomposées en 17 types dont 16 sont présents dans le corpus DECLICS2016. Le relevé systématique des 122 occurrences de *mais* présentes dans le corpus a permis d'étudier la fréquence d'emplois comparatifs entre médecins et thérapeutes. Les résultats quantitatifs indiquent que les médecins emploient davantage *mais* que les thérapeutes, ce, indépendamment de leur service hospitalier. Grâce à une analyse qualitative, nous éclairons ensuite les mécanismes interactionnels en jeu lors des entretiens thérapeutiques médicaux *vs* cliniques, en déterminant les fonctions prépondérantes, secondaires et tertiaires assignables à chacune des 122 occurrences de *mais*. Sur ces 122 occurrences d'emplois, 32 occurrences sont le fait d'une fonction prépondérante unique, 80 emplois correspondent à une bi-fonctionnalité du marqueur et 10 d'une tri-fonctionnalité. Les résultats montrent que les macro-catégories interactionnelles et sémantiques permettent la distinction des rôles des soignants, et on constate un lien entre l'utilisation de la fonction prépondérante argumentative et la fonction secondaire logico-sémantique de type circonstanciel. Les résultats ont permis d'extraire deux patterns d'emplois de la tri-fonctionnalité de *mais*, utilisée presque exclusivement par les thérapeutes. Cette étude montre que les médecins utilisent *mais* pour activer des opérations logico-argumentatives, les thérapeutes activant préférentiellement un but interactionnel.

Mots-clés : corpus, relation de soin, rôles communicationnels, pragmatique, marqueurs discursifs

Abstract

The study focuses on the use of discursive coherence marker *but* examined in care context. In the framework of DECLICS project, we focused on the functional distribution of *but* according to the role of the speaker (doctors *vs* therapists). Based on scientific literature, three macro-functions of *but* (interlocutive-interactional, logical-argumentative and logical-semantic) are broken down into 17 types, 16 of which are present in the DECLICS2016 corpus. With the systematic account of the 122 occurrences of *but* present in the corpus we study the quantitative frequency of comparative use between doctors and therapists. The quantitative results indicate that the doctors employ more *but* than therapists do, regardless of their respective hospital service. With a qualitative analysis, we reveal the interactional mechanisms during

medical versus clinical therapeutic interviews, by determining the preponderant, secondary and tertiary functions assignable to each of the 122 occurrences of *but*. Of these 122 occurrences, 32 correspond to a single predominant function, 80 correspond to a bi-functionality of the marker and 10 to a tri-functionality. The results show that the interactional and semantic macro-functions allow the distinction of the roles of caregivers, and we observe a link between the use of the preponderant argumentative function and the secondary logical-semantic function of circumstantial type. The results made it possible to extract two patterns of use from the tri-functionality of *but*, mainly used by therapists. This study shows that doctors use *but* to mark logical-argumentative operations while therapists use *but* for an interactional purpose.
Keywords: corpus, care context, communication roles, pragmatic, discursive markers

Introduction

Dans le cadre du projet DECLICS³¹, notre étude porte sur l'analyse pragmatique des discours oraux de soignants et de patients, afin de mettre en évidence les mécanismes interactionnels en jeu dans une relation de soin. Ce projet repose sur une collaboration transdisciplinaire entre médecine, psychanalyse et sciences humaines. Pour cela, un protocole expérimental a été mis en place pour recueillir la parole de patients et de soignants dans le cadre du suivi de maladies chroniques. De ce projet découle un corpus, dénommé DECLICS2016, constitué d'entretiens oraux authentiques entre soignants et patients, enregistrés dans plusieurs services d'un C.H.U. À partir de ce corpus, nous relevons et décrivons des événements interlocutoires présents dans les consultations médicales et dans les entretiens thérapeutiques. Pour instruire cette étude, nous avons choisi d'étudier le marqueur de cohérence discursive *mais* pour vérifier s'il peut éclairer les mécanismes interactionnels en jeu dans un contexte de soin.

1. Étude pragmatique de la relation de soin

Le marqueur de cohérence discursive *mais* est relevé puis analysé comme tout lexème dépendant de son co-texte et contexte, dans la lignée des travaux sur la linguistique de corpus (Léon, 2008). Nous cherchons à déterminer la distribution et la fonctionnalité des emplois de *mais*, variant *a priori* selon le locuteur (médecin *vs* thérapeute) et le service hospitalier, et ce, afin de révéler les rouages interactionnels en action lors des échanges en contexte de soin. Pour exemplifier, est-ce que la cohérence discursive associée à l'usage de *mais* (par le médecin ou le thérapeute) est une aide, qui, lorsqu'elle est ainsi engendrée par le discours, bénéficie au patient ?

Dans la lignée de la théorie des actes de langage (Vanderveken, 1990 ; Searle, 1972 ; Austin, 1962) et celle de la logique interlocutoire (Trognon, 2003), l'analyse pragmatique d'extraits révélateurs proposée a pour but de mettre en exergue les processus sociocognitifs sous-jacents aux échanges. L'analyse interlocutoire s'avère utile pour comprendre le fonctionnement de l'interaction

31 Dispositif d'Études Cliniques sur les Corpus Santé, projet structurants inter-laboratoires, financé par la région AURA.

(Goffman, 1973) et dégager l'intersubjectivité à l'œuvre dans la construction du discours, notamment au niveau de l'enchaînement des tours de paroles, qui sont à la base des activités langagières (Roulet *et al.*, 1985).

On sait par ailleurs que les emplois de ponctuants (Vincent, 1993), de marqueurs de structuration de la conversation (Auchlin, 1981), de régulateurs verbaux (Kerbrat-Orecchioni, 2005) servent à l'articulation des énoncés (Traverso, 1999). Qu'en est-il de la cohérence discursive associée à l'usage contextuel de *mais* en conversation de soin ? Nous prendrons pour exemple l'extrait [1] ci-dessous.

[1] – Service A³²

MED1[0h05m09] : est-ce que vous arrivez à ne plus aller sur les sites de rencontres ou ça c'est un peu dur encore + de contrôler {ton interrogatif}

PAT1[0h05m20] : j'ai eu des hauts des bas disons qu'au début d'année si j'y allais j'y suis allé une fois

MED1[0h05m25] : ouais

PAT1[0h05m26] : non mais³³ j'y vais quand même beaucoup moins c'est sûr

MED1[0h05m27] : **mais encore**

Dans l'extrait [1], l'interaction est composée de cinq interventions analysées dans le tableau 1 ci-après. L'analyse interlocutoire éclaire le fonctionnement de cet extrait d'interaction et permet d'interpréter les intentions des interlocuteurs.

Tableau 1 : Analyse interlocutoire d'un extrait révélateur

Interventions	Marqueurs utilisés pour l'analyse interlocutoire et interprétation du rôle de chaque intervention	Actes de langage
MED1[0h05m09] : est-ce que vous arrivez à ne plus aller sur les sites de rencontres ou ça c'est un peu dur encore + de contrôler {ton interrogatif}	Question sur les effets secondaires du médicament qui ont déjà été discutés lors d'une consultation antérieure (encore)	Acte directif
PAT1[0h05m20] : j'ai eu des hauts des bas disons qu'au début d'année si j'y allais j'y suis allé une fois	Réponse à l'acte directif du médecin, utilisation de l'expression « disons qu'» pour reformuler sa réponse	Acte assertif
MED1[0h05m25] : ouais	Confirmation entérinant indirectement les propos précédents de PAT	Acte assertif indirect
PAT1[0h05m26] : non mais j'y vais quand même beaucoup moins c'est sûr	Utilisation de « non mais » pour répondre à la question du médecin en minimisant les conséquences via des	Acte réactif de type déclaratif

32 Les services hospitaliers sont codés par les lettres A, B et C pour préserver le caractère confidentiel des données (cf. § 3.1.).

33 Pour notre étude, les occurrences de *mais* produites par le patient ne sont pas considérées, seules celles des soignants sont analysées. L'emploi de *mais* par le patient pourrait être une recherche complémentaire à cette étude (cf. § 6.).

atténuateurs « beaucoup moins », « c'est sûr »

MED1[0h05m27] : **mais** encore

Réaction à l'intervention précédente, interprétation de « beaucoup moins » en « encore » et insistance

Acte expressif

L'emploi, par le médecin, du marqueur *mais* dans l'extrait [1] correspond à un acte assertif à valeur indirecte réactive. Sa valeur première nous semble interactionnelle : cet emploi sert à réagir aux propos du patient. L'extrait [1] montre que le médecin contre argumente pour déceler la vérité concernant le vécu du patient face aux effets secondaires négatifs du traitement. De la même manière, l'étude de l'ensemble des usages et occurrences d'emplois de *mais* sera conduite pour déterminer la variabilité fonctionnelle, tout en considérant les rôles différenciés de thérapeute et de médecin.

2. Cadre théorique

Notre étude s'inscrit dans le cadre des travaux conduits en santé (Batt, Trognon et Vernant, 2003). La consultation médicale, genre défini par Lacoste (1993), puis analysé sous divers angles (Vergely *et al.*, 2010 ; Fournier et Kerzanet, 2007 ; Cosnier, 1993), tient sa particularité du fait du rôle déterminant joué par le patient au cœur de ce dispositif médical. On sait ainsi que, dans le cas de maladies chroniques, le patient embrasse une posture d'expert en lien avec un vécu expérientiel singulier de la maladie (Préau et Siméone, 2018 ; Tourette-Turgis et Thievenaz, 2013). Face à ce statut d'expert, le soignant adopte des stratégies discursives adaptées, revendiquant, par exemple pour le médecin un statut de détenteur de savoir médical. S'opère toujours une forme de négociation, notamment des savoirs et des pouvoirs, qui gagne à être dévoilée par l'analyse interlocutoire.

2.1. La négociation étudiée à travers l'emploi de marqueurs de cohérence discursive

Nous abordons la négociation, conçue initialement par Roulet *et al.* (1985) dans ses travaux portant sur le modèle fonctionnel et hiérarchique, dans sa version révisée par Kerbrat-Orecchioni (2005, p. 94) qui la définit comme :

tout processus interactionnel susceptible d'apparaître dès lors qu'un différend surgit entre les interactants concernant tel ou tel aspect du fonctionnement de l'interaction, et ayant pour finalité de résorber ce différend afin de permettre la poursuite de l'échange.

Les négociations conversationnelles peuvent porter sur (1) l'échange en général, (2) les thèmes abordés, (3) l'alternance des tours de parole ou encore (4) la valeur pragmatique et sémantique des

énoncés produits mais aussi sur (5) les identités des participants qui peuvent faire l'objet de négociations. Le rapport de place qu'engendre toute interaction (Kerbrat-Orecchioni, 1987) est mis en scène via la négociation verbale, jusqu'à ce que les participants se concèdent mutuellement l'attribution d'une position haute *vs* basse (*cf.* Caron-Pargue et Auriac, 1997, par exemple). Ainsi, les mécanismes de négociation en interaction peuvent concerner les aspects organisationnels de l'interaction (tours de parole, structure de l'échange), le contenu discuté (thèmes abordés) comme le rapport de place. Dans une consultation médicale ou un entretien clinique (voir notre méthodologie § 3.), on s'attend à ce que le médecin active une position haute en tant que détenteur de savoir médical, au regard de ses aptitudes et de son *habitus* à conduire un raisonnement clinique (Jouquan, Parent et Audétat, 2013 ; Audétat, Laurin et Sanche, 2011). On envisage qu'il puisse, dès lors, activer chez le patient l'adoption d'une position basse, repérable au statut qui situerait alors ce dernier comme demandeur d'aide médicale. Pour rendre compte de la négociation des savoirs et des pouvoirs, l'entretien médical se prête ainsi *a priori* assez bien au dévoilement des stratégies de cohérence discursive partagée, révélant les opérations logico-argumentatives sous-jacentes à la prise de parole. Plusieurs marqueurs sont candidats à retracer ces opérations logico-argumentatives.

2.2. Les marqueurs de cohérence discursive : le choix de *mais*

Le cadre pragmatique de notre étude engage à identifier puis analyser finement les mécanismes fonctionnels présents dans l'interaction de soin. Pour mener à bien une analyse pragmatique interlocutoire (Trognon, 1988), il est nécessaire de repérer des marqueurs linguistiques tels que les reprises et répétitions (*cf.* Delsart, 2020), les régulateurs verbaux (Kerbrat-Orecchioni, 1990-1992), les pronoms, les connecteurs de discours (Rossari, 1992) *etc.*, qui articulent les énoncés et servent d'appui aux études interlocutoires des discours. Le relevé systématique de ces marqueurs, le traitement éventuellement statistique de leur position *vs* quantité, servent à expliciter les contextes interactionnels dans lesquels ils sont produits et/ou qui les produisent, pour dévoiler *in fine* la place occupée par chaque locuteur dans le discours (Ghiglione *et al.*, 1977). Divers courants linguistiques (voir Rossari, 2000 ; Culioli, 1990 ; Ducrot *et al.*, 1980) ont étudié les marqueurs de cohérence discursive, pour rendre compte de leurs structures et de leurs fonctionnements au sein des discours oraux. Ces diverses approches ont révélé les valeurs multiples que peut prendre une seule et même occurrence. Nous avons fait le choix d'étudier le marqueur de cohérence discursive *mais* qui permet *a priori* de dévoiler les opérations sociocognitives sous-jacentes aux actes de langage auxquels il est associé. Nous considérons *mais* comme un connecteur logique (Caron, 1984) en lien avec sa

structure syntaxique formelle p *mais* q. La sélection opérée sur *mais* nous a conduit à être focalisés sur l'un des deux marqueurs les plus utilisés à l'oral³⁴ (Chanet, 2003, p. 15).

2.3. Les fonctions variées de *mais*

Les études successives de *mais* (Anscombre, 2017 ; Gomez-Jordana Ferary et Anscombre, 2015 ; Roulet *et al.*, 1985 ; Anscombre et Ducrot, 1977) ont permis d'élargir sa fonction principalement adversative pour peu à peu détailler l'éventail de valeurs associées aux usages de *mais*. Plusieurs chercheurs ont dénoté la fonction interlocutive de *mais* (Golder et Favart, 2013 ; Schlamberger Brezar, 2012, 2005, 2002 ; Landré et Friemel, 1998) notamment *via* l'utilisation de locutions figées telles que « oui mais » / « non mais », qui n'engagent pas toujours la valeur contre-argumentative fidèle à l'emploi de *mais*. La fonction concessive (Marchello-Nizia, 2009 ; Morel, 1996 citée par Meleuc, 1998), la fonction phatique (Schlamberger Brezar, 2015 ; Adam, 1990), comme la fonction métalinguistique (Giancarli, 2017) ont pu être dégagées. Bouchard (2002) décrit aussi l'utilisation de *mais* à travers une fonction de modalisation et d'appui de discours. Au sein d'une étude grammaticale, Ponchon (1990) distingue six valeurs adverbiales attribuables à *mais* : (1) la nuance circonstancielle, (2) la modalisation, (3) l'exclusion, (4) la rectification, (5) la concaténation et (6) un faisceau de valeurs adversatives expliquant que ce marqueur varie d'une fonction de conjonction jusqu'à celle d'adverbe. Enfin, l'étude sur corpus de Chevalier (2007) dégage cinq fonctions discursives possibles pour *mais* : (1) opposition, (2) refus de conséquence, (3) transition de tour de parole, (4) retour sur un sujet différent et (5) restriction de sens. La revue de littérature est reprise en partie méthodologique (voir § 3.3. Tab. 2 ci-après).

3. Méthodologie

C'est en nous basant sur les travaux présentés ci-dessus (§ 2.) que nous avons, d'une part, procédé au relevé des différentes occurrences d'emploi de *mais* dans le corpus DECLICS2016, puis, d'autre part, interprété chaque occurrence et ainsi catégorisé chaque emploi fonctionnel de *mais*, ce, en relevant les éléments des co-textes et du contexte.

34 D'après l'étude de Chanet (2003, p. 15), *mais* et *donc* sont les marqueurs les plus employés en français parlé avec un taux respectif de 10595 pour *mais* et 8075 pour *donc*, soit 1 emploi toutes les 42 secondes pour *mais* et 1 emploi toutes les 55 secondes pour *donc*.

3.1. Présentation des données de l'étude

Les enregistrements d'entretiens entre patients et soignants au sein du projet DECLICS sont retranscrits selon les normes³⁵ du GARS (Blanche-Benveniste et Jeanjean, 1987) et de VALIBEL³⁶. Les données rendues anonymes respectent le caractère éthique de toute recherche en santé³⁷, et le lien confidentiel qui lie le patient à ses soignants. Les échanges se déroulent au sein de trois services hospitaliers : (1) d'infectiologie, (2) de neurologie et (3) de nutrition, désignés aléatoirement par A, B et C.

Trois types de participants constituent nos données d'appui au sein du corpus DECLICS2016 : trois patients atteints de maladies chroniques, trois médecins spécialisés et trois thérapeutes d'orientation psychanalytique³⁸. Les consultations médicales ont une durée moyenne de 24 minutes ; les entretiens thérapeutiques une durée moyenne de 69 minutes. À noter que les patients participant à notre étude peuvent être qualifiés de défensifs, leurs représentations et comportements étant plutôt défiant envers le système hospitalier. Le déroulé problématique de leur suivi médical est en partie lié à la difficulté de soigner une maladie chronique (voir Do et Bissières, 2018, par exemple). Dans le cadre des maladies chroniques, le patient peut adopter une posture d'expert (*cf.* Préau et Siméone, 2018) entraînant un processus de négociation entre des savoirs expérientiels (ceux du patient) et les savoirs médicaux (ceux du médecin), savoirs respectifs clairement distribués entre patient et soignant (*cf.* Delsart et Auriac-Slusarczyk, 2020). Seules les occurrences des soignants seront néanmoins considérées pour cette étude, s'agissant d'une première investigation des propos, préalable à l'étude interlocutoire complète de DECLICS2016 ; nous n'avons pas pour l'instant coté les emplois de *mais* des patients³⁹ (voir notre discussion en § 5.). Cette étude de cas vise à révéler les stratégies discursives des médecins, quant à la cohérence discursive liant leurs prises de parole. Le but est d'analyser, prioritairement et de manière fine, les différents emplois de *mais*, pour engager une discussion réflexive et formative, à terme, entre linguistes et médecins. Nous parlerons par simplification du corpus DECLICS2016, tout en sachant que les données sont ici restreintes à un sous corpus délimitant seulement trois

35 Les normes de transcription utilisées dans le corpus DECLICS2016 s'inspirent de celle du corpus du GARS (Université d'Aix-Marseille) et de VALIBEL (Université de Louvain-la-Neuve), disponible sur : <http://www.uclouvain.be/valibel>.

36 La base de données textuelles orales VALIBEL de la variation aux variétés est disponible sur : https://sharepoint1.umons.ac.be/FR/universite/facultes/fti/services/Documents/UMONS_Corpus_9_Fr%C3%A7_de_Belgique_Bardiaux.pdf.

37 Avis positif du CERES (Conseil d'évaluation éthique pour les recherches en santé) de Paris-Descartes. Obtenu le 28/02/2017.

38 Les thérapeutes ont tous été recrutés par l'intermédiaire de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité.

39 L'étude interlocutoire complète gagnera à être actualisée en ce sens, mais l'objet de cette contribution concerne plutôt le distinguo médecin *vs* thérapeute quant aux stratégies de négociation des soignants.

consultations médicales et entretiens cliniques correspondant aux seules données actuellement exploitables, au regard du déploiement progressif de DECLICS2016 (voir Auriac-Slusarczyk et Delsart, 2021). Ces données, de faible empan ou représentativité, sont sélectionnées pour les besoins d'une étude à visée qualitative, et permettent d'amorcer une comparaison entre stratégies médicales (médecins) et stratégies thérapeutiques (thérapeutes).

3.2. Jugement(s) d'acceptabilité croisé(s) et méthode de cotation

Pour déterminer les fonctions de *mais* (voir le tableau récapitulatif plus bas § 3.3.), nous avons délimité les co-textes gauches⁴⁰ et droits⁴¹, en considérant suffisamment d'éléments verbaux renseignant les topics droits et gauches. Une première interprétation de l'emploi de *mais* à partir de ses co-textes droits et gauches a été effectuée, et chaque occurrence d'emploi de *mais* fut caractérisée en appui sur la littérature scientifique (cf. § 2.) en repérant trois niveaux fonctionnels : (1) une fonction prépondérante, (2) une secondaire (cf. Bolly et Degand, 2009) et parfois (3) une tertiaire, révélant le caractère polyfonctionnel de *mais*. Une seconde expertise a été conduite vérifiant le taux de correspondance inter-juges, qui est parvenu à un accord inter-juges de 100 % sur l'ensemble des fonctions *prépondérantes*, *secondaires* et *tertiaires*. La cotation en fonctions prépondérantes et secondaires a repris une méthode déjà utilisée pour étudier le marqueur discursif *donc* (Delsart, Auriac-Slusarczyk et Pironom, 2020). Certains emplois demeurent délicats à interpréter, notamment en ce qui concerne l'attribution d'un niveau prépondérant *vs* secondaire à certaines fonctions. Chaque occurrence est considérée, et nous illustrons, ci-après, la démarche de cotation des fonctions en cas d'emplois cumulés de *mais* ; dans l'extrait ci-dessous [2], le locuteur emploie plusieurs occurrences consécutives de *mais*. Chaque occurrence, comptabilisée, est analysée de manière indépendante.

[2] – Service B

PAT2[0h06m30] : et euh je suis partie dans ce fameux : clinique + qui est qui est passée à côté de beaucoup de choses + j'aurais pu passer dans la machine pour lithotripsie et perdre ma vie + #1 aujourd'hui #

THE2[0h07m12] : #2 **mais** # **mais** j'ai pas entendu

PAT2[0h07m14] : lithotripsie

THE2[0h07m15] : oui oui ça je : j'ai entendu **mais** **mais** après **mais** après quoi {ton interrogatif}

Dans ce cas l'accord inter-juge a abouti à proposer que *mais*₁ et *mais*₂ correspondent à une macro-fonction *interactionnelle-interlocutive* de type *phatique*, *mais*₃ et *mais*₄ correspondent à une fonction prépondérante *logico-sémantique* de type *concaténation* et à une fonction secondaire *interactionnelle-interlocutive* de type *changement d'orientation* et enfin *mais*₅ correspond à une macro-fonction

40 Le co-texte gauche le plus court est constitué d'un mot et le plus long de vingt mots.

41 Le co-texte droit le plus court est constitué d'un mot et le plus long de dix-huit mots.

prépondérante *logico-sémantique* de type *circonstanciel* et à une fonction secondaire *logico-argumentative* de type *appui de discours* (cf. Tab. 2 ci-après).

3.3. Les catégories fonctionnelles et types de *mais*

Pour dégager le panel varié d’usages fonctionnels de *mais*, nous avons subdivisé les fonctions repérées dans la littérature (§. 2) en trois macro-catégories : (1) interactionnelle-interlocutive ; (2) logico-argumentative à valeur adversative ; (3) logico-sémantique (voir Tab. 2). Sur les 17 types fonctionnels théoriques de *mais* extraits de la littérature, seule la fonction *retour sur un sujet différent* (Chevalier, 2007), pré-classifiée dans la rubrique logico-sémantique (cf. Tab. 2), n’a pas été retrouvée parmi les 122 occurrences extraites de DECLICS2016.

Tableau 2 : Les macro-fonctions et types fonctionnels de *mais* dans le corpus DECLICS2016

Macro-fonctions	Types de <i>mais</i>	Définitions des types de <i>mais</i>	Sources théoriques	Extraits illustratifs issus du corpus DECLICS2016 ⁴²
	Figement – structuration conversationnelle	<i>mais</i> est employé dans les locutions figées « oui mais / non mais ». Le marqueur est dépossédé de sens et de poids argumentatif, il sert à l’interlocution.	Schlamberger Brezar, 2015 ; Chevalier, 2007 ; Golder et Favart, 2003 ; Landré et Friemel, 1998 ; Auchlin, 1981	PAT2 : ça m’énerve quand je me force pour manger et que j’ai ce ce bidou là MED2 : non mais c’est sûr + après il faut pas manger s- en vous forçant
Fonction interactionnelle, interlocutive	Transition tour de parole	<i>mais</i> permet d’articuler les tours de paroles, il est toujours situé en début de tour de parole.	Chevalier, 2007 ; Caron, 1984	PAT3 : en même temps j’ai des (rires) j’ai des moments où que ça va pas {rires} c’est THE3 : comme pas mal de personnes PAT3 : oui THE3 : mais vous pensez que vous vous êtes pas normal {ton interrogatif}
	Changement d’orientation, de sujet	<i>mais</i> est employé pour changer de sujet, il marque une rupture.	Chevalier, 2007	THE1 : voilà donc c’est : on a bien compris ça + mais par exemple si ces traitements vous avaient pendant dix ans complètement apporté euh une vie quasi normale on va dire + euh que

42 Les extraits choisis dévoilent la fonction prépondérante de *mais*, n’excluant pas cependant l’adjonction d’une fonction secondaire et/ou tertiaire.

				pouvait apporter l'opération
				PAT2 : parce que comme euh + la sophrologie je veux continuer ++
Réactif	mais est utilisé en réaction à ce qui vient d'être dit. Il est souvent positionné en début de tour de parole.	Chevalier, 2007		MED2 : mais + euh c'est c'est la la sophrologie avec la psychologie extérieure {ton interrogatif}
Phatique, segmentation	mais est utilisé pour accentuer une exclamation ou une interrogation.	Schlamberger Brezar, 2015 ; Adam, 1990		THE3 : c'est chez vous c'est quoi c'est une location c'est chez vous c'est {ton interrogatif} PAT3 : non chez moi enfin bah dans ma maison quoi THE3 : non mais votre maison elle est quoi elle est achetée elle est {ton interrogatif}
Opposition, inverseur d'orientation, contre-argumentation, réfutation	mais sert à opposer deux arguments (non pas p mais q) ou de réfuter l'argument p au profit de l'argument q.	Schlamberger Brezar, 2005, 2015 ; Chevalier, 2007 ; Golder et Favart, 2003 ; Landré et Friemel, 1998 ; Ponchon, 1990 ; Roulet <i>et al.</i> , 1985 ; Ducrot, 1980 ; Anscombe et Ducrot, 1977		PAT3 : c'est déjà un bon point {rires} #1 voilà c'est # THE3 : #2 non mais c'est pas un bon point # vous pourriez me dire je suis pas prêt encore
Fonction logico-argumentative à valeur adversative	Renforcement-renchérissement	<i>mais</i> permet de renforcer l'argument p grâce à l'argument q ou de renchéris sur l'argument p avec l'argument q.	Schlamberger Brezar, 2015 ; Adam, 1990	PAT3 : voilà ++ mais je mets plus de temps à la récupérer enfin {rires} je mets moins de temps à la perdre et plus de temps à la récupérer THE3 : bien sûr + mais vous la récupérez
Refus de conséquence	le locuteur utilise <i>mais</i> pour exprimer son refus concernant la conséquence de ce qui vient d'être dit.	Chevalier, 2007		PAT2 : mon s- mon sucre il monte MED2 : ouais + mais ça c'est normal + c'est vrai que c'est + c'est euh + dans la régulation du taux de sucre + c'est aussi régulé par les hormones

				+ et donc il y a l'hormone du stress ⁴³
	Concession	<i>mais</i> permet de relier deux propositions indépendantes.	Schlamberger Brezar, 2015 ; Landré et Friemel, 1998 ; Morel, 1996 cité par Meleuc, 1998 ; Adam, 1990	PAT1 : ah oui là c'est beaucoup c'est beaucoup accentué MED1 : ça c'est vrai que c'est : des choses qui sont difficiles à prévoir mais il arrive que la chirurgie aggrave euh
	Modalisation	<i>mais</i> permet au locuteur d'exprimer son point de vue.	Bouchard, 2002 ; Ponchon, 1990	MED2 : l'autre + la possibilité qu'on a c'est aussi d'enlever l'insuline pour euh + mettre un traitement euh PAT2 : non je préfère le garder MED2 : par injection PAT2 : je pense que c'est bien MED2 : ou quoi + mh mais on peut on peut aussi le garder + après là je regardais un peu en même temps qu'elle cherchait
	Appui de discours (ponctuant de débat, régulation orale)	<i>mais</i> permet la progression du discours et articule les étapes du discours du locuteur qui s'en sert d'appui.	Bouchard, 2002	THE3 : ces différents points noirs et qui elle est pas du tout descendante qui est plutôt euh au contraire évolutive tranquillement hein mais bon + parce que c'est c'est pas rien de de de s'arracher à son enfance
Fonction logico-sémantique	Circonstancielle	<i>mais</i> permet au locuteur d'apporter des précisions concernant les circonstances du discours.	Ponchon, 1990	PAT3 : et : donc euh : ils le diront ils le commandent en fait et puis ben ils m'appellent jamais ils le reçoivent jamais MED3 : d'accord + bah du coup après c'est pas une urgence mais ⁴⁴ euh ça sera quelque chose à faire dès que la rupture de stock sera résolue

43 La conséquence implicite (refusée) correspond ici à envisager de faire quelque chose (arrêter de prendre un traitement par exemple) pour traiter l'augmentation du taux de sucre.

44 À noter que la fonction circonstancielle de *mais* reste secondairement adversative.

Concaténation (additive, archi- connecteur)	mais permet d'ajouter une précision sur le discours, il est proche de l'archi- connecteur et.	Schamberger Brezar, 2015 ; Vincent, 1993 ; Ponchon, 1990	THE1 : ce qui était peut- être une petite tendance PAT1 : voilà THE1 : #1 personnelle # PAT1 : #2 ah oui oui # bien sûr oui THE1 : mais que ça les a augmentés
Rectification- restriction de sens, de portée	mais permet de rectifier l'argument p au profit de l'argument q ou de restreindre le sens, la portée de p au profit de q.	Chevalier, 2007 ; Ponchon, 1990, 1992	MED1 : d'accord + bah dans ce cas-là on va augmenter mais tout doucement on va mettre Stalevo soixante-quinze le matin et Stalevo cinquante à + midi + seize heures + vingt heures donc on arrête le Modopar
Phatique métalinguistique (<i>topoi</i> d'enchaînement)	<i>mais</i> perd sa valeur oppositive et sert à la progression sémantique ; il embraie la suite	Giancarli, 2017 ; Schlamberger Brezar, 2002,2015	THE3 : bon parce que bon c'est pas : c'est une claque mais c'est une claque euh je dirai que voilà vous pourriez être aussi nourri du fait de de de les voir
Appui l'orientation contraire	<i>mais</i> renforce l'orientation contraire au propos tenu en introduisant des éléments congruents	Chevalier, 2007	THE2 : #2 non donc # le rétroviser juste un peu + pour donner un petit coup vers le passé sur ce qu'il y a derrière + mais si je suis le nez tout le temps sur le rétroviser qu'est-ce qui va se passer {ton interrogatif}

3.4. Cotation et ventilation des emplois de *mais* en fonctions

prépondérantes, secondaires et tertiaires

À l'instar de l'étude conduite sur le marqueur *donc* par Bolly et Degand (2009), la catégorisation fonctionnelle de *mais* révèle une polyfonctionnalité⁴⁵, que nous avons décomposée en fonction prépondérante, secondaire⁴⁶ puis tertiaire. Chaque occurrence de *mais* extraite est analysée en fléchant sa fonction prépondérante assortie d'une ou deux fonctions complémentaires. Il s'est agi d'affiner les emplois de *mais* pour hiérarchiser les fonctions conformément à la poly-fonctionnalité

45 La polyfonctionnalité indique que le sens dépend de chaque contexte d'emploi : parfois il y a superposition des fonctions, parfois complémentarité, parfois trois fonctions distinctes se dégagent.

46 L'étude de Bolly et Degand décomposait seulement en deux fonctions. L'étude de *mais* nous a conduit à envisager une troisième fonction, dite tertiaire.

du marqueur *mais* (cf. § 2.2.). Nous présentons ci-dessous un extrait où *mais* possède selon notre interprétation une tri-fonctionnalité, et illustrons simultanément notre méthode de cotation.

[3] – Service A

THE1[0h23m11] : c'est ça autrement dit chez vous ce que vous diriez c'est que + les traitements du Parkinson ont augmenté

PAT1[0h23m18] : tout à fait ouais

THE1[0h23m18] : ce qui était peut-être une petite tendance

PAT1[0h23m21] : voilà

THE1[0h23m21] : #1 personnelle #

PAT1[0h23m22] : #2 ah oui oui # bien sûr oui

THE1[0h23m23] : **mais** que ça les a augmentés

Dans l'extrait [3], *mais* comporte une valeur de *transition de tour de parole*, de *concaténation* et de *renforcement-renchérissement*. La valeur de *transition de tour de parole* est retenue comme fonction prépondérante car *mais* est positionné en début de tour de parole et utilisé par le thérapeute pour reprendre la main sur l'échange ; c'est donc la macro-fonction *interactionnelle-interlocutive* qui prime pour cette occurrence. *Mais* a une fonction secondaire à valeur de *concaténation* car il permet au thérapeute d'ajouter une précision à son propos antérieur (« ce qui était peut-être une petite tendance personnelle »). Enfin, *mais* a une fonction tertiaire de *renforcement-renchérissement* car le thérapeute réitère sa position (« ont augmenté » / « ça les a augmentés »).

3.5. Statistiques inférentielles

Afin de vérifier l'équilibre fonctionnel et discursif des paroles des soignants, nous avons utilisé des tests de comparaison, les tests de Wilcoxon et de Kruskal-Wallis⁴⁷. Nous avons ainsi cherché à déterminer si l'emploi du marqueur *mais* dépend (ou non) de l'appartenance à un service en particulier et s'il spécifie les rôles (médecins *vs* thérapeutes). Pour analyser la distribution des fonctions prépondérantes et secondaires, nous avons appliqué les tests exacts de Fisher (cf. Bolly et Degand, 2009, p. 13). Une étude précédente portant sur le marqueur *donc* a dévoilé un emploi différentiel entre médecins et thérapeutes ; considérant que *donc* peut être un indicateur de métier (spécifique à l'exercice de la médecine, cf. Delsart, Auriac-Slusarczyk et Pironom, 2020), nous formulons l'hypothèse que les rôles d'acteurs (médecins *vs* thérapeutes) différencient en contexte de soin leurs stratégies d'emplois de *mais*. Nous contrôlons la variable service (A/B/C) mais nous ne pouvons pas, en revanche, contrôler la variable genre, au vu du peu de soignants constituant notre échantillon (6 sujets et 2 conditions).

47 Les tests de Wilcoxon et Kruskal-Wallis sont des tests statistiques non paramétriques, permettant d'établir s'il existe une différence statistique significative entre deux et plus de deux moyennes respectivement (ici entre les deux rôles pour le premier test et entre les trois services pour le deuxième test). Ils sont davantage adaptés aux échantillons de petites tailles que leurs homologues paramétriques (tests de Student et ANOVA).

4. Résultats

Nous présentons les résultats quantitatifs (§ 4.1.) concernant les occurrences d'emploi de *mais* par les soignants en fonction des rôles (médecins *vs* thérapeutes) et services (A/B/C). Puis, nous présentons les résultats de l'étude qualitative (§ 4.2.1. et 4.2.2.) concernant les fonctions prépondérantes et secondaires, et le lien éventuel entre les deux. Enfin nous instruisons les éléments sur la fonction tertiaire (§ 4.2.3.).

4.1. Étude quantitative des occurrences d'emploi de *mais* par les soignants dans les différents services dans le corpus DECLICS2016

Sur les six échanges, on totalise 122 occurrences d'emploi de *mais* réparties entre les médecins et les thérapeutes (Tab. 3). Sur ces 122 occurrences d'emploi, 32 sont limitées à une fonction prépondérante unique, 80 comportent une bi-fonctionnalité (voir § 4.2.1. et § 4.2.2.) et 10 comportent une tri-fonctionnalité (voir § 4.2.3.).

Tableau 3 : Nombre brut et ratio/minutes/mots des occurrences d'emploi de *mais* par service et selon le statut du soignant

	Service A	Service B	Service C	Total	Moyennes
Médecins	15 (0.652) / (0.009)	23 (1.095) / (0.010)	6 (0.193) / (0.003)	44 (0.586) / (0.008)	14.67 (0.647) / (0.008)
Thérapeutes	23 (0.365) / (0.005)	21 (0.388) / (0.006)	34 (0.365) / (0.009)	78 (0.371) / (0.007)	26.00 (0.373) / (0.007)
Total	38 (0.441) / (0.006)	44 (0.586) / (0.008)	40 (0.322) / (0.007)	122 (0.428) / (0.007)	
Moyennes	19.00 (0.509) / (0.007)	22.00 (0.742) / (0.008)	20.00 (0.279) / (0.006)		

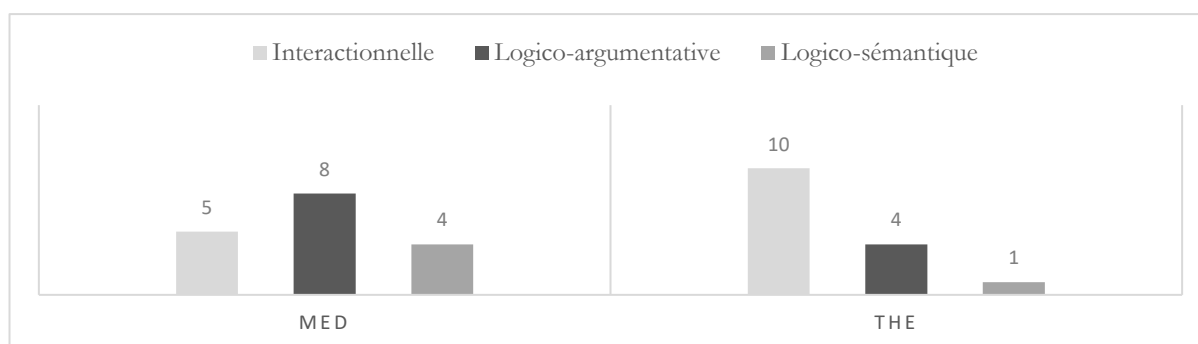
Légende : le ratio d'emploi par minute et le ratio d'emploi par rapport au nombre de mots (après le /) sont indiqués entre parenthèses.

Mis en rapport avec la durée moyenne de consultation médicale (24min) et d'entretien clinique (69 min), on comptabilise 14,67 emplois de *mais* en moyenne pour les médecins contre 26 emplois pour les thérapeutes ; soit une moyenne de 0,647 *mais* par minute pour la consultation et 0,373 *mais*

pour l'entretien clinique. Aucune différence n'est significative, que ce soit entre services ($p = 0.9639$ pour le nombre brut, $p = 0.2058$ pour les ratios d'emploi par minute et $p = 0.5647$ pour les ratios par mot) ou selon les rôles ($p = 0.2683$, $p = 0.6579$ et $p = 0.6625$ respectivement).

Concernant les 32 fonctions prépondérantes uniques employées par les soignants (cf. Fig.1), 53 % sont du fait des médecins et 47 % des thérapeutes. Les médecins, lorsqu'ils emploient une fonction prépondérante unique, privilégient la macro-fonction *logico-argumentative* (47 % des cas) alors que les thérapeutes privilégient la macro-fonction *interactionnelle-interlocutive* (67 % des cas).

Figure 1 : Fonctions prépondérantes uniques utilisées par les soignants



4.2. Étude qualitative de la poly-fonctionnalité du marqueur *mais* dans le corpus DECLICS2016

Nous détaillons la répartition des différentes fonctions prépondérantes (§ 4.2.1., Tab. 4 et Fig. 2), puis secondaires (§ 4.2.2., Tab. 5 et Fig. 3) et illustrons par un extrait caractéristique⁴⁸.

4.2.1. Les fonctions prépondérantes de *mais* dans le corpus DECLICS2016

Tableau 4 : Fonctions prépondérantes de *mais* dans le corpus

	Service A		Service B		Service C		Rôle	Service
	MED1	THE1	MED2	THE2	MED3	THE3	Total	Seuil p
Fonction interactionnelle, interlocutive								
Figement structuration conversationnelle	– 1	3	2	6	1	6	19 (33 %)	0.0722* 0.7111
Transition de tour de parole	2	7	4	1	0	3	17 (30 %)	0.6625 0.5647

⁴⁸ Il paraît plus essentiel de présenter les tendances chiffrées pour valider/invalidier ces proportions sur des études comparatives que proposer des illustrations d'extraits qui sont produites et accessibles dans le volume de thèse d'Aline Delsart.

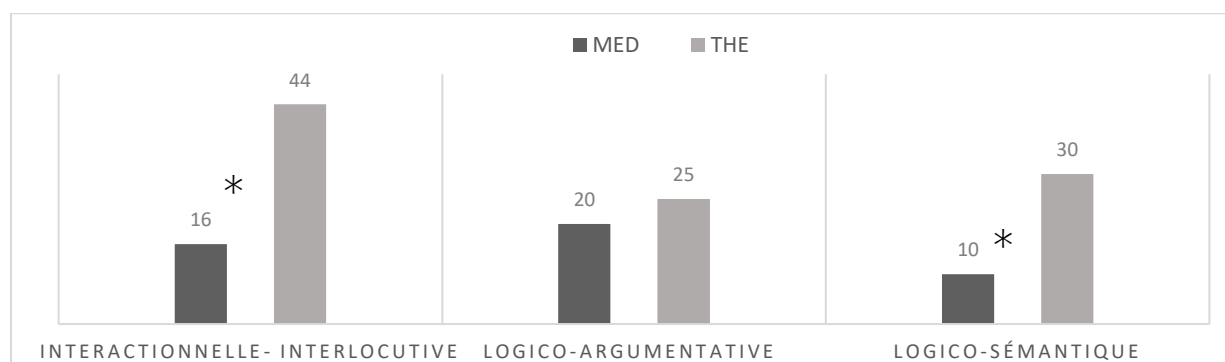
Changement d'orientation, de sujet	0	1	0	1	0	2	4 (7 %)	0.0593*	0.8825
Réactif	1	0	3	2	1	5	12 (21 %)	1.0000	0.2566
Phatique, segmentation	1	1	0	2	0	1	5 (9 %)	0.1573	0.7470
Total	5	12	9	12	2	17	57	0.0765*	0.9639
Fonction logico-argumentative à valeur adversative									
Opposition	1	1	4	3	0	1	10 (22 %)	1.0000	0.1229
Renforcement – renchérissement	1	2	1	1	1	4	10 (22 %)	0.1967	0.5220
Refus de conséquence	0	3	1	0	0	0	4 (9 %)	1.0000	0.5220
Concession	1	0	0	0	0	0	1 (2 %)	0.5050	0.3679
Modalisation	2	0	1	1	0	2	6 (13 %)	1.0000	1.0000
Appui de discours	1	2	6	2	0	3	14 (31 %)	0.6579	0.4973
Total	6	8	13	7	1	10	45	0.6625	0.6514
Fonction logico-sémantique									
Circonstancielle	2	2	0	3	1	6	14 (35 %)	0.1212	0.8632
Concaténation	1	4	1	4	0	2	12 (30 %)	0.0722*	0.6347
Rectification	1	2	0	1	4	4	12 (30 %)	0.6531	0.1154
Phatique métalinguistique	0	1	0	0	0	1	2 (5 %)	0.1876	0.5353
Appui l'orientation contraire	0	0	0	0	0	0	0 (0 %)	1.0000	1.0000
Total	4	9	1	8	5	13	40	0.0809*	0.5647
Total (fonctions de <i>mais</i>)	15	29	23	27	8	40	142		

Total d'emplois bruts de *mais* 15 23 23 21 6 34 122

Légende : pour le total, le ratio d'emploi calculé en pourcentage est présenté entre parenthèses après le nombre brut. Quand le seuil p est significatif il est assorti d'une * si tendanciel (entre 0.05 et 0.08) et de ** s'il est inférieur à 0.05.

Au plan des catégories fonctionnelles, la plus mobilisée par les médecins est la macro-fonction *logico-argumentative* pour 43 % des emplois, puis respectivement 35 % pour la macro-fonction *interactionnelle-interlocutive* et 22 % pour la fonction *logico-sémantique*. Concernant les thérapeutes, ils utilisent majoritairement la macro-fonction *interactionnelle-interlocutive* pour 43 % des emplois, puis respectivement 31 % pour la macro-fonction *logico-sémantique* et 26 % pour la macro-fonction *logico-argumentative*. Sur la base des tests de Wilcoxon et de Kruskal-Wallis, nous constatons une tendance significative au profit des macro-fonctions *interactionnelle* ($p = 0.0765$) et *logico-sémantique* ($p = 0.0809$) pour les deux rôles de soignants⁴⁹ (cf. Fig. 2). La différence significativement tendancielle porte sur l'usage interactionnel et sémantique de *mais* qui, dépendant du rôle de soignant, concerne notamment les fonctions de *figement* ($p = 0.0722$), de *changement d'orientation, de sujet* ($p < 0.0593$) et de *concaténation* ($p = 0.0722$). En revanche, la macro-fonction *logico-argumentative* de *mais* ne distingue pas les rôles.

Figure 2 : Nombre de catégories fonctionnelles prépondérantes utilisées par les médecins et les thérapeutes



Légende : les astérisques* rappellent que la différence est tendancielle significative (cf. Tab. 4).

Les extraits sélectionnés 4 et 5 ci-après illustrent ces tendances.

⁴⁹ Les valeurs p étant inférieures à 10 % mais supérieures au seuil de significativité de 5 %, on peut conclure qu'il existe une différence tendancielle significative entre les médecins et les thérapeutes ; ces derniers font davantage usage des macro-fonctions *interactionnelle* et *logico-sémantique*.

[4] – Service A

PAT1[0h02m23] : je partais un petit peu en arrière mais beaucoup moins

MED1[0h02m25] : c'est pire

PAT1[0h02m26] : ah oui là c'est beaucoup c'est beaucoup accentué

MED1[0h02m27] : ça c'est vrai que c'est : des choses qui sont difficiles à prévoir **mais** il arrive que la chirurgie aggrave euh

[5] – Service C

PAT3[1h25m02] : #2 un dossier comme ça #

THE3[1h25m03] : oui

PAT3[1h25m03] : et : et voilà {rires}

THE3[1h25m06] : **mais** ça c'est l'adversaire {ton interrogatif}

Dans l'extrait [4], le médecin emploie *mais* en activant une fonction prépondérante *logico-argumentative* de type *concession*, alors que dans l'extrait [5], le thérapeute emploie prioritairement *mais* comme marqueur *interactionnel interlocutif* de type *réactif*.

4.2.2. Lien entre fonctions prépondérantes et fonctions secondaires de *mais* dans le corpus DECLICS2016

Nous avons cherché à déterminer s'il existait un lien entre l'emploi de telle fonction prépondérante et de telle fonction secondaire. Les résultats sont présentés ci-après (Tab. 5), en précisant la distribution des fonctions secondaires de *mais*, telles qu'employées par les soignants selon qu'ils sont médecins ou thérapeutes.

Tableau 5 : Nombre et pourcentage de fonctions secondaires de *mais* utilisées respectivement par les médecins ou les thérapeutes

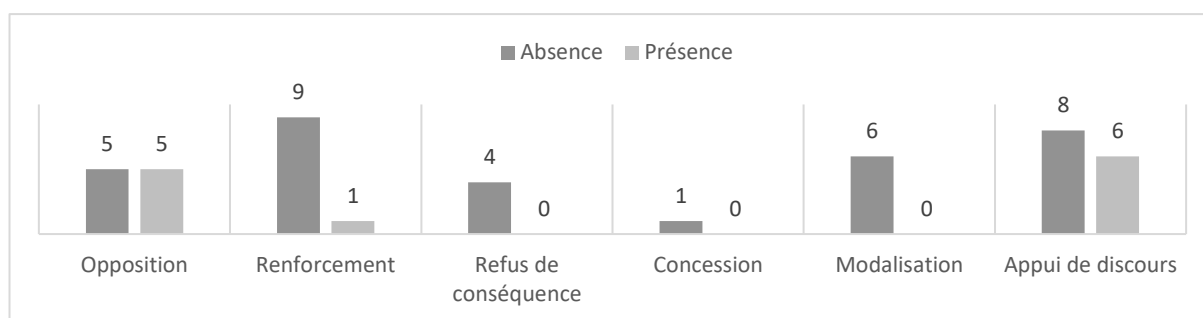
	Médecins	Thérapeutes	Total
Fonction interactionnelle-interlocutive	2 (20 %)	8 (80 %)	10
Fonction logico-argumentative	11 (31 %)	25 (69 %)	36
Fonction logico-sémantique	12 (35 %)	22 (65 %)	34

Légende : ratio d'emploi calculé en pourcentage est présenté entre parenthèses après le nombre d'occurrences brut.

Il n'y a pas de différence significative d'emploi différenciant les médecins et thérapeutes ($p = 0.6518$) quant à la fonction secondaire qu'ils activent pour *mais* dans leurs discours respectifs. On constate en revanche un lien tendanciel significatif qui relie la fonction prépondérante *logico-argumentative* et le type *circonstanciel* de la fonction secondaire *logico-sémantique* : en fait, les *mais* employés dans une fonction prépondérante de type *opposition* ou *appui de discours* ont davantage de chance d'être associés à une fonction secondaire de type *circonstanciel* ($p = 0.0733$).

D'un point de vue pragmatique, il semble que *mais* permette au locuteur de planifier son discours ; ce faisant, en pensant et en entendant simultanément ses propres propos, lui vient l'idée de préciser les circonstances de ce qu'il objecte (*opposition*) ou pointe (*appui de discours*). C'est en quelque sorte le souci même d'ajustement à son auditeur, qui, au-delà d'une politesse linguistique (*cf.* Goffman, 1973), forcerait un ajustement cognitif (*précisions circonstancielles*) progressif au besoin d'entendement du patient/auditeur. Le tour indique, là, une pédagogie médicale en train de se faire.

Figure 3 : Présence *vs* absence d'une fonction secondaire de type circonstanciel par rapport à chacune des fonctions prépondérantes de la macro-fonction *logico-argumentative*



Légende : est porté le nombre d'occurrence brut pour chaque fonction secondaire circonstancielle telle que surajoutée à chacune des six catégories de fonctions logico-argumentatives prépondérantes de *mais*

Les extraits [6], [7] et [8] ci-dessous illustrent ce lien entre emplois *logico-argumentatifs* et *circonstanciels*.

[6] – Service A

PAT1[0h17m28] : oui voilà bien sûr

THE1[0h17m30] : rentrer un moment **mais** là c'est vraiment vous qui me parlez de ce que de ce que vous

[7] – Service B

MED2[0h11m06] : ouais + c'est ça c'est que vous voulez pas forcer **mais** après l'idée c'est + peut-être manger moins

[8] – Service C

THE3[1h32m20] : indépendamment de la maison + il y aura ce qu'il vient consolider aussi la maison parce que je pense que : vous êtes : tout à fait prêt pour ça + **mais** que là {bruit de bouche} #1 il y a un évènement #

Dans les extraits [6] et [7], *mais* a une fonction prépondérante *logico-argumentative* de type *opposition* et une fonction secondaire *logico-sémantique* de type *circonstanciel*.

Les éléments co-textuels (*là*, *après*), accompagnant les occurrences de *mais*, s'interprètent comme des effets d'insistance, qui enrôlent autrui dans le déroulement des conséquences. Dans l'extrait [8], *mais* a une fonction prépondérante *logico-argumentative* de type *appui de discours* et une fonction secondaire *logico-sémantique* de type *circonstanciel*.

4.2.3. Les emplois trifonctionnels de *mais* dans le corpus DECLICS2016

Sur les 8.2 % d'emplois trifonctionnels de *mais* (10 sur 122), on observe deux patterns distincts. Pour le premier, *mais* est employé avec une fonction prépondérante *interactionnelle-interlocutive*, secondaire *logico-sémantique* et tertiaire *logico-argumentative*. Ce pattern correspond à quatre occurrences d'emploi sur les dix répertoriées (occurrences 2, 5, 6 et 10). Pour le second, *mais* est employé avec une fonction prépondérante *interactionnelle-interlocutive*, secondaire *logico-argumentative* et tertiaire *logico-sémantique*. Ce pattern correspond à trois (3, 8 et 9) des dix occurrences concernées.

Tableau 6 : Répartition fonctionnelle des dix emplois trifonctionnels de *mais*

Occurrences situées/fonctions	F° prépondérantes	F° secondaires	F° tertiaires
1 THE1 – Service A	*Renforcement-renchérissement	Transition tour de parole	Circonstancielle
2 THE1 – Service A	*Transition tour de parole	Concaténation (archi-connecteur)	Renforcement-renchérissement
3 THE1 – Service A	*Figement – structuration conversationnelle	Appui de discours	Phatique métalinguistique
4 THE2 – Service B	Opposition	Circonstancielle	Réactif
5 THE2 – Service B	*Transition tour de parole	Concaténation	Renforcement-renchérissement
6 THE2 – Service B	*Figement – structuration conversationnelle	Circonstancielle	Opposition
7 MED3 – Service C	Circonstancielle	Réactif	Renforcement-renchérissement
8 THE3 – Service C	*Réactif	Modalisation	Restriction de sens
9 THE3 – Service C	*Réactif	Modalisation	Restriction de portée
10 THE3 – Service C	*Changement d'orientation, de sujet	Concaténation (archi-connecteur)	Appui de discours

Légende : les trois services sont distingués par le mode grisé ; les fonctions prépondérantes interactionnelles sont repérées par astérisque *

On remarque que dans la quasi-totalité des cas (9/10), ce sont les thérapeutes qui utilisent la trifonctionnalité du marqueur *mais* (cf. extrait [9] ci-dessous). Dans la majorité des cas de trifonctionnalité, la catégorie fonctionnelle prépondérante est de nature *interactionnelle* (8 cas sur 10).

Les thérapeutes, prompts à activer le souci de l'autre propre à leur déontologie professionnelle, emploieraient majoritairement la fonction prépondérante *interactionnelle*, afin, selon nous, d'entrôler autrui dans leur discours, la fonction *logico-argumentative* de *mais* apparaissant ainsi uniquement secondairement. Seul le médecin 3 du service C (occurrence 7) a occasionnellement utilisé la trifonctionnalité de *mais*, en activant pour sa part un emploi prépondérant *logico-sémantique* de type *circonstanciel*. Dans l'extrait illustratif [9], le marqueur *mais* a une fonction prépondérante *interactionnelle-interlocutive*, une fonction secondaire *logico-argumentative* et une fonction tertiaire *logico-sémantique*.

[9] – Service A

THE1[0h56m42] : juste comme ça pour revenir dans votre enfance dans laquelle et votre adolescence qui nous a quand même bien un petit peu montré l'ambiance dans laquelle un petit peu de manière difficile vous avez vécu **mais** bon + toutes les enfances et toutes ont leur part

Les thérapeutes semblent ainsi se saisir d'une opportunité *interactionnelle* qu'ils aménagent pour introduire des macro-fonctions *argumentative* ou *sémantique* caractérisant secondairement *mais*. *Mais* intervient probablement pour assurer le rôle de thérapeute que Roulet *et al.* (1985) auraient qualifié d'acte essentiellement *réactif* au plan de la structuration du dialogue, acte destiné alors à mobiliser tout particulièrement l'interlocuteur (ici le patient), la contradiction *argumentative* ou *sémantique* portée par *mais* restant alors complémentaire, seconde.

5. Discussion

Les résultats issus de l'étude quantitative (§ 4.1.) montrent que les rôles tendent à se distinguer : le médecin emploie davantage le marqueur *mais* que le thérapeute. Cette différence pourrait s'expliquer par la capacité du médecin à raisonner, poser un diagnostic (*cf.* Jouquan, Parent et Audétat, 2013 ; Audétat, Laurin et Sanche, 2011). Nous supposons ainsi qu'avec davantage d'occurrences d'emploi de *mais* (122 occurrences dans notre étude), nous observerions une différence éventuellement significative entre médecin et thérapeute dans l'emploi quantitatif de *mais*. Si nous comparons nos résultats aux études précédentes concernant les emplois en conversation ordinaire (*cf.* Chanet, 2003), les médecins et les thérapeutes produisent moins d'occurrences de *mais* que le sujet français tout venant (0.6/min dans une consultation *vs* 0.3 dans un entretien clinique contre 1.43/min dans une conversation tout venant ordinaire) ; on peut conclure que la fréquence d'emploi de *mais* dans un contexte de soin se différencie du parler français standard (*cf.* les travaux de Blanche-Benveniste *in* Chanet, 2003). Par ailleurs, si l'on compare nos résultats de cette étude sur *mais* avec l'étude précédente conduite sur le marqueur *donc*, *mais* montre une différence quantitative d'emplois plus accrue entre médecin et thérapeute qu'elle n'était apparue pour *donc* (*cf.* Delsart, Auriac-Slusarczyk et Pironom, 2020) ; *mais* serait par conséquent un

marqueur de genre de discours (consultation médicale *vs* entretien clinique) plus saillant ou relié aux rôles que *donc*. L'étude de *donc* avait permis de révéler que ce marqueur caractérisait davantage l'entretien clinique, soit le rôle de thérapeute. Ici, *mais* différencie la consultation médicale, non seulement de l'entretien clinique mais aussi de la conversation ordinaire : les emplois de *mais* par les médecins ne suivent pas uniquement la logique naturelle (Grize, 1998). Si la logique ordinaire, naturelle, initiée en conversation active l'usage de *mais*, les médecins privilégient clairement une logique argumentative, issue de leur habitude de raisonnement diagnostique et clinique (*cf.* Audétat, Laurin et Sanche, 2011) : nous pourrions dire qu'ils s'approchent des usages de type professoraux (*cf.* Bouchard, 2002). Il nous semble que *mais* pourrait être un marqueur, si ce n'est idéal, en tout cas intéressant pour décrire la relation de soin et différencier les emplois professionnalisant (médecins *vs* thérapeutes) des emplois ordinaires (humain adulte tout venant).

Les résultats issus de l'étude qualitative (§ 4.2.1. et 4.2.2.) révèlent que les soignants activent des fonctions *prépondérantes* différentes, dépendant des rôles. Le médecin *argumente* alors que le thérapeute préférentiellement *converse*, *interagit* et *réagit* au discours du patient. Les professionnels soignants utilisent ainsi des stratégies divergentes servant une négociation des savoirs et pouvoirs différemment organisés et distribués pour conduire une relation de soin. *Mais* distingue ainsi la performance clinique des médecins et des thérapeutes. Si l'on s'intéresse au fonctionnement de *mais* liant fonctions *prépondérantes* et *secondaires*, nos résultats mettent en évidence que les soignants relient la fonction prépondérante *argumentative* assez régulièrement à la fonction secondaire *logico-sémantique* de type *circonstanciel*. L'emploi *argumentatif* de *mais* s'accompagne ainsi de précisions *sémantiques circonstancielles secondaires* notamment quand l'argumentation sert une *opposition* ou bien quand elle marque *l'avancée du discours* (fonction de type *appui de discours*) ; ceci laisse ainsi apercevoir le caractère professionnalisant des emplois de *mais* en contexte de soin. Il semble délicat pour un médecin comme pour un thérapeute d'exprimer son point de vue sans ajouter les *circonstants* qui éclairent les *oppositions*, précisent *l'orientation*, accompagnent la stratégie destinée à *convaincre* le patient de choisir l'alternative proposée via l'emploi de *mais*. En ce sens, médecins comme thérapeutes, même s'ils sous emploient *mais* au regard du parler ordinaire (*cf.* plus haut), choisissent des emplois produisant des effets perlocutoires plus ciblés : *argumenter* et préciser les *circonstances* de compréhension de ce qui est avancé vont de pair.

Enfin, la tri-fonctionnalité du marqueur *mais* (§ 4.2.3.) marque une tendance lourde avec 90 % d'emplois recensés chez les seuls thérapeutes. Ces derniers pratiquent ainsi, selon notre interprétation et cotation, une négociation plus ouverte à l'*interactivité*, et qui laisse alors davantage de marge d'interprétation au patient dès l'emploi de *mais* avéré dans le discours tenu par le clinicien ;

alors que les médecins pratiqueraient, pour leur part, une négociation davantage orientée, plus *argumentative* et *logico-sémantique*, réduisant la part *interactionnelle* dans leur économie discursive.

L'ensemble de ces résultats méritera validation, en étendant si possible la portée des données *via* un échantillon plus ample de sujets (thérapeutes comme médecins spécialisés dans le suivi de maladies chroniques) ; la configuration actuelle du corpus DECLICS2016 ne permet pas encore cette extension (voir Auriac-Slusarczyk et Delsart, 2021).

6. Perspective

« ... *mais encore* ! »

On peut, en termes de perspectives, s'interroger : est-ce que les stratégies des soignants découvertes dans notre étude ont une répercussion sur la place qu'occupe le patient dans la relation de soin ? On gagnerait à vérifier cette idée pour préciser l'étude menée sur les stratégies interactionnelles *vs* argumentatives *vs* sémantiques utilisées par les soignants, en introduisant la part qui revient aux stratégies discursives des patients. Nul doute que l'étude des emplois croisés de *mais* entre patients et soignants compléterait la présente étude, en affinant ainsi la spécificité des rapports de places construits et/ou entretenus entre soignants et patients, et ce, dans le double contexte de la consultation médicale et de l'entretien clinique, voire la spécificité des services (A/B/C) et donc de la pathologie chronique en jeu.

De même, nul doute qu'une étude croisée des emplois respectifs des deux marqueurs les plus employés en français parlé ordinaire, à savoir *mais* et *donc* (*cf.* Chanet, 2003) permettrait d'accroître la portée de la présente étude, comme d'en préciser les éventuelles limites. Si l'on se réfère aux études interlocutoires que nous avons amorcées (*cf.* Delsart et Auriac-Slusarczyk, 2020), l'étude des stratégies interlocutoires liées aux occurrences d'emplois révélant la polyfonctionnalité de marqueurs de cohérence, comme *mais* et *donc*, pourrait apporter des résultats précieux et complémentaires à la présente contribution. Il s'agirait peut-être de saisir les effets de sens et la portée pragmatique de certains emplois, au sein de séquences interactionnelles plus longues que les seuls co-textes ici considérés. De même, l'introduction d'autres éléments de co-texte, par exemple l'intonation (Lacheret, 2011), pourrait servir à affiner l'interprétation polyfonctionnelle de *mais* (et *donc*). Enfin, analyser dans une prochaine étude à partir de l'extension du corpus DECLICS2016 (*cf.* Auriac-Slusarczyk & Delsart, 2021) l'interprétation de nouvelles occurrences de *mais*, en introduisant des jugements d'acceptabilité croisés intégrant les subtilités des nuances énonciatives telles que travaillées dans le champ de la polyphonie (Nølke, 1993, 1994 ; Fløttum, 2000), permettrait peut-être de mieux cerner la polyfonctionnalité de *mais*, située en contexte de soin. La

question de la portée énonciative de *mais* (et *donc*) serait ainsi intégrée aux études interlocutoires qui restent à mener.

Bibliographie

ADAM Jean-Michel, 1990, *Éléments de linguistique textuelle : théorie et pratique de l'analyse textuelle*, Bruxelles-Liège, Mardaga.

ANSCOMBRE Jean-Claude, 2017, *Opérateurs discursifs du français : éléments de description sémantique et pragmatique*, Berne, Peter Lang.

ANSCOMBRE Jean-Claude & DUCROT Oswald, 1977, « Deux mais en français ? », *Lingua*, vol. 43, p. 23-40.

ANSCOMBRE Jean-Claude, DONAIRE María Luisa & HAILLET Pierre-Patrick (dir.), 2013, *Opérateurs discursifs du français : éléments de description sémantique et pragmatique*, Berne, Peter Lang.

AUHLIN Antoine, 1981, « Mais heu, pis bon, ben alors voilà, quoi ! Marqueurs de structuration de la conversation et complétude », *Cahiers de linguistique française*, n° 2 : « Les différents types de marqueurs et la détermination des fonctions des actes de langage en contexte », p. 141-159.

AUDÉTAT Marie-Claude, LAURIN Suzanne & SANCHE Gilbert, 2011, « Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique - I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique », *Pédagogie Médicale*, vol. 12, n° 4, p. 223-229.

AURIAC-SLUSARCZYK Emmanuèle & DELSART Aline, 2021, « Des discours authentiques singuliers aux scénarios de formation pour les médecins : quelle méthode d'exploitation pragmatique du corpus DECLICS2016 », *Corpus* [en ligne], n° 22, disponible sur : <https://journals.openedition.org/corpus/5960>.

AUSTIN John Langshaw, 1962, *How to do things with words*, Oxford, Oxford University Press.

BATT Martine, TROGNON Alain & VERNANT Denis, 2003, « Quand l'argument effleure la conviction : analyse interlocutoire d'une croyance dans un entretien de médecine prédictive », *Psychologie de l'interaction*, n° 17-18, p. 1-27.

BLANCHE-BENVENISTE Claire, 1996 « De l'utilité du corpus linguistique », *Revue française de linguistique appliquée*, vol. 1, n° 2, p. 25-42.

BLANCHE-BENVENISTE Claire & JEANJEAN Colette, 1987, *Le français parlé : transcription et édition*, Paris, Didier Érudition.

BOLLY Catherine & DEGAND Liesbeth, 2009, « Quelle(s) fonction(s) pour *donc* en français oral ? Du connecteur conséquentiel au marqueur de structuration du discours », *Linguisticae Investigationes*, vol. 1, n° 32, p. 1-32.

BOUCHARD Robert, 2002, « *Alors, donc, mais...*, “particules énonciatives” et/ou “connecteurs” ? Quelques considérations sur leur emploi et leur acquisition », *Syntaxe et sémantique*, n° 3, vol. 1, p. 61-73.

CARON Jean, 1984, « Les opérateurs discursifs comme instructions de traitement », *Verbum*, tome 7, n° spécial, p. 149-164.

CARON-PARGUE Josiane et AURIAC Emmanuèle, 1997, « Étude psycholinguistique de la marque conversationnelle “bon” dans une interaction cognitive », in Josie Bernicot, Josiane Caron-Pargue & Alain Trognon, *Conversation, interaction et fonctionnement cognitif*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, p. 151-185.

CHANET Catherine, 2003, « Fréquence des marqueurs discursifs en français parlé : quelques problèmes de méthodologie », *Recherches sur le français parlé*, n° 18 : « Autour du corpus de référence du français parlé », p. 83-106.

CHEVALIER Gisèle, 2007, « Les marqueurs discursifs réactifs dans une variété de français en contact intense avec l'anglais », *Langue française*, vol. 154, n° 2 : « Les marqueurs discursifs », p. 61-77.

COSNIER Jacques, 1993, « Les interactions en milieu soignant », in Cosnier Jacques, Michèle Grosjean & Michèle Lacoste (dir.), *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 17-32.

CULIOLI Antoine, 1990, *Pour une linguistique de l'énonciation*, Paris, Ophrys.

DELSART Aline, 2020, « Les statuts des locuteurs dévoilés par l'usage des répétitions locales en contexte de soin », *Espaces Linguistiques* [en ligne], n° 1 : « Dis-moi ce que tu répètes, je te dirai qui tu es », disponible sur : <https://www.unilim.fr/espaces-linguistiques/79>.

DELSART Aline & AURIAC-SLUSARCZYK Emmanuèle, 2020, « Étude pragmatique de la relation médecin/patient à partir de données orales authentiques », *Actes du 7^e Congrès Mondial de Linguistique Française* [en ligne], vol. 78, université de Montpellier, disponible sur : <https://doi.org/10.1051/shsconf/20207801005>.

DELSART Aline, AURIAC-SLUSARCZYK Emmanuèle & PIRONOM Julie, 2020, « Les emplois de *donc* au C.H.U : étude linguistique appliquée au contexte de soin », *Discours*, n° 28.

DO Marine et BISSIÈRES Colette, 2018, « L'observance à l'épreuve du soin éducatif : la posture de patient-réflexif en question », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, n° 39 : « Apprendre des interactions de soin », p. 71-88.

DOMINICE Pierre, 2010, « Du silence de la souffrance à la parole des patients », *Le sujet dans la cité*, vol. 1, n° 1 : « Écouter la souffrance, entendre la violence », p. 107-119.

DUCROT Oswald (dir.), BRUXELLES Sylvie, FOUQUIER Éric, GOUAZÉ Jean, DOS REIS NUNES Geraldo, RÉMIS Anna, SIRDAR-ISKANDAR Christine, BOURCIER Danièle, MAURY Luc, NGUYEN Thanh Binh & RAGUNET DE SAINT ALBAN Laurence, 1980, *Les mots du discours*, Paris, Éditions de Minuit.

FLØTTUM Kjersti, 2000, « Combining linguistic and literary perspectives on Polyphony. A methodological challenge », in Michel Olsen, *Polyphonie – linguistique et littéraire*, Roskilde, Samfundslitteratur Roskilde, p. 15-30.

FOURNIER Cécile, KERZANET Sandra, 2007, « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », *Santé publique*, vol. 19, n° 5, p. 413-425.

GHIGLIONE Rodolphe, BEAUVOIS Jean-Léon & BLANQUET Claude, 1977, « Théorie des places et production du discours », *Sociologie du travail*, vol. 19, n° 1, p. 23-40.

GIANCARLI Pierre-Don, 2017, « Les coordonnants adversatifs ben-mais-but en acadien traditionnel et en chiac du sud-est du Nouveau-Brunswick, Canada », *Cahiers FoReLLIS - Formes et Représentations en Linguistique, Littérature et dans les arts de l'Image et de la Scène* [en ligne], n° 14 : « Complexité syntaxique et sémantique, études de corpus », disponible sur : <https://cahiersforell.edel.univpoitiers.fr/cahiersforell/index.php?id=475> (consulté le 4 septembre 2020).

GOFFMAN Erwing, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, tome 2, traduit de l'anglais par Alain Khim, Paris, Minuit.

GOFFMAN Erwing, 1988, *Les moments et leurs hommes*, textes recueillis et présentés par Yves Winkin, Paris, Seuil-Minuit.

GOLDER Carole & FAVART Monik, 2003, « Argumenter c'est difficile... Oui, mais pourquoi ? Approche psycholinguistique de la production argumentative en situation écrite », *Éla. Études de linguistique appliquée*, vol. 2, n° 130 : « Approches du français, langue maternelle », p. 187- 209.

GÓMEZ-JORDANA FERARY Sonia et ANSCOMBRE Jean-Claude, 2015, « Introduction : *Dire et ses marqueurs* », *Langue française*, vol. 2, n° 186 : « *Dire et ses marqueurs* », p. 5-12.

GRIZE Jean-Blaise, 1998, « Logique naturelle, activité de schématisation et concept de représentation », *Cahiers de praxématique*, n° 31 : « Linguistique et représentation(s) », p. 115-125.

JOUQUAN Jean, PARENT Florence & AUDÉTAT Marie-Claire, 2013, « Des analogies entre le raisonnement médicale et l'évaluation formative », *Revue française de linguistique appliquée*, vol. 18, n° 1 : « Évaluation et enseignement : pour quels objectifs ? par quels moyens ? », p. 93-106.

KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, 1984, « Les négociations conversationnelles », *Verbum*, tome 7, fascicule 2-3, Nancy, Presses universitaires de Nancy, p. 223-243.

KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, 1987, « La mise en place », in Jacques Cosnier & Catherine Kerbrat-Orecchioni (dir.), *Décrire la conversation*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 319-352.

KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, 1990/1992, *Les interactions verbales*, Tomes I et II, Paris, Armand Colin.

KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, 2005, *Le discours en interaction*, Paris, Armand Colin.

LACHERET Anne, 2011, « Le corps en voix ou l'expression prosodique des émotions », *Évolutions Psychomotrices*, n° 90, p. 25-37.

LACOSTE Michèle, 1993, « Langage et interaction : le cas de la consultation médicale », in Jacques Cosnier, Michèle Grosjean & Michèle Lacoste (dir.), *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins*, Presses universitaires de Lyon, p. 33-61.

LANDRÉ Agnès & FRIEMEL Edouard, 1998, « Opérateurs et enjeux discursifs », *Langages*, n° 132 : « Cognition, catégorisation, langage », p. 108-123.

LÉON Jacqueline, 2008, « Aux sources de la "Corpus Linguistics" : Firth et la London School », *Langages*, n° 171, p. 12-33.

MARCHELLO-NIZIA Christiane, 2009, « Grammaticalisation et pragmatification des connecteurs de concession en français : *cependant, toutefois, pourtant* », *Revue roumaine de linguistique*, LIV, n° 1-2, p. 7-20.

MOREL Mary-Annick, 1996, cité par MELEUC Serge, 1998, « La concession en français, "Français l'essentiel" », *Ophrys, L'Information Grammaticale*, n° 78, p. 62.

NØLKE Henning, 1993, *Le regard du locuteur. Pour une linguistique des traces énonciatives*, Paris, Kimé.

NØLKE Henning, 1994, *Linguistique modulaire : de la forme au sens*, Louvain, Peeters.

PONCHON Thierry, 1990, « Observation sur le connecteur mais en français médiéval », *L'information grammaticale*, n° 46, p. 47-51.

PRÉAU Marie & SIMÉONE Arnaud (dir.), 2018, *De l'expertise scientifique à l'expertise profane. Postures, enjeux et méthodes dans le champ de la psychologie de la santé*, Lyon, Archives contemporaines.

ROSSARI Corinne, 1992, « De l'exploitation de quelques connecteurs reformulatifs dans la gestion des articulations discursives », *Pratiques : linguistique, littérature, didactique*, n° 75, p. 111-125.

ROSSARI Corinne, 2000, *Connecteurs et relations de discours : des liens entre cognition et signification*, Nancy, Presses universitaires de Nancy.

ROULET Eddy, AUCLIN Antoine, MOESCHLER Jacques, SCHELLING Marianne & RUBATTEL Christian, 1985, *L'articulation du discours en français contemporain*, Berne, Peter Lang.

SCHLAMBERGER BREZAR Mojca, 2002, « Le rôle syntaxique et pragmatique des connecteurs dans le discours argumentatif français », *Linguistica*, vol. 42, n° 1, p. 89-110.

SCHLAMBERGER BREZAR Mojca, 2005, « Mais - inverseur d'orientation argumentative. Mais justement ? », *Faits de langues*, n° 25 : « L'exception, entre les théories linguistiques et l'expérience », p. 147-150.

SCHLAMBERGER BREZAR Mojca, 2012, « Les marqueurs discursifs “mais” et “alors” en tant qu'indicateurs du degré de l'oralité dans les discours officiels, les débats télévisés et les dialogues littéraires », *Linguistica*, vol. 52, n° 1 : « Le discours parlé », p. 225-237.

SEARLE John Roger, 1972, *Les actes de langage. Essai de philosophie du langage*, Paris, Hermann.

TOURETTE-TURGIS Catherine & THIEVENAZ Joris, 2013, « La reconnaissance du “travail” des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'ère nouvelle*, vol. 46, n° 4 : « Les rapports entre professionnalisation, évaluation et reconnaissance professionnelle », p. 69-87.

TOURETTE-TURGIS Catherine, PEREIRA PAULO Lennize & VANNIER Marie-Paule, 2019, « Quand les malades transforment leur expérience du cancer en expertise disponible pour la collectivité », *Vie sociale*, vol. 1-2, n° 25-26 : « La participation des personnes accompagnées à la formation professionnelle », p. 159-177.

TRAVERSO Véronique, 1999, *L'analyse des conversations*, Paris, Éditions Nathan.

TROGNON Alain, 1988, « Comment représenter l'interaction », in Nadine Gelas, Jacques Cosnier & Catherine Kerbrat-Orecchioni, *Échanges sur la conversation*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 19-31.

TROGNON Alain, 2003, « La logique interlocutoire. Un programme pour l'étude empirique des jeux de dialogue », *Questions de communication*, n° 4, p. 411-425

VANDERVEKEN Daniel, 1990, *Meaning and Speech Acts : Volume 1, Principles of Language Use*, Cambridge University Press.

VERGELY Pascale, CONDAMINES Anne, FABRE Cécile, JOSSELIN-LERAY Amélie, REBEYROLLE Josette & TANGUY Ludovic, 2009, « Analyse linguistique des interactions patient/médecin », in Catherine Félix & Julien Tardif (dir.), *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, Nice, disponible sur : <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=750> (consulté le 26 août 2020).

VINCENT Diane, 1993, *Les ponctuants de la langue et autres mots du discours*, Québec, Nuit Blanche.