



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 Micheline, 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)