

Echanges verbaux dans la co-action médicale aux soins à domicile

Patchareerat YANAPRASART

Universités de Fribourg et de Neuchâtel

0. INTRODUCTION

Cet article s'inscrit dans une recherche interdisciplinaire visant une meilleure compréhension des échanges verbaux ou des interactions en face à face entre soignants et soignés dans un lieu de soin particulier, les soins à domicile. Nous nous intéressons en premier lieu à différents aspects de la mise en contexte du langage de spécialité en usage dans les soins. En deuxième lieu, notre étude porte sur un phénomène interactionnel particulier : la co-action et la co-construction du savoir-faire spécifique. Nous partons de l'hypothèse que, dans le domaine des soins, les soignants, bien qu'ils soient à la fois transmetteurs et évaluateurs de savoirs, ne sont pas les détenteurs uniques des savoirs. Nous pensons que les soignés méritent d'être considérés comme partenaires de soin. Dans ce sens, le monde social est inséparable du monde médical, et la reconnaissance des trajectoires individuelles de chaque interactant aussi bien en tant que soignant que soigné joue un rôle considérable pour mener à bien les soins.

1. SOIN A DOMICILE : CONTEXTE ET TERRAIN D'ETUDE¹

Même si les soins à domicile semblent favoriser la prise en charge thérapeutique dans la mesure où cela demande très peu d'efforts au patient de s'approprier les règles de fonctionnement particulières à la culture de soin – il reste dans un territoire habituel sans rupture avec l'extérieur –, le travail dans cet espace de soins exige par contre une qualité et une expérience de plusieurs années de la part des acteurs de la santé, qui se trouvent sans l'appui direct de l'équipe. Comme l'évoque une soignante, «on travaille seul, fait face seul en toutes situations». La complexité ne se situe pas seulement dans les tâches qui sont instantanées et dimensionnellement multiples, mais aussi dans la gestion du territoire et des relations. En d'autres termes, à l'hôpital, il y a des protocoles.

Avant j'ai travaillé à l'hôpital. Et c'est sûr que la prise en charge, elle était beaucoup plus complexe à domicile. Parce qu'à l'hôpital, on ne se pose pas toutes ces questions. On s'en pose peut-être d'autres. Mais quand on rentre dans la chambre, on ne se demande pas tout ce qu'il y a autour du patient. Comment on va se prendre en charge. S'il va accepter la façon de pansement, il n'a rien à dire. On ne lui demande même pas. On arrive à faire le pansement. (E-SAD2.2)

Par ailleurs, la gestion et la responsabilité du temps ne sont pas du tout les mêmes. A l'hôpital, le patient ne négocie pas la visite du médecin ; à la maison, il négocie la visite de l'infirmière.

Ce n'est pas facile d'arriver parce qu'ils se sentent aussi plus forts, ils sont à leur domicile. Et il y en a beaucoup qui disent 'moi, j'ai toujours fait comme ça, je continuerai à faire comme ça.' je ne sais pas s'ils le diraient à l'hôpital. Tandis qu'à domicile, ils sont vraiment chez eux. C'est eux qui décident. Et ils ont raison. (E-SAD2.2)

Suite au vieillissement de la population et à une diminution et une réduction des hospitalisations, les demandes de soins à domicile se multiplient. Ce mode de prise en charge est adéquat dans le sens où «la personne est dans son environnement le plus sécurisé», voire «le

¹ Projet DORE 101035 (FNS, CTI et fonds privés : Services psychiatriques du Jura Bernois et de Bienne-Seeland et Hôpital du Jura Bernois)

mieux de tout» d'après une interlocutrice. D'après une soignante, on guérit plus vite quand on est dans son environnement, près de sa famille. Une autre a constaté qu'il y a beaucoup moins de risques de chute à la maison que dans un home médicalisé. Les patients ont leurs repères, comme en témoigne P ci-dessous :

464Inf et vous descendez tranquillement²

465P oui je descends tranquillement

466Inf pas de risques hein/

467P non non oh/ vous savez j'ai l'habitude des des escaliers . à Genève c'est la même chose (P-SAD1.3)

A l'inverse de la relation à l'hôpital, la relation soignant – soigné à domicile est beaucoup plus symétrique. Les soignants, quand ils vont chez les patients, endossent aussi un rôle de visiteur. Par exemple, il faut frapper à la porte ou sonner avant d'entrer, se laver les mains à un endroit convenu, faire attention au chien. Il y a une large place pour la négociation et la réadaptation continue des soins.

Ces différentes observations nous permettent de formuler déjà les deux réflexions suivantes.

Premièrement, aux yeux des infirmières interrogées, leur rôle apparaît à la fois plus simple et plus complexe que dans une situation hospitalière. En fait, si la tâche semble plus simple (par exemple, règles d'hygiène et/ou de désinfection moins pointues), le rôle lui-même va moins de soi et le travail donne davantage lieu à négociation.

Deuxièmement, dans ce monde para-institutionnel ou « interstitiel », la distribution de l'expertise entre soignants et patients est davantage reconnue et utilisée. Les infirmières doivent elles-mêmes

² Conventions de transcription

/\	intonation, montante et descendante
LE	accent d'insistance
:	allongement de la syllabe
... ... (3 sec.)	pauses plus ou moins longues
[chevauchement ou enchaînement rapide
X	segment non compris
(le?)	transcription incertaine
E-SAD	entretiens avec des soignants aux soins à domicile
P-SAD	prélèvements d'interactions aux soins à domicile

modifier leurs méthodes de soin en partant des connaissances que possèdent les patients et en essayant de les enrichir avec les leurs pour trouver la solution idéale, comme le constate cette infirmière :

Quand on va à domicile, de nouveau on ne peut pas aller avec notre savoir 'voilà il faut faire comme ci comme ça'. On part vraiment de leurs connaissances à eux et après on essaie d'enrichir avec les nôtres pour trouver la solution idéale.

(...) Alors on essaie d'avoir une autre approche. Ça veut dire qu'on regarde comment ils vivent, quelles sont leurs attentes, quelles sont leurs représentations symboliques de l'ulcère, etc. et après on met une stratégie pour soigner cet ulcère. (...) Donc elle avait l'impression de participer au soin. Elle avait l'impression que moi je la respectais, sa connaissance à elle. Et après elle a accepté qu'on mette nos pansements à nous. Mais si on mettait que nos pansements à nous avec nos trucs, ça ne passait pas. (E-SAD2.2)

Nous voyons ici que la patiente s'est permis d'orienter les soins à sa manière. L'important n'est pourtant pas de savoir si sa technique à elle est efficace ou non, mais d'obtenir son consentement, sa participation au soin et ensuite sa confiance en une technique moderne. Elle a été initiée petit à petit au savoir médical apporté sans avoir l'impression que son propre savoir était dédaigné.

Ces réflexions sur les soins à domicile nous amènent à nous intéresser aux échanges verbaux entre soignants et patients au cours des soins, en particulier au processus de co-action et de co-construction du savoir-faire spécialisé. Pour commencer, nous nous penchons sur quelques principes d'organisation de l'interaction en face à face et la description de situations de prises en charge à domicile sous l'angle de l'échange verbal.

2. ECHANGE VERBAL OU INTERACTION EN FACE A FACE

L'une des composantes importantes de l'échange verbal dans une situation donnée est la transmission d'un message. Pourtant, rares sont les rencontres de personnes construites sur l'unique réalisation de cette action. La plupart des contacts verbaux sont constitués par des actualisations successives du processus de « communication ».

En d'autres termes, l'échange verbal consiste en une accumulation d'actes de transmission de messages, ce qui produit un effet sur la production verbale de l'autre. Les participants s'influencent réciproquement à travers cette accumulation, comme le souligne Kerbrat-Orecchioni (1990: 17) :

tout au long du déroulement d'un échange communicatif quelconque, les différents participants, [...] exercent les uns sur les autres un réseau d'influence mutuelle – parler, c'est échanger, et c'est changer en échangeant.

Les échanges verbaux que nous analysons dans le présent article, en situation de soins, relèvent de l'interaction verbale en face à face, telle que la décrit Goffman (1959/1973³ : 23) :

Par interaction (c'est-à-dire l'interaction face à face), on entend à peu près l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres.

L'analyse de l'interaction verbale en face à face réalisée dans une situation donnée devra ainsi prendre en compte cette influence mutuelle ou réciproque entre les sujets participants. Elle consistera donc à se demander quelle «influence» un interactant exerce sur l'autre et réciproquement, par l'intermédiaire de la parole qu'ils utilisent pour mener une telle interaction verbale.

Par ailleurs, l'échange verbal se caractérise par l'interaction entre les énonciations et le contexte social et situationnel. Selon Bakhtine, (1929/1977: 124-125), toute énonciation est en principe orientée par le contexte situationnel dans lequel le locuteur est impliqué. Alors que Bakhtine perçoit la relation entre le contexte situationnel et l'énonciation comme latérale, Bange (1992a) stipule que l'activité verbale qu'est l'énonciation exerce, elle aussi, une influence sur la situation. Dans sa perspective, le contexte situationnel n'est pas une donnée préétablie, mais une production que les interlocuteurs construisent eux-mêmes ou «une construction interprétative par laquelle les acteurs définissent la situation en vue de la réalisation de buts pratiques» (1992: 18).

³ Les deux dates renvoient respectivement à la première édition et à l'édition de la traduction française.

Si l'un des intérêts de l'approche interactionniste provenant de l'analyse des conversations est de mettre en lumière l'interaction mutuelle entre les participants, un autre consistera donc à savoir comment le contexte situationnel contraint l'énonciation et de quelle manière l'activité verbale interprète et définit la situation d'énonciation. Autour de ces deux axes, nous allons, dans les lignes qui suivent, mettre en lumière quelques-unes des caractéristiques majeures de nos situations d'interaction.

2.1. UNITES FONDAMENTALES DE L'ÉCHANGE VERBAL

EN SITUATION D'INTERACTION : SEQUENCES D'OUVERTURE ET DE CLOTURE / ECHANGES CONFIRMATIF ET REPARATEUR

Si l'on suit Roulet et al. (1985: 23), on pourra décrire la structuration de l'interaction à l'aide des outils suivants :

toute incursion [définie comme une interaction verbale délimitée par la rencontre et la séparation de deux locuteurs] peut s'analyser à un premier niveau en trois constituants : un échange subordonné à fonction d'ouverture de l'incursion, un échange principal à fonction de transaction [qui correspond au corps de l'interaction], et un échange subordonné à fonction de clôture.

Les chercheurs de l'école de Genève partent de l'hypothèse selon laquelle les séquences d'ouverture et de clôture ont toutes deux un statut spécifique, structurel et fonctionnel, et se distinguent ainsi du corps de l'interaction. Ainsi, la séquence d'ouverture est constituée par un ou des échanges verbaux qui ont pour fonction de « permettre la mise en place de l'interaction » (Vion, 1992 :151). La séquence de clôture comporte au moins un échange de salutations mutuelles. Chez Goffman (1981/1987), l'échange d'ouverture ou de clôture consiste à lancer/confirmer la nécessité d'installer une rencontre entre les sujets ou celle de clore ce contact. Selon Goffman (1971, trad. française 1973),

nous voyons que l'énoncé génereux tend à être immédiatement suivi d'une manifestation de gratitude. Ces deux mouvements forment ensemble une petite cérémonie : un « échange confirmatif ». (Goffman, trad. française 1973 : 74)

Séquence d'ouverture

Dans l'exemple ci-dessous, on voit que l'infirmière a signalé son arrivée en frappant à la porte, marquant ainsi le seuil du territoire. En disant «bonjour», elle entre dans le territoire. Ce premier «bonjour» exerce une fonction illocutoire initiative alors que le second, de la part de la patiente, exerce lui une fonction illocutoire réactive (Roulet et al, 1985 : 24-25).

Frappe à la porte

1Inf bonjour madame T. (nom fictif)
 2P bonjour/
 3Inf ça va/
 4P ça va . on va fermer quoi\ (bruit de porte) (P-SAD1.3)

Séquence de clôture

Le noyau de la clôture a la même structure que l'ouverture, c'est-à-dire qu'il est constitué d'un échange confirmatif, formé par une paire de salutations ou de remerciements. Souvent, on trouve un (ou des) échange de «pre-closing» (Schegloff et Sacks, 1973), qui a pour fonction d'établir un accord sur la nécessité de clore l'interaction et de se quitter dans de bonnes dispositions. Celui-ci est souvent marqué par un régulateur verbal comme « bon » ou « voilà ». Dans la situation suivante, c'est la question d'évaluation «il y a tout qui joue bien pour vous/» – comportant une lecture à la fois explicite (*êtes-vous content du soin ?*) et implicite (*est-ce que l'on peut en rester là ?*) – qui introduit la séquence de clôture.

188Inf monsieur D. est-ce que vous aurez des questions à poser par
 rapport à ce matin/ au soin/
 189P non
 190Inf il y a tout qui joue bien pour vous/
 191P bien sûr
 192Inf on peut se sauver les deux/
 193P oui/ (P-SAD1.2)

473P merci
 474Ch merci beaucoup est-ce que je vous ferme la porte/
 475P non vous pouvez la laisser au revoir
 476Ch d'accord au revoir/ (P-SAD1.3)

Au début comme à la fin, la visite est fortement ritualisée par l'ouverture et la fermeture du territoire de soin, symbolisé par la porte. De manière identique, l'énoncé ci-dessous «ça je vous donne pour la poubelle/» déclare la fin du soin et annonce le départ de l'infirmière.

209Inf ça je vous donne pour la poubelle/

210C oui/

211Inf je vous remercie

212C merci c'est moi (P-SAD1.2)

Ces « échanges confirmatifs » sous forme de séquences d'ouverture et de clôture bien ritualisés ont ainsi pour fonction respectivement d'établir un contact interpersonnel et de mettre fin au contact dans des conditions paisibles, sans que l'interlocuteur ne porte atteinte à la «face» de l'autre ou à la sienne propre (Goffman, 1967/1974). La recherche goffmanienne montre par ailleurs que « toute interaction commise réclame un dialogue, car l'offenseur doit fournir des explications et des assurances réparatrices, et l'offensé faire un signe qui en montre l'acceptation et la suffisance. Bref, un «échange réparateur» a lieu » (ibid., trad. française 1973 : 74).

10P oui alors on monte

11Inf on monte . on vous suit/

(rires)

12Inf d'accord

13P je crois je vous laisse monter en premier

14Inf on va d'abord/

15P [oui

16Inf et vous suivez à votre aise

17P oui

18Inf d'accord comme ça je vais déjà préparer le matériel (P-SAD1.3)

Dans cette interaction, la proposition de la patiente en 10 se veut une séquence d'échange réparateur, dans la mesure où elle a une fonction illocutoire initiative, qui reçoit ensuite une réponse à fonction à la fois réactive (« on monte ») et initiative (« on vous suit »). Cette réponse est renforcée par une évaluation (« d'accord ») exerçant une fonction réactive. Si cette dernière semble pouvoir clore l'échange, étant donné qu'il manque un double accord entre interlocuteurs, elle s'ouvre sur un deuxième échange.

Ce deuxième échange commence de nouveau par une proposition de la patiente, acceptée ensuite par l'infirmière et confirmée par la patiente. Un troisième échange suit à partir de 16. L'autorisation accordée par la patiente à l'infirmière de monter en premier libère celle-ci d'une éventuelle infraction au rituel de politesse, mais est tout de même renforcée par des justifications de l'infirmière en 16 et 18 à l'égard de la patiente.

2.2. CONTRAINTE SPATIALE OU SPATIO-TEMPORELLE

La production du discours n'est pas exempte des contraintes imposées par le milieu (André-Larouchebouvy, 1984 ; Kerbrat-Orecchioni, 1990). Elle est en effet souvent délimitée par une contrainte spatiale ou spatio-temporelle, qui dispose un sujet parlant à choisir un thème convenant à la situation et qui justifie ce que le sujet a ainsi choisi.

- 19P c'est ici
 20Inf mais (soupir) (fermeture de la porte) je sais plus où sont vos
 chambres (rires) quand toutes les portes sont fermées je ne les
 trouve plus/
 21P ah voilà il y en a BEAUcoup
 22Inf mais vous savez pourquoi madame T. votre lit est ouvert là
 puisque d'habitude il est tout fermé
 23P ah oui
 24Inf je me suis dit je suis entrée dans votre chambre à coucher
 25P j'oublie de le faire
 26Inf (3 secondes) mais laissez-le ce n'est pas si grave
 27P je suis prête
 28Inf (8 secondes) voilà ... est-ce que c'est mieux allé après . quand on a
 mis plus de crème (P-SAD1.3)

La contrainte situationnelle, qu'elle soit spatiale ou spatio-temporelle, permet aux interactants de se dispenser de toute annonce du but primaire de l'interaction. Pour commencer une négociation médicale, il n'est pas nécessaire pour le soignant d'annoncer au patient qu'il est venu faire des soins et non pas converser, prendre un café ou faire autre chose, bien qu'il doive préciser au moins quel soin il cherche à procurer au patient ce jour-là, comme le montre cet

extrait. La déclaration de la patiente «je suis prête» en 27 sous-entend la raison pour laquelle on se trouve dans sa chambre à coucher. La négociation médicale entre soignant et soigné dans le cadre des soins à domicile est légitimée en principe par un espace d'interaction délimité par les murs. Dans la mesure où les interactants restent dans cette situation, ils sont qualifiés pour parler, par exemple, de l'efficacité du soin en cours, de l'état du patient, du temps disponible ou à mettre à disposition, de la durée du soin, etc. La longue séquence suivante illustre bien ces enjeux :

45Inf et puis le vendredi monsieur D. (silence) c'est le jour pour faire
quoi est-ce que vous vous souvenez/

(Silence)

46P le vendredi

47Inf oui on vous aide pour quoi faire

48P j'sais pas

49Inf vous savez plus/ pour prendre un bain

50P aujourd'hui/ non

51Inf oui

52P pas ce matin

53Inf si si

[...]

59P quand c'est qui faut prendre ça . cet après-midi ou bien

60Inf non ça c'est pour ce matin

61P on mais le bain

62Inf le bain/ . non ce matin . moi j'ai du temps maintenant pour vous
alors on va faire ça tranquillement

[...]

78Inf voilà monsieur D. c'était convenu avec vous que une fois par
semaine on vous aide pour prendre un bain puis vous étiez
d'accord . mais c'est vrai qu'on a on doit toujours un petit peu .
comme j' veux dire vous casser les pieds comme vous dites

79P ah oui vous me les cassez les pieds alors hein

80Inf et puis après vous nous dites toujours que vous êtes super content
quand le bain est fini . vous êtes tout propre

81P mais j'suis pas sale . mais ça fait une semaine

82Inf en une semaine/

83P oui

84Inf attendez voir on va enlever la chemise

[...]

90Inf j'ai des mauvais arguments pour vous

- 91P oui . voilà voilà
 92Inf alors qu'est ce qu' y aurait comme bons arguments pour vous faire
 accepter facilement de prendre un bain par semaine
 93P il faut dire un bain tous les 15 jours
 94Inf un bain tous les 15 jours/ (P-SAD1.1)

Par ailleurs, la contrainte à la fois spatiale et temporelle joue un rôle important dans la légitimation du thème que l'on aborde en situation de soin. Aussi longtemps que le soignant et le soigné restent sur le lieu de soin (salon, chambre à coucher, salle de bain, cuisine), ils sont autorisés à soigner/être soigné, en passant toutefois par des demandes de permission explicites :

- 172Inf vous me permettez d'aller prendre des sous-vêtements propres
 dans votre armoire . des chaussettes propres
 173P mais c'est sûr
 [...]
 176Inf pourquoi vous rigolez
 177P parce que vous me demandez pour pouvoir prendre des habits
 178Inf mais j'veux pas aller dans vos armoires sans vous demander
 l'autorisation non/
 179P mais j'vous la donne vous savez bien (rire)
 180Inf bon d'accord ça joue (P-SAD1.1)

Cette légitimation est instaurée non seulement par un facteur spatial (l'étendue spatiale circonscrite par les lieux de soin (salon → salle de bain → chambre → salon), mais également par un facteur temporel (la durée fixée par l'institution, le nombre de rendez-vous, etc.).

Cela dit, si le domicile est considéré comme un lieu « interstitiel » où se déroulent des soins en prolongement de l'institution, il constitue aussi un espace privé, qui implique des sous-entendus et des ajustements.

- 51Inf [extra . j'vais aller peut-être préparer la:: . salle de bain . j'arrive
 hein/
 52P [oui euh je n'sais pas mon mari vient de prendre la douche
 53Inf d'accord (P-SAD2.1)

La spécificité des soins à domicile en matière d'espace relève du fait que chaque pièce propose des possibilités différentes. Souvent, le patient profite de la salle de bain pour discuter avec le soignant, local où il se trouve vraiment seul à seul avec son infirmière, sans famille

et sans conjoint. Ceci n'est pas le cas lorsque les soins se déroulent dans la chambre à coucher, dans le salon ou dans la cuisine, lieu mi-privé mi-public. Ces pièces proposent des cadres de significations différents et possèdent leurs spécificités, contraignantes pour les modes de communication et de négociation.

En matière de temps cette fois, le bénéficiaire de soins à domicile n'est pas patient à plein temps et peut négocier le moment des soins. En outre, le temps effectif est le premier critère de facturation. Le terme «chronométré» dans l'interaction suivante en témoigne.

98Inf est-ce que ça va

99P oui

100Inf d'accord on chronomètre/ .. (rires)

101P (3 secondes) la course/

102Inf non ce n'est pas la course . on chronomètre pour être sûr de doucher le temps qu'il faut . [je ne suis pas pressée

103P [oui oui (P-SAD1.3)

La négociation du temps est davantage problématisée dans les soins à domicile que dans d'autres espaces de soins. Institutionnellement moins cadrés, les soins à domicile exigent une thématization plus forte du temps et de l'espace, ainsi que des objectifs de l'interaction.

2.3. OBJECTIFS DES INTERACTIONS PAR RAPPORT AU ROLE ET AU STATUT DES INTERLOCUTEURS

La culture particulière des soins à domicile comprend un certain type de communication entre les patients et le personnel. Cette communication implique non seulement la maîtrise d'un langage médical, mais elle repose surtout sur la réalisation et la reconnaissance de certains types d'activités discursives liées directement aux activités de soins ou plutôt accompagnant et facilitant les soins eux-mêmes. L'accès au jargon médical ou aux savoirs institutionnels semble moins problématique aux soins à domicile, où nombre d'informations habituellement implicites à l'hôpital sont intentionnellement explicitées.

Par ailleurs, la séquence ci-après nous montre clairement que le dialogue entre le personnel soignant et le patient laisse une grande place à la conversation ordinaire. On parle de tout et de rien, du

temps qu'il fait. Les deux parties s'engagent à mener à bien leur discussion pendant le soin. Nous supposons ainsi qu'une interaction «satisfaisante» ne demande pas seulement un accord technique sur le plan du soin, mais aussi une entente interindividuelle sur le plan de la relation.

Autrement, d'après les hobbies de la personne. On va aborder des sujets qu'il aime bien, qu'il a du plaisir à exprimer. Ou si on le sent triste, on va demander pourquoi il est triste. Ou s'il pleure, on ne va pas le laisser comme ça. (...) Là on a tout plein de techniques. La reformulation, le fait de voir si tout à coup le patient veut confier des choses, on va lui laisser un espace pour qu'il puisse parler. (E-SAD2.1)

Si un interlocuteur aborde un autre sujet dans une situation donnée, c'est parce qu'il a un but, plus ou moins précis, à remplir, c'est-à-dire qu'il veut améliorer, par une interaction avec l'autre, l'état actuel de son environnement ou de son existence. Certains interactionnistes opposent l'interaction qui a une finalité « gratuite » (André-Larochebouvy, 1984) ou « interne » (Vion, 1992), c'est-à-dire parler pour parler, à celle qui a pour objet « un véritable enjeu pouvant s'exprimer en termes de gains et de pertes » (Vion, 1992 : 127). La conversation, au sens que lui donne Goffman (1981/1987 :20), comme par exemple la conversation tenue par les habitués d'un café pour se passer le temps, relève de l'interaction à finalité « gratuite » ou « interne ». Aux soins à domicile, la part d'interaction à finalité « gratuite » peut sembler élevée, mais n'est sans doute pas en concurrence avec l'objectif principal de l'interaction, déterminant l'interaction à finalité « externe ». Les deux types d'interaction s'enchevêtrent souvent, et donnent à l'infirmier, surtout à domicile, un rôle complexe.

- 34Inf vous avez pu voir le médecin pour vous/
 35C oui oui
 36Inf ça joue/
 37C oui
 38Inf il vous a donné quelque chose\
 39C des (nom de médicament) . après je suis fatiguée
 40Inf oui . c'est c'est le début du traitement hein/
 41C [ouais
 [...]

- 173Inf c'est votre fille qui vous conduit/ (5 secondes) vous en avez pour combien de temps avec la logopède
 174P une demi-heure
 175Inf une demi-heure/ oui . elle a bien du temps pour vous expliquer les choses/
 176P ah oui
 177Inf elle vous montre chaque fois des nouveaux exercices/ ou bien elle regarde ce que vous arrivez à faire
 178P XXX
 179Inf oui . MAIS vous avez vu/ que vous avez fait des progrès
 180P ouais (P-SAD1.2)

Les questions posées par l'infirmière à la compagne du patient (C) ou au patient ont pour but de connaître la situation actuelle du soin prescrit par le médecin. Souvent, le rôle des infirmiers est défini dans une prise en charge globale du patient, dans une articulation du monde du patient et du monde du médecin. Dans les soins à domicile, ces acteurs professionnels sont censés jouer le rôle de médecin «simple et compréhensible». L'intention n'est pas de mettre en question l'expertise du médecin, mais plutôt de trouver les meilleures façons d'appliquer son ordonnance, de l'approprier au milieu où vit le patient.

Le système de référence est largement pratiqué dans les soins à domicile. Ainsi, une infirmière de référence a les contacts avec le médecin, avec la famille quand il y a des décisions à prendre. C'est elle qui connaît le mieux la situation, qui coordonne l'information. Elle fonctionne comme un point de repère pour tout le monde. De ce fait, les soignants-référents jouent le rôle de médiateurs et de traducteurs, en reformulant par exemple du savoir savant en savoir ordinaire, en explicitant et relayant le discours médical et/ou institutionnel.

- 103Inf (*Rire*) . ça risque rien hein . je vais noter le résultat ici dans votre petit carnet
 104P il le regarde même pas
 105Inf il le regarde pas votre médecin/
 (*Silence*)
 106Inf quand c'est que vous l'avez vu la dernière fois
 107P y a 10 jours
 108Inf d'accord

- 109Inf il vous a dit du spécial/
 110P non rien . il parle pas beaucoup vous savez
 111Inf c'est vrai/ quand c'est que vous devez le revoir
 (Silence)
 112Inf il vous a donné un rendez-vous/
 (Silence)
 113Inf 90 de pulsations bien régulier . ça c'est aussi tout bon
 114P c'est là c'est là
 115Inf voilà votre rendez-vous
 116P où c'est que je dois aller
 117Inf d'accord le 10 mars . c'est lundi qui vient . vous voulez qu'on
 vous le rappelle le matin
 118P non non je vais le mettre là-dessus (P-SAD1.1)

Outre ce rôle professionnel, les soignants peuvent également jouer, au sein de la famille des patients, le rôle de « tampon », contribuant ainsi à équilibrer des crises. Dans ce cas, le tutoiement est souvent accepté par les interlocuteurs, qui peuvent par exemple poursuivre leur discussion autour d'un café.

- 178F t'as congé ces quatre jours/
 179Inf moi j'ai congé . ouais j'ai congé les quatre jours . ouais
 180F (tu prends ?) encore un café ou bien/
 181Inf non merci . on va aller faire la douche (P-SAD2.3)

Aussi, le monde médical n'est pas séparé du monde social, car il s'agit des mêmes acteurs assumant différents rôles. Dans ces conditions, l'asymétrie constitutive de la relation soignant/soigné n'est pas aisée à garder, notamment quand il s'agit d'instaurer une relation dans la durée.

- 698Inf non non . tout à fait\ ... mais c'est bien alors vous me raconterez
 tout ça
 699P tout ça (rires)
 [...]
 703P [alors vous venez demain/
 704Inf euh je ne crois pas je ne sais pas encore qui vient demain
 705P on verra ça (P-SAD2.1)

2.4. NORMES OU CONTRATS DE PAROLE DANS LES INTERACTIONS

Gumperz précise que les conceptualisations téléologiques de l'interaction « présupposent des attentes à l'égard de la progression thématique, des règles relatives au tour de parole, de la forme et du résultat de l'interaction, comme à l'égard des contraintes relatives au contenu » (1982/1989: 70). Chez Habermas (1981/1987), les sujets qui appartiennent à un même groupe social partagent les mêmes valeurs de comportement, soit les mêmes «normes», et attendent les uns des autres que dans une situation de contact donné, ils orientent leur comportement selon ces «normes» socio-langagières régissant la production ainsi que l'interprétation des énoncés, ce qui correspond à ce que Charaudeau (1983) appelle le «contrat de parole».

Dans le discours propre au milieu de soins, la contrainte spatio-temporelle ainsi que le «contrat de parole» admettent que le soignant dirige l'interaction.

- 251Inf est-ce que vous préférez commencer par les cheveux ou finir par les cheveux
 252P mais n'importe madame . c'est comme vous voulez c'est vous le chef ici
 253Inf c'est sérieux/ vous pensez n'avoir rien à dire
 254P non (rire de monsieur)
 255Inf sincèrement/
 (silence- bruit de la douche)
 256Inf vous voulez mettre la lavette devant les yeux/
 257P non non j'ai pas besoin
 258Inf ok alors vous fermez bien les yeux
 259P oui oui madame
 260Inf et vous penchez la tête (P-SAD1.1)

Sur le plan du contenu, l'infirmière est à même d'évaluer le comportement et la participation du patient aux soins. Souvent, elle entre avec lui dans une relation à caractère pédagogique. Si l'acte réalisé par le patient ne suit pas la norme, la soignante lui donne une évaluation négative, suivie en principe par un acte réparateur. Il se produit ainsi des «séquences d'évaluation normative» (Py, 2000 : 82), comme dans l'exemple suivant :

363 Inf vous arrivez de vous sécher comme il faut devant

[...]

372Inf v'nez voir j'vais vous sécher bien comme il faut (P-SAD1.1)

Par la suite, l'infirmière adopte une stratégie pédagogique importante moyennant laquelle elle apprend au patient à se soigner en se basant sur les savoirs déjà acquis :

373Inf vous savez sous les bras comme il faut faut vous sécher

374P ouais (P-SAD1.1)

Pour vérifier si le patient a bien appris, le soignant doit l'inciter à produire des actes, cette activité se réalisant comme une «sollicitation» (Sinclair & Coulthard, 1975: 21) et constituant un échange ternaire avec la réaction du patient et l'évaluation que le soignant fait de cette dernière. Dans l'extrait suivant, «d'accord» au tour 65 est prononcé pour demander à l'autre s'il a compris ou s'il a des questions. La réponse «je ne comprends pas» amène à la question «vous avez vraiment pas compris ou vous voulez me faire marcher». La justification du patient ne convainc toujours pas l'infirmière qui repose une question à caractère taquin au tour 70.

65Inf je vais vous contrôler la pression déjà . vous vous je vous laisse
vous asseoir et je vais déjà faire couler l'eau dans le bain pendant
ce temps là d'accord/

(silence)

66P j'comprends pas

67Inf (rire)

68Inf vous avez vraiment pas compris ou vous voulez me faire marcher

69P non non j'vous fais pas marcher

70Inf c'est vrai/ (P-SAD1.1)

La «sollicitation» en 65 a pour fonction de tester si le patient peut réaliser un comportement approprié, c'est-à-dire un bon savoir-faire spécialisé qu'il est censé acquérir. La « vraie » question formulée en 68 vise elle à obtenir des informations nécessaires à l'intercompréhension avec le patient.

L'interaction consiste ainsi en une collaboration mutuelle entre les interlocuteurs, à la recherche l'un et l'autre d'un terrain d'entente. Sur ce terrain, le soignant se présente toutefois davantage comme l'expert, et le patient doit parfois endosser le rôle d'apprenant.

Paradoxalement, ce rôle « inférieur », particulièrement aux soins à domicile, est la condition même de son autonomie croissante.

3. DE LA RELATION ASYMETRIQUE A LA CO-ACTION ET A LA CO-CONSTRUCTION DU SAVOIR-FAIRE SPECIFIQUE

Il ne peut pas exister d'interaction au cours de laquelle la relation entre interactants soit tout à fait symétrique. Toute interaction est plus ou moins asymétrique, dans la mesure où personne ne détient le même savoir et ou le même vécu. L'un peut avoir l'avantage sur l'autre dans une interaction donnée, mais il est tout à fait possible que cette relation soit inversée dans une autre interaction.

L'on peut envisager le milieu des soins à domicile, à l'instar de tout milieu de soins, comme marqué par une asymétrie entre les interactants, définie en fonction de la possession ou du degré de possession du savoir médical, inégalement distribué entre le soignant et le patient. On peut voir par ailleurs que l'objectif de l'interaction est souvent de diminuer cette asymétrie, c'est-à-dire, pour le soignant, de transmettre des connaissances relatives au soin en question et, pour le patient, d'acquérir plus de connaissances dans le domaine médical.

Pour réaliser cet objectif, le soignant se donne pour fonction de transmettre au patient le savoir à acquérir, d'évaluer le niveau de connaissances de celui-ci et enfin de mener à bien le soin en passant par des négociations portant sur certains savoirs, sur le droit et le devoir, voire l'obligation et la responsabilité.

- P31 c'est c'est ça qui manque
 Inf32 bein alors là c'est formidable heureusement que vous l'avez dit .
 hein sans vos indications bein voilà quoi je peux rien faire hein/
 et ça continue d'aller bien\
 P33 oui . ça dépend toujours . de l'infirmière
 Inf34 oui . mais c'est VOUS qui devez dire à tous les membres de
 l'équipe qu'il faut mettre BEAUcoup de crème
 P35 oui oui . OUI il y en a qui en met beaucoup et puis il y en a
 d'autres qui qui pensent qu'ils en mettent BEAUcoup mais qu'ils
 n'en mettent quand même pas assez

- Inf36 [pas assez . mais vous pouvez vous permettre de nous dire/ que ce n'est pas assez
 P37 oui
 Inf38 d'accord/
 P39 j'ai toujours peur de commander
 Inf40 non c'est VOUS qui avez mal après ce n'est pas NOUS
 P41 (en riant) ça c'est vrai
 Inf42 alors c'est ça qui est important hein/
 P43 oui ça c'est vrai (P-SAD1.3)

Le patient peut se permettre de transmettre des informations sur les soins par l'usage du discours rapporté (discours d'un médecin, énoncé d'une infirmière, intervention de l'entourage) ou simplement par des remarques sur la façon de faire d'autres soignants. Dans ce cas, il se positionne autant en partenaire qu'en bénéficiaire de soins. Il faut souligner que le patient voit défiler un certain nombre de professionnels, assiste à leurs pratiques et recueille leur discours. Il se constitue ainsi une expérience non négligeable.

- 228Inf et comme ce n'est pas toujours la même infirmière qui vient vers vous/
 229P oui . c'est
 230Inf [on a aussi plus/ de repères
 231P et c'est le pour et le contre hein/
 232Inf oui . tout à fait mais bon [on fonctionne comme ça là/
 233P [mais.mais c'est . à l'hôpital c'est la même chose/
 [...]
 303Inf et puis ça devait être plat ici/ ça ne pouvait pas dépasser/
 304P hé oui/ (3 secondes) il y a donc il y a une stagiaire qui se donne beaucoup de peine alors elle me dit . hein mais il faut faire comme ça/ on . on nous apprend de cette manière/ (P-SAD1.3)

Dans ces conditions, la continuité et la cohérence des soins nécessite la collaboration et la participation du patient en tant que coordinateur du soin et rapporteur de l'information.

- 30Inf (X) enlever hein . y faut: y faut: y faut juste le soulever et puis euh
 .
 31P ils ont rien dit qu'il faut l'enlever et puis euh (X) je me remette après quoi
 [...]

34Inf mais normalement on doit pouvoir l'enlever et le remettre en place sans dérégler les: les crochets

[...]

37P voilà . mh mh . ben j'vais leur dire alors comme ça (P-SAD3.1)

Par ailleurs, puisque les soignants travaillent d'une manière autonome, il leur revient à chaque fois de fixer, négocier, modifier, adapter les objectifs et les soins avec le patient: pourquoi telle tâche, pendant combien de temps, quel mode de réalisation, etc. ?

352Inf j'crois que le plus important maintenant c'est qu'on aille voir ton corset

353P ouais . mais j'crois pas (X)

354Inf mais . au moins changer ta camisole hein/

355P elle est pas beaucoup mouillée (P-SAD3.2)

Les marques de modalisation (ex. : « je crois ») montrent bien cette importance de la négociation, de l'ajustement, du partenariat.

Le patient semble ainsi connaître plus ou moins bien, d'une part, les domaines médicaux en question et, d'autre part, les scénarios de soins et les éléments de décor. Il peut ainsi préparer, anticiper.

Mais à côté de ce rôle de partenaire de soins, il reste chez lui et se doit d'afficher son rôle de maître des lieux. Sa collaboration passe alors aussi par l'accueil des soignants comme visiteurs.

Sonnette

1Inf bonjour monsieur D

2P bonjour madame

3Inf excusez-moi ça va/

4P ça va bien

5Inf merci de m'avoir attendu

[...]

17P entrez . prenez place

18Inf merci (P-SAD1.1)

130P oui oui . est-ce que ça va bien/

131Inf ça va bien ça va très bien je vous remercie (P-SAD1.3)

Par conséquent, le soigné apprend à mettre au service de l'autre, à côté de son expertise médicale et thérapeutique, celle de son territoire de vie. Il doit cependant veiller à ce que cette manifestation

d'expertise ne menace pas la face de l'autre ni ne perturbe les soins, ce qui passe par différentes civilités ou précautions énonciatives (ex. : « si vous me permettez »).

284P si vous me permettez de de vous dire

285Inf mais vous faites bien\ madame T.

286P [j'ai toujours peur de de moi commander\ ce n'est pas mon

287Inf [mais on en a déjà parlé plusieurs fois et puis . pour moi c'est tout à fait ok . je préfère comme ça

288P c'est vrai/ (P-SAD1.3)

La prise en charge à domicile implique ainsi des processus de régulation plutôt fins. La connaissance des savoirs spécialisés, plus ou moins partagée, donne lieu à des verbalisations et des co-constructions variées. Comme ailleurs dans les soins, bien des acteurs soulignent le rôle fondamental de l'écoute de la part des soignants. Aux soins à domicile pourtant, cette écoute signifie parfois « obéissance », dans le sens où le patient, d'une part, se trouve chez lui et, d'autre part, détient des informations exclusives quant au processus global de soin. Une analyse plus fine de l'interaction concourrait sans doute à mettre en lumière la construction et les enjeux subtils de l'asymétrie dans ce lieu particulier des soins.

4. CONCLUSION

L'analyse des activités verbales par lesquelles des savoir-faire spécifiques sont négociés lors de prises en charge thérapeutiques contribue à une meilleure compréhension du processus de communication entre soignant et patient. La focalisation sur les soins à domicile offre un effet de loupe sur ce processus et sur les rôles souvent complexes qu'endossent soignant et patient.

En effet, l'expertise médicale n'est pas réservée au seul soignant, le patient détenant des savoirs de son côté, d'autant plus importants aux soins à domicile. L'un fonctionne comme détenteur/transmetteur « officiel » du savoir, l'autre comme partenaire « utile » ayant acquis certaines connaissances médicales à force de vivre une maladie et une série de soins. Cette « communauté » d'experts possède un savoir indispensable au traitement de la maladie, savoir accessible et négociable uniquement à travers les échanges verbaux.

Malgré une distribution plus ou moins inégale du pouvoir, l'objectif commun et la collaboration entre les acteurs les amènent à résoudre ensemble des problèmes non seulement à l'aide de leurs savoirs perçus comme complémentaires, mais aussi au moyen de diverses techniques discursives (la négociation, la reformulation, la sollicitation, la question/réponse, la conversation à des fins « internes » ou « externes », etc.), dont nous avons voulu rendre compte.

BIBLIOGRAPHIE

- André-Larouchebouvy, D. (1984). *La conversation quotidienne*, Paris, Didier-Crédif.
- Bakhtine, M. (1929). *Le marxisme et la philosophie du langage. Essai d'application de la méthode sociologique en linguistique*, Paris, Les Editions de Minuit (trad. française de M. Yaguello, 1977).
- Bange, P. (1992). *Analyse conversationnelle et théorie de l'action*, Paris, Crédif-Hatier/Didier, coll. LAL.
- Besse, H. (éd.) (1975). *Pratique de la classe audio-visuelle au niveau 1*, Paris, Didier-Crédif, coll. VIC.
- Charaudeau, P. (1983). *Langage et discours. Eléments de sémiolinguistique (Théorie et pratique)*, Paris, Hachette.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Doubleday & Company (trad. française d'A. Accardo : *La mise en scène de la vie quotidienne 1*, « La présentation de soi », Paris, Les Editions de Minuit, 1973).
- Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual. Essays on Face-to-face Behavior*, New York, Doubleday & Company (trad. française d'A. Kihm : *Les rites d'interaction*, Paris, Les Editions de Minuit, 1974).
- Goffman, E. (1971). *Relations in Public. Microstudies of the Public order*, New York, Harper and Row (trad. française d'A. Kihm : *La mise en scène de la vie quotidienne 2*, « Les relations en public », Paris, Les Editions de Minuit, 1973).

Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press (trad. française d'A. Kihm : *Façons de parler*, Paris, Les Editions de Minuit, 1987)

Gumperz, J.-J. (1982). « Socio-cultural knowledge in conversational inference », in *Discourse stratégie*, Cambridge, Cambridge University Press, *Studies in Interactional Sociolinguistics* 1, 153-171 (trad. française de M. Dartevelle, M. Gilbert & I. Joseph : « Le savoir socioculturel dans l'interférence conversationnelle », in *Engager la conversation. Introduction à la sociolinguistique interactionnelle*, Paris, Les Editions de Minuit, 1989, 55-77).

Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handels*, Franfort, Suhrkamp Verlag, troisième édition, 1985 (trad. française de J.-M. Ferry : *Théorie de l'agir communicationnel. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*, tome 1, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1987)

Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales*, tome I, Paris, Armand Colin Editeur.

Py, B. (2000). « La construction interactive de la norme comme pratique et comme représentation », *Aile* 12, Paris, 77-97.

Roulet, E. et al. (1985). *L'articulation du discours en français contemporain*, Berne, Editions Peter Lang SA, coll. Sciences pour la communication, 3^e édition, 1991.

Schegloff, E.-A. et Sacks, H. (1973). « Opening up Closings », *Semiotica* VIII 4, The Hague, Mouton & Co. N.V., Publishers, 289-327.

Sinclair, J.-M. & Coulthard, R.-M. (1975). *Towards an Analysis of Discourse. The English used by teachers and pupils*, London, Oxford University Press.

Vion, R. (1992). *La communication verbale. Analyse des interactions*, Paris, Hachette.