

La communication en milieu médical

Un labyrinthe

Pascal Singy
Gilles Merminod



SAVOIR
SUSSE

La communication en milieu médical

Savoir suisse

Le *Savoir suisse* a pour premier objectif d'offrir aux communautés universitaires de Suisse et à leurs instituts spécialisés un moyen de communiquer leurs recherches en langue française, et de les mettre à la portée d'un public élargi. Il publie également des études d'intérêt général ainsi que des travaux de chercheurs indépendants, les résultats d'enquêtes des médias et une série d'ouvrages d'opinion.

Il s'assure de la fiabilité de ces ouvrages en recourant à un réseau d'experts scientifiques. Il vise la lisibilité, évitant une langue d'initiés. Il représente, dans une Suisse en quête de sa destinée au 21^e siècle, une source de savoir régulièrement enrichie et il contribue à nourrir le débat public de données sûres, en situant l'évolution de nos connaissances dans le contexte européen et international.

Le *Savoir suisse* est une collection publiée sous la direction d'un Comité d'édition qui comprend : Robert Ayrton, politologue et avocat ; Olivier Babel, secrétaire général de LIVRESUISSE ; Julia Dao, responsable de missions stratégiques auprès de la Direction générale de l'enseignement supérieur de l'État de Vaud ; Nicole Galland-Vaucher, professeure honoraire de l'Université de Lausanne ; Véronique Jost Gara, mathématicienne et rédactrice, vice-présidente du Comité ; prof. Jean-Philippe Leresche, Université de Lausanne, président du Comité ; Thierry Meyer, conseiller en communication, ancien rédacteur en chef de *24 heures*.

Membres fondateurs et honoraires : Bertil Galland, journaliste et éditeur ; Anne-Catherine Lyon, ancienne conseillère d'État (Vaud) ; Nicolas Henchoz, directeur EPFL+ECAL Lab ; Stéphanie Cudré-Mauroux, conservatrice aux Archives littéraires suisses, Berne ; Jean-Christophe Aeschlimann, journaliste et conseiller en communication, Bâle ; Giovanni Ferro Luzzi, professeur à l'Université de Genève ; Eric Hoesli, président du conseil d'administration du *Temps*.

La publication des volumes *Savoir suisse* est soutenue à ce jour par les institutions suivantes :

FONDATION PITTET DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE VAUDOISE – UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FONDATION PHILANTHROPIQUE FAMILLE SANDOZ – FONDATION LEENAARDS – FREDERIK PAULSEN

que l'Association « *Savoir suisse* » et l'éditeur tiennent ici à remercier.

La maison d'édition PPUR bénéficie d'un soutien structurel de l'OFFICE FÉDÉRAL DE LA CULTURE pour les années 2021-2024.

La communication en milieu médical

Un labyrinthe

Pascal Singy

Gilles Merminod

SAVOIR
SUISSE

Conseiller scientifique du *Savoir suisse* pour ce volume :
Alexandre Wenger

Cet ouvrage paraît dans la série *Société*.

Chargé d'édition du *Savoir suisse* : *Jean Rime*
Photographie de couverture : *Suwannar Kawila*, © 123rf
Maquette intérieure, couverture et mise en page : *Kim Nanette*
Impression : *Genoud Arts graphiques, Le Mont-sur-Lausanne*

Le *Savoir suisse* est une publication des Presses polytechniques et universitaires romandes (PPUR), fondation scientifique dont le but est principalement la publication des travaux de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL), des universités et des hautes écoles francophones. PPUR, EPFL-Rolex Learning Center, CP 119, CH-1015 Lausanne, info@savoirsuisse.org, tél. : +41 21 693 21 30; fax : +41 21 693 40 27.

www.savoirsuisse.org

Première édition, 2021

© Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne
ISBN 978-2-88915-413-5

ISSN 1661-8939 (Savoir suisse)

Tous droits réservés.

Reproduction, même partielle, sous quelque forme ou sur quelque support que ce soit, interdite sans l'accord écrit de l'éditeur.

TABLE DES MATIÈRES

- 1 La voix de la médecine et la voix des patients ____ 7
Qu'est-ce que la communication ? • Mise en garde
- 2 On ne peut pas ne pas communiquer _____ 17
Produire et interpréter des signes • Un signe pour une portion du monde • Le pouvoir de tout exprimer • Réduire l'incertitude • Et pourtant, la communication peut échouer
- 3 Le poids des mots _____ 27
Des outils dans la pratique du soin • Les autres fonctions des mots • Le danger des synonymes • L'art de poser une question
- 4 L'illusion de toujours bien se comprendre _____ 39
Les mots n'ont pas toujours le même sens... • ... même pour les soignants • Les associations d'idées • Les occasions d'ambiguïté • Dire sans dire • Les malentendus, un plus ?
- 5 Communiquer n'est pas qu'une affaire de mots _ 53
Plusieurs canaux... • ... et plusieurs codes • Variations sociales et culturelles • Distance physique, mimiques et regards • Normes, habitudes et valeurs
- 6 Une communication ritualisée _____ 65
L'environnement spatio-temporel • L'environnement institutionnel • Une rencontre scénarisée • De la violence symbolique • Les bases d'un rapport de confiance • Les enjeux de territoire

- 7 Les identités dans la communication
en milieu médical _____ 79
S'identifier et être identifié • L'importance des identités • De
quelle(s) identité(s) parle-t-on ? • Des identités narratives •
L'individu, membre d'un réseau • Éviter les stéréotypes
- 8 Des rencontres à configuration variable _____ 95
Le tiers décisionnaire • Le tiers accompagnant • Le tiers
interprète pour les langues parlées... • ... et pour les langues
signées
- 9 Le face-à-face, seul mode
de communication ? _____ 107
La nécessaire médiation de la technologie • La communication
médicale de masse • La communication médicale en l'absence
des soignants • La communication médicale en l'absence des
patients
- 10 Communication et santé :
le temps de l'action _____ 123
Des compétences à acquérir et à exercer • Une relation à
construire avec autrui • Un flux d'informations à gérer • Un
moyen pour l'expression de soi • Les promesses et les limites
de la technologie
- Bibliographie _____ 137

LA VOIX DE LA MÉDECINE ET LA VOIX DES PATIENTS

« Monsieur B. raconte que la semaine dernière, à six heures quinze, alors qu'il venait de terminer son petit déjeuner [...], il a descendu le chien [...]. Le ciel était tout pur à l'est, du côté de la gare d'Austerlitz, mais un petit vent glacé l'a obligé à forcer le pas le long du Jardin des Plantes. Soudain, il a ressenti une douleur dans la poitrine. Était-ce bien une douleur ? Il se le demande. [...] Depuis, tout va bien, et si sa femme n'avait pas insisté pour qu'il consulte, il serait resté chez lui... etc., etc. Pendant que Monsieur B. se noie ainsi dans les détails, vous, triste médecin, notez seulement ceci : Douleur thoracique aiguë à l'effort (marche, vent froid). – Survenue matinale. – Irradiation dans le bras gauche. – Spontanément régressive. – Premier accès. Pas de récurrence. [...] Monsieur B. n'existe plus. Il est devenu : "un homme de soixante-deux ans avec un tableau d'angor d'effort". » (Jean-Christophe Rufin, *Un léopard sur le garrot. Chroniques d'un médecin nomade*, 2008)

Quelle différence manifeste entre les paroles du patient et ce qu'en retient le médecin dans ses notes ! Et pourtant, le constat n'est guère étonnant pour qui est entré, ne serait-ce qu'une fois, dans les coulisses du monde de la santé. Assurément, de tels phénomènes montrant les singularités de la

communication entre soignant et soigné sont au cœur de nombre d'écrits qui mettent en scène les dits et les faits de la médecine, depuis des siècles. Outre le roman contemporain cité en exergue, pensons, par exemple, et en nous limitant au seul domaine du français, au *Médecin malgré lui* et au *Malade imaginaire* de Molière, au *Docteur Pascal* d'Émile Zola ou encore au *Docteur Knock* de Jules Romains. Incarnations saisissantes de certains travers ou bienfaits de la médecine en leur temps, ces ouvrages n'abordent jamais – ce n'est pas leur visée – de manière systématique les enjeux de communication au sein de l'univers de la santé. Ils n'en donnent en réalité qu'une image, certes éclairante, mais forcément parcellaire.

Sur le plan scientifique, on recense des spécialistes de la communication médicale dès le milieu du siècle passé. Il est vrai que ceux-ci se sont centrés, d'abord et avant tout, sur l'étude du lexique, le fameux jargon médical. Ce n'est guère qu'à partir des années 1970 que les sciences du langage et de l'information se penchent réellement sur la complexité des enjeux de la communication médicale, à l'exemple des travaux de William Labov et David Fanshel (1977) sur le poids du langage en psychothérapie. Cet intérêt ira croissant dans les années 1980 où se conjugueront les efforts de diverses sciences humaines, telles la sociolinguistique, la sociologie, l'anthropologie ou encore l'éthique.

L'attention portée à la communication médicale a de toute évidence été favorisée par l'adoption progressive d'un nouveau modèle de référence dans la pratique de la médecine. Ce modèle, centré sur le

patient pris dans sa globalité – donc avec ses particularités psychosociales – tend à concurrencer dès les années 1980 le modèle biomédical, tout entier concentré sur les facteurs biologiques de la maladie et caractérisé sur le plan des échanges par une claire asymétrie entre la voix de la médecine et la voix des patients, pour reprendre les termes du psychologue américain Elliot Mishler (1984). L'émergence de ce nouveau modèle a logiquement contribué à renforcer l'intérêt de la communauté scientifique pour les faits de communication médicale, ne serait-ce qu'en raison du temps accordé à la parole des patients invités par les soignants à expliciter leurs conditions d'existence.

Cependant, c'est sans doute à l'arrivée du sida, véritable catastrophe sanitaire, que nous devons la première réduction notable de l'asymétrie de la relation soignant-soigné imputable, cette fois-ci, aux patients ou, plus justement, à une partie d'entre eux. Ostracisés mais forts du soutien moral et matériel de quelques personnalités courageuses, au premier rang desquelles Elizabeth Taylor, certains patients frappés par le virus ont alors mis sur pied des réseaux de solidarité en vue de partager chaque information nouvelle disponible sur l'épidémie. Devenus en quelque sorte des « patients experts », ils se sont retrouvés plus d'une fois en face de médecins qui en savaient moins qu'eux, ce qui n'a pas manqué de peser sur le déroulement habituel des consultations (en matière de question/réponse, par exemple). Avec le développement d'Internet, qui a sans cesse augmenté l'accès aux données de santé, ce phénomène s'est amplifié parmi les personnes

touchées par le virus du sida, au point de permettre de parler de communauté de destin. Le processus s'est également peu à peu étendu à d'autres pathologies (fibromyalgie, cancer, dépression, etc.).

Ainsi, aujourd'hui, la figure du patient n'est-elle plus guère réduite à sa seule maladie. Face à cette réalité complexe, la communication soignant-soigné peut se concevoir, comme d'autres l'ont déjà proposé (Hydén et Mishler, 1999), selon quatre perspectives : 1. le soignant parlant au patient (*speaking to patient*) ; 2. le soignant parlant avec le patient (*speaking with*) ; 3. le soignant parlant du patient (*speaking about*) ; 4. le patient parlant de lui-même (*speaking by*).

Dans le premier cas (*speaking to*), la communication se définit avant tout en termes de compétences : quelles sont les stratégies mobilisées par le soignant pour interroger le patient et lui transmettre l'information souhaitée ? Ces stratégies sont-elles efficaces et permettent-elles une « bonne » communication ? Et comment le soignant peut-il s'adapter pour s'assurer d'un résultat thérapeutique optimal ? Ce type d'approche a l'avantage de proposer au personnel soignant des procédures à suivre, mais n'évite pas toujours les généralisations naïves : bien communiquer ne signifie pas la même chose pour tout le monde et dans tous les contextes !

Dans le deuxième cas (*speaking with*), la communication ne se conçoit plus en termes de compétences, mais plutôt de dynamique collaborative. L'attention n'est plus tant dirigée vers les stratégies communicationnelles du soignant que sur la

relation que ce dernier noue avec la personne qu'il soigne. Se posent dès lors de nouvelles questions : par quels moyens l'intercompréhension est-elle assurée entre les deux pôles du dialogue ? Quand est-elle, au contraire, mise en danger ? Et quelle est l'incidence du contexte sur la communication ? Du fait de la pluralité des contextes et de la complexité des relations entre soignants et soignés, cette deuxième approche de la communication médicale s'est partagée en une myriade de spécialités, utiles pour percevoir la singularité de chaque situation (il y a loin de l'annonce d'un cancer par un spécialiste au discours qui accompagne les soins quotidiens d'une personne âgée dépendante), mais présentant le risque de perdre de vue les grandes régularités sous la diversité des pratiques.

Selon la troisième perspective (*speaking about*), la communication médicale est vue au-delà du seul *ici et maintenant* de la rencontre soignant-soigné : tout ne se joue pas au moment où les protagonistes interagissent en face à face. Au contraire, la communication est nourrie par tous les moments où les professionnels de la santé parlent de leurs patients et de leurs maladies : quels sont les lieux qui alimentent la communication médicale ? Comment les soignants combinent-ils les informations qu'ils reçoivent à la fois de leurs patients, de leurs collègues et de leurs instruments de mesure ? Et pourquoi privilégient-ils certaines informations plutôt que d'autres ? Une telle perspective a l'avantage de ne pas oublier que la communication est toujours prise dans un contexte plus large que le seul

dialogue, à la fois constituée de trajectoires personnelles en constante évolution et redevable de structures sociales préexistantes à la rencontre.

Dans le quatrième et dernier modèle (*speaking by*), il s'agit surtout de rendre la parole aux patients, souvent mis sous silence par le système de santé, et de pouvoir rendre compte de leur vécu dans l'expérience de la maladie : comment perçoivent-ils ce qu'on leur dit et la façon dont on leur parle ? Et, en retour, pourquoi communiquent-ils et pour quelles raisons le font-ils d'une manière plutôt que d'une autre ? Cette perspective se révèle souvent critique à l'endroit de l'ordre établi, débusquant les inégalités et cherchant à injecter davantage de justice sociale dans les dynamiques de communication. Elle a parfois pour désavantage de laisser sur le bas-côté le soignant qui peut, à l'instar du patient, se trouver en situation de vulnérabilité, désarmé face à sa mission de soin.

En écho à ces quatre perspectives qui sont à la base de nombreux articles scientifiques destinés à un public averti, le présent ouvrage a pour but de rendre compte des mécanismes élémentaires régissant les interactions en milieu médical. Par-delà les spécialisations, il vise concrètement à donner aux patients comme aux soignants un certain nombre de repères – de clés – pour circuler au mieux dans le labyrinthe de la communication en milieu médical, sans pour autant livrer des recettes toutes faites qui ne sont jamais réellement adaptées, ni réalistes, ni efficaces.

En effet, nous croyons que c'est une attention portée aux mots et plus généralement à tous les

signes communicatifs qui assure le bon déroulement de la rencontre de soin. Il semble dès lors important, pour le patient comme pour le soignant, de disposer d'outils pour prendre de la distance par rapport à cette rencontre et pour lui donner du sens au-delà de ses aspects les plus explicites et les plus évidents. Pour ce faire, l'ouvrage puise principalement dans les résultats des recherches menées en sciences du langage. Il espère donner ainsi aux acteurs de la santé ainsi qu'aux patients quelques moyens pour mieux comprendre les situations de communication dans lesquelles ils se trouvent impliqués, tout en sachant qu'il n'en épuisera pas la complexité, la communication restant une réalité qui se vit et se joue dans le quotidien, comme le soulignent par exemple John Heritage et Douglas Maynard (2006).

Qu'est-ce que la communication ?

La communication est ici comprise, pour faire court, comme un processus de production et d'interprétation de signes, ceux-ci n'étant pas tous émis de manière intentionnelle. Si les signes servent à transmettre une ou des informations, ils permettent également d'assurer, on le verra, d'autres fonctions. Parmi ces signes, ceux issus du langage, les mots, sont, bien sûr, centraux dans l'interaction soignant-soigné. À disposition des soignants, ils deviennent un instrument à portée prophylactique (dans les messages de prévention, par exemple) et même curative (en psychiatrie, notamment). Nous verrons toutefois que cet instrument, pour utile

qu'il soit, recèle un certain nombre de pièges et que, dans la communication en milieu médical, tout n'est pas qu'une affaire de mots. L'interaction soignant-soigné implique en effet tous les sens (voir, entendre, toucher, goûter et sentir) et engage le maniement de codes variés (parler, écrire, mimer, gesticuler et se mouvoir).

Passant ensuite des instruments à la situation de communication, nous traiterons des rituels qui régissent la rencontre médicale, en revenant sur le script traditionnel de la consultation et en débusquant les chausse-trappes qui s'y cachent et la violence symbolique qui peut en résulter. Nous aborderons également la question des identités et de leurs rôles dans la communication médicale, lorsqu'on est considéré comme expert ou comme profane, rangé parmi les soignants (médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, etc.) ou les soignés souffrants et vulnérables, rattaché à un groupe social (femme/homme, vieux/jeune, homo/hétéro, etc.), vu comme héros (proactif) ou victime (passif). En écho à cette diversité d'identités, on interrogera la réalité de cette relation duelle soignant-soigné – qu'il est convenu d'appeler, en médecine, le « colloque singulier » – en rappelant la diversité des situations de soin (une thérapie de couple n'engage pas les mêmes dynamiques de communication que la « grande visite » au lit du patient), mais aussi la pluralité des rôles (être celui qui parle ou celui à qui on parle n'est pas la même chose qu'être un tiers qui « ne fait qu'accompagner » la personne venue consulter) et des enjeux de communication qui y sont associés.

Nous sortirons enfin du cadre de la rencontre en face à face pour envisager les autres modes de communication à l'œuvre dans le monde médical. Il sera ainsi question de situations sans présence simultanée (utilisation d'affiches, de brochures de prévention, etc.), où l'impossibilité de s'assurer de la bonne compréhension du message rend essentielle la prise en compte des savoirs que le public détient en matière de santé. Nous aborderons aussi les enjeux de la communication en l'absence des patients (colloque de transmission, dossier du patient, etc.) ou en l'absence des soignants (au sein de forums de patients, par exemple).

Les défis de la communication médicale sont, on le voit, nombreux. Ils soulignent, de manière insistante, un besoin croissant de sensibilisation et de formation, tant du côté des soignants que pour tout un chacun. Ces défis prennent place notamment dans les évolutions constantes que nous offrent les technologies numériques et, plus largement, dans un contexte d'incessante variabilité des codes et des cultures qui force les êtres humains à trouver les moyens de s'adapter à la diversité de leurs interlocuteurs.

Mise en garde

Au seuil de cet ouvrage, une mise en garde s'impose. Bien que puisant dans le très large éventail des études menées sur la communication médicale, des travaux pionniers aux recherches les plus actuelles, ce volume est destiné à un large public et se conçoit

comme une vue d'ensemble des enjeux communicationnels se posant tant aux soignants qu'aux patients. Si certaines descriptions paraîtront peut-être un peu techniques, les auteurs de ces lignes ont la plupart du temps privilégié une description générale des problématiques qui leur semblaient les plus centrales pour les acteurs du domaine de la santé, quitte à frustrer les spécialistes des sciences du langage et de la communication par les schématisations opérées.

2

ON NE PEUT PAS NE PAS COMMUNIQUER

«Finalement, voici notre héros assis devant le médecin, à qui il tente d'expliquer ce dont il s'est rendu compte ce matin: "J'ai mal au ventre". Le médecin comprend certes ces mots, mais ne s'y fie aucunement. Il n'a aucune certitude que Sigma a désigné sa sensation en termes adéquats. Il l'interroge et, dans l'échange verbal qui s'ensuit, Sigma est amené à préciser le type de douleur qu'il ressent et son siège exact. Le médecin palpe à présent l'estomac et le foie de Sigma: certaines expériences tactiles ont pour lui une signification qu'elles n'ont pas pour d'autres (n'a-t-il pas étudié des livres qui lui ont expliqué qu'à telle expérience tactile devrait correspondre telle altération organique?).»
(Umberto Eco, *Le signe*, 1988)

«On ne peut pas ne pas communiquer.» Cette maxime est sans cesse rappelée depuis les célèbres travaux que Paul Watzlawick et ses collègues de l'école de Palo Alto (1967) ont consacrés à la logique de la communication. Mais que signifie-t-elle au juste? Une réalité très simple: aussitôt mis en présence d'un autre individu, chacun d'entre nous se trouve contraint à la communication; signifier qu'on ne souhaite pas communiquer, c'est déjà communiquer! Imaginez-vous

dans la salle d'attente d'un cabinet médical, en compagnie d'autres patients. Après les salutations d'usage (un discret signe de la tête peut-être), une bonne partie de votre temps sera probablement consacrée à signaler votre indisponibilité à communiquer avec les personnes autour de vous : éviter les regards, consulter votre téléphone portable avec grande attention, vous perdre dans la contemplation de la reproduction d'un tableau de Klimt, etc. Cela ne vous empêchera aucunement de répondre immédiatement lorsque le secrétaire prononcera votre nom, tout attentif que vous êtes aux stimuli environnants.

Produire et interpréter des signes

Mais, dès lors, tout est-il communication ? Il existe, de fait, nombre de caractérisations de ce que signifie communiquer, et elles sont loin de toujours se recouvrir. Pour les besoins de cet ouvrage, et compte tenu de la nature des enjeux liés aux interactions en milieu médical, nous adoptons comme définition de la communication celle qui s'est constituée en linguistique (science du langage) et en sémiologie (science des signes) : *la communication est le processus – volontaire ou non – de production, transmission et réception d'informations opéré à l'aide de signes divers*. Bien entendu, une telle définition, réduite et schématique, a ses limites, mais elle présente l'avantage d'être clairement opératoire. Elle permet d'appréhender la communication au travers des instruments qui en assurent la réalité concrète : les signes, tels que les mots, les gestes, les mimiques, etc.

Un signe pour une portion du monde

Tous les signes partagent des traits communs, à commencer par le fait qu'ils valent pour autre chose qu'eux-mêmes. Tout signe a en effet la capacité de renvoyer à un certain contenu, une portion du monde si l'on veut, qui peut être aussi bien réelle (la Lune) qu'imaginaire (une fée). Le mot « médicament » renverra généralement au traitement prescrit par le médecin à son patient. De même, une blouse blanche indiquera habituellement que l'individu qui la porte est un membre du personnel soignant. Un autre trait commun à tous les signes est qu'ils sont constitués par l'association stable d'une forme et d'un sens. La forme d'un signe – qui peut être phonique, graphique, gestuelle, etc. – sert de véhicule au sens auquel elle s'associe. C'est précisément l'assurance d'une stabilité entre forme et contenu, aux yeux des individus d'une communauté donnée, qui permet aux signes de fonctionner. Ces individus détiennent ainsi un lexique partagé, dans lequel des formes particulières correspondent à des sens particuliers.

Au-delà de ces caractéristiques communes, les signes sont de natures extrêmement diverses. Il est néanmoins possible, en tenant compte du critère de l'intentionnalité, de distinguer trois grands types de signes (Eco, 1988) : les *signes involontaires*, *volontaires* et *faussement involontaires*.

DES SIGNES PLUS OU MOINS VOLONTAIRES

Les *signes involontaires* – soit que personne ne les ait produits, soit qu'il n'y ait pas d'intention de la part de ceux qui les produisent – fonctionnent comme des indices de quelque chose d'autre qu'eux-mêmes. Ce peut être, par exemple, une rougeur de la paume de la main révélant une maladie du foie ou la pâleur du visage indiquant une gêne ou de l'anxiété. Ce peut être également un éclat de rire partagé entre deux soignants au sortir de la chambre d'un patient mais sans rapport avec lui, qui pourra pourtant se convaincre du contraire.

Les *signes volontaires* se rapportent à une intention de communication de la part de la personne qui les émet. Ils signalent cette intention à qui les reçoit. C'est le cas de la question qu'on pose en vue d'obtenir une réponse ou du geste de la main pour saluer ou menacer quelqu'un. Notons qu'il peut arriver que l'on croie à tort qu'un signe procède d'une intention qui nous est destinée. C'est ce qui advient, par exemple, lorsque nous répondons – malencontreusement – à un sourire qui s'adresse, en fait, à une personne placée à nos côtés.

Les *signes faussement involontaires* sont réalisés de telle sorte que la personne qui les reçoit ne saisisse pas le but pour lequel ils ont été produits, mais voient en eux de purs signes émis de manière involontaire. Imaginons par exemple une personne imitant la démarche d'un arthritique afin qu'on le prenne pour un malade qui montre ses difficultés de manière involontaire. De même, un médecin français travaillant dans un hôpital belge pourrait utiliser à dessein « septante » plutôt que « soixante-dix » pour laisser accroire à ses patients qu'ils partagent la

même origine. Et il n'en va pas autrement dans le cas d'une personne se baladant avec une revue médicale prestigieuse « négligemment » coincée sous le bras, en apparence, alors qu'en produisant ce signe, elle veut donner à voir une image de soi clairement orientée.

Le pouvoir de tout exprimer

Dans l'enchevêtrement des signes qui font la communication au quotidien, les signes linguistiques – ceux qui relèvent des langues naturelles (français, allemand, etc., mais aussi toutes les langues signées pratiquées par les communautés sourdes) – représentent un enjeu crucial pour la communication. Au contraire des autres signes, ils ont le potentiel de pouvoir tout exprimer. Ce potentiel auquel les spécialistes réservent le nom d'*omnipotence sémiotique* se révèle, entre autres choses, dans le fait que tout énoncé composé de signes non linguistiques (routiers, mathématiques, etc.) peut être reformulé à l'aide des signes d'une langue naturelle, l'inverse n'étant pas vrai. Ainsi, jusqu'à preuve du contraire, il n'existe pas de signes non linguistiques, aussi élaborés soient-ils, susceptibles de permettre la reformulation d'un énoncé de ce type : « Docteur, ma douleur est infinie depuis la mort de mon frère. » Néanmoins, comme le rappelle la citation d'Umberto Eco mise en exergue de ce chapitre, les signes linguistiques se révèlent être aussi ceux dont on se méfie le plus et dont on souligne les limites : le médecin doit à la fois se baser sur les descriptions faites par son patient et s'en détacher

pour mobiliser d'autres ressources présentes dans son environnement. Pour cette raison, il convient d'expliquer un peu mieux comment les signes linguistiques produisent du sens dans la communication.

CHAQUE MOT A PLUSIEURS SENS

Comme on l'a vu, les signes linguistiques servent à renvoyer au monde, à parler de choses, de personnes, d'idées, etc., grâce aux sens qui leur sont attachés. On distingue pour chaque signe linguistique, chaque mot, trois types de sens : le *sens dénotatif*, le *sens connotatif* et le *sens indexant*. Si le *sens dénotatif* d'un mot se rapporte aux seules informations strictement nécessaires à l'identification de ce dont on parle, son *sens connotatif* renvoie à tout un ensemble d'associations et d'émotions qu'il suscite en fonction du vécu des individus et de la situation de communication en cours (Kerbrat-Orecchioni, 1977). Ainsi, si « médecin » peut se définir sur le plan dénotatif comme « une personne habilitée à exercer la médecine » (selon le *Trésor informatisé de la langue française*), ce mot peut être associé, sur le plan connotatif, à toutes sortes de traits aussi bien positifs (héroïque, bienveillant, etc.) que négatifs (charlatan, paternaliste, etc.). Quant au troisième type de sens – *indexant* –, il permet aux mots de fonctionner comme des indices véhiculant des éléments d'information susceptibles d'éclairer certains enjeux de la situation de communication ou de renseigner sur telle ou telle particularité de l'identité sociale de la personne qui les prononce (Silverstein, 2003). Pour illustrer ce troisième type de sens, prenons l'exemple d'un patient évoquant devant un

clinicien qu'il rencontre pour la première fois la gêne que lui procure sa « claudication ». Le choix même de ce terme peut donner à penser au soignant qu'il doit traiter une personne appartenant au monde de la santé ou au bénéfice d'un certain capital culturel.

Réduire l'incertitude

Lorsqu'ils interagissent, les individus sont amenés à faire des hypothèses sur la communication en cours. Il s'agit notamment pour eux de saisir quelle est l'intention de l'énonciateur. Autrement dit, la communication implique, pour la personne qui reçoit un message, de procéder à une réduction de l'incertitude quant à ce qui motive l'emploi des signes en regard des circonstances, comprises ici très largement comme la situation matérielle, cognitive et sociale (Prieto, 1975).

À fin d'illustration, supposons que dans un couloir d'hôpital, juste avant d'entrer dans une chambre, un médecin assistant regarde la radio du poignet d'un patient tombé à vélo. Dans le dossier du patient qu'il tient sous son bras se trouve également, parmi d'autres documents, une radio de sa cheville. La médecin responsable arrive et dit à l'assistant : « Donne-moi la radio. » Dans de telles circonstances, où la radio de la cheville n'est pas visible, il est plus que probable que l'assistant comprendra que sa responsable lui demande de lui tendre la radio du poignet et non celle de la cheville : ici, les circonstances favorisent une telle interprétation. Cependant, dans

d'autres circonstances, notamment si la radio de la cheville avait été à vue, la demande formulée par le médecin aurait pu être ambiguë, parce que rien, dans l'énoncé « Donne-moi la radio », n'exclut de l'interpréter comme une demande de la radio de la cheville plutôt que du poignet. En revanche, quelles que soient les circonstances et dans le cas où tous deux parlent le français, « Donne-moi la radio » ne peut pas s'interpréter comme une demande de bilan sanguin.

Dans notre exemple, pour reprendre les mots du sémiologue Luis Jorge Prieto, la communication fonctionne, d'une part, parce que les signes utilisés *admettent* certaines interprétations et en *excluent* d'autres et, d'autre part, parce que, parmi les interprétations *admisses*, l'une d'entre elles est plus *favorisée* que les autres par les circonstances. Dans le cas précité, les circonstances favorisant une interprétation donnée sont non seulement la présence de la radio du poignet dans le champ visuel des deux médecins, mais également le fait que la radio de la cheville n'est pas visible. Cependant, ces circonstances auraient pu être d'une tout autre nature : par exemple, on aurait pu imaginer que, lors d'une rencontre précédente, la responsable et l'assistant aient déjà évoqué la radio du poignet comme problématique et méritant un second coup d'œil.

Et pourtant, la communication peut échouer

Il y a de nombreux cas où la communication a toutes les chances de ne pas fonctionner pleinement, voire d'échouer, parce que les interlocuteurs

n'ont pas la même interprétation de ce qui est communiqué. Ce dysfonctionnement peut être dû à un *problème dans l'appréciation des circonstances* de la part des participants, à une *ambiguïté impliquée par les signes* qui ne peut pas être résolue grâce aux circonstances ou à un *problème lié au code employé*.

QUESTIONS D'INTERPRÉTATION

Il y aurait *problème dans l'appréciation des circonstances* si, par exemple, la médecin responsable croyait que l'assistant regarde la radio du poignet alors qu'il consulte en fait celle de la cheville. En disant « Donne-moi la radio », elle s'attendrait à ce qu'il lui donne la radio du poignet, alors qu'il interpréterait son énoncé comme la demande de la radio de la cheville, du fait que cette dernière interprétation est favorisée par les circonstances (dont l'appréhension n'est ici pas partagée par les deux participants).

Il y aurait une *ambiguïté impliquée par les signes* si la responsable disait « Donne-moi la radio » alors que l'assistant tient entre ses mains les deux radios. Cet énoncé ne permettrait pas à ce dernier de savoir quelle radio il doit remettre à sa responsable.

Il y aurait enfin un *problème lié au code employé* si la responsable, anglophone, disait à son assistant « Donne-moi le ratio » plutôt que « Donne-moi la radio ». En effet, il y a fort à parier que l'assistant s'empressera de lui communiquer une valeur chiffrée (« le ratio ») en lieu et place du cliché (« la radio ») qu'elle espère pouvoir consulter à son tour.

Ainsi, loin d'être sans obstacle, la communication peut facilement échouer, et la compréhension devenir dès lors un cas particulier du malentendu, pour reprendre la célèbre expression de Pierre Bourdieu (1967).

3

LE POIDS DES MOTS

« ARGAN. — Non ; Monsieur Purgon dit que c'est mon foie qui est malade.

MONSIEUR DIAFOIRUS. — Eh ! oui ; qui dit *parenchyme*, dit l'un et l'autre, à cause de l'étroite sympathie qu'ils ont ensemble, par le moyen du *vas breve du pylore*, et souvent des *méats cholidoques*.

Il vous ordonne sans doute de manger force rôti.

ARGAN. — Non, rien que du bouilli. »

(Molière, *Le malade imaginaire*, 1673)

Dans le milieu médical, l'usage régulier des signes linguistiques – les mots – témoigne en premier lieu du rôle central assigné à toute langue, à savoir assurer la fonction dite *de communication*. Ils servent à transmettre de manière intentionnelle des messages construits en vue d'atteindre un but, qu'il s'agisse d'informer autrui (*dire que*), de requérir de lui une information (*demandeur si*) ou d'induire chez lui la réalisation d'une action (*dire de*). Cette fonction est rendue possible par le partage au sein d'une communauté linguistique donnée d'un code commun, autrement dit d'un ensemble arrêté de règles. Ceci n'empêche pas, nous le verrons plus loin, d'observer au sein d'un même code une certaine variabilité.

Des outils dans la pratique du soin

Il n'est pas exagéré d'affirmer, comme le fait le linguiste médical John Skelton (2008), que les signes linguistiques sont de véritables outils dans la pratique du soin. C'est à travers eux que se véhicule l'information qui permet aux soignants et aux patients d'interagir et de mener ainsi ensemble à bien un projet de soin : même un médecin urgentiste face à un patient inconscient utilisera la parole, par exemple pour se coordonner avec ses collègues infirmiers. Par ailleurs, les signes linguistiques peuvent être des instruments à portée proprement curative. Ainsi, en psychiatrie, les mots et leur usage jouent un rôle de première importance. Certaines façons de dénommer des événements plus ou moins traumatisants peuvent permettre au patient de recouvrer peu à peu sa santé mentale. En effet, la dénomination de certaines réalités peut avoir un effet apaisant ou réparateur, et le soignant doit pouvoir faciliter par des moyens langagiers adéquats la mise en mots de ce qui est vécu.

L'emploi des signes linguistiques peut aussi répondre à un objectif de prévention : le meilleur moyen d'éviter l'apparition des infections sexuellement transmissibles ou de stopper leur propagation reste, de toute évidence, d'en parler. Dans ce cas, le poids des mots est déterminant. Mais comment, par exemple, parler des risques de contamination lors de fellations, de cunnilingus ou d'anulingus face à des patients ignorant ces termes savants ? La thématization des risques suppose de la part du soignant le développement de stratégies langagières pour

nommer les réalités rencontrées avec des mots qui soient compris sans équivoque par le patient. Pour ce faire, le soignant pourra opter pour l'un ou l'autre des divers registres associés à toute langue : formel, familier, populaire, vulgaire, etc. C'est d'ailleurs ce que ne manquent visiblement pas de faire certains médecins interrogés dans le cadre d'une enquête sur les stratégies communicatives déployées pour parler du sida, menée auprès des praticiens installés en Suisse romande (Singy, 2004). Ils y déclarent qu'il est possible pour eux de recourir – s'il s'agit de se faire pleinement comprendre – aux expressions « feuille de rose » et, dans une moindre mesure, « lécher le cul » lors d'une consultation impliquant un patient pour lequel le sens du terme « anulingus » apparaît parfaitement étranger.

Les autres fonctions des mots

En même temps qu'ils assurent une fonction de communication, les signes linguistiques peuvent servir à la mise en œuvre d'autres fonctions du langage, habituellement définies comme étant secondaires. Elles pourraient se sous-spécifier en de très nombreuses catégories variant de situation en situation, mais, pour ce qui nous occupe ici, six méritent d'être retenues.

La *fonction de spécialisation* est sans conteste largement à l'œuvre dans le discours médical. Elle permet en effet d'assurer une optimisation de l'information, ce qui requiert un vocabulaire spécifique, susceptible de couvrir avec le plus de précision

possible les réalités auxquelles doit faire face la pratique médicale : ce que tout un chacun qualifierait, par exemple, de « rhume » sera défini en médecine par le terme de « rhinite » qui, par sa composition savante, indique qu'il s'agit d'une inflammation (-ite) du nez (*rhino*), laquelle se laisse spécifier comme étant « allergique », « virale » ou encore « chronique ».

La *fonction d'économie*, pour sa part, permet d'assurer une circulation rapide et facilitée de l'information. En milieu médical, elle est notamment mise à contribution par le recours aux abréviations. Celles-ci peuvent résulter de l'apocope, autrement dit de la suppression des dernières syllabes d'un mot : « réa » pour « réanimation » ou « rhumato » pour « rhumatologie ». Elles procèdent également de la siglaison, procédé qui forme un mot à partir d'initiales prononcées lettre par lettre : « BBB » pour « bébé bouge bien » (en gynéco-obstétrique) ou « HP » pour « hôpital psychiatrique ». L'abréviation peut aussi provenir d'un processus d'acronymie, qui voit un sigle se prononcer de manière syllabique : « nem » pour « non-entrée en matière » (en parlant de manière particulièrement déshumanisante d'un patient réfugié à qui l'on a refusé sa demande d'asile) ou « sida » pour « syndrome d'immunodéficience acquise ».

Ce qu'il est convenu d'appeler le jargon médical est en lien direct avec ces *fonctions de spécialisation* et *d'économie*. Signalons que son emploi, pour décrié qu'il soit, constitue quelquefois une valeur ajoutée pour la clinique. L'expérience montre en effet que certains patients apprécient le recours à des termes techniques dans les interactions avec leur soignant,

voyant en cela leur souffrance prise en considération et au sérieux. Ainsi, recevoir un diagnostic en termes de « céphalées chroniques » plutôt que de « maux de tête qui reviennent » donne crédit à une expérience douloureusement vécue.

En plus des *fonctions de spécialisation* et d'*économie*, l'observation en milieu médical révèle en certaines occasions un emploi des signes linguistiques que l'on peut clairement rapprocher de la *fonction esthétique-ludique*, celle qui caractérise le jeu avec les mots et les sons en poésie ou dans la chanson. Dans le contexte de la relation soignant-soigné, certaines personnes – issues aussi bien du personnel soignant que de la patientèle – peuvent, par exemple, prendre plaisir à articuler des termes d'origine gréco-latine qui leur paraissent sonner tout particulièrement bien à l'oreille, alors que, pour d'autres, leur usage et leur sonorité apparaissent plutôt exaspérants (à l'instar de l'« *écouvillon nasopharyngé* » utilisé pour détecter le CoV, virus membre de la sous-famille des *Orthocoronavirinae*).

La manipulation de ces termes de construction savante peut par ailleurs aussi répondre aux exigences d'une autre fonction secondaire du langage, la *fonction cryptique*. Dans cette perspective, les signes linguistiques sont utilisés par un locuteur de sorte à rendre très difficile, voire impossible, leur compréhension par d'autres locuteurs. Cette fonction repose sur l'existence de sous-codes – notamment ceux formés de termes techniques ou spécialisés – au sein du code général que constitue une langue considérée dans son entier. À l'évidence, aucun sujet parlant n'a

la maîtrise de l'ensemble des sous-codes de sa langue ou de ses langues. De ce point de vue, les rencontres de soin, émaillées de termes techniques, ont pour effet potentiel d'activer la fonction cryptique. Parmi les raisons avancées par les soignants qui y recourent, figure la volonté de taire certaines informations afin d'éviter de troubler ou de mettre mal à l'aise les soignés. C'est ainsi que devant un patient suspecté d'alcoolisme, deux collègues médecins peuvent, dans leurs paroles, utiliser le sigle «OH» (référence à la composition chimique de l'alcool) sans que l'intéressé ne s'aperçoive que c'est de lui qu'ils parlent.

La communication soignant-soigné est aussi, bien sûr, une occasion de dire qui l'on est. La *fonction identitaire* permet aux individus d'affirmer, entre autres, de quel groupe ou sous-groupe social ou professionnel ils font partie en utilisant un terme plutôt qu'un autre. Il est ainsi possible d'indiquer son identité suisse en disant «septante» et non «soixante-dix», sa jeunesse en disant «je kiffe grave» plutôt que «j'adore», son «expertise» sur le plan médical – pour un quidam, tout du moins – en disant «je souffre de céphalées chroniques» au lieu de «j'ai tout le temps mal à la tête», ou encore en disant «polymitose» plutôt que «cancer» pour signaler son domaine de compétence, réelle ou supposée. Plus précisément, l'usage des signes répond à une *fonction identitaire cohésive* lorsqu'il renforce les liens à l'intérieur du groupe, à l'exemple de l'emploi d'un vocabulaire spécifique entre pairs dont le maniement investit les initiés d'un certain prestige. En même temps, cet usage peut se rapporter

à une *fonction identitaire discriminante* quand il sert à écarter, voire à exclure, les personnes ne faisant pas partie du groupe. Ce phénomène peut d'ailleurs intervenir à l'intérieur même du groupe des soignants : selon la perception des aides-soignants, les médecins signaleraient parfois leur supériorité hiérarchique en utilisant certains vocables.

Enfin, l'usage des signes linguistiques peut également assurer une *fonction cathartique* : avoir recours à certains termes (les jurons, par exemple) ou frapper d'un accent d'insistance certaines syllabes des mots de son discours peut exercer une action à la fois apaisante et libératrice sur le locuteur concerné, que celui-ci soit professionnel de la santé ou patient. On devine que cette dernière fonction apparaît particulièrement efficiente, sur le plan clinique, dans un cadre psychothérapeutique.

Il faut encore préciser que les fonctions secondaires évoquées à l'instant sont employées dans un même mouvement que la *fonction de communication*, parallèlement à celle-ci. En disant « je kiffe grave », le locuteur transmet à la fois une information à propos d'une expérience personnelle et indique une identité sociale, en l'occurrence une appartenance à une certaine « jeunesse ». Il en est de même quand un soignant parle à des collègues en recourant à un vocabulaire spécialisé volontairement abstrus tout en étant au chevet d'un patient. Selon toute probabilité, entrent en jeu ici aussi bien la *fonction de communication* pour toutes les personnes en présence que la *fonction cryptique* vis-à-vis du patient et la *fonction identitaire cohésive* à l'endroit des autres soignants.

Le danger des synonymes

Certaines fonctions s'expliquent notamment par le fait qu'une langue met en général à disposition de ses locuteurs plusieurs moyens d'exprimer un contenu semblable, à défaut d'être identique. C'est ce que désigne communément la notion de synonymie appliquée à des termes comme « septante » et « soixante-dix » ou « cancérologie », « carcinologie » et « oncologie ». Ces signes, pourtant différents, renvoient à une même réalité : respectivement le nombre 70 et une spécialité médicale centrée, pour faire vite, sur les polymitoses (prolifération anormale de cellules). Néanmoins, ils ne sont pas strictement équivalents, comme le montre la prise en compte des *fonctions identitaire* et *cryptique*. Et des détails en apparence innocents peuvent avoir un impact important sur le déroulement de la communication. Considérons, en guise d'illustration, l'effet que peut revêtir la seule forme des questions, un moyen de communication primordial pour les soignants, puisque la plupart d'entre elles sont produites par le corps médical lors des rencontres avec les patients. En français, à l'oral, on dispose de trois procédés pour former une phrase interrogative qui puisse servir à poser une question fermée, c'est-à-dire impliquant une réponse par « oui » ou « non » :

- l'inversion du sujet et du verbe : « Viens-tu ? »
- le recours à une intonation montante : « Tu viens ? »
- le recours à la tournure « est-ce que » : « Est-ce que tu viens ? »

Ces trois procédés, souvent tenus pour équivalents, témoigneraient tout au plus de registres plus ou moins formels, mais n'auraient pas d'implication sur le contenu. Cependant, la recherche en linguistique a pu montrer que c'était loin d'être le cas. Les résultats d'une grande étude menée sur la pratique religieuse en France sont de ce point de vue éclairants (Richard-Zappella, 1990). Cette étude a été conduite auprès de deux larges échantillons représentatifs de la population française, interrogés à six mois d'intervalle. Pour le premier échantillon, une question était formulée en ces termes : « Croyez-vous en Dieu ? » La réponse était « oui » dans 81 % des cas. Pour le second, la question prenait la forme suivante : « Est-ce que vous croyez en Dieu ? » Les réponses positives chutaient alors à 66 %. Un tel écart autorise à voir dans « est-ce que » une particule ouvrante qui réduit la pression de certaines attentes plus ou moins normatives sur la personne interrogée (la norme étant alors la croyance en Dieu) et élargit la gamme des réponses possibles. Face au caractère tout relatif de la synonymie entre deux formulations qui semblaient *a priori* équivalentes, on est en droit, semble-t-il, d'inviter cliniciens et patients à se montrer attentifs à la façon dont sont posées les questions, surtout si les thématiques qu'ils abordent se révèlent délicates.

L'art de poser une question

S'agissant encore de la formulation des questions, il importe de pointer l'incidence de certaines façons de faire sur les réponses des patients, notamment dans

les questions posées en termes interro-négatifs, c'est-à-dire qui incluent une marque de négation (« ne... pas »). Dans certaines des consultations observées dans le cadre de l'étude concernant le sida évoquée plus haut (Singy, 2004), pareilles questions n'étaient pas rares : « Vous ne vous injectez pas de drogue ? », « Vous n'avez pas eu de relations avec des partenaires HIV positif ? » ou encore : « Vous n'êtes pas allé dans des pays africains ou asiatiques ? » À ces questions, les patients répondaient invariablement par la négative (« non » ou « pas récemment », par exemple). Mais faut-il s'en étonner quand on sait que l'emploi d'une forme interro-négative peut signaler une orientation de la personne qui pose la question vers le rejet du contenu soumis à la négation (ici : *prendre des drogues, avoir des relations avec des partenaires HIV positif, etc.*) ? Le patient, qui ne souhaite pas prendre le risque d'entrer en contradiction avec le soignant généralement en position de force, est incité à répondre par la négative et à confirmer ainsi le point de vue de son interlocuteur.

Par conséquent, rien ne garantit que le médecin puisse ainsi accéder réellement à l'information désirée, et tout, au contraire, porte à croire que des réserves pèsent sur le patient confronté à ce type de questions. Non seulement leur formulation peut lui donner à penser que le soignant est par avance convaincu que de tels agissements ne sauraient le concerner, mais la pression est accrue en raison de leur contenu, qui l'appelle à livrer des éléments potentiellement gênants. Il n'est pas inutile ici de signaler que, dans ces consultations, une des

rare questions de nature épidémiologique qui n'ait pas été formulée en termes interro-négatifs visait à savoir si le patient avait déjà subi une transfusion sanguine. Cette exception est significative, et il n'est pas déraisonnable de penser qu'elle reflète pour partie une dichotomie trop souvent charriée dans l'opinion entre « bonnes » et « mauvaises » victimes du sida. Ce dernier point doit nous rendre attentifs au fait que sous les mots se cachent des implicites linguistiques et des arrière-plans culturels qui influent parfois sur le processus de communication autant, sinon davantage, que ce qui est dit.

4

L'ILLUSION DE TOUJOURS BIEN SE COMPRENDRE

« La médecin : — Vous est-il arrivé de sortir avec des copains et puis hop ?

Le patient : — Non. »

(Anonymes, dans Pascal Singy, *Le sida au cabinet médical*, 2004)

Les signes linguistiques assurent, on l'a dit, une grande part de la communication en milieu médical. Leurs caractéristiques, examinées dans les deux précédents chapitres, font du langage verbal un instrument particulièrement adapté pour exprimer toute la richesse et toute la complexité des rapports sociaux. Néanmoins, certaines de ces caractéristiques, utiles en bien des points, peuvent parfois rendre également la communication difficile. Il y a notamment le fait que les langues ne sont pas des systèmes de communication avec un nombre limité et déterminé d'unités dotées de sens. Elles se différencient nettement, sur ce plan, d'autres systèmes ; le code de la route, par exemple, ne présente qu'un nombre donné de signes, dont les significations sont toutes répertoriées dans un règlement qui seul fait foi. Au contraire, toute langue varie, et les mots qui la composent ne sont pas en nombre fini. La liste des

mots d'une langue est en effet une liste extensible, caractéristique essentielle de sa capacité à rendre compte de toutes les expériences humaines présentes, passées et à venir.

En d'autres termes, une langue est un système qui reste ouvert et qui, par conséquent, ne fait en règle générale l'objet que d'un partage partiel entre les personnes qui la parlent. Cet état de fait bat en brèche «l'illusion du communisme linguistique», pour reprendre les termes de Pierre Bourdieu (1982), laquelle voudrait qu'une langue soit un capital intégralement et parfaitement partagé par tous ses locuteurs. Les locuteurs d'une même langue n'ont pas tous à disposition un vocabulaire de même étendue, ce qui s'explique par des facteurs culturels comme le milieu professionnel, l'âge ou encore l'origine sociale. Sans que ceci ne reflète les connaissances d'un locuteur en particulier, on retiendra pour l'exemple que le dictionnaire *Le nouveau Petit Robert* liste environ 60 000 mots pour la langue française, le *Trésor de la langue française* 100 000, *Le français fondamental*, qui recense les mots utilisés le plus fréquemment, environ 1500, dont 380 substantifs, 200 verbes et 100 adjectifs. Les locuteurs au bénéfice du seul français fondamental ne sont pas si rares et ne sont pas tous issus d'une migration récente. On devine alors aisément le véritable défi que représente par exemple, pour un clinicien en oncologie, la conduite d'une consultation où il s'agit d'expliquer les tenants et aboutissants d'un protocole thérapeutique au sujet d'un cancer du poumon en face d'un patient au lexique bien plus limité que le sien.

Les mots n'ont pas toujours le même sens...

Si les locuteurs d'une langue ne partagent pas un vocabulaire identique, l'expérience montre que le sens des mots lui-même n'est pas nécessairement le même pour tous. Il serait en effet contraire à la réalité de considérer que tous les francophones ont une définition commune pour chacun des mots de la langue française, définition qui serait celle du dictionnaire (d'autant plus qu'il n'y a pas qu'un seul dictionnaire du français et que les définitions données dans les différents dictionnaires ne se rejoignent pas toutes). La signification attachée à un mot peut parfois varier considérablement, et ce n'est pas sans conséquence pour la communication médicale. Pour preuve, prenons certains résultats d'une étude conduite en Suisse romande auprès d'un échantillon représentatif de la population à propos de la communication en santé sexuelle (Bourquin *et al.*, 2012) : de tous les termes non spécialisés soumis à investigation, il ne s'en est pas trouvé un seul dont le sens ait fait pleinement consensus. Ainsi, le terme « fidélité » divise les opinions, entre celles qui en appellent à l'exclusivité sexuelle et celles qui ne la retiennent pas (« la fidélité n'est que question de sentiment exclusif »). Par ailleurs, certains Romands – certes en minorité – considèrent qu'il est parfaitement possible de se définir sexuellement abstinent tout en ayant, à l'occasion, des rapports oro-génitaux ou en pratiquant la pénétration anale. Fait qui mérite d'être relevé, l'étude en question a pu montrer que, s'agissant de l'expression « coucher avec », les hommes étaient statistiquement

moins enclins que les femmes à retenir la pénétration pénienne comme le trait définitoire incontournable de cette expression. Dans cet exemple, une différence sociale, le genre, semble corrélée à la variation de signification, ce que les auteurs de l'étude n'ont pas manqué de tenter d'interpréter.

... même pour les soignants

Les divergences sémantiques s'observent aussi dans des milieux socialement très homogènes, comme la communauté des médecins généralistes, formée par des personnes aux cursus académiques et professionnels à bien des égards comparables. La dissension observée autour du sens donné à l'expression « relation stable » par quatre praticiens installés en Suisse romande interrogés dans l'étude concernant le sida (Singy, 2004) illustre bien cet état de fait. Comme le résume le tableau ci-contre, le sens de cette expression est composé d'un faisceau de traits sémantiques retenus ou non selon le locuteur. Pour les quatre médecins concernés ici, l'expression « relation stable » renvoie au fait d'entretenir de façon durable des liens affectifs avec une même personne. Mais, pour deux d'entre eux (M1 et M3), ces liens sont fondés, entre autres, sur des rapports sexuels exclusifs, avis que ne partagent pas les médecins restants (M2 et M4). On observe un second désaccord : deux praticiens (M3 et M4) estiment qu'une « relation stable » implique une reconnaissance juridique (mariage, partenariat enregistré), point de vue que ne partagent pas les deux autres.

Tableau 1 Interprétation sémantique de l'expression « relation stable »

Médecins Traits sémantiques	M1	M2	M3	M4
Dualité du lien	+	+	+	+
Durabilité du lien	+	+	+	+
Partage de sentiments	+	+	+	+
Exclusivité sexuelle	+	-	+	-
Officialité du lien	-	-	+	+

Si cette dissension est attestée au sein de la communauté relativement homogène des médecins généralistes, il est plus que probable qu'elle se retrouve parmi les patients qui constituent en toute logique un groupe plus hétérogène. Cette observation fait ressortir l'importance, pour un clinicien qui recourt à cette expression en vue d'établir la biographie de son patient, de s'assurer qu'ils en ont tous les deux une définition commune, c'est-à-dire une définition qui comporte les mêmes traits sémantiques. *A contrario*, l'absence de ce contrôle peut avoir des conséquences considérables. Imaginons ainsi qu'un patient explique à son médecin qu'il entretient une relation stable et que ce dernier lui assure qu'il ne risque rien en matière d'infection sexuellement transmissible. Si le patient, au contraire du médecin, ne retient pas l'exclusivité sexuelle comme trait définitoire de l'expression « relation stable », il pourrait être amené à penser que le fait d'être en couple le protège des risques que peut occasionner une

aventure sexuelle ici ou là. On laissera au lecteur le soin de tirer les possibles conséquences sanitaires – mais aussi judiciaires – d'un tel malentendu entre un médecin et son patient. La variabilité sémantique n'est ainsi pas qu'une simple histoire de mots sur laquelle on pourrait faire l'impasse: elle risque au contraire de compromettre la qualité des soins.

Les associations d'idées

La variabilité sémantique concerne aussi les faits de connotation, c'est-à-dire, rappelons-le, tout ce qui touche aux associations et émotions que les mots suscitent chez les individus. Selon les circonstances et le vécu des personnes en interaction, un même mot pourra recevoir des connotations très différentes: nous évoquions plus haut le terme de «médecin» qui véhicule pour certains l'idée de héros bienveillant (connotation positive) et pour d'autres celle de charlatan paternaliste (connotation négative), même dans le cas où tous s'accordent à dire qu'un médecin est «une personne habilitée à pratiquer la médecine» (dénotation).

La variabilité des faits de connotation existe également au niveau intra-individuel: une même personne pourra, selon les circonstances ou au cours de sa trajectoire de vie, attacher successivement des connotations de différentes natures, et parfois même opposées, au même terme. Il convient donc de considérer l'impact potentiel de ce type de variabilité sur le plan clinique. Pensons aux thérapies cognitivo-comportementales dans lesquelles, aux dires des

spécialistes, le langage est central, notamment dans l'usage du « questionnement socratique ». Cette technique a pour but, à l'aide de questions dirigées, de travailler avec le patient sur ses pensées dysfonctionnelles ou intrusives pour en examiner la validité. Pour ce faire, le thérapeute peut chercher à convoquer des connotations plus ou moins positives pour le patient en essayant de savoir, par exemple, si les énoncés « La crainte de traverser ce pont me ronge vraiment » et « La peur de traverser ce pont me ronge vraiment » sont équivalents à ses yeux ou si l'un des deux énoncés met davantage en question le bien-fondé d'une pensée dysfonctionnelle d'ordre acrophobique. Le travail sur les mots et sur la variabilité de leur signification – une forme de contrôle du sens, si l'on veut – a ici une véritable portée curative. Plus qu'une difficulté ou un risque pour la pratique clinique, la variabilité peut également se révéler un outil permettant d'aller au-delà des évidences et d'explorer au mieux les réalités biopsychosociales vécues par le patient.

Les occasions d'ambiguïté

Même dans les cas où le code est partagé tant sur le plan des mots utilisés que sur celui des significations qu'on y attache, les occasions d'ambiguïté restent nombreuses. Cela peut être dû à des cas d'*homophonie* (deux mots ayant la même forme sonore) ou d'*amphibologie* (une construction grammaticale ayant deux interprétations possibles). Concernant l'homophonie, imaginons qu'un proche demande à la soignante présente dans la chambre du malade : « Il

va très mal aujourd'hui, n'est-ce pas?» et que celle-ci lui réponde: «C'est la *faim/fin*, ne vous inquiétez pas.» Le malentendu qui pourrait en résulter aurait alors de lourdes conséquences. De la même façon, s'agissant de l'amphibologie, un énoncé tel que «Chez cette patiente, la peur de son mari est un facteur majeur pour son rétablissement» donne à voir un tableau clinique très différent selon que «la peur de son mari» est interprété comme «la peur qu'elle a de son mari» ou «la peur qu'a son mari». Il apparaît à nouveau primordial de contrôler que le sens soit partagé entre les partenaires de l'interaction. Cette précaution relève de ce qu'on appelle parfois la *métacommunication*, c'est-à-dire la capacité de communiquer à propos de ce qui est communiqué, notamment quand surviennent des ambiguïtés ou des implicites, pour éviter autant que faire se peut que certains contenus essentiels ne soient pas compris ou que la relation entre les individus ne se dégrade ou se brise.

Dire sans dire

Une autre caractéristique des signes linguistiques peut rendre la communication difficile: ils sont susceptibles d'exprimer certains contenus sans néanmoins avoir à les formuler de manière explicite (Ducrot, 1969). C'est ce qu'on appelle communément l'implicite. Le recours à l'implicite peut être particulièrement utile dans certaines situations de la vie quotidienne qui supposent de préserver la face de l'individu auquel on s'adresse, par exemple à l'abord de thématiques délicates, qui risqueraient

de mettre en danger l'image que l'interlocuteur souhaite donner de lui-même ou de réduire sa liberté d'agir comme il l'entend. Néanmoins, dans d'autres situations, le recours à l'implicite peut être tout à fait néfaste. C'est spécialement le cas des échanges dans lesquels le soignant, s'appuyant sans réserve sur les circonstances de la communication, pose des questions sans vraiment les formuler et se satisfait de la très, voire trop brève réponse livrée par le patient, à l'exemple de cet échange lors duquel un médecin cherche à déterminer si son patient entretient des relations extra-conjugales de nature hétérosexuelle :

Le médecin : — Est-ce que vous avez de petites relations ?

Le patient : — Non.

ou encore à l'instar de cet échange, mis en exergue au début de ce chapitre, dans lequel une médecin essaie d'obtenir une information similaire :

La médecin : — Vous est-il arrivé de sortir avec des copains et puis hop ?

Le patient : — Non.

LE SOUS-ENTENDU ET LE PRÉSUPPOSÉ

L'implicite peut se comprendre dans la communication en termes de *sous-entendu* et de *présupposé*.

On nomme *sous-entendu* un contenu rendu possible par les circonstances, mais qui n'est pas véhiculé en tant que tel par les mots employés : rien dans le

mot « hop » n'exprime l'idée que, lors d'une sortie avec des copains, le patient aurait pu faire une rencontre ayant donné lieu à des pratiques sexuelles potentiellement contaminantes. Il n'y a que son emploi à l'occasion d'une consultation centrée sur le sida et son apparition à la suite de l'énoncé « Vous est-il arrivé de sortir avec des copains ? » qui puissent permettre cette hypothèse, et il est très hasardeux de parier sur un partage sans encombre de ce sous-entendu. Parler à mots couverts permet sans doute d'éviter chez l'un et l'autre des participants une certaine gêne face l'évocation de thématiques délicates, que l'on tend à éviter plutôt qu'à aborder de front dans nombre de situations. La consultation médicale, et plus largement toute rencontre de soin, devrait être attentive à ce type de tabou linguistique qui peut entraver la bonne circulation de l'information et, par là, compliquer l'établissement d'un diagnostic ou de recommandations préventives.

Le *présupposé* partage avec le sous-entendu la propriété d'offrir à un énoncé un supplément de sens par rapport à ce que manifestent en premier lieu les signes linguistiques. La différence entre les deux tient dans le fait que l'interprétation du sous-entendu est conditionnée par les circonstances de la communication, alors que le présupposé se rapporte à l'implication logique du contenu exprimé par les signes linguistiques utilisés. Pour illustrer cette spécificité, imaginons qu'un médecin dise à sa patiente : « Vous pouvez être rassurée, Madame, vous n'avez plus de tumeurs. » Un des présupposés impliqués par l'énoncé du médecin est que *la patiente avait des tumeurs*. Sans ce présupposé, ce que dit le médecin n'aurait ni sens

ni validité. Dès lors, si le sous-entendu peut toujours être nié par son auteur, c'est impossible pour le pré-supposé. Ainsi, pour reprendre un exemple d'Oswald Ducrot, imaginons que Paul dise à Jean : « Pierre ne fume plus. » En toute logique, cet énoncé présuppose nécessairement que *Pierre fumait*, et Paul ne pourrait pas le nier, sauf à se contredire. En revanche, si Jean répondait, un brin excédé, se rappelant une conversation qu'il avait eue avec Paul quelques semaines auparavant sur les dangers du tabac : « Oui, oui, je sais, tu penses que je devrais en faire autant », Paul pourrait toujours lui répondre : « Non, non, je ne faisais que constater que Pierre ne fume plus. » Le pré-supposé ne dépend ainsi pas des circonstances de communication, au contraire du sous-entendu (dans cet exemple, le sous-entendu est alimenté par l'histoire personnelle des deux interlocuteurs, mais aussi par les discours en circulation sur le tabagisme et ses dangers pour la santé).

Le fait qu'un pré-supposé ne puisse pas être nié peut avoir des conséquences majeures, même à portée pénale, dans la communication en milieu médical. Dans l'exemple « Pierre ne fume plus », les répercussions seront probablement accessoires, ne témoignant que d'une dissension passagère entre les deux amis. Dans une situation de communication en milieu médical, en revanche, les incidences pourraient être plus sévères : si on développe l'exemple évoqué précédemment, imaginons que le médecin qui a énoncé « Vous n'avez plus de tumeurs » soit chirurgien, et imaginons qu'il l'ait dit à une patiente envoyée par un collègue généraliste qui, lui, n'aurait parlé à cette dernière que de kystes pour éviter de l'angoisser tout

en sachant qu'il s'agissait de tumeurs malignes. La patiente pourrait se retourner contre son généraliste en l'accusant de lui avoir caché une information importante, puisque le présumé *la patiente avait des tumeurs* ne peut être nié.

La pratique quotidienne de la médecine et du soin implique en conséquence d'être attentif à ce qui se cache sous les mots, sans avoir peur de prendre quelques instants pour évaluer les formulations utilisées en se demandant s'il ne s'y cache pas quelques implicites qu'il conviendrait de lever. Cette prévenance est notamment essentielle lors de l'évocation de thématiques délicates. Une telle attention est même l'une des conditions majeures pour éviter que les patients ne partent dans des interprétations néfastes au bon déroulement du processus de soin.

Les malentendus, un plus ?

On ne saurait conclure ce chapitre sans mentionner le fait que les malentendus entre soignant et patient peuvent être positifs en certaines circonstances. C'est du moins ce que pensent certains psychothérapeutes adeptes de la thérapie brève. Ils recourent à cet égard à la notion de *malentendu créatif*, c'est-à-dire un malentendu duquel peuvent émerger des solutions utiles pour le bien-être du patient. Apparaissant au cours même de la communication, ces malentendus, s'ils sont thématiques en tant que tels, permettent au thérapeute et au patient de

construire ensemble une réalité qui pourrait aider ce dernier à progresser dans la résolution de ses problèmes. À cet égard, il faut le reconnaître, on attend encore la mise en route d'études qui viendraient confirmer de manière répétée le rôle cliniquement salutaire du malentendu.

5

COMMUNIQUER N'EST PAS QU'UNE AFFAIRE DE MOTS

« Elle lui demanda comment il allait. Et d'une voix dont elle nota le son étrangement indifférent, il dit qu'il allait mal, qu'il n'avait pas besoin de médecin et qu'il suffirait qu'on le transportât à l'hôpital pour que tout fût dans les règles. Épouvantée, la vieille dame courut au téléphone. Rieux arriva à midi. [...] Le père l'accueillit avec le même air indifférent. Rieux l'examina et fut surpris de ne découvrir aucun des symptômes principaux de la peste bubonique ou pulmonaire, sinon l'engorgement et l'oppression des poumons. De toute façon, le pouls était si bas et l'état général si alarmant qu'il y avait peu d'espoir : "Vous n'avez aucun des symptômes principaux de la maladie, dit-il à Paneloux. Mais en réalité, il y a doute, et je dois vous isoler." Le père sourit bizarrement, comme avec politesse, mais se tut. » (Albert Camus, *La peste*, 1947)

Comme l'observation le révèle, la communication est profondément tributaire de son ancrage dans le monde matériel. Les signes, véhicules de l'information, se présentent sous la forme d'une pluralité de substances qui sont diversement appréhendées par les sens : l'ouïe et la vue, bien entendu, mais également l'odorat, le toucher et le goût, dans une certaine

mesure. De ce fait, la communication est multicanale, bien que certains canaux (auditif, visuel) aient, au total, une plus grande importance que d'autres (tactile, olfactif, gustatif).

Plusieurs canaux...

Dans la communication en milieu médical – entre protagonistes entendants, faut-il préciser –, le canal auditif est très fortement mis à contribution pour traiter non seulement le matériel verbal (langues parlées), mais aussi toutes les productions sonores non linguistiques, autrement dit le matériel vocal, tel que la toux, le sifflement ou les grognements. Le canal visuel est, lui aussi, très important. Il entre en jeu dès qu'il s'agit de lire un texte, une radiographie, un schéma, etc. Par ailleurs, il est essentiel dans le cas des signes liés aux mouvements du corps (expressions faciales, gestes, postures, etc.). Les canaux tactile, olfactif et gustatif jouent également un rôle dans la communication soignant-soigné, bien que dans une proportion plus faible. Ainsi le canal tactile n'est-il pas seulement mobilisé pour repérer des signes cliniques de la maladie (signes involontaires) lors d'un examen ou d'une auscultation. Il peut également être le véhicule de signes émis intentionnellement, à l'exemple d'un soignant serrant le bras d'un patient pour lui témoigner sa sympathie ou pour l'encourager dans certaines situations difficiles. De la même façon, le canal olfactif peut intervenir aussi bien dans le repérage de signes cliniques, puisque certaines odeurs sont révélatrices de l'état

de dégradation de plaies purulentes, que dans le cadre d'un processus de communication intentionnelle, par exemple si un malade veut, par son parfum, signaler son hygiène corporelle et, par là, une certaine maîtrise de la situation. Quant au canal gustatif, il se révèle véritablement marginal, même s'il peut avoir sa place dans certaines situations de soin, à l'image de la stimulation basale de patients polyhandicapés graves avec qui l'on tente d'établir un rapport de communication au travers de nourritures plus ou moins sucrées. On rappellera, pour l'anecdote, qu'au début du 20^e siècle encore, les médecins n'avaient d'autre moyen, pour déceler certains troubles comme le diabète, que de goûter l'urine de leurs patients.

... et plusieurs codes

À cette multicanalité fait écho une pluralité de codes, ainsi qu'en témoignent de nombreuses études. Un code, il faut le rappeler, se définit comme l'ensemble des règles assurant la stabilité d'attribution du sens, pour un ensemble délimité de signes, dans une communauté donnée : nous évoquons les règles du français ou celles du code de la route. Pour la communication soignant-soigné, on retiendra évidemment les *codes verbaux*, autrement dit les codes impliquant pour toute langue naturelle un lexique et une grammaire. À ceux-ci s'ajoutent les *codes paraverbaux*, qui accompagnent nécessairement toute production verbale. Ces codes touchent, pour l'oral, à l'intonation, au débit et à l'intensité vocale, et,

pour l'écrit, à la ponctuation, à la mise en page et à la typographie. Les signes qui relèvent des codes paraverbaux sont vecteurs d'informations souvent très utiles dans la rencontre médicale, que ce soit pour le soignant ou le patient. Elles peuvent être d'ordre clinique – à l'image d'un débit de parole particulièrement lent indiquant une possible insuffisance respiratoire – ou renseigner plus généralement chacun des protagonistes sur l'état émotionnel de l'autre. Par ailleurs, entrent en jeu toute une série de codes dits *non verbaux*. Ils concernent, entre autres aspects, les regards, les mimiques, les postures et les gestes. Ainsi, en observant une rencontre de soin, repère-t-on généralement la présence de gestes ou de mouvements significatifs pour les personnes concernées. Il peut s'agir tout autant de montrer avec son doigt là où on a mal que de serrer le bras du patient ou encore de croiser et décroiser continuellement les jambes.

GESTES COMMUNICATIFS ET EXTRA-COMMUNICATIFS

Parmi ces gestes de natures très différentes, Jacques Cosnier (1977) propose de distinguer les *gestes communicatifs* et les *gestes extra-communicatifs*.

Une partie des *gestes communicatifs* présentent des significations stables et peuvent s'employer indépendamment de toute parole, si bien qu'ils sont appelés par les spécialistes des « signes quasi linguistiques ». C'est le cas, par exemple, du mouvement répété de la tête de haut en bas pour dire « oui ». D'autres ont pour fonction d'accompagner la parole pour identifier ce dont on parle (la médecin responsable qui tendrait

l'index vers la radio que tient son assistant en lui disant : « Donne-moi ça ») ou pour schématiser visuellement ce dont il est question (la médecin responsable qui esquisserait la forme carrée d'un cliché tout en disant à son assistant : « Donne-moi ça »). D'autres gestes d'accompagnement de la parole peuvent avoir une fonction expressive, manifestant une émotion vécue ou simulée. D'autres enfin, définis par les spécialistes comme des *synchronisateurs*, ont une fonction de structuration de l'interaction en cours, comme le jeu des regards qui peut être capital pour signaler qui veut garder, laisser ou prendre la parole.

Les *gestes extra-communicatifs*, quant à eux, ne procèdent pas d'une intention de communication. Ce sont des signes involontaires, même s'ils peuvent véhiculer des informations importantes : le fait de se gratter de manière compulsive à l'abord de thématiques délicates lors d'une consultation pourrait indiquer chez le patient ou chez le soignant une certaine anxiété.

Variations sociales et culturelles

En milieu médical, la communication soignant-soigné implique des partenaires provenant de contextes sociaux et culturels très variables qui peuvent conduire à des incompréhensions ou des malentendus. Ainsi, le signe de tête précédemment évoqué, s'il signifie « oui » dans de nombreux pays en Europe, veut dire « non » en Grèce. Et nombreuses sont les différences sociales et culturelles qui séparent potentiellement les protagonistes de la rencontre de soin : adolescent/adulte ou homme/

femme, par exemple. Ces paramètres sont particulièrement prégnants dans le contexte très diversifié des sociétés contemporaines auquel le monde médical n'échappe pas, du fait qu'en Europe l'immigration concerne tant les professionnels du soin que les patients : soignant et soigné peuvent ainsi partager une même culture ou être issus de sociétés véhiculant des codes et des valeurs très différents.

Dans le cas des codes paraverbaux, on observe par exemple des différences notables concernant l'intensité vocale. On parle plus ou moins fort selon les communautés linguistiques : par exemple, en moyenne, moins fort en France qu'en Algérie ou en Tunisie, comme le souligne la linguiste Catherine Kerbrat-Orrechioni (1994). Face à un patient provenant d'un de ces deux pays, un soignant d'origine suisse pourrait attribuer l'intensité de sa voix à une forte émotion – donc l'interpréter comme une indication clinique –, alors qu'il ne s'agit que d'un trait habituel du parler de ce patient. Il en est de même pour le débit. Certaines sociétés se caractérisent par une élocution globalement plus lente que d'autres. C'est, à suivre certaines études, le cas de locuteurs natifs du Japon qui, en moyenne, parlent moins vite que la plupart des Occidentaux. De même, certaines communautés – finnoises ou amérindiennes, par exemple – sont connues pour émailler leurs paroles de pauses assez, voire très longues, ce que d'autres communautés ne font pas. Ainsi, les pauses marquées entrecoupant le récit d'une expérience traumatique pourraient ne pas avoir la même signification selon que le patient est de langue première française

ou lapone. De la même façon, puisque la mélodie de la voix respecte des schémas qui varient entre les communautés, les intonations peuvent être la source de nombreux malentendus, par exemple lorsqu'un patient ou un soignant parle une autre langue que sa langue maternelle tout en maintenant les normes intonatives : suivant l'intonation, l'interlocuteur pourra avoir l'impression qu'on lui pose une question alors qu'il s'agit en fait d'une affirmation.

Au même titre que l'intensité vocale, l'intonation et le débit, certaines émissions sonores qui servent à montrer à son interlocuteur que l'on suit son propos – en particulier les interjections (« mhm », « oh », « ah », etc.) – peuvent varier selon les cultures. À cet égard, Catherine Kerbrat-Orrechioni (1994) signale qu'en moyenne, on emploie moins d'émissions sonores régulatrices en Europe qu'au Japon. De même, Pamela Fishman (1980) a observé, à la fin des années 1970 aux États-Unis, que les hommes avaient tendance à en produire moins que les femmes, ce que confirment d'autres chercheurs (Hall *et al.*, 1994), à un peu plus d'une décennie de distance, en constatant que les médecins femmes utilisent davantage d'émissions sonores régulatrices que leurs homologues masculins.

Les gestes sont souvent, et à tort, considérés comme universellement partagés. Or, une même idée peut s'exprimer par des gestes différents selon les communautés : ainsi, pour exprimer son ennui, en Italie, on peut se caresser une longue barbe imaginaire alors qu'en France, on peut faire mine de se raser ; en Suisse, pour faire référence à soi, on pointe le doigt sur sa poitrine, alors que dans certaines

sociétés orientales, on le met sur le bout de son nez. Par ailleurs, un même geste peut recevoir des significations différentes selon les lieux. Catherine Kebrat-Orechioni rapporte que former un cercle avec le pouce et l'index en ayant les autres doigts tendus signifie «ok» dans plusieurs pays, mais signifie «saoul» en Russie, «argent» au Japon et une obscénité au Brésil.

Il faut en outre remarquer que les gestes – langues des signes mises à part, qui fonctionnent de manière comparable aux langues parlées (comme nous le disions dans le chapitre 2) – ne présentent pas le potentiel de tout exprimer : comment un patient pourrait-il, sans l'aide d'une langue, dire si sa souffrance psychique remonte à l'enfance ou est apparue après l'adolescence ? L'usage des gestes, comme de tous les autres signes, peut ainsi occasionner malentendus, incompréhensions ou perplexités, à l'image du sourire énigmatique du patient dans l'extrait qui ouvre ce chapitre.

Distance physique, mimiques et regards

Même la distance physique qui sépare les individus lorsqu'ils communiquent revêt une signification. Edward Hall (2014) a montré le premier que cette distance varie en fonction de la familiarité qu'ont entre elles les personnes impliquées dans un processus de communication. Comme le résume le tableau ci-contre, valable pour les États-Unis et de manière comparable pour le (nord-)ouest de l'Europe, la variation de cette distance donne une information sur la nature de leur relation.

Tableau 2 Interprétation de la distance
entre les interlocuteurs

Moins de 40 cm	Distance intime
De 45 cm à 1,20 m	Distance interpersonnelle
De 1,25 m à 3,30 m	Distance sociale
Au-delà de 3,50 m	Distance publique

Une distance de moins de 40 cm indique un rapport d'intimité entre les individus (à quelques cas près, par exemple dans des transports publics surchargés). Une séparation de 45 cm à 1,20 m marque la distance usuelle de l'interaction interpersonnelle ; elle montre que les individus en présence sont d'accord de s'engager dans la conversation. Au contraire, la distance allant de 1,25 m à 3,30 m, appelée par Edward Hall « distance sociale », est celle de l'évitement de l'engagement interpersonnel. Une telle donnée éclaire d'ailleurs assez bien les raisons de la gêne qu'ont pu ressentir bien des gens lorsqu'il a fallu, en raison de la Covid-19, garder ses distances avec ses proches. Au-delà de 3,50 m, il s'agit d'une distance publique, qu'on observe dans les performances scéniques ou les conférences.

De la même manière que pour les gestes, la signification des distances adoptées varie d'une culture à l'autre. Les synthèses actuelles sur la question font apparaître qu'en Scandinavie, on se tient généralement à une distance supérieure à celle observée en Allemagne, où l'on se tient souvent plus éloigné qu'en France ou en Espagne. Dans un tel contexte,

on imagine les malentendus qui pourraient émerger, par exemple, entre une patiente espagnole tentant de s'approcher de sa soignante suédoise et cette dernière tentant de s'éloigner de la première.

Il existe encore nombre d'autres codes non verbaux en jeu dans la communication soignant-soigné. Tous sont soumis à des variations culturelles et sociales, à l'exemple des mimiques ou encore des regards, dont on peut juger par exemple qu'ils sont plus ou moins insistants. Sans aller plus loin dans l'énumération, il faut retenir de ces exemples le caractère inéluctable de la pluralité des codes, liée d'une part aux variations socioculturelles et d'autre part au fait que la communication implique l'emploi conjoint de plusieurs codes – verbaux, paraverbaux et non verbaux – qui doivent fonctionner ensemble pour exprimer un sens.

Normes, habitudes et valeurs

Plus généralement, toutes les variations que nous avons énumérées sont intégrées dans des codes socioculturels, c'est-à-dire des ensembles de normes, d'habitudes et de valeurs propres à une communauté. Ces codes pèsent autant sur les thématiques qui peuvent, ou non, être abordées au cours d'une rencontre de soin que sur la prise en compte et la reconnaissance des rôles sociaux et communicationnels des interlocuteurs (Roberts, 2009). C'est en raison de l'existence de tels codes que certaines questions, touchant à l'intimité par exemple, peuvent être posées dans le cadre d'une consultation

médicale alors qu'elles seraient considérées comme indiscrètes dans d'autres contextes. C'est également en vertu de ces codes qu'il est généralement admis que la rencontre de soin est gérée par le soignant, notamment que c'est lui qui en fixera la durée.

Ces codes socioculturels, comme tous les autres codes, sont soumis à des variations. Ainsi, dans certaines sociétés très hiérarchisées, comme dans certains pays d'Asie, la communication exigera une grande ritualisation dans les échanges entre personnes de rangs différents, et un patient venant d'un de ces pays pourrait paraître très obséquieux, bien trop poli, de l'avis de la personne qui le soigne, alors qu'il ne fait que respecter les usages de sa communauté d'origine. Le tabou linguistique, à savoir le fait que certains termes ou thématiques ont le statut d'interdits, constitue un autre lieu de variation des codes socioculturels. Dans certaines sociétés musulmanes, par exemple, il n'est pas d'usage de parler à un homme de sa femme, ni de parler à une jeune fille de son mariage en présence de personnes de sexe masculin. Le tabou linguistique est plus ou moins marqué selon les cultures : si dire « non » est considéré dans de nombreuses cultures comme un acte susceptible de mettre en péril la relation interpersonnelle, cette difficulté apparaît plus marquée dans certaines communautés, comme au Japon ou à Madagascar, où le fait d'exprimer directement un refus ou un désaccord n'est pas conçu comme un comportement adéquat en dehors d'une relation très familière. Des personnes ayant intégré un tel tabou courent le risque d'apparaître, dans un contexte médical,

comme des patients extrêmement coopérants, adhérant complètement au traitement proposé, alors qu'elles ne font que se comporter de la manière qui leur paraît la plus appropriée en situation d'interaction, sans que l'on puisse en induire quoi que soit sur le plan clinique avec une totale certitude.

Face à une telle diversité, il est vain de vouloir apprendre tous les codes existants, en trop grand nombre et sans cesse en transformation. En revanche, il apparaît fondamental de développer, comme soignant ou comme patient, une attention à la fois critique et bienveillante aux enjeux communicationnels en cours dans la rencontre de soin. Une telle sensibilité permettra de prendre quelque distance face à ce qui est communiqué, d'être capable d'en décoder le sens au-delà des aspects les plus explicites et de prévenir ainsi, autant que faire se peut, les incompréhensions et les malentendus. Sur ce point, au vu de la quasi-inexistence de cours sur la communication non verbale dans les scolarités obligatoire et post-obligatoire, tout ou presque reste à faire.

6

UNE COMMUNICATION RITUALISÉE

« La dame apparaît sur le seuil, hésite. Elle te regarde à peine et jette un coup d’œil circulaire à cette salle qu’elle ne connaît pas. Elle te fait peut-être tout de même un bref signe de tête et “Bonjour Docteur”. Elle entre, elle tient devant elle un sac en plastique ou un petit panier avec son sac à main. Elle s’avance à petits pas, elle s’arrête devant la haute table aux pieds chromés qui trône au centre de la pièce. – Tenez, allez vous déshabiller dans la cabine. Vous avez une chemise de nuit? [...] Parfois, elle s’immobilise en voyant à ses pieds le sac plastique noir béant dans la cuvette métallique, et ne relève enfin la tête qu’au son de ta voix. – Bonjour Madame, je suis le Docteur Sachs, c’est moi qui vais procéder à l’intervention. Tenez, mettez vos jambes comme ça. »

(Martin Winckler, *La vacation*, 1989)

La communication soignant-soigné ne se déroule pas dans un espace vide, sans arrière-plan ni horizon. Elle est toujours affaire de circonstances et n’a de sens qu’en rapport avec une situation spécifique dans laquelle interagissent des individus inscrits dans un lieu et un temps donnés et contraints par des attentes sociales et culturelles. L’extrait du roman de Martin Winckler mis en exergue l’illustre

bien : la femme observe la salle dans laquelle aura lieu l'intervention, elle apparaît affectée par l'aspect singulier du lieu, impressionnée par une partie du mobilier ; son rapport à l'environnement clinique semble agir comme un mur qui freine la constitution d'une relation avec le soignant. Pourtant, bon gré, mal gré, par la force des attentes qui règlent les rapports sociaux et par l'emploi d'expressions figées, les individus établissent un contact et signalent quel est leur rôle dans la rencontre de soin qui s'amorce.

L'environnement spatio-temporel

La communication médicale prend nécessairement place dans des environnements spatio-temporels qui peuvent être aussi divers qu'un cabinet médical, une chambre d'hôpital, un domicile ou tout autre lieu dans lequel soignants et patients interagissent. La nature de ces environnements conditionne la communication, tant sur le plan du contenu que sur celui des moyens employés. Ainsi, ce qui pourrait être dévoilé dans le cadre d'un cabinet médical qui accueille le colloque singulier entre un patient et un soignant aura peut-être plus de mal à être thématiqué dans le contexte d'une chambre d'hôpital où tout ce qui est dit est à portée d'oreille du voisin de lit. De la même façon, une consultation par téléphone rend impossible l'emploi de signes visuels qui pourraient servir à décrire la nature de certains symptômes ou à les localiser plus précisément (en pointant du doigt l'endroit douloureux, par exemple). L'agencement de l'espace lui-même peut faciliter la communication ou

la compliquer. Imaginons qu'un écran d'ordinateur cache au patient une partie du visage du soignant; imaginons, qui plus est, que le patient soit malentendant et que l'écran occulte précisément la bouche du soignant : l'impossibilité de lire sur ses lèvres a toutes les chances de freiner le processus de communication.

La décoration de l'espace n'est pas moins anodine. En observant des cabinets médicaux, on s'aperçoit qu'elle véhicule des signes que les patients peuvent interpréter diversement. Elle peut les impressionner et les limiter dans leurs propos, à l'instar de fauteuils à des hauteurs d'assise différentes ou d'une table marquant une distance importante dans le cabinet d'un psychiatre. De même, l'absence ou la présence de diplômes dans une salle d'attente sont des signes émis plus ou moins intentionnellement par le médecin, et que les patients ne manquent pas de capter. Si les certificats peuvent rassurer certains d'entre eux sur la renommée ou l'expertise du médecin, ils risquent aussi de souligner pour d'autres la différence sociale qui les sépare de leur soignant et, dans certains cas, de venir limiter leur liberté d'expression.

L'environnement institutionnel

En plus de se situer dans un lieu et un temps donnés, la communication s'inscrit toujours dans un environnement institutionnel qui renseigne et contraint les actions de ceux qui y prennent part. Cette inscription signifie que tout usage de signes en milieu médical implique certaines attentes sur le plan communicationnel, qui répondent à la question : « On est là pour

faire quoi?» (Goffman, 1974) Celles-ci pèsent sur les contenus, sur ce qui peut être dit et ce qui ne se dit pas. Lors d'une consultation médicale, par exemple, soignants et patients vont en général à l'essentiel, et peu de digressions sont possibles. En revanche, certaines thématiques de l'ordre de l'intime, qui sont généralement évitées dans la vie quotidienne, y ont parfaitement droit de cité: avec un médecin, il sera possible de parler de ses douleurs chroniques, celles-là mêmes qu'on cherche habituellement à cacher pour ne pas passer pour l'éternel plaintif auprès de sa famille ou de ses amis. Ces attentes, institutionnalisées, concernent également l'organisation de la communication et la distribution des rôles et des savoirs des personnes qui y participent (Sarangi et Clarke, 2002). Sous ces aspects aussi, la consultation médicale se différencie de la conversation « ordinaire ». L'observation montre en effet que, dans les interactions quotidiennes entre pairs, les participants disposent généralement d'un droit équivalent à poser des questions, alors que, lors d'une consultation, l'initiative des questions revient majoritairement au soignant, en raison notamment de la mission qui lui incombe: établir une anamnèse et poser un diagnostic sur la base des informations pertinentes qu'il cherche à recueillir.

Parce qu'elles sont pour partie partagées, ces attentes permettent aux soignants comme aux patients de s'orienter dans la communication et de lui donner ensemble un sens. C'est ce qui explique que quiconque, pour peu qu'il ait déjà dû se rendre chez le médecin, s'attend à entrer en contact avec un expert, détenteur d'un savoir lui permettant de

résoudre ses problèmes de santé. De même, tout un chacun a conscience, même de manière diffuse, qu'une consultation médicale est composée de différentes phases qui se succèdent dans un ordre donné.

Une rencontre scénarisée

Le déroulement – classique – de la consultation médicale a été documenté par de nombreux travaux, à l'instar de ceux de Paul ten Have (1989). Se laissant interpréter comme une sorte de scénario ou de script, il peut être résumé à l'aide du schéma ci-dessous :

Tableau 3 Le script d'une consultation médicale

Ouverture de la rencontre	Les participants se saluent.
Présentation du problème	Le patient annonce la raison pour laquelle il consulte.
Anamnèse	Le médecin interroge le patient afin de dresser un tableau clinique (il peut lui demander de décrire ses symptômes ou de raconter sa dernière crise, par exemple).
Auscultation	Le médecin procède à un examen physique afin de compléter son tableau clinique et de réunir des informations suffisantes pour le faire coïncider avec une maladie existante.
Diagnostic	Le médecin informe le patient de ses conclusions ou propose des examens complémentaires.
Proposition de traitement	Le médecin avance une (série de) solution(s) pour que le problème de santé du patient puisse être résolu.
Clôture de la rencontre	Les participants se saluent, souvent avec des remerciements adressés au médecin.

Dans les faits, ce script est sujet à bien des variations : en psychiatrie, par exemple, face à des patients particulièrement agités, il est illusoire de s'attendre à la réalisation d'un tel modèle lors d'une première rencontre ; il en va de même dans des situations d'urgence. Au surplus, certaines phases peuvent ne pas avoir de pertinence suivant les cas, par exemple lors d'une visite de suivi où le problème de santé du patient est connu ou durant laquelle le médecin annonce le résultat d'examen réalisés préalablement.

En résumé, on peut retenir que le script « canonique » de la consultation médicale est tout entier tourné vers la réalisation des deux objectifs que sont le diagnostic et le traitement de la maladie. Ces deux objectifs – qu'on peut reformuler, à la suite d'Erving Goffman (1969), comme *détermination* et *résolution du problème* – se retrouvent peu ou prou dans toute rencontre de soin comme plus généralement dans toute rencontre de service. Parce que le patient est bien souvent en situation de vulnérabilité en raison de ses problèmes de santé, la réalisation des objectifs précités va de pair avec des rituels interactionnels qui sont destinés à assurer le bon déroulement de la rencontre et la reconnaissance mutuelle de son organisation ainsi que des rôles et savoirs de chacun. L'école de Lyon (Cosnier *et al.*, 1993), s'appuyant sur les travaux de Goffman, distingue trois types de rituels cruciaux pour la communication médicale : des rituels visant à permettre à la rencontre de soin de débiter et de se clore (*rituels d'accès* et *de séparation*) ; des rituels dont le but est d'atténuer les dangers que les échanges peuvent faire courir à l'image que les

participants veulent donner d'eux-mêmes (*rituels de confirmation*); des rituels servant à atténuer le désagrément, physique notamment, que peuvent causer certains gestes thérapeutiques (*rituels de réparation*).

TROIS TYPES DE RITUELS DÉCISIFS POUR LA COMMUNICATION

Les *rituels d'accès* et *de séparation* se rapportent aux signes utilisés par les participants pour établir le contact entre eux. Ce peut être le fait de frapper à la porte avant d'entrer dans la salle ou de se saluer. Ces rituels remplissent ce que les sémiologues appellent la *fonction phatique* du langage pour laquelle comptent, bien plus que la seule transmission de contenus informationnels, la création et le maintien des relations sociales entre les participants. Ainsi, lorsqu'un soignant dit juste avant de sortir de la chambre d'hôpital du patient : « N'hésitez pas à appuyer sur la sonnette si vous avez besoin de quelque chose », il s'agit autant d'informer le patient sur les possibilités dont il dispose pour communiquer avec le personnel médical que de l'orienter vers l'éventualité d'une prochaine rencontre qui atténue l'effet potentiellement négatif de la séparation.

Les *rituels de confirmation* « visent à confirmer l'image que chacun souhaite donner de soi et à laquelle son statut lui donne droit », pour reprendre les mots de Jacques Cosnier. Ils s'expriment notamment dans l'emploi des pronoms personnels : si personnel infirmier et médecins assistants se tutoient au sein du même service, il est probable en revanche que tous vouvoient le chef de service ; de la même façon, un

patient, au sortir de la consultation, pourra dire : « Au revoir, Docteur », signalant par l'utilisation du titre une forme de déférence envers l'autorité médicale.

Les *rituels de réparation*, quant à eux, « s'efforcent de changer ou d'atténuer la signification ou les conséquences d'un acte susceptible d'apparaître offensant ou désagréable ». Ils sont particulièrement présents dans les moments de contact physique avec le patient ou en prévention d'un geste thérapeutique menaçant temporairement son bien-être, à l'exemple d'énoncés tels que « Attention, ça va piquer », « Encore deux secondes, et c'est bon », « Pardon, j'ai les mains froides ».

En dépit de leur caractère quelque peu routinisé, tous ces rituels sont de première importance dans l'univers du soin, puisqu'ils visent à préserver la bonne qualité des relations entre les individus impliqués dans la rencontre.

De la violence symbolique

Pourtant, force est de constater que ces rituels langagiers ne préservent pas complètement les patients de la violence symbolique produite par la formulation de certains énoncés. Théorisée par Pierre Bourdieu, celle-ci elle peut être vue comme une forme de violence « adoucie », qui apparaît dans des contextes d'interaction où les individus impliqués sont dans un rapport dont ils reconnaissent pleinement l'asymétrie. En d'autres termes, ce type de violence qui s'exerce sans se faire sentir suppose le

consentement de celui qui la subit (Dubois *et al.*, 2013). D'un usage encore trop fréquent, l'*elderspeak* constitue l'une des formes de la violence symbolique observées en contexte médical impliquant des personnes âgées. Sur le plan formel, cette manière de parler proche du *baby talk* se reconnaît à un débit ralenti, une intonation forcée ou encore une simplicité exagérée du lexique et de la syntaxe (Williams *et al.*, 2020). L'utilisation des pronoms dits de la non-personne (*il, elle, on*) constitue également une de ses caractéristiques, comme le montrent les deux échanges suivants, observés dans un contexte hospitalier de Romandie :

Le soignant : — Alors, comment il va ce matin, Monsieur X?

Le patient : — Mhm...

Le soignant : — Mais dites voir, on a des jambes de jeune fille!

La patiente : — ... [léger haussement des épaules]

Chacun reconnaîtra qu'il est difficile de ne pas voir dans ces deux échanges des exemples manifestes d'une certaine violence, que l'on peut considérer en l'espèce comme une forme d'âgisme. Les énoncés des deux soignants appellent difficilement une réaction de la part des patients. De fait, leur formulation empêche ces derniers de prendre en charge une réponse en disant « je », alors que l'on sait qu'en français, ce pronom vous installe comme un *sujet* jusqu'à votre dernier souffle, quelle que soit votre appartenance sociale.

Les bases d'un rapport de confiance

La gestion des relations sociales est centrale pour la communication et elle implique avant tout un rapport de confiance entre les personnes qui interagissent ou, à tout le moins, l'assurance de leur sincérité mutuelle. Selon le philosophe Paul Grice (1979), la sincérité impose à tous les participants de ne pas présenter comme vrai ce qu'ils croient être faux, de ne pas cacher des informations utiles pour les objectifs visés par la rencontre et de ne pas dissimuler l'intention qui guide véritablement la communication. À cette nécessité de sincérité qui assure la coopération entre les participants s'ajoute, pour le soignant, un devoir de confidentialité qui rend possible l'abord de thématiques délicates, généralement de l'ordre de l'intime. Ceci prend sens dans les impératifs éthiques qui guident la pratique du soin et qui sont tous orientés vers la restauration de la santé du patient (Benaroyo, 2006). Ils se comprennent dans les termes classiques de la bioéthique (Beauchamp et Childress, 2009) comme le fait de *respecter la volonté et la liberté de décision du patient* (autonomie), de *soulager la douleur et supprimer le mal* (bienfaisance), de *éviter les effets délétères des choix médicaux* (non-malfaisance), de *répartir équitablement les ressources et les risques sanitaires* (justice). C'est par conséquent en écho à la déontologie professionnelle des soignants que les rituels de la communication médicale prennent pleinement sens.

Les enjeux de territoire

Plus largement, les rituels que l'on a mentionnés correspondent à deux principes au fondement de toute interaction humaine mis en évidence par les tenants de la théorie de la politesse (Brown et Levinson, 1987) : d'une part, la volonté d'être considéré comme désirable par les autres, qui se traduit dans le respect de l'image donnée de soi, soit la *face positive* ; d'autre part, la volonté de ne pas être empêché par les autres dans sa liberté d'agir, qui se résume par la préservation du territoire de l'individu, autrement dit la *face négative*. Dans le cas de la communication médicale, la préservation du territoire de l'individu joue sur plusieurs plans décrits ci-dessous (Traverso, 2002).

TROIS TERRITOIRES À PRÉSERVER

- Le *territoire corporel*, qui a tôt fait d'être empiété dès lors que le patient laisse le soignant procéder à des examens et à des gestes thérapeutiques qui dépassent les limites proxémiques circonscrivant habituellement les contacts physiques avec autrui (comme évoqué plus haut, une distance de moins de 40 cm entre les individus est généralement le signe d'un rapport d'intime à intime).
- Le *territoire conversationnel*, qui est contraint par les objectifs de la rencontre de soin, et qui voit souvent le soignant avoir l'initiative de la parole (c'est prioritairement lui qui pose les questions), alors que le patient est en position de réaction (il

répond, décrivant ses symptômes, racontant ce qui lui est arrivé) sans avoir véritablement la main sur l'agenda de la rencontre.

- Le *territoire informationnel*, qui relève d'une relation d'expert à non-expert impliquant, en règle générale, une asymétrie des savoirs reconnue entre les participants : le soignant est le détenteur de savoirs médicaux spécialisés dont le patient a besoin pour recouvrer la santé. Ce dernier possède néanmoins des savoirs auxquels lui seul a directement accès : son expérience personnelle de la maladie.

Tous ces enjeux de territoire ont un impact sur la communication. Certaines études ont montré, par exemple, que les patients reconnaissent le savoir spécialisé du soignant en manifestant des signes d'hésitation lorsqu'ils osent employer des termes issus du jargon médical. D'autres ont observé que les patients utilisent différents moyens (intonations montantes, pauses, etc.) pour vérifier que ce qu'ils disent est bien en phase avec les attentes du soignant. Des études plus récentes encore (Gradoux, 2017) concluent néanmoins qu'au-delà d'une simple asymétrie, c'est une distribution des savoirs entre les différents participants qui est en jeu. Il a ainsi été montré que si un médecin fait le constat d'un élément directement lié à l'expérience du patient, sa remarque sera comprise par le patient comme une demande de confirmation ou d'infirmerie :

Le médecin : — Vous n'arrivez plus à dormir, et vous avez mal à la tête.

Le patient : — Oui, depuis une semaine.

Cette interprétation s'explique par le fait que le patient est plus légitime que le soignant, et en réalité le seul, à savoir la douleur qu'il ressent. En revanche, si le médecin produit une affirmation engageant une expertise médicale, le patient produira de préférence un énoncé servant à ratifier le propos :

Le médecin : — La grippe intestinale est causée par un virus. Votre gastro-entérite, c'était une toxine.

Le patient : — ... Ah, d'accord.

Se marque ici une claire partition des domaines du savoir : entre expertise médicale et expérience de la maladie. L'asymétrie des savoirs entre soignants et patients peut peser si lourd qu'elle est susceptible de conduire certains patients, surtout s'ils se trouvent en situation de vulnérabilité, à répondre positivement à toutes les remarques des soignants. Décrite comme le *syndrome de l'acquiescement*, cette tendance peut être exemplifiée par le cas d'une personne âgée malentendante qui devine plus qu'elle n'entend ce que lui dit son médecin. Néanmoins, il ne faut pas réduire cette partition du domaine des savoirs à une simple opposition entre celui qui sait et celui qui ne sait pas. Dans les faits, la possession et la légitimité d'un territoire informationnel sont affaire de gradient. Elle peut même parfois s'inverser pour des patients qui en savent plus, voire beaucoup plus,

que les soignants sur une maladie extrêmement rare ou encore inconnue, comme dans le cas du sida, au début de l'épidémie.

La mise en évidence des enjeux de territoire rappelle également que, de par leur position initiale, les soignants sont particulièrement bien placés pour favoriser l'expression de thématiques délicates, notamment en énonçant des questions du type : « Est-ce qu'il y aurait encore quelque chose que vous voudriez me dire ? » De telles questions permettent d'ouvrir l'agenda de la rencontre de soin au-delà de la seule perspective du soignant qui, étant le plus souvent l'initiateur de la communication, risque d'imposer son point de vue et son système de pertinence et, par là, de rendre illégitime ou impossible l'évocation de certains contenus. Il convient donc de répéter l'importance, pour les soignants, de poser des questions formulées de sorte à laisser au patient toute latitude de s'exprimer, afin d'éviter le « syndrome du pas de porte » dans lequel ce dernier, au sortir de la rencontre de soin, introduit une nouvelle thématique qu'il n'a pas réussi à exprimer jusqu'alors, le fameux « Au fait, Docteur... », dont le traitement peut, en raison de contraintes temporelles, demeurer incomplet, quand il n'est pas remis à plus tard...

LES IDENTITÉS DANS LA COMMUNICATION EN MILIEU MÉDICAL

« Il a tout de suite vu que c'était elle – air sonné, regard vrillé, joues mordues de l'intérieur – de sorte qu'il ne lui a pas demandé si elle était la mère de Simon Limbres mais lui a tendu la main en hochant la tête : Pierre Révol, je suis médecin dans le service, c'est moi qui ai admis votre fils ce matin, venez avec moi. » (Maylis de Kerangal, *Réparer les vivants*, 2014)

Chacun sait que lorsqu'une personne s'apprête à interagir avec une autre, elle commence par vérifier que toutes deux aient bien un accès partagé aux canaux de communication utilisés. C'est une condition indispensable, sans laquelle la perception même des signes serait impossible, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents. Selon de nombreux spécialistes, à cette première préoccupation des interlocuteurs concernant l'accès à la communication succède celle de se positionner l'un par rapport à l'autre en termes identitaires. Ce n'est en général qu'ensuite que sont véritablement introduits les thèmes nourrissant l'interaction. L'exemple classique est celui de la conversation téléphonique qui, depuis les années 1970, a été largement documentée. La sonnerie du téléphone et la modification

de la tonalité causée par le fait de décrocher servent à rendre possible et à indiquer l'établissement de la communication entre les individus. S'ensuit une identification mutuelle des participants à l'image de ce dialogue :

- Cabinet du docteur Bourgeois, bonjour.
- Bonjour, Isaac Dupuis, je vous téléphone parce que...

En face à face, l'entame de la communication n'est pas si différente. Ainsi, en termes sémiologiques, c'est le partage d'un même espace – le fait de se voir et de s'entendre, autrement dit de percevoir et de produire des signes – qui rend possible l'interaction entre les individus, mais ce n'est qu'au moment où il y a un processus d'identification que la communication peut véritablement s'engager. Dans l'extrait mis en exergue de ce chapitre, ce processus d'identification est principalement pris en charge par le médecin qui, voyant les traits tirés de la femme s'avançant vers lui, fait l'hypothèse qu'elle est la mère du patient qu'il a admis dans son service. Il s'adresse à elle, commençant par établir les identités de chacun : « Pierre Révol, je suis médecin dans le service, c'est moi qui ai admis votre fils, venez avec moi. » Remarquons ici que l'identification ne se fait pas seulement par le biais d'un nom propre (« Pierre Révol »), mais également au travers de termes inscrivant les individus dans une catégorie socioprofessionnelle (« médecin ») ou un réseau relationnel (signalé par l'expression « votre fils »). Le médecin fait usage du vouvoiement : « votre fils » et

non « ton fils ». Par là, il indique que leur relation n'est pas de l'ordre de l'intime, mais de la distance. Ajoutons que la prise en charge de l'identification par le médecin témoigne d'une certaine asymétrie, notamment sur le plan informationnel : la femme à qui il s'adresse ne sait pas encore que son fils de dix-neuf ans a des lésions irréversibles et qu'il est dans un coma profond.

La communication en milieu médical est indissociable de dynamiques d'appartenance et de différences sociales et culturelles, qu'elles apparaissent explicitement ou non au cours de l'interaction. Il peut s'agir, comme dans l'exemple ci-dessus, de se présenter en tant que médecin tout en assignant à la personne à qui l'on parle la place de membre de la famille, rendant ainsi manifestes les rôles de chacun. Cela peut également concerner le fait d'être un homme face à une femme, d'avoir l'air jeune ou vieux, d'apparaître comme détenant un capital socio-économique élevé ou provenant d'un milieu populaire, etc. Dans la communication, les identités sont autant de cadres interprétatifs pour les personnes qui y prennent part. Autrement dit, elles sont des circonstances à part entière, qui donnent du sens à ce qui est dit. Imaginons, par exemple, un médecin dire à son patient : « Ça va aller, ça va aller, c'est une maladie que j'ai toujours traitée avec succès. » Cet énoncé aura un sens tout différent selon que le médecin paraît avoir une soixantaine d'années ou qu'il semble tout droit sorti de l'école de médecine.

S'identifier et être identifié

Les individus peuvent révéler – expliciter ou construire – leurs identités dans le cours même de la communication. C'est le cas du soignant qui, dans l'extrait précité, s'assigne une identité socio-professionnelle, celle de médecin, et indique par son prénom qu'il est un homme issu d'une culture francophone : il s'appelle Pierre, et non Peter, Pedro ou Piotr. Ce dévoilement identitaire peut concerner tant le locuteur que son interlocuteur, comme dans notre exemple où le médecin identifie explicitement la personne à qui il s'adresse comme la mère d'un de ses patients. Les individus ont aussi la possibilité d'évoquer leurs identités sans les thématiser directement dans leurs paroles. La blouse blanche peut signaler en continu l'identité soignante du médecin, ou des signes plus furtifs témoigner de l'état émotionnel de l'individu. Dans l'extrait placé en exergue, « l'air sonné » et « le regard vrillé » de la femme qui s'avance permettent au médecin de comprendre qui elle est. À ces signes, indiquant un état plus ou moins passager, s'ajoutent des traits plus durables, à l'instar de ceux associés à l'aspect physique. Perceptibles, des traits de ce type sont en général difficilement dissimulables et restent les mêmes quelle que soit la situation dans laquelle les individus se trouvent, et sans qu'il soit nécessaire pour eux de les thématiser. Certains de ces traits prennent parfois le statut de stigmates, notamment quand leur perception est un facteur de discrimination ou de dévalorisation, tels une couleur de peau ou un accent « étranger ».

L'importance des identités

Les identités pèsent à la fois sur ce qui est communiqué (le *quoi*) et sur la façon dont on communique (le *comment*). Leur prise en compte est essentielle pour que puisse se construire un environnement favorisant la coopération entre les interlocuteurs, ainsi que nous l'enseignent les ethnographes de la communication. Les identités informent des finalités de la rencontre (*on est là pour faire quoi?*) et des démarcations entre les différents territoires des individus (*qui sait, peut, doit faire quoi?*). Dans l'exemple considéré jusqu'ici, la mise en évidence du lien familial avec le patient n'est pas un fait anodin, il est la raison même de la présence de cette femme à l'hôpital. L'importance de cette identité ira d'ailleurs croissant puisque c'est elle, en tant que mère, qui pourra donner ou non son accord à ce que les organes de son fils soient utilisés à des fins de transplantation. Les identités participent à légitimer ou délégitimer l'abord de certaines thématiques. Elles rendent certaines actions communicatives possibles et d'autres impossibles ou inappropriées. Le cas de la prescription médicale est un autre exemple du poids des identités dans la communication soignant-soigné: *dire de prendre de la morphine* est un acte langagier légitimé par le statut professionnel du médecin, qui a le droit, au contraire d'autres professions de la santé, de prescrire certains traitements médicamenteux.

De quelle(s) identité(s) parle-t-on ?

Les identités, dans la communication en milieu médical, ne se réduisent pas aux seuls rôles de soignant, de patient et de proche. Un individu n'est pas que médecin, il peut être jeune, vieux, sourd, malentendant, entendant, homme, femme, etc. Le terme *identité* recouvre ainsi des réalités multiples, allant de la singularité complète de chaque individu à son inscription dans des groupes, à l'instar d'une appartenance générationnelle ou professionnelle (un vieil infirmier, une jeune médecin, etc.). Les identités peuvent être conçues comme des réalités relativement stables, déterminées et déterminantes, ou comme étant sans cesse en proie au changement au gré des rencontres et des redéfinitions de soi. Quelle que soit leur nature, elles se profilent comme des ressources ou, selon les cas, des limites pour la communication médicale.

DES IDENTITÉS À LA FOIS RESSOURCES ET LIMITES

On peut distinguer trois types d'identités impliquées dans la communication (Zimmerman, 1998) :

- des *identités interactionnelles* (par exemple : être la personne qui pose la question ou qui y répond ; être celui qui raconte ou celui qui écoute, etc.) ;
- des *identités situationnelles* (par exemple : être le soignant, le patient, le proche ; être infirmier, aide-soignant ou médecin, etc.) ;
- des *identités extra-situationnelles* (par exemple : être jeune ou vieux, francophone ou non francophone, etc.).

Les *identités interactionnelles* se modifient en général au fil de la communication. Il est toujours possible de répondre à une question par une question, celui qui répond devenant dès lors celui qui questionne et inversement. Les *identités situationnelles* sont, elles, étroitement liées à l'environnement institutionnel, c'est-à-dire aux finalités et aux attentes qui président à la rencontre. Sauf cas particulier, soignant et patient n'échangent pas leurs rôles en cours de route, même lorsque le malade demande : « Que feriez-vous à ma place ? » De la même façon, un médecin, s'il est affecté par une maladie, devient, dès lors qu'il consulte un confrère, un patient faisant face à un soignant. Cette identité situationnelle de patient impliquera que ce n'est pas lui, *a priori*, qui prescrira son propre traitement. Malgré le fait d'être ici patient, ce médecin restera tout de même médecin, son statut professionnel n'étant pas remis en cause. Ce n'est pas parce que l'on est malade que l'on n'est plus médecin, et le médecin chargé de le soigner ne le considérera probablement pas comme un patient *lambda* (pour peu qu'il existe des patients *lambda*!). Cet exemple nous conduit aux *identités extra-situationnelles*, celles qui peuvent influencer en tout temps sur le processus communicatif, qu'elles soient ou non explicitement invoquées. Une médecin, par exemple, a toutes les (mal)chances de voir son identité de femme – une identité extra-situationnelle, donc – peser sur la communication et primer sur son rôle professionnel. Dans des recherches maintenant classiques, et dont les résultats sont malheureusement toujours d'actualité, Candace West (1990) montre que, face à des patients hommes, de quelque niveau

socio-économique qu'ils soient, les soignantes sont plus systématiquement interrompues que ne le sont leurs confrères.

Nous avons vu plus haut qu'aux rôles de soignant et de patient sont liées un certain nombre d'attentes. Il en est de même avec les identités extra-situationnelles. L'appartenance à certains groupes sociaux et la socialisation langagière qui en résulte peuvent avoir un impact extrêmement fort sur la façon de communiquer et d'interpréter ce qui est communiqué. Ainsi, dans une étude menée auprès de médecins installés en Suisse romande (Singy, 2004), face aux deux énoncés « Vous vous injectez des drogues ? » et « Vous ne vous injectez pas de drogues ? », près de trois quarts des femmes interrogées estiment qu'il est plus difficile pour les patients de répondre par l'affirmative à la variante interrogative, ce qui n'est l'opinion que d'un homme sur deux. Seule l'appartenance de genre explique ici la variation d'interprétation observée. À cet égard, certains tenants des études genre considèrent que les échanges verbaux entre hommes et femmes – pourtant d'une même communauté linguistique – suscitent des défis comparables à ceux impliquant des individus appartenant à deux cultures différentes. Une telle comparaison repose, en fait, sur l'hypothèse selon laquelle les hommes et les femmes développent, pour partie, des compétences linguistiques au sein d'univers culturels séparés. Selon ce modèle,

un genre pourrait, par exemple, être attaché à un mode de communication de type coopératif alors que l'autre serait associé à un mode de type compétitif. Dans cette logique, les femmes – en l'espèce, médecins – assigneraient aux questions, en plus de leur fonction informative, celle de maintenir les échanges auxquels elles participent dans un style favorisant la bonne entente, l'égalité, la réciprocité, bref : l'absence de conflit.

Il arrive que les différences d'identité soient des facteurs négatifs pour l'établissement et le développement de la relation à l'autre. Elles entraînent des effets de distance qui mènent à réduire le nombre de personnes avec lesquelles il est jugé possible de communiquer. À titre d'exemple, dans une étude récente (Merminod *et al.*, à paraître), nous avons remarqué que les femmes âgées tendaient à privilégier des femmes de leur génération pour parler de leurs douleurs chroniques, voyant les hommes, quel que soit leur âge, comme des interlocuteurs avec lesquels il est difficile d'évoquer de tels sujets, soignants mis à part. Cette barrière, fondée sur une différence de genre, est loin d'être une vue de l'esprit des femmes interrogées, puisque la plupart des hommes participant à cette même enquête révélaient avoir tendance à éviter ce sujet.

Les identités se rapportent à des préalables que les participants amènent, bon gré, mal gré, dans la communication. Elles sont néanmoins également produites par la communication : ainsi, il est tout à fait possible pour un soignant d'adopter un comportement témoignant d'une écoute active qui

contredirait l'idée reçue selon laquelle un médecin ne prête pas attention aux mots de son patient. De même, si une expertise spécifique est associée au statut de médecin, cette expertise pourra être confirmée ou infirmée au cours même du processus de communication.

Des identités narratives

Les identités dans la communication soignant-soigné ne se limitent pas à une série de catégories sociales. Elles se rapportent à la trajectoire de l'individu dans le monde, à ce qu'il vit, a vécu et espère vivre. L'individu voit son profil identitaire varier au gré de ses expériences et des événements qui bornent son existence : une même personne peut être successivement surfeur, usager de la route, victime d'un accident, patient en réanimation et finalement donneur d'organes. Ainsi, les individus évoluent à travers le temps, dotés d'une prise plus ou moins forte sur les événements qui affectent leur existence.

En termes identitaires, un même individu pourra se définir comme étant plutôt proactif, transformant le monde à sa façon, ou au contraire passif, transformé par le monde (Bamberg, 2011). Dans le cadre d'une maladie, par exemple, ce positionnement identitaire variera au gré des épreuves traversées par l'individu. Comme protagoniste de son récit de vie, le malade adoptera ou se verra attribuer différents rôles *actantiels*, qu'on définit à la suite de la narratologie classique (Greimas, 1986) comme le rapport de l'individu à l'action.

Tableau 4 Le rapport à l'action face à la maladie

Sujet	Agit en direction d'un but ou subit les événements.
Objet	Visé au travers des actions réalisées par le <i>sujet</i> .
Adjuvant	Aide le <i>sujet</i> à réaliser des actions.
Opposant	Empêche la réalisation des actions.
Destinateur	Motive les actions réalisées par le <i>sujet</i> .
Destinataire	Bénéficie de la réalisation des actions.

Un même individu est susceptible de cumuler plusieurs rôles. Un patient pourra, par exemple, être à la fois *sujet* agissant contre sa maladie, *destinataire* des actions qu'il a entreprises pour recouvrer la santé et, en raison de son moral changeant, alternativement ressource (*adjuvant*) et limite (*opposant*) pour son rétablissement.

Ce positionnement est étroitement lié à la trame des événements et à la manière dont ils sont vécus : face à la maladie, un individu pourra, par exemple, perdre d'abord toute prise sur son existence, puis, au fil du temps et des traitements, reprendre en main la conduite de sa vie. Dans une perspective narrative, centrée sur le cheminement des patients (Frank, 1995), il apparaît central de distinguer trois moments : 1. la *vie avant* l'événement transformateur (maladie, accident, traumatisme, etc.) ; 2. la *vie avec* ; 3. la *vie après*. Fruit d'une rupture dans l'ordre des choses, le moment de *vie avec* est lui-même tripartite : 2.1. la *complication*, dans laquelle apparaît un problème ; 2.2. la *réaction*, où les individus essaient de régler le problème apparu ; et 2.3. la

résolution, qui voit une issue heureuse ou malheureuse au problème. La survenue d'une maladie, suivie par le combat mené jusqu'au rétablissement, illustre bien ce mouvement allant de la déstabilisation à un retour vers une certaine stabilité. Le positionnement identitaire de l'individu varie au gré des trajectoires de vie et peut même se trouver complètement transformé par certains événements. Pensons aux douleurs chroniques, par exemple, qui ne voient jamais véritablement un temps de *résolution* (Dominicé Dao, 2004) : le retour à une vie sans douleurs apparaît impossible, le fait de faire l'expérience de la douleur devient dès lors un trait identitaire persistant.

La prise en compte des identités narratives paraît essentielle pour saisir la disponibilité ou non d'un patient à comprendre certains messages : quel est l'intérêt, par exemple, de dire à un patient de se prendre en main si lui-même se voit sans prise aucune sur les événements ? Par ailleurs, au vu des difficultés que rencontrent les producteurs de campagnes de promotion de la santé pour convaincre la population (prévention de comportements à risque, appel au don de sang, etc.), on devine toute la pertinence de raisonner en termes d'identités séparant les *héros* des *victimes* au moment de la formulation des messages. L'appel de la Croix-Rouge suisse – « Donnez de votre sang – d'autres en ont besoin ! » – est, en ce sens, éclairant dans la mesure où il confère aux potentiels donateurs le statut d'adjuvants.

L'individu, membre d'un réseau

Prendre en considération la trajectoire de l'individu revient également à avoir conscience que se tissent tout au long de la vie des relations de différentes natures avec autrui (relation familiale, amicale, professionnelle, etc.). Ce dernier aspect est très loin d'être anodin dans le domaine de la santé, où, pour les soignants, le rapport aux proches est parfois tout aussi crucial que la relation avec le malade. L'identité de l'individu doit donc également se comprendre en fonction de sa position au sein d'un réseau. Par exemple, en termes de décision et donc de traitement de l'information communiquée, *être parent de ou enfant de* n'a pas les mêmes implications, notamment selon l'état de santé et l'âge du patient. Prendre en compte les identités relationnelles de l'individu, c'est également avoir à l'esprit que les informations circulent au sein de réseaux, bien au-delà du seul face-à-face immédiat dont nous avons essentiellement parlé jusqu'ici. En effet, la communication ne se réduit que très rarement au seul rapport immédiat entre deux entités, l'une productrice et l'autre réceptrice d'un message.

Il ne faut pas oublier qu'un seul et même énoncé peut être le produit de plus d'un individu (Goffman, 1981). Ainsi, la personne qui communique physiquement l'information (*l'animateur*) peut être à la fois différente de celle qui a mis en forme le contenu exprimé (*l'auteur*) et de l'instance qui le prend socialement à sa charge (*le responsable*). Imaginons par exemple qu'une infirmière s'adresse à un patient qui

quitte l'hôpital contre l'avis du médecin : « L'hôpital, comme l'a dit le docteur, se dégage de toute responsabilité quant à la péjoration future de votre état de santé. » L'infirmière a le rôle d'*animateur* ; elle ne fait que relayer les propos du médecin qui en est l'*auteur* ; lui-même parle au nom de l'hôpital, qui acquiert dès lors le statut de *responsable*.

PARTICIPANTS RATIFIÉS ET NON RATIFIÉS

Goffman rappelle par ailleurs l'importance de faire la distinction entre plusieurs sortes de participants à la communication. D'une part, il y a les *participants ratifiés*. Ceux-ci prennent manifestement part au processus de communication, mais peuvent avoir différents statuts : les *participants ratifiés et adressés*, à qui la communication est destinée en premier lieu ; et les *participants ratifiés et non adressés*, destinataires secondaires de l'information. Parmi ces derniers, on compte les *participants intermédiaires* et les *participants spectateurs* (Levinson, 1988). Sera par exemple un *participant intermédiaire* l'interprète qui écoute ce que disent médecin et patient pour le traduire et assurer ainsi l'intercompréhension (nous y reviendrons au chapitre suivant). Quant au *participant spectateur*, ce peut être le patient qui, lors de la « grande visite », écoute le médecin rendre compte de son cas aux collègues qui l'accompagnent. On remarquera qu'en plus de ne pas faire partie de ceux à qui la communication s'adresse en premier lieu, le patient devient ici le thème de la communication.

D'autre part, Goffman observe qu'il existe aussi des *participants non ratifiés*, qui écoutent ce qui se

dit ou voient ce qui se passe sans y avoir été invités : ceux qui surprennent par hasard quelques fragments de l'interaction ou ceux qui épient la communication. Imaginons, par exemple, le voisin de lit, dans une chambre commune à l'hôpital, qui écouterait la conversation entre un médecin et son patient. Nous verrons plus loin que toute cette série de distinctions peut être cruciale dès lors qu'il y a présence d'un tiers.

Éviter les stéréotypes

En conclusion, il faut retenir que les identités sont des circonstances de première importance dans la communication médicale : les participants signalent leur appartenance à certaines communautés ou s'en distancient, se reconnaissent des points communs et des différences, s'inscrivent dans des trajectoires de vie et des réseaux de relations. Tous ces positionnements identitaires sont autant de ressources permettant de produire du sens dans la communication en cours. Il faut les considérer avec soin, et ne pas se laisser prendre au piège des stéréotypes. Ainsi, que fait-on quand on projette sur un individu les traits caractéristiques d'une catégorie comme celle des personnes âgées ? Pense-t-on que toutes les personnes âgées s'équivalent, que cette catégorie elle-même représente une population homogène, et que l'individu ainsi considéré se réduit à une appartenance générationnelle ?

Ce questionnement critique est d'autant plus important quand on sait que tout participant à la

communication n'a de cesse d'évaluer ce qu'il dit, a dit, va dire – ainsi que sa façon de parler – en fonction des personnes à qui il s'adresse, s'adaptant ainsi continûment à ce qu'il croit que les autres sont et imaginent en retour qu'il est (Bell, 2001). Cette adaptation à autrui, au contraire de ce qu'on pourrait penser intuitivement, peut être tant positive que négative dans la communication soignant-soigné : positive, elle est stratégie d'accommodation (Giles et Ogay, 2007), comme dans le cas où le clinicien, percevant l'âge avancé de son interlocuteur, articule davantage et augmente le volume de sa voix pour atténuer le risque de mécompréhension ; négative, elle se rapproche d'une forme de discrimination, s'il adopte par exemple un registre du type de l'*elderspeak* qui infantilise son patient âgé et, par là, met en question, même de manière indirecte, son droit à l'autonomie.

8

DES RENCONTRES À CONFIGURATION VARIABLE

« Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique. » (Constitution de la Confédération suisse, art. 8)

Dans les représentations communes, parler de la rencontre entre patient et soignant, c'est avant tout imaginer une rencontre duelle, n'impliquant que deux partenaires. Cette opinion est d'ailleurs confortée par la dénomination canonique, et toujours d'actualité, qui lui est réservée quand le soignant en question est un médecin : le « colloque singulier ». Pourtant, celle-ci est largement contredite par les faits lorsque plusieurs patients sont impliqués, comme dans le cas d'une thérapie de couple ou de famille. On recense par ailleurs un large panel de situations qui voient un patient être mis en face de plusieurs soignants : aux urgences, lors d'opérations chirurgicales sous anesthésie locale, durant certains entretiens psychiatriques, ou encore dans le cadre de rencontres réunissant un collège de spécialistes issus de différentes disciplines, à l'exemple de ce qui peut se faire

dans un centre de la douleur. C'est également le cas au moment de la « grande visite » que nombre de professeurs de médecine mènent encore aujourd'hui au sein des grandes structures hospitalières, accompagnés de l'ensemble de leur équipe. Dans de tels environnements communicationnels, on devine sans peine les difficultés auxquelles les soignants doivent faire face pour garantir au patient un statut d'interlocuteur à part entière. Il s'agit notamment pour eux d'interagir de sorte à limiter autant que possible leur recours à certaines fonctions secondaires du langage susceptibles de placer le patient dans une position d'inconfort. Certains automatismes observables entre soignants, tel le recours à des sigles ou au jargon médical (activation de la fonction d'économie), peuvent, dès lors qu'ils sont déclenchés devant un patient, conduire celui-ci à se sentir plus ou moins exclu et, partant, nuire à la qualité des échanges. Par ailleurs, on devine ici combien une gestion efficiente de la parole est essentielle, de manière à éviter une cacophonie ou des accidents nuisibles à la communication (chevauchements dans les prises de parole, interruptions malheureuses, etc.).

Mais il est d'autres impératifs qui battent en brèche une conception duelle de la relation entre soignant et patient. L'ensemble, ou presque, des chercheurs qui font de cette relation le centre de leurs préoccupations s'accordent à voir en elle une relation clairement verticale. Cette hiérarchisation résulte de toute une série de différences sociales séparant le soignant du patient, généralement à l'avantage du premier, exprimées notamment par une asymétrie en matière

de capital informationnel, institutionnel, culturel ou linguistique, mais aussi associées à des questions de genre ou de génération. C'est ce type d'asymétrie qui explique pourquoi, dans un certain nombre de cas, des patients se présentent en consultation aux côtés de tiers aux profils divers qu'il s'agit de détailler.

Le tiers décisionnaire

Dans les sociétés occidentales, notamment en Suisse, environ un cinquième de la population est formé de personnes mineures, placées sous la responsabilité de leurs parents ou d'une autorité tutélaire. Cet état de fait conduit à l'existence de nombreuses rencontres de soin où le clinicien se trouve face à un patient nécessairement accompagné d'un tiers qui en a la responsabilité devant la loi. C'est généralement le cas pour les consultations impliquant un enfant âgé de moins de douze ans. En termes communicationnels, le parent fait alors figure non seulement de participant ratifié en raison de son pouvoir décisionnaire, mais également d'interlocuteur privilégié pour le clinicien, du moins quand l'enfant n'a pas encore acquis des structures du langage suffisamment développées. Pour établir une anamnèse ou un diagnostic, le soignant se fier donc largement aux dires du parent, qui a en quelque sorte un rôle de « porte-voix », tout en s'appuyant sur les signes non verbaux et paraverbaux que le jeune patient est amené à produire. Évidemment, plus l'enfant avance en âge, plus le soignant peut lui parler directement, jusqu'à lui conférer le rôle d'interlocuteur principal. Se pose dès

lors la question, pour lui, de la gestion des interventions du parent présent. Dans le cas de consultations avec des pré-adolescents et des adolescents, le soignant devra, tôt ou tard, décider de ne plus accorder aux parents un statut d'auditeur ratifié, autrement dit de se passer de leur présence. La décision n'est pas toujours simple dans la mesure où elle fait appel à des considérations mêlant la thématique de la confidentialité et le droit décisionnaire qu'ont les parents sur leurs enfants mineurs (Cafisch, 2008).

Signalons encore ici que la technique dite de l'*accommodation* a de toute évidence bien des vertus dans le cas de consultations avec de jeunes patients. Cette technique – qui invite les soignants à s'exprimer avec les mots des jeunes patients – peut en effet concourir à faciliter l'intercompréhension. Mais elle souffre aussi de claires limites. C'est du moins ce qu'invitent à penser diverses études montrant que nombre d'adolescents n'apprécient guère, voire pas du tout, les adultes qui recourent *indûment* à des termes – issus du verlan, par exemple – qu'ils s'estiment être les seuls fondés à utiliser, et cela exclusivement avec leurs pairs. Il est peu vraisemblable, à cet égard, que les soignants échappent à la règle.

Le tiers accompagnant

Parmi les droits accordés aujourd'hui aux patients adultes, figure en bonne place celui de pouvoir être accompagnés, non seulement quand il s'agit d'opérer des démarches liées à une hospitalisation, mais également au moment d'entretiens avec des

professionnels de la santé. Dans les faits, de nombreuses consultations se déroulent avec des patients adultes en présence d'un tiers accompagnant. C'est particulièrement vrai dans les domaines de l'oncologie, des soins palliatifs, de la gériatrie ou encore de la gynéco-obstétrique. Les soignants concernés par ce type de consultations sont donc amenés à gérer la communication en tenant compte du profil de ce tiers, auditeur ratifié dans tous les cas. Il y a loin, en effet, entre une consultation avec une future mère qui se déroule en présence du père de l'enfant à naître, une consultation avec un patient accompagné de sa sœur à qui l'on doit annoncer un cancer et un entretien impliquant une personne de grand âge accompagnée de sa fille et à qui l'on doit « suggérer » une entrée dans un établissement médico-social.

La place et l'importance des interventions du tiers accompagnant lors d'une consultation dépendent notamment de son statut. C'est ainsi qu'on distingue clairement proches et proches aidants (Rossinot, 2019). Si, dans les deux cas, ce sont généralement des membres de la famille (conjoints, parents, enfants, fratrie) qui sont concernés, les seconds, à la différence des premiers, consacrent de manière régulière une partie de leur temps à aider une personne atteinte dans sa santé ou son autonomie. Dans ces conditions, les proches aidants constituent en quelque sorte des partenaires – reconnus comme tels – pour les soignants qui sont conduits à interagir directement avec eux, en vue d'obtenir des informations (sur l'état du patient dans une situation donnée à son domicile, par exemple) ou d'en délivrer

(notamment sur la façon pour le patient de prendre un médicament). Dans ce cas de figure, on peut voir dans le proche aidant une sorte de tiers représentant.

Il faut également évoquer ici ce qu'il est convenu d'appeler le représentant thérapeutique. Nommé dans le cadre des directives anticipées élaborées par un patient, le représentant thérapeutique est membre ou non de la famille. Il assure un rôle de porte-parole, notamment pour faire respecter les volontés du patient dans le cas d'une incapacité à s'exprimer ou d'une perte de discernement. Le personnel soignant est ainsi amené à communiquer avec cette personne pour lui donner tous les moyens de prendre les décisions les plus adéquates en regard du contenu des directives données au préalable par le patient qu'il représente. Parmi ces moyens figure l'accès au dossier médical.

Le tiers interprète pour les langues parlées...

Comme on l'a vu, dans l'univers médical comme ailleurs, les échanges verbaux supposent, afin de satisfaire aux attentes des protagonistes, qu'ils se déroulent dans des conditions qu'il n'est pas toujours facile de réunir. Ainsi, rappelons que, pour qu'un énoncé soit interprété au moment d'un échange donné dans le sens attendu, il ne suffit pas que locuteur et interlocuteur recourent à un système linguistique commun. Ils doivent aussi se retrouver dans les codes paraverbaux et non verbaux tout comme dans les implicites culturels et les valeurs sociétales réglant la vie quotidienne d'un lieu donné. De ce point de vue, l'inégalité des

patients devant les institutions de santé helvétiques est évidente. En regard des compétences linguistiques et des habitudes culturelles du personnel soignant, les patients issus de la migration récente – largement formée de travailleurs saisonniers et de personnes dites «sans papiers» ou relevant du domaine de l’asile – y sont en effet dans une position particulièrement difficile quand il s’agit d’exprimer leur souffrance et, partant, de solliciter des soins (Weber, 2017). D’une grande vulnérabilité quant à leur santé (Bodenmann *et al.*, 2018) et généralement privés de la maîtrise de l’anglais – langue véhiculaire souvent choisie en milieu médical pour dialoguer entre personnes d’origines différentes –, ces patients se retrouvent dans la nécessité d’être aux côtés d’un tiers interprète s’ils veulent rencontrer utilement un soignant.

Soucieux de ne pas contrevenir au principe constitutionnel rappelé au seuil de ce chapitre, selon lequel nul ne doit subir de discrimination en raison notamment de son origine, de sa race, de son sexe ou encore de sa *langue* (Constitution fédérale, art. 8), les systèmes socio-sanitaires de Suisse mettent généralement tout en œuvre pour assurer aux patients migrants qui en ont besoin des rencontres accompagnées d’un interprète. L’observation montre que ce tiers interprète peut être un ami ou un membre de la famille du patient – quelquefois un enfant – maîtrisant la langue locale, avec les limites que cela comporte. Pensons par exemple au cas d’une consultation gynécologique dans laquelle une femme, provenant de l’Afrique de l’Ouest et ne parlant que peu le français, serait contrainte de voir les propos qu’elle adresse

à l'interniste traduits par son fils, jeune adolescent. Une telle configuration communicationnelle serait en forte contradiction avec les règles d'interaction entre genres en Afrique de l'Ouest. À cet égard, on devine aisément les difficultés que pourrait rencontrer le soignant en termes de fiabilité des propos rapportés.

À côté de ces tiers interprètes *ad hoc* proches du patient et dont on ne peut exiger un devoir de confidentialité, il en existe d'autres, tout aussi *ad hoc* mais tenus, pour leur part, à la confidentialité : les collaborateurs d'origine étrangère dans les institutions hospitalières de Suisse, qui sont quelquefois appelés à venir jouer le rôle d'interprète dans une consultation organisée pour un patient avec lequel ils partagent la langue, sinon la provenance. Mais pareille situation n'est pas non plus sans conséquence sur la qualité de la traduction, compte tenu, entre autres facteurs, de leur disponibilité toute relative (leur absence du service auquel ils appartiennent ne pouvant être que limitée).

Face à ces tiers interprètes qui, par la force des choses, ne sont guère à même d'assurer une traduction pleine et non mutilée (Davidson, 2000), les soignants tendent, quand ils le peuvent, à recourir à des tiers interprètes professionnels capables d'assurer une traduction qui respecte les équivalences entre des codes verbaux, paraverbaux et non verbaux différents, tout en garantissant aux parties concernées une prise en considération de leurs valeurs culturelles et sociales respectives (Guex et Singy, 2003). Ces intermédiaires sont connus, en francophonie, sous les noms d'« interprètes culturels » ou de « médiateurs interprètes culturels ». Au bénéfice d'une formation

certifiée et soumis au secret de fonction, ils peuvent concrètement assurer tout ce qu'on attend d'une interprétation lors d'une consultation. Pouvant faire état d'une certaine connaissance du vocabulaire médical, ils sont aptes à rendre compte des contenus formulés dans une langue de départ vers une langue d'arrivée dans leur complexité, tout en restituant des éléments non linguistiques à portée significative (intensité de la voix, intonation, gestes, etc.). Au besoin, ils sont aussi capables d'apporter à chacune des parties des informations culturelles susceptibles de mieux l'aider à comprendre certaines demandes, attentes ou comportements surgissant durant la consultation.

Comme on l'imagine, ces consultations en présence d'un tiers interprète induisent une gestion plus ou moins ardue de la communication de la part du soignant qui la conduit, quel que soit le profil de ce tiers. Les recommandations à ce propos ne manquent pas, telles celles de l'Académie suisse des sciences médicales (Langewitz, 2019). On se limitera à livrer ici celle qui invite les soignants à toujours garder le patient comme interlocuteur principal, en s'adressant à lui directement, sans recourir, par exemple, aux pronoms dits de la non-personne *il* ou *elle* (on préférera dès lors « Vous avez mal depuis quand à cette épaule ? » à « Il a mal depuis quand à cette épaule ? » formulé à l'attention de l'interprète).

... et pour les langues signées

Il est un segment de la population qui, dans son rapport avec le système de santé et la vulnérabilité qui le

caractérise (Bardet *et al.*, 2012), partage une véritable communauté de destin avec celui formé des migrantes et migrants qui ne maîtrisent pas la langue locale. Il s'agit, même si ce rapprochement semble paradoxal, du groupe réunissant la majorité des personnes concernées par la surdité, qu'il est possible de concevoir en termes d'intensité. En effet, on distingue cinq degrés de surdité : légère (la perte se situe entre 20 et 40 décibels), modérée (la perte se situe entre 40 et 70 dB), sévère (la perte se situe entre 70 et 90 dB), profonde (la perte est supérieure à 90 dB) et totale (l'audition n'est pas mesurable). En règle générale, se définissent comme appartenant à la communauté sourde des personnes présentant une surdité profonde ou totale.

Les soignants appelés à rencontrer des patients sourds ou malentendants doivent avoir à l'esprit que ceux-ci appartiennent, tout du moins la plupart d'entre eux, à un groupe que fédère la pratique partagée d'un idiome commun. Un certain nombre de personnes concernées par la surdité se satisfont certes du recours à un appareillage auditif plus ou moins complexe ou à la lecture labiale pour tenter de surmonter ce qu'elles tiennent elles-mêmes pour un handicap sensoriel. Cependant, beaucoup d'entre elles – surtout celles dont la surdité est prélinguale (donc installée avant trois ans, soit avant l'intégration des structures du langage verbal) – refusent de se laisser saisir au travers des termes du modèle dit de la déficience qui a longtemps prévalu, en médecine comme ailleurs (Singy *et al.*, 2018). Dans ce modèle, la surdité est considérée comme une invalidité qu'il convient de surmonter par un effort de correction, soit au travers

de l'oralisation, soit en recourant à une compensation par le biais d'appareils auditifs ou d'un implant cochléaire. Un tel modèle est de plus en plus réfuté au profit d'un modèle émergent dit de la culturalité, selon lequel le fait d'être sourd ou malentendant constitue une pleine réalité définissant et structurant un groupe social au bénéfice d'une histoire, d'une culture et d'une langue – celle des signes –, réalité qui donne droit, ce faisant, à être reconnu et à ne plus subir cette stigmatisation de l'*audisme*.

Les tenants de ce modèle peuvent en appeler à l'observation scientifique pour laquelle le langage mimo-gestuel dont relèvent les diverses langues des signes attestées permet, à l'instar du langage verbal, de tout exprimer, des réalités les plus concrètes aux plus abstraites. À l'exception du canal de réception (visuel *versus* auditif), la recherche reconnaît par conséquent un parallélisme complet entre langue parlée et langue signée. Dans les deux cas, on relève notamment la présence d'une syntaxe et d'une morphologie. Elles sont toutes deux soumises à une évolution et présentent des fonctions secondaires telles que les fonctions ludique et cryptique. Il est par ailleurs démontré que les deux types de langue sont pareillement soumis à variation, que ce soit au niveau social, régional ou générationnel. Il a également été observé que la compréhension des signes verbaux et des signes gestuels appelle l'activation des mêmes zones cérébrales (Hicok *et al.*, 2001) et qu'en matière d'acquisition, l'enfant sourd et l'enfant entendant passent par des phases similaires : babillage vocal et gestuel entre sept et dix mois, premiers

mots et gestes formés entre douze et dix-huit mois, premières combinaisons de mots et de gestes entre dix-huit et vingt-deux mois, développements morphosyntaxiques entre vingt-deux et trente-six mois (Morgenstern, 2008). Enfin, plusieurs spécialistes considèrent que la langue signée représente un des éléments constitutifs d'une « culture sourde » spécifique pour les personnes qui la pratiquent. Elle doit de ce fait être comprise comme un tout réunissant des manières de faire, de raisonner, d'être et d'interagir au sein d'un groupe de personnes sourdes et malentendantes donné (Lachance, 2006).

On comprend donc la proximité, au niveau de la communication, entre population de migration récente et population sourde pour les soignants qui sont amenés à les prendre en charge. Les défis dans la gestion de la rencontre sont similaires et, étant donné que la presque totalité des professionnels de la santé sont, pour l'heure, dans l'incapacité de s'exprimer en langue des signes, ils n'ont d'autre choix que de faire appel à un tiers interprète. Les limites évoquées au sujet des patients migrants qui se présentent accompagnés d'un proche – généralement un membre de la famille – sont ici les mêmes : manque de fiabilité de la traduction, problèmes de confidentialité. Dans ces conditions, tout milite pour un recours à un tiers interprète professionnel quand des patients sourds ou malentendants le demandent. Par leur formation, ceux-ci permettent d'assurer, sous le sceau du secret, des échanges durant lesquels sont prises en compte les spécificités langagières et culturelles propres à chacune des deux parties.

9

LE FACE-À-FACE, SEUL MODE DE COMMUNICATION ?

« Une notification. Puis une autre. Sur l'écran de son téléphone, les messages de sa mère se succèdent. Winnie fait défiler les fils chinois d'actualité à s'en faire mal au doigt. Mardi 25 février, il est 21 h 20 dans la province du Shandong, où vit tout sa famille. Déjà trente-deux jours que le confinement a commencé à l'est de la Chine. L'aïeule est inquiète. "Tu as trouvé plus de masques?" "Prends soin de toi!" À 8661 kilomètres de là, au centre-ville de Lausanne, elle patiente dans la salle d'attente de son physio – une vilaine blessure à la cheville. "Winnie?" Absorbée par le flux de mauvaises nouvelles en provenance de Chine, elle n'a pas entendu arriver la secrétaire. » (« Le roman de la pandémie », *Le Temps*, 13 juin 2020)

On pourrait croire que la communication en milieu médical se caractérise toujours par une unité de temps et une unité de lieu, à l'image du médecin et de son patient qui échangent en face à face au cours d'une consultation. Dans les faits, nombreuses sont les situations où soignants et soignés ne se rencontrent pas directement, comme l'illustrent de manière emblématique les questionnaires en ligne développés par les autorités sanitaires dans le

contexte de l'épidémie de coronavirus. Ces questionnaires, à l'image du site Internet *Coronacheck* dans le canton de Vaud, permettent à la population d'évaluer son risque d'infection et d'être dirigée vers un lieu de test le cas échéant. Ils sont une solution de premier recours pour les personnes se demandant si elles présentent des symptômes associés à la Covid-19. Derrière ces questionnaires se trouvent des équipes de soignants qui, soutenus par les pouvoirs publics, ont mis au point un outil destiné à faciliter l'accès à des informations de santé et à éviter ainsi une surcharge des services sanitaires en temps de crise. Il y a bien ici communication entre soignants et patients, mais elle ne se réalise pas en coprésence. Cet exemple n'est qu'un des nombreux cas de communication sans unité de lieu ou de temps sur lesquels nous allons maintenant nous arrêter.

La nécessaire médiation de la technologie

On l'aura compris, la communication sans coprésence implique nécessairement l'emploi de technologies, notamment celles de l'écrit (manuscrit et imprimé), de l'enregistrement audio-vidéo et plus largement des télécommunications (analogiques et numériques). L'émission des signes est dès lors marquée par les spécificités des moyens utilisés : ainsi, la feuille sur laquelle on laisse une note manuscrite peut être accompagnée d'un schéma et peut être lue en tout temps par quiconque accédant au lieu où elle se trouve ; le téléphone, lui, met en contact de manière synchrone deux personnes éloignées dans

l'espace, mais contraint la communication à un flux linéaire et évanescent (hors enregistrement). Ces technologies prolongent et réduisent à la fois les possibilités perceptives de l'être humain. Avec la vidéoconférence, par exemple, il devient possible de voir et d'entendre des personnes qui ne sont ni à portée de vue ni à portée d'ouïe, mais il reste en revanche impossible de partager le même espace, circonstance pourtant majeure de la communication. De la même façon, le téléphone permet la transmission de la voix sur une longue distance, mais ne permet pas de véhiculer les gestes et les mimiques qui peuvent accompagner la production verbale.

Par-delà la spécificité des moyens techniques utilisés, la communication sans coprésence favorise principalement deux formes de décalage : le décalage spatial et le décalage spatio-temporel. Dans le premier cas, une synchronisation entre les participants reste possible. On pense, par exemple, à la télé-médecine, où ils se trouvent chacun face à une caméra et un micro. Bien qu'en des lieux différents, ils partagent le même présent et peuvent ajuster leur façon de communiquer au fil des réactions de leur interlocuteur. La finesse de cet ajustement est néanmoins souvent amoindrie par la réduction des possibilités de feedback et de vérification de la compréhension. Ainsi, dans l'extrait mis en exergue, Winnie, l'héroïne, interprète les interventions de sa mère (« Tu as trouvé plus de masques ? », « Prends soin de toi ! ») comme un signe d'inquiétude alors qu'en face à face, l'intonation de la voix et la posture corporelle de son interlocutrice lui auraient peut-être indiqué tout autre chose.

Le cas du décalage spatio-temporel voit, quant à lui, une disjonction encore plus forte entre les participants, puisqu'ils ne partagent ni l'expérience du même espace ni celle du même temps. Les participants ne peuvent dès lors pas s'ajuster mutuellement au fil de la communication et sont réduits à projeter les intentions et les réactions des uns et des autres. Il n'y a pas de place pour une rétroaction immédiate : il n'est pas possible de corriger le tir s'il y a mécompréhension et, souvent, il n'existe même aucun moyen de vérifier que le message communiqué a bien atteint sa cible. Imaginons que Winnie ait reçu un courrier lui rappelant son rendez-vous chez le physiothérapeute. Celui-ci, à moins d'interroger sa patiente par la suite, n'a pas la possibilité de savoir si le courrier est arrivé à bon port, si elle l'a lu et si cet envoi a servi de rappel ou s'il était inutile. Le décalage spatio-temporel entre les participants peut en revanche leur laisser davantage de liberté, tant pour préparer le message à communiquer (un texte peut être écrit par étapes, relu et corrigé avant d'être envoyé) ou pour le recevoir (on peut choisir le moment où on lit un texte et à quel rythme) ; ce n'est néanmoins pas le cas de tous les médias : la radio impose sa cadence.

La communication sans coprésence offre aussi, pour celui qui communique, la possibilité de multiplier les destinataires. Ainsi, si le physiothérapeute de Winnie appose dans la salle d'attente de son cabinet la mention « Ne pas fumer », celle-ci s'adressera à chacun de ses patients, qu'ils soient fumeurs ou non. Dans de telles situations, les destinataires et

les circonstances de réception du message sont anticipés afin d'en préciser la forme et les modalités de diffusion, comme le souligne le sociologue Erving Goffman (1981). Et n'oublions pas, ainsi que le note l'anthropologue de la santé Charles Briggs (2005), que ce qui rend les messages particulièrement communicables, c'est leur possibilité d'ancrage dans une diversité de contextes. Ainsi, la mention « Ne pas fumer » affichée dans la salle d'attente ne cible personne en particulier tout en s'adressant à chacun, vu qu'elle emploie la forme infinitive du verbe. De manière comparable, les notices accompagnant les médicaments sont généralement conçues de telle sorte qu'elles soient lisibles en tout temps et en tout lieu, avec des résultats plus ou moins convaincants, avouons-le. De tels phénomènes s'observent particulièrement dans ce qu'on appelle la communication médicale de masse.

La communication médicale de masse

La communication de masse est un cas particulier de communication impliquant un important décalage spatio-temporel. Ce qui est communiqué n'est en général pas destiné à un individu ou à un groupe d'individus précis, mais à un ensemble dont les contours restent flous (Cotter et Perrin, 2017). Il peut s'agir d'informations diffusées par les médias traditionnels et digitaux – à l'instar des fils d'actualités que consulte compulsivement Winnie dans l'extrait mis en exergue –, de publicités ou encore de campagnes diffusées par des institutions, des associations ou les

autorités. À quelques exceptions près (le site Internet personnel, par exemple), la relation entre soignants et patients passe par le filtre d'instances relais. Ces instances peuvent sembler peu intrusives, comme les réseaux sociaux (Twitter, Facebook ou YouTube), ce qui ne les empêche pas d'imposer certaines contraintes sur le format de la communication (messages limités à 140 puis 280 caractères sur Twitter) ou d'exercer une sélection de l'information diffusée (la mise en avant, sur Facebook, de certains contenus plutôt que d'autres en fonction du profil de l'utilisateur), voire une censure (comme YouTube supprimant temporairement certaines vidéos d'un infectiologue français controversé à propos de la Covid-19). Le poids des instances relais est plus marqué dans le cas des médias d'information dont le rôle, revendiqué, est non seulement de transmettre du contenu, mais aussi de le vérifier, de le trier, de l'organiser et de le mettre en perspective pour leur public. Dans ces contextes, soignants et patients interviennent en vertu de leur expertise ou de leur expérience médicale, et leur propos est assujéti aux critères de pertinence conduisant le travail journalistique, comme l'actualité d'une information, son caractère inattendu ou spectaculaire, sa proximité avec l'audience, son impact ou encore son potentiel émotionnel (Bednarek et Caple, 2017). La communication sur des thèmes médicaux, on le comprend particulièrement bien ici, ne se réduit dès lors pas aux points de vue des soignants et des patients, mais se compose d'une multitude de voix, dont les intérêts prennent racine dans une pluralité d'enjeux politiques, économiques, culturels, etc.

La communication de masse est généralement employée par les autorités sanitaires pour accroître les connaissances de la population à propos d'une thématique de santé ou pour modifier ou renforcer certaines de leurs inclinations comportementales. Ces autorités ont tendance à opter pour des stratégies de communication qui favorisent une large circulation, dans le but que leur message soit compris par le plus grand nombre (Merminod, 2013). Ainsi, dans les premières campagnes relatives au coronavirus en Suisse, l'Office fédéral de la santé publique a privilégié des représentations schématisques de la distance à respecter entre les individus (deux silhouettes dont il n'est possible de reconnaître ni le genre, ni l'origine, ni l'âge, etc.). Il a fait de même pour inciter la population à rester à la maison (un carré surmonté d'un triangle avec une porte et une fenêtre). De telles stratégies permettent d'inscrire le propos des campagnes au-delà de toute situation particulière et de favoriser une adhésion de la population aux messages diffusés en évitant autant que possible l'exclusion d'une partie des destinataires (Bosisio *et al.*, 2013). Pareillement, le slogan «Voici comment nous protéger» qui accompagne les campagnes sur le coronavirus donne à voir un pronom («nous») dans lequel chacun peut se glisser, sans exception aucune. À cet égard, il est néanmoins fondé de s'interroger sur les moyens mis en œuvre par les autorités pour s'assurer d'une congruence entre le sens des messages qu'elles diffusent et la manière dont ils sont interprétés par la population, d'autant plus dans un pays plurilingue et pluriculturel comme la Suisse.

La communication de masse vise parfois un auditoire spécifique, une communauté dont les autorités supposent ou savent qu'elle est particulièrement touchée par une problématique de santé. Il importe alors, pour les concepteurs de ces messages, d'évaluer leur impact sur la population, notamment pour éviter que, suite à leur diffusion, certains groupes ne se retrouvent en position de vulnérabilité ou ne développent des résistances qui nuisent aux objectifs visés : dans le cas des campagnes pour le don d'organes, par exemple, la projection de l'éventualité de son propre décès peut provoquer chez le destinataire une réaction d'évitement qui va à l'encontre des effets recherchés par les messages publics (Mermi-
nod, 2020). Les messages des autorités sanitaires ont pour objectif d'améliorer les conditions de vie de la population ciblée, de préserver la santé et de prévenir la maladie. Tel n'est pas le cas de la publicité, pour les médicaments entre autres (Schulz et Hartung, 2014) : bien qu'elle paraisse s'orienter vers les intérêts de la population ciblée (vivre mieux, être plus heureux, etc.), elle vise ultimement à favoriser les intérêts de l'émetteur du message, à savoir l'entreprise marchande.

La communication médicale en l'absence des soignants

La communication sur des thèmes médicaux dépasse largement les frontières de la seule clinique, on l'aura compris. Et si cet ouvrage a jusqu'ici fortement thématiqué le rôle des soignants, ceux-ci peuvent en être

totallement absents, à l'image d'une mère envoyant à sa fille des messages lui rappelant d'acheter des masques de protection. Il apparaît même que, du point de vue des patients, certaines des discussions les plus déterminantes en matière de santé – celles qui conduisent à des décisions majeures – n'ont pas lieu dans des configurations cliniques, mais au cours d'interactions quotidiennes avec l'entourage (Jones, 2015). Dans ce cadre, la thématisation de questions médicales n'est en général pas le point focal de la rencontre, mais est prise dans le flux des activités ordinaires et contrainte par les normes et les attentes qui les entourent. Ainsi, dans la conversation dite familière, c'est la réitération de questions sur l'état de santé (« Comment ça va ? », « Tu vas bien ? », etc.) qui permet d'obtenir une réponse qui aille au-delà d'un « Ça va » purement rituel (Traverso, 1997). Ici, la nécessité de la répétition n'est pas sans rapport avec le fait que parler de sa santé implique une forme de dévoilement qui peut mettre en danger l'image que l'on souhaite donner de soi aux autres, particulièrement lorsqu'on se trouve en position de faiblesse ou de vulnérabilité.

Le dévoilement de soi, hors cadre clinique, apparaît facilité quand les personnes partagent un même état de faiblesse (Merminod *et al.*, à paraître), transformant le dévoilement de soi en une forme de confiance réciproque. Dès lors, il n'est guère étonnant que se soient constitués des groupes réunissant les patients et leurs proches autour d'une problématique de santé commune, à l'instar de personnes souffrant de maladies psychiques qui s'associent

pour défendre leurs droits, de parents d'enfants touchés par le même syndrome qui cherchent un soutien réciproque ou encore de personnes atteintes d'une maladie nouvelle qui souhaitent unir leurs forces pour trouver le traitement adéquat. La mise en réseau de personnes souffrant de problèmes de santé comparables répond ainsi à différentes fonctions : faire reconnaître une maladie dont on estime qu'elle est méconnue ou mal traitée, échanger des informations, recevoir du soutien, avoir un poids au niveau économique ou politique, etc.

Fait remarquable : Internet a permis le renforcement et la structuration de ce type de communication sans soignant. Sont apparus, d'une part, des sites – notamment des forums et des blogs – tout entiers dédiés à la santé. Il est possible d'y poser des questions et d'y trouver des réponses sans que n'interviennent, à aucun moment, des professionnels de la santé. On peut aussi y partager son expérience de la maladie ou encore évaluer son médecin – en le notant ! – notamment sur ses capacités à communiquer. Il existe, d'autre part, des groupes sur les réseaux sociaux, tel Facebook, consacrés à des thématiques de santé spécifiques, ainsi que des réseaux sociaux entièrement dédiés aux questions de santé (PatientsLikeMe, par exemple). Rodney H. Jones (2013), spécialiste de ces formes de communication, souligne que la communication y est non seulement filtrée par des algorithmes qui ne mettent pas en évidence la même information pour chaque utilisateur, mais qu'elle est aussi, pour partie, pré-formatée : les outils mis à disposition des utilisateurs

les conduisent à uniformiser l'information fournie sur leur identité, les maux dont ils souffrent, leurs symptômes, le traitement auquel ils ont recours, etc. Une telle standardisation incite l'individu à se glisser dans des catégories prédéterminées sans lui laisser la possibilité d'utiliser ses mots et d'exprimer sa propre perception de sa situation personnelle. Elle facilite en contrepartie le traitement de l'information par autrui, qu'il s'agisse d'un autre utilisateur du même réseau social ou d'une entreprise à qui ces informations sont vendues. En définitive, une telle pratique pose la question de la confidentialité, sceau sous lequel se déroule habituellement la communication entre patient et soignant.

Cette standardisation de l'information et sa gestion algorithmique tendent surtout à renforcer les partis pris des individus – de quelque nature qu'ils soient – en leur proposant en priorité des contenus visant à les conforter dans leur vision du monde (Jones et Hafner, 2012). La communication n'est ici orientée ni vers la promotion d'une pluralité de points de vue, ni vers un accroissement des connaissances en matière médicale, à savoir ce qu'il est convenu d'appeler la *littératie en santé*. Et la question de la véracité des informations auxquelles les utilisateurs sont exposés demeure entière. Heureusement, loin d'être passifs, les individus possèdent bien souvent des ressources leur permettant de sortir des bulles d'opinions que construisent les algorithmes des réseaux sociaux (Sergeant et Tagg, 2019).

La communication médicale en l'absence des patients

Les réseaux sociaux ne sont pas réservés aux patients et il existe de nombreux groupes en ligne, sur Facebook par exemple, qui réunissent des personnes d'une même profession ou d'une même spécialité (soignants en réanimation, ergothérapeutes, etc.). Il s'agit alors, parmi d'autres possibilités, de partager des connaissances, d'échanger des expériences, de se coordonner en vue d'actions syndicales ou de diffuser des offres d'emploi. Les soignants se retrouvent également à échanger dans le cadre d'associations professionnelles, lors d'événements et de formations, via des bulletins d'information et des courriers (électroniques ou non). À ces modalités de communication s'ajoutent encore celles créées par la recherche et l'enseignement dans le domaine de la santé, cursus universitaires et spécialisés, formation continue, conférences, journaux scientifiques, etc.

Abstraction faite de ces médias et réseaux dédiés, c'est dans l'accomplissement quotidien de leur travail que les soignants interagissent le plus avec d'autres soignants. Dans ce contexte, la communication entre soignants se focalise schématiquement autour de trois grands thèmes (Ellingson, 2005) : la prise en charge des patients, l'organisation générale du travail et les rapports interpersonnels. L'interaction entre soignants se réalise pour partie de manière informelle, à l'occasion de discussions « en passant » – à la pause ou dans le couloir – ou encore lors d'échanges rapides d'e-mails dans lesquels

peuvent être évoqués des éléments décisifs pour le soin au patient ou l'organisation du travail. De même, il n'est pas rare aujourd'hui pour une équipe de soignants de partager un fil de messagerie instantanée (un groupe WhatsApp, par exemple) au moyen duquel ils synchronisent leur travail (annoncer un retard, etc.).

À ces échanges, souvent assez libres, viennent s'ajouter toute une série de dispositifs communicationnels qu'on dira institutionnalisés : colloque de transmission, colloque interprofessionnel, agenda de planification, dossier médical, notamment. Ces dispositifs, puisant dans les ressources de la communication orale et écrite, servent avant tout une *fonction d'information* (Grosjean et Lacoste, 1999) : permettre la circulation de l'information entre les praticiens afin qu'ils puissent coordonner leurs efforts et assurer leur mission de soin au patient. Comme le remarquent Michèle Grosjean et Michèle Lacoste dans leur substantielle enquête de terrain sur la communication à l'hôpital, la culture communicationnelle peut toutefois varier fortement d'un service à l'autre. Dans un service, par exemple, ne rien dire sur un patient équivaut à communiquer qu'il n'y a rien à signaler et que son état est stable ; l'économie de parole prime sur l'explicitation, avec pour effet un certain gain de temps. Dans un autre service, en revanche, il sera considéré comme essentiel que l'état de chacun des patients soit thématiqué, même s'il n'y a rien de notable à signaler ; cette explicitation systématique, qui pourrait de prime abord faire craindre une perte de temps, garantit une

meilleure qualité des soins en évitant que des décisions médicales soient prises sur la base d'implicites considérés à tort comme partagés.

Il faut ainsi se garder de croire à l'homogénéité d'une même culture communicationnelle au sein des différentes professions qui composent le monde médical. S'il existe un certain recouvrement, garant de l'intercompréhension entre praticiens issus de disciplines variées, il faut également reconnaître certaines divergences, tant dans les codes employés que dans la vision que ces professionnels ont du soin. Ces divergences ne se réduisent néanmoins pas simplement à des partitions professionnelles (médecins *versus* physiothérapeutes, etc.), elles relèvent également, et de manière prégnante, de l'inscription dans certaines spécialités (et, à l'hôpital, dans certains services): dès lors, un médecin psychiatre partagera peut-être plus de façons de communiquer avec une infirmière spécialisée en psychiatrie qu'avec un médecin spécialiste en chirurgie cardiaque. Il faut en outre ajouter que la maîtrise de ces codes varie en fonction de l'expérience du praticien, puisqu'elle est le fruit d'une socialisation professionnelle s'étendant sur plusieurs années. Autrement dit, les soignants font partie de collectifs à géométrie variable: ils peuvent être membres à la fois d'une corporation professionnelle, d'un service de soin spécifique, d'une équipe donnée au sein de ce service, et être plus ou moins expérimentés ou novices au sein de cette équipe ou dans leur profession. Ces appartenances variées ne sont pas sans effet sur leur façon de communiquer au travail.

Outre une *fonction d'information*, les dispositifs de communication précités (colloques, dossier médical, etc.) répondent aussi à une *fonction délibérative* – en fournissant des éléments pour la prise de décisions et la résolution de problèmes cliniques et éthiques – et à une *fonction réflexive* – en offrant un cadre dans lequel les soignants documentent et discutent leurs actions passées, présentes et à venir. Ces dispositifs assurent également une *fonction de traçabilité*, essentielle, particulièrement dans le cas du dossier médical. Fidèle compagnon dans leur quotidien, le dossier médical permet aux soignants de savoir quels gestes thérapeutiques ont été effectués jusque-là et, plus largement, d'accéder à l'histoire biopsychosocial de la personne qu'ils soignent. Il se présente, notamment dans ses versions électroniques, comme un facteur de standardisation de la communication à propos du patient lorsqu'il met à disposition des soignants des ensembles de catégories descriptives limités ou qu'il favorise certaines manières de structurer l'information et de représenter les événements et les personnes (Iedema, 2003 ; Goddu *et al.*, 2018). La *fonction de traçabilité* dépasse par ailleurs le seul cadre du travail quotidien des soignants et répond également à des enjeux à la fois financiers (facturation des prestations) et juridiques (protection des patients et des soignants). On conçoit dès lors encore une fois, pour assurer la qualité des soins, l'attention qu'il faut porter aux mots en milieu médical.

10

COMMUNICATION ET SANTÉ : LE TEMPS DE L'ACTION

« Le patient doit rester au cœur de la santé et de son parcours de soins. Avec le développement de l'e-santé, de la télémédecine et des big data, il est toujours plus informé et acteur de sa prise en charge. En demande de davantage de bienveillance et d'écoute, notamment dans les établissements hospitaliers, le patient se forme même parfois pour devenir patient expert dans le cadre d'une maladie chronique et partager son vécu avec ses pairs. »
(« Éthique en communication santé : de quoi parlez-vous ? », *Com&Health*, 2018)

Au fil de la lecture des précédents chapitres, chacun aura pu se convaincre de la complexité labyrinthique de la communication en milieu médical. On l'a vu, cette complexité est imputable à de nombreux facteurs (multiplicité des codes communicatifs impliqués, maîtrise plus ou moins effective de ces codes, poids des identités des protagonistes, etc.). Ces facteurs sont potentiellement tous susceptibles de conduire à des interactions soignant-soigné problématiques. Face à cet état de fait, le système de santé et la société civile ne sont pas restés sans agir, loin de là. Depuis une quinzaine d'années, on observe en effet un nombre important, et toujours croissant,

d'initiatives visant à réduire les risques d'échecs communicationnels en matière de santé. Il est évidemment impossible d'en rendre compte ici dans le détail. On se limitera, à titre de conclusion, à évoquer quelques-unes parmi les plus significatives. Pour ce faire, on reprendra, en l'étendant, la typologie utilisée tout au début de l'ouvrage pour présenter les différentes conceptions de la communication en milieu médical : la communication comme ensemble de compétences à acquérir et à exercer (*speaking to*) ; la communication comme relation construite avec autrui (*speaking with*) ; la communication comme gestion de l'information et de sa circulation (*speaking about*) ; la communication comme moyen pour l'expression de soi (*speaking by*).

Comme en témoigne notre ouvrage, ces quatre perspectives ne se réduisent pas à la seule utilisation de la parole, mais englobent tous les moyens de communication à disposition des individus pour interagir. Et elles concernent tant les soignants que les patients. Ainsi, si les compétences en jeu pour communiquer en milieu médical sont en premier lieu du ressort des soignants, en tant que composante indispensable de leurs savoirs et savoir-faire professionnels, elles constituent aussi pour les patients un capital leur garantissant un meilleur accès au soin et à la santé. Mais ces compétences n'ont qu'une efficacité limitée tant que n'est pas prise en compte la dynamique relationnelle qui se construit tout au long de la rencontre de soin. Celle-ci est nécessairement le fruit de la collaboration entre les différents participants, auxquels il faut dès lors aménager une

place équitable (à défaut d'être égale). Fait essentiel, l'information qu'ils acquièrent et partagent au cours de cette rencontre ne s'y limite pas, puisqu'elle circule dans une multitude de lieux (cliniques, domiciles, etc.) où elle est gérée très diversement par les patients et les soignants (tenus au secret selon les situations et les finalités poursuivies). En fin de compte, la communication se révèle cruciale dans sa potentialité réflexive, c'est-à-dire qu'elle est un processus par lequel les patients et les soignants peuvent exprimer leur identité, donner du sens à leur expérience et parfois retrouver une forme de prise sur les événements.

Des compétences à acquérir et à exercer

Dans une perspective où la communication est vue comme un ensemble de compétences à acquérir et à exercer, l'effort à consentir du côté des soignants s'entend avant tout en matière de formation. Ainsi les étudiants en médecine, que ce soit en Suisse ou ailleurs, sont-ils sensibilisés très tôt dans leur cursus aux enjeux communicationnels qu'ils seront amenés à rencontrer dans leur pratique future. C'est également de plus en plus le cas pour les autres professions de la santé et du soin. En guise d'illustration, on peut mentionner l'existence d'enseignements centrés sur la complexité du langage verbal (choix des mots, formulation des questions, etc.), sur le rôle du langage non verbal dans la rencontre soignant-soigné, sur la manière d'annoncer de mauvaises nouvelles ou encore sur la gestion de consultations

triadiques impliquant un patient migrant ou sourd et un tiers traduisant.

Pour ce qui touche au personnel soignant en activité, il convient de relever un nombre toujours croissant de formations ou de sensibilisations dans lesquelles la communication occupe une place centrale, à l'exemple de celle conçue sous l'égide de la Ligue suisse contre le cancer (Stiefel *et al.*, 2018). Cette formation s'adresse aux soignants amenés à prendre en charge des patients cancéreux et vise à leur apprendre à communiquer de la manière la plus adéquate possible sur des thèmes particulièrement délicats, tels qu'une possible incurabilité, une sexualité entravée ou encore une mutilation corporelle programmée.

Un autre type de formation, encore émergent, mérite d'être signalé ici en ce qu'il intéresse la totalité des spécialités médicales. Il se fonde sur l'idée que les cliniciens doivent disposer de compétences cliniques spécifiques en matière d'interculturalité pour répondre adéquatement à la diversité de leurs patients et améliorer la prise en charge de ceux qui appartiennent à des communautés plus ou moins vulnérables (population migrante, population sourde, population LGBT, etc.). L'enseignement de ce type de compétences appelle une série d'objectifs tels que : reconnaître que les appartenances socioculturelles des patients et les stéréotypes des cliniciens peuvent avoir un impact sur la qualité des soins ; identifier les sources principales des problèmes de communication transculturelle ; pouvoir recourir à des techniques de communication adaptées et travailler efficacement avec les interprètes professionnels (Semlali *et al.*, 2020).

Quant aux patients, il est crucial qu'ils acquièrent les moyens de produire un discours plus assertif face au personnel de santé. Atteindre cet objectif passe par une meilleure connaissance de leurs droits et par l'accroissement de leurs connaissances dans le domaine de la santé, autrement dit de leur *littératie en santé* (Zenklusen *et al.*, 2018). Souvent laissée à l'unique charge des familles – et reflétant dès lors les inégalités économiques, sociales et culturelles qui structurent notre société –, l'acquisition de ces connaissances est pourtant la condition même d'un accès démocratique au système de santé. Aujourd'hui, en Suisse, les soignants sont de plus en plus sensibilisés à ces disparités de connaissances et, ce faisant, invités à conduire des entretiens qui en tiennent compte. Pour faire face à ces limitations, certains patients se regroupent et, par une mutualisation de leurs expériences et de leurs connaissances, voient leur expertise augmenter; c'est particulièrement le cas lors de l'apparition de maladies nouvelles (le sida, par exemple) ou lorsque les solutions thérapeutiques offertes par la médecine semblent insatisfaisantes (à l'instar de la fibromyalgie). Outre les enjeux de *littératie en santé*, se pose également la question des compétences proprement langagières, qu'il s'agisse de la maîtrise de la ou des langue(s) majoritairement parlée(s) dans la région où l'on vit ou encore des difficultés parfois éprouvées à lire ou à écrire, une réalité bien plus répandue qu'on ne le croit. Il faut souligner ici le rôle décisif des associations comme Lire et Écrire qui, par leur travail, permettent de combattre les exclusions en donnant la

possibilité aux personnes touchées par ces phénomènes de recouvrer un certain pouvoir d'agir.

Une relation à construire avec autrui

Dans une perspective où la communication est appréhendée en tant que processus construit avec autrui, le partenariat entre soignants et patients entre au cœur d'une dynamique de collaboration et de participation. Lors de la rencontre de soin, celle-ci s'exprime notamment par des rituels qui visent à faciliter les relations sociales et à régler la distribution des savoirs, comme on l'a déjà évoqué. Mais ce partenariat ne se limite pas à la seule rencontre en face à face et peut également se réaliser à d'autres niveaux.

Il s'observe particulièrement bien, par exemple, dans les études centrées sur les interactions entre soignants et populations vulnérables. De telles études ont pour point commun d'intégrer des patients dans les équipes de chercheurs qui les conduisent, et de les impliquer dans l'intégralité du processus de recherche. Autrement dit, les patients sont présents depuis l'identification de la problématique jusqu'à la formulation de recommandations, en passant par la récolte des données. Visant à livrer des connaissances scientifiques tout en introduisant des modifications concrètes sur le terrain médical, les études de ce type sont qualifiées de « recherches-actions » ou de « recherches participatives et collaboratives ». Mentionnons à titre d'exemple qu'une étude en cours en Suisse romande vise la mise sur pied d'une formation destinée à aider le personnel

soignant et administratif à assurer une prise en charge optimale, sur le plan communicationnel, des populations sourde et malentendante (Bodenmann *et al.*, à paraître). Concrètement, le contenu de cette formation sera le fruit d'une réflexion commune entre les chercheurs, au bénéfice de connaissances scientifiques, et de personnes concernées dans leur chair par la surdité, qui peuvent témoigner de leurs expériences personnelles.

Le partenariat entre soignants et patients s'exprime par ailleurs dans toutes les initiatives qui se rapportent aux approches centrées sur le patient, qu'il s'agisse de prendre en compte ses attentes et son environnement psychosocial, d'en faire un véritable acteur de sa santé ou encore de l'impliquer de manière proactive dans les décisions thérapeutiques. C'est à ces approches que fait écho la citation mise en exergue de ce chapitre, issue du site Internet d'une agence de conseil en communication spécialisée dans la santé. Cette tendance, quelle que soit son orientation, rappelle que le patient, dont la voix est parfois assourdie par le concert des paroles médicales expertes, est le plus à même de rendre compte de son vécu de la maladie et des conséquences qu'elle a sur son existence. Le patient est ainsi expert *de* son expérience. On reconnaît aujourd'hui qu'il est également expert *par* son expérience de la maladie. Cela signifie que son expertise n'est plus considérée comme se réduisant à son seul cas, mais qu'elle peut être utile à d'autres pour gérer des situations de prime abord très différentes de ce qu'il a vécu. Savoir réagir à une succession de mauvaises nouvelles,

lorsque l'on combat un cancer par exemple, est un véritable apprentissage. Le fruit de cet apprentissage peut être partagé non seulement avec d'autres patients, mais également avec les soignants et bien au-delà. C'est un tel constat qui a mené à la création de formations proprement diplômantes reconnaissant les acquis des patients et l'utilité de leur participation à différents niveaux du système sanitaire, à l'exemple de ce que fait aujourd'hui l'université des patients créée à la Faculté de médecine de Sorbonne Université (Tourette-Turgis *et al.*, 2019).

Un flux d'informations à gérer

Comme on l'a vu, la communication en milieu médical ne se limite pas au seul *ici et maintenant* de la rencontre soignant-soigné, autrement dit au moment effectif où les protagonistes interagissent en face à face. Tout au contraire, elle est nourrie par toutes les situations où les professionnels de la santé échangent à propos de leurs patients et de leurs maladies. À cet égard, il faut mentionner les efforts de sensibilisation qui sont maintenant accomplis auprès des soignants pour limiter les effets négatifs que certaines façons de dénommer les patients, clairement stigmatisantes, peuvent induire sur le plan clinique (Wenk-Clément *et al.*, 2020). C'est dans le même esprit qu'il convient de relever les formations sur l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé lancées par l'Office fédéral de la santé publique. Ces formations visent en effet à transmettre des compétences spécifiques aux différents

professionnels de la santé amenés à prendre en charge conjointement un patient, parmi lesquelles une gestion optimale de la communication et de la circulation de l'information entre les intervenants, avec toujours une préoccupation cardinale : la meilleure qualité de soin possible.

Si les soignants communiquent à propos de leurs patients en leur absence, l'inverse est également vrai. Les patients évoquent assurément avec leur entourage familial ou amical les rapports qu'ils entretiennent avec leurs thérapeutes, racontant comment la dernière rencontre s'est déroulée, déconseillant tel ou tel praticien, vantant les mérites d'un autre, etc. Aujourd'hui, cette pratique s'étend hors de l'espace privé, notamment par le biais des sites Internet spécifiquement dédiés à l'évaluation du personnel soignant. Que l'on s'en réjouisse ou que l'on déplore cet état de fait, il témoigne de la circulation dans une multitude d'arènes des propos que les patients tiennent sur leurs soignants. Pour les professionnels de la santé, ces propos – parfois difficiles à entendre, à comprendre ou à accepter, et qu'il peut être nécessaire de pondérer – sont précieux dès lors qu'ils sont considérés comme une opportunité de mettre en perspective leur travail et de mieux cerner les attentes des patients. À ce titre, il faut souligner l'intérêt des espaces de médiation entre patients et soignants qu'offrent certains établissements hospitaliers, à l'instar du Centre hospitalier universitaire vaudois avec son espace « Patients & Proches » (Schaad *et al.*, 2017). Ces espaces donnent, entre autres, aux patients la possibilité de dire ce qui leur

a posé problème lors de leur hospitalisation, y compris au niveau de la communication. Ces espaces se profilent dès lors comme des occasions de rétablir la relation avec les soignants dans le cas où celle-ci s'est rompue ou, à tout le moins, de comprendre les raisons qui ont conduit à la situation d'insatisfaction. De surcroît, et c'est un élément essentiel, ils permettent aux patients de participer au processus d'amélioration de la prise en charge clinique.

Un moyen pour l'expression de soi

La communication est encore un processus par lequel les patients et les soignants peuvent rendre compte de leur vécu : les uns parleront de leur expérience de la maladie et de la qualité des interactions qu'ils ont avec celles et ceux qui les prennent en charge ; les autres auront l'occasion de restituer, entre pairs, le ressenti qu'ils développent au sujet des rencontres qu'ils ont au quotidien avec leur patientèle. Au-delà d'initiatives personnelles, particulièrement nombreuses en période de Covid-19 (elles prennent la forme d'ouvrages ou d'articles dans lesquels les auteurs, surtout des médecins, expriment un certain désarroi quant à leur rôle, plus ou moins restreint aujourd'hui en raison de facteurs politico-administratifs), il faut noter une volonté de la part des systèmes de santé de « libérer » la parole des soignants. Ils leur offrent des espaces spécifiques pour le faire, comme des groupes d'échanges et de soutien d'inspiration nord-américaine qui réunissent à intervalles réguliers, dans divers hôpitaux suisses,

de jeunes médecins souhaitant s'exprimer librement sur leur expérience clinique. Dans ces espaces dédiés, la question de la communication avec les patients et leurs collègues est clairement présente (Giroud *et al.*, 2018).

Du côté des patients, l'expression de soi est également une ressource importante pour se distancier des difficultés liées à la maladie. De la même manière que pour les soignants, cette démarche peut passer par l'écriture, comme en témoignent les nombreuses publications retraçant le combat contre une maladie ou dépeignant la vie quotidienne avec une affection chronique ou un handicap. Empruntant souvent la forme de genres littéraires ou journalistiques (récits, entretiens, etc.), ces écrits soulignent le fait que l'expérience de la maladie n'est pas toujours facile à évoquer avec l'entourage, à l'exemple des douleurs chroniques dont souffrent quantité de personnes âgées (Merminod *et al.*, à paraître). Parler est néanmoins facilité par l'existence de lieux spécifiques. On pense aux groupes de parole réunissant des personnes partageant un vécu similaire ou encore à des espaces dans lesquels elles peuvent partager de manière anonyme leur expérience tout en bénéficiant d'une écoute bienveillante, à l'image de l'émission *La ligne de cœur* proposée par la Radio Télévision Suisse. Les études centrées sur les patients, lorsqu'elles sont conçues en adéquation avec la population concernée et qu'elles sont véritablement ancrées socialement, peuvent également devenir des occasions de favoriser, voire de libérer la parole, telles celles qui sont soutenues, par exemple, par la Fondation Leenaards.

Les promesses et les limites de la technologie

Si beaucoup est fait pour rendre la communication soignant-soigné moins asymétrique, grâce au travail sans relâche de femmes et d'hommes de conviction, il est clair qu'il reste encore énormément à faire. Parmi les chantiers à développer, l'un mérite une attention particulière. C'est celui de la digitalisation de la communication médicale, qui, tout en étant vecteur d'espairs, n'est pas dénué d'effets potentiellement délétères. L'arrivée d'un traducteur automatique universel assurant, pour les langues parlées et signées, une intercompréhension entre patients et soignants sans présence d'une tierce personne constituerait un bienfait évident. De même, il y aurait certains intérêts, quoique discutés, à la mise au point d'un dossier électronique du patient véritablement unifié et susceptible de faciliter la gestion d'une masse de données toujours croissante.

La digitalisation, pourtant, n'est pas sans risques, particulièrement pour les populations vulnérables. Elle met en effet en difficulté les personnes qui ont un accès limité, voire inexistant, au monde numérique ou qui se trouvent perdues face à une multitude d'informations médicales. Cela sans compter que certaines de ces informations sont déjà entrées dans l'ère de la *post-vérité*, dans laquelle les opinions semblent avoir tout autant, sinon plus, de poids que les faits démontrés. Si l'on n'y prend pas garde, la digitalisation pourrait ainsi ruiner considérablement les

efforts consentis jusqu'ici pour réduire les asymétries dans la communication soignant-soigné.

Sauf à considérer l'impensable – une société entièrement robotisée, telle que la projettent certains tenants du transhumanisme –, tout laisse à croire que les rencontres en milieu médical continueront d'impliquer des êtres faits de chair et de sang, qu'ils soient soignants ou soignés. Comme tels, habitant chaque espace du monde au travers de leurs émotions et de l'épaisseur de leur vécu, ils ne peuvent communiquer qu'au moyen de codes qui sont, dans les faits, divers et labiles et qui, par voie de conséquence, appellent à un ajustement continu. Gageons que ce livre puisse contribuer à cette prise de conscience.

BIBLIOGRAPHIE

- BAMBERG Michael, « Who am I? Narration and its contribution to self and identity », *Theory & Psychology*, 21/1, 2011, pp. 1-22.
- BARDET Alicia, GREEN Alexander R., PAROZ Sophie, SINGY Pascal, VAUCHER Paul et BODENMANN Patrick, « Medical residents' feedback on needs and acquired skills following a short course on cross-cultural competence », *International Journal of Medical Education*, 3, 2012, pp. 107-114.
- BEAUCHAMP Tom L. et CHILDRESS James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2009.
- BEDNAREK Monika et CAPLE Helen, *The Discourse of News Values. How News Organizations Create Newsworthiness*, Oxford, Oxford University Press, 2017.
- BELL Allan, « Back in style. Re-working audience design », dans ECKERT Penelope et RICKFORD John R. (dir.), *Style and Sociolinguistic Variation*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001, pp. 139-169.
- BENAROYO Lazare, *Éthique et responsabilité en médecine*, Genève, Médecine & Hygiène, 2006.
- BODENMANN Patrick, JACKSON Yves, et WOLFF Hans (dir.), *Vulnérabilités, équité et santé*, Genève, RMS Éditions, 2018.
- BODENMANN Patrick, SINGY Pascal, KASZTURA Miriam, GRAELLS Madison, CANTERO Odile, MORISOD Kevin, MALEBRANCHE Mary, SMITH Philip, BEYELER Stéphane, SEBAĬ Tanya et GRAZIOLI Véronique S., « Developing and evaluating a capacity-building intervention for healthcare providers to improve communication skills and awareness of hard of hearing and d/Deaf populations: protocol for a participative action research-based study », *Frontiers*, à paraître.

- BOSISIO Francesca, MERMINOD Gilles, BURGER Marcel, PASCUAL Manuel, MORETTI Dianne et BENAROYO Lazare, « Approche interdisciplinaire de la décision de don d'organes : l'expérience lausannoise », *Revue médicale suisse*, 9 (408), 2013, pp. 2249-2253.
- BOURDIEU Pierre, *Entretien avec Pierre Bourdieu*, Paris, ORTF, 1967.
- , *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.
- BOURQUIN Céline, SPENCER Brenda et SINGY Pascal, *Le poids des mots dans la prévention du sida*, Lausanne, Raison de santé, 2012.
- BRIGGS Charles L., « Communicability, racial discourse and disease », *Annual Review of Anthropology*, 34, 2005, pp. 269-291.
- BROWN Penelope et LEVINSON Stephen C., *Politeness. Some Universals in Language Usage*, New York, Cambridge University Press, 1987.
- CAFLISCH Marianne, « La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? », *Revue médicale suisse*, 4 (161), 2008, pp. 1456-1458.
- COSNIER Jacques, « Communication non verbale et langage », *Psychologie médicale*, 9/11, 1977, pp. 2033-2049.
- et GROSJEAN Michèle (dir.), *Soins et communication*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1993.
- COTTER Colleen et PERRIN Daniel (dir.), *The Routledge Handbook of Language and Media*, Londres, Routledge, 2017.
- DAVIDSON Brad, « The interpreter as institutional gatekeeper: the social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse », *Journal of Sociolinguistics*, 4/3, 2000, pp. 379-405.
- DOMINICÉ DAO Melissa, « Quelques réflexions issues des sciences sociales sur la douleur chronique et sa médicalisation », *Revue médicale suisse*, 2488, 2004, pp. 1366-1371.
- DUBOIS Jacques, DURAND Pascal et WINKIN Yves, « Aspects du symbolique dans la sociologie de Pierre Bourdieu. Formation et transformations d'un concept générateur », *COnTEXTES*, 2013, en ligne : <http://journals.openedition.org/contextes/566>.

- DUCROT Oswald, «Présupposés et sous-entendus», *Langue française*, 4, 1969, pp. 30-43.
- ECO Umberto, *Le signe*, Bruxelles, Labor, 1988.
- ELLINGSON Laura L., *Communicating in the Clinic. Negotiating Frontstage and Backstage Teamwork*, Creskill, Hampton Press, 2005.
- FISHMAN Pamela M., «Conversational insecurity», dans GILES Howard, ROBINSON W. Peter et SMITH Philip M. (dir.), *Language. Social Psychological Perspectives*, Oxford, Pergamon, 1980, pp. 127-132.
- FRANK Arthur W., *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*, Chicago, Chicago University Press, 1995.
- GILES Howard et OGAY Tania, «Communication accommodation theory», dans WHALEY Bryan B. et SAMTER Wendy (dir.), *Explaining Communication. Contemporary Theories and Exemplars*, Mahwah, Lawrence Erlbaum, 2007, pp. 293-310.
- GIROUD Sabine, GRANDJEAN Anouk, JAHNS Fritz-Patrick, COBUCCIO Ludovico, CASTIONI Julien, GRASSET Nicolas, SARTORI Claudio et SARAGA Michael, «Le groupe "Osler" : une nouvelle opportunité pour réfléchir sur le "devenir médecin" », *Revue médicale suisse*, 14 (628), 2018, pp. 2104-2108.
- GODDU Anna P., O'CONNOR Katie J., LANZKRON Sophie, SAHEED Mustapha O., SAHA Somnath, PEEK Monica E., HAYWOOD Carlton Jr et BEACH Mary Catherine, «Do words matter? Stigmatizing language and the transmission of bias in the medical record», *Journal of General Internal Medicine*, 33/5, 2018, pp. 685-691.
- GOFFMAN Erving, *Asiles*, Paris, Minuit, 1969.
- , *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*, Middlesex, Penguin Books, 1974.
- , *Forms of Talk*, Oxford, Blackwell, 1981.
- GRADOUX Xavier, *Les territoires épistémiques de l'interaction médicale. Analyses de consultations de médecine générale en Suisse romande*, Lausanne, Université de Lausanne, 2017.
- GREIMAS Algirdas Julien, *Sémantique structurale*, Paris, Presses universitaires de France, 1986.
- GRICE Herbert Paul, «Logique et conversation», *Communications*, 30, 1979, pp. 57-72.

- GUÉX Patrice et SINGY Pascal (dir.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Cahiers médicaux sociaux, 2003.
- HALL Edward T., *La dimension cachée*, Paris, Seuil, coll. « Points », 2014.
- HALL Judith A., IRISH Julie T., ROTER Debra L., EHRLICH Carol M. et MILLER Lucy H., « Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting », *Health Psychology*, 13/5, 1994, pp. 384-392.
- HERITAGE John et MAYNARD Douglas W. (dir.), *Communication in Medical Care*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006.
- HICKOK Gregory, BELLUGI Ursula, KLIMA Edward S., « Sign language in the brain », *Scientific American*, 2002, pp. 47-53.
- HYDÉN Lars-Christer et MISHLER Elliot G., « Language and medicine », *Annual Review of Applied Linguistics*, 19, 1999, pp. 174-192.
- IEDEMA Rick, « The medical record as organizing discourse », *Document Design*, 4/1, 2003, pp. 64-84.
- JONES Rodney H., *Health and Risk Communication. An Applied Linguistic Perspective*, Londres, Routledge, 2013.
- , « Discourse and health communication », dans TANNEN Deborah, HAMILTON Heidi E. et SCHIFFRIN Deborah (dir.), *The Handbook of Discourse Analysis*, Londres, Wiley, 2015, pp. 841-857.
- et HAFNER Christoph A., *Understanding Digital Literacies. A Practical Introduction*, Londres, Routledge, 2012.
- KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *La connotation*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1977.
- , *Les interactions verbales*, vol. 3, Paris, Armand Colin, 1994.
- LABOV William et FANSHEL David, *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation*, New York, Academic Press, 1977.
- LACHANCE Nathalie, *Territoire, transmission et culture sourde. Perspectives historiques et réalités contemporaines*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2007.
- LACOSTE Michèle et GROSJEAN Michèle, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.
- LANGEWITZ Wolf (dir.), *La communication dans la médecine au quotidien. Un guide pratique*, Berne, ASSM, 2019.

- LEVINSON Stephen C., « Putting linguistics on a proper footing: explorations in Goffman's concepts of participation », dans DREW Paul et WOOTTON Anthony J. (dir.), *Erving Goffman. Exploring the Interaction Order*, Oxford, Polity Press, 1988, pp. 161-227.
- MERMINOD Gilles, « (Re)constituer un espace public et promouvoir le débat sans prendre position », *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 98, 2013, pp. 129-153.
- , *Éthique de la communication de santé publique. Le cas du don d'organes en Suisse*, thèse Université de Lausanne, 2020.
- , WEBER Orest, VAUCHER Carla, SEMLALI Imane, TERRIER Ana, DECOSTERD Isabelle, RUBLI TRUCHARD Ève et SINGY Pascal, « Communication about chronic pain in elders' social networks: study protocol of a qualitative approach », *BMJ Open*, à paraître.
- MISHLER Elliot G., *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, Ablex, 1984.
- PRIETO Luis J., *Messages et signaux*, Paris, Minuit, 1975.
- RICHARD-ZAPPELLA Jeannine, « Variations interrogatives dans la question de sondage », *Mots*, 23, 1990, pp. 24-38.
- ROBERTS Celia, « Intercultural communication in healthcare », dans KOTHOFF Helga et SPENCER-OATEY Helen (dir.), *Handbook of Intercultural Communication*, Berlin, De Gruyter Mouton, 2009, pp. 243-262.
- ROSSINOT Hélène, *Aidants, ces invisibles*, Paris, Éditions de l'Observatoire, 2019.
- SARANGI Srikant et CLARKE Angus, « Zones of expertise and the management of uncertainty in genetics risk communication », *Research on Language and Social Interaction*, 35/2, 2002, pp. 139-171.
- SCHAAD Béatrice, BOURQUIN Céline, PANESE Francesco et STIEFEL Friedrich, « Patients: sujets avant d'être partenaires », *Revue médicale suisse*, 13 (566), 2017, pp. 1213-1216.
- SCHULZ Peter J. et HARTUNG Uwe, « Persuasion vs. information in direct-to consumer advertising of prescription drugs », dans HAMILTON Heidi E. et CHOU Wen-ying Sylvia (dir.), *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*, Londres, Routledge, 2014, pp. 228-241.

- SEMLALI Imane, TAMCHES Emmanuel, SINGY Pascal et WEBER Orest, «Introducing cross-cultural education in palliative care: focus groups with experts on practical strategies», *BMC Palliative Care*, 19/1, 2020, pp. 1-10.
- SERGEANT Philip et TAGG Caroline, «Social media and the future of open debate: a user-oriented approach to Facebook's filter bubble conundrum», *Discourse, Context & Media*, 27, 2019, pp. 41-48.
- SILVERSTEIN Michael, «Indexical order and the dialectics of sociolinguistic life», *Language and Communication*, 23, 2003, pp. 193-229.
- SINGY Pascal, *Le sida au cabinet médical. Les mots pour en parler*, Genève, Médecine & Hygiène, 2004.
- , CANTERO Odile et BODENMANN Patrick, «Prise en charge de la patientèle sourde et malentendante: un défi à relever», *Revue médicale suisse*, 15 (640), 2019, pp. 482-484.
- SKELTON John, *Language and Clinical Communication*, Oxford, Radcliffe Publishing, 2008.
- STIEFEL Friedrich, KISS Alexander, SALMON Peter, PETERS Solange, RAZAVI Darius, CERVANTES Andrés, MARGULIES Anita et BOURQUIN Céline, «Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018», *Annals of Oncology*, 29/10, 2018, pp. 2033-2036.
- TEN HAVE Paul, «The consultation as a genre», dans TORODE Brian (dir.), *Text and Talk as Social Practice*, Dordrecht, Foris Publications, 1989, pp. 115-135.
- TOURETTE-TURGIS Catherine, PEREIRA PAULO Lennize et VANNIER Marie-Paule, «Quand des malades transforment leur expérience du cancer en expertise disponible pour la collectivité. L'exemple d'un parcours diplômant à l'université des patients», *Vie sociale*, 25-26, 2019, pp. 159-177.
- TRAVERSO Véronique, *La conversation familiale*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1997.
- , «Rencontres interculturelles à l'hôpital: la consultation médicale avec interprète», *Tranel*, 36, 2002, pp. 81-100.
- VOURC'H Agnès, *Les spécificités de l'acquisition et du développement du langage chez le jeune enfant sourd*, Paris, Centre national de ressources Robert Laplane, 2010.

- WATZLAWICK Paul, HELMICK BEAVIN Janet et JACKSON Don D., *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1967.
- WEBER Orest, *Migration et communication médicale. Les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques*, Limoges, Lambert-Lucas, 2017.
- WENK-CLÉMENT Priscile, SINGY Pascal et BODENMANN Patrick, « Asile, santé et discrimination : attention aux mots », *Revue médicale suisse*, 16 (704), 2020, pp. 1582-1585.
- WEST Candace, « Not just “doctors’ orders” : directive-response sequences in patients visits to women and men physicians », *Discourse and Society*, 1, 1990, pp. 85-112.
- WILLIAM Kristine, KEMPER Susan et HUMMERT Mary Lee, « Enhancing communication with older adults : overcoming elderspeak », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43/5, 2005, pp. 12-16.
- ZENKLUSEN Simon, BISCHOFF Thomas, PANESE Francesco et BODENMANN Patrick, « Évaluation de la littératie en santé », dans BODENMANN Patrick, JACKSON Yves et WOLFF Hans (dir.), *Vulnérabilités, équité et santé*, Genève, RMS Éditions, 2018, pp. 61-70.
- ZIMMERMAN Don H., « Identity, context and interaction », dans ANTAKI Charles et WIDDICOMBE Sue (dir.), *Identities in Talk*, Londres, Sage, 1998, pp. 87-106.

LES AUTEURS

Pascal Singy, spécialiste des sciences du langage et directeur de centre de recherche au Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), est professeur de sociolinguistique à la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne. Ses recherches concernent, d'une part, la variation des langues naturelles, principalement dans les limites de l'espace francophone, et, d'autre part, la communication entre médecins et patients.

Gilles Merminod, enseignant et chercheur en linguistique, travaille à l'Université de Lausanne et au CHUV. Au bénéfice de deux thèses de doctorat (sciences du langage et sciences de la vie), il a par ailleurs été chercheur invité au King's College de Londres et à l'Université Albert-Ludwig de Fribourg-en-Brisgau. Ses travaux portent sur les pratiques langagières dans la santé, les médias et l'enseignement supérieur.

Sélection de publications

SINGY Pascal, *Le sida au cabinet médical. Les mots pour en parler*, Genève, Médecine & Hygiène, 2004.

SINGY Pascal et SULSTAROVA Brikela (dir.), *Communication interculturelle en oncologie : quels enjeux ?*, Université de Lausanne, 2016.

MERMINOD Gilles, *Histoire d'une nouvelle : pratiques narratives en salle de rédaction*, Louvain-la-Neuve, De Boeck supérieur, 2019.

BURGER Marcel et MERMINOD Gilles (dir.), *L'expertise dans les discours de la santé. Du cabinet médical aux arènes publiques*, Cahiers de l'ISLS, 42, 2015.

La communication en milieu médical

Un labyrinthe

Pascal Singy

Gilles Merminod

Prêter attention aux mots, et plus généralement à la communication, est essentiel au bon déroulement d'une rencontre de soin.

C'est ce qui permet aux soignants et aux patients de se comprendre dans des situations toujours singulières et complexes dont les enjeux médicaux, éthiques, psychosociaux et culturels sont multiples. S'appuyant sur les sciences du langage, cet ouvrage donne aux acteurs de la santé comme au grand public les moyens de mieux appréhender les situations de communication dans lesquelles ils se trouvent impliqués. Bien davantage qu'une série d'outils et de stratégies, il prouve que la communication est une réalité qui se vit et se joue au quotidien pour les professionnels de santé ainsi que pour les patients.

ISBN 978-2-88915-413-5



9 782889 154135 >

Presses polytechniques et universitaires romandes