

Les interactions en milieu soignant,
in Cosnier, Grosjean, Lacoste, (dir.), *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins*, Presses Univ. de Lyon, 17-32, 1993.

LES INTERACTIONS EN MILIEU SOIGNANT

Jacques COSNIER

Il n'est rien d'étonnant à ce que les situations de diagnostic et de soins, avec les relations interindividuelles multiples dont elles sont le théâtre, constituent des sites sociaux particulièrement intéressants voire fondamentaux à étudier eu égard aux problèmes de communications anciens ou nouveaux qui s'y posent :

— Anciens, sont les problèmes des «relations soignants-soignés» et de «l'humanisation hospitalière». La dimension relationnelle des pratiques de soins est un thème traditionnel.

— Nouveaux, sont les problèmes créés ou amplifiés (a) par l'évolution technologique avec l'introduction de l'informatique et de la télématique, (b) par le développement des biotechnologies et de la biologie de la reproduction avec leurs incidences psychologiques et éthiques, (c) par l'apparition et/ou l'extension de pathologies sollicitant des investissements économiquement lourds pour la société et affectivement lourds pour les soignants : cancers, leucémies, démences séniles, greffes d'organes, sida, séquelles de traumatismes cérébraux et médullaires chez les jeunes adultes accidentés, (d) par le développement de moyens d'investigation de plus en plus précis et nombreux (fibres optiques, échographie, scanner, etc.).

Devant cette situation en pleine mutation et sur laquelle il est banal de souligner l'emprise technologique croissante, l'importance des communications interindividuelles, loin de s'amoinrir, croît au contraire de plus en plus au point qu'elles ne peuvent plus être considérées sous l'étiquette d'un humanisme respectable «allant de soi» et découlant du «bon cœur» professionnel des soignants, mais plutôt comme un paramètre essentiel de la fonction de soins ; paramètre incontournable dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre.

Une approche interactionniste, telle qu'elle a été définie dans l'introduction, paraît donc s'imposer.

Je ne soulignerai ici que trois constats de base qui apparaissent très vite à quiconque pratique ce type d'observation directe, et je les illustrerai avec des exemples choisis dans les pratiques sanitaires.

Ces trois constats sont les suivants : les interactions de face-à-face sont multicanales, multifonctionnelles et très contextualisées.

I - LES TROIS CARACTÈRES FONDAMENTAUX DES COMMUNICATIONS INTERINDIVIDUELLES DE FACE-À-FACE

1. La communication interindividuelle de face-à-face est multicanale. elle se fait par des échanges où les productions verbales, les modulations vocales, les mimiques, les gestes, les regards se combinent à parts variables et selon des règles associatives et séquentielles pour constituer un «énoncé total». D'autres modes peuvent selon les circonstances y participer tels le toucher, les odeurs qui interviennent surtout dans les communications rapprochées (ou «intimes») comme c'est le cas dans les situations amoureuses ou agonistiques et..., justement, dans les interactions de soins.

Dans ces situations le «non-verbal» intervient de façon essentielle de plusieurs manières.

D'abord, et comme dans toute interaction communicative, pour assurer la *coordination interactionnelle*. On désigne par ce terme le système de signaux qui règle les tours d'intervention parolière, et la maintenance de l'interaction. Ces signaux coordinateurs sont en premier lieu les regards, les mouvements de tête, les brèves émissions vocales et verbales, et en second lieu d'autres mouvements et/ou changements de posture et d'intonation vocale.

Ils permettent en permanence de poser, en parallèle au discours explicite, quatre questions : «m'entends-tu ?», «m'écoutes-tu ?», «me comprends-tu ?», «qu'en penses-tu ?» ; ils permettent aussi d'y répondre et de signaler : «à toi de parler», «c'est à mon tour de parler», «je t'écoute : continue».

La «synchronie interactionnelle» qui en résulte est très importante pour assurer l'efficacité de la communication informationnelle. C'est elle qui optimise l'intercompréhension des locuteurs et leur permet de «co-construire» progressivement leur entretien.

Dans le cas des consultations médicales qui réalisent des situations très finalisées en temps limité, le bon fonctionnement de ce système est crucial comme le montrent plusieurs faits.

D'abord le grand nombre de signaux régulateurs de toute nature échangés. Ensuite les difficultés qui apparaissent dès leur mise en échec ou leur absence. Les observations de Heath ont ainsi montré comment l'interposition d'un micro-ordinateur, ou d'un dossier à remplir peuvent provoquer un détournement du regard du praticien

et une inhibition consécutive de l'expression verbale du consultant. De même sont connues les difficultés des consultations avec les très jeunes enfants et avec les ressortissants de cultures étrangères à celle du soignant, les premiers ne possédant qu'un système de synchronisation encore rudimentaire, les seconds utilisant un système éventuellement différent. Ce qui explique que certaines populations étrangères accentuent dans les situations de consultation les gestes et l'expression émotionnelle afin d'augmenter les chances d'être écoutées et comprises, avec aussi le risque d'être connotées histrioniques et hystériques et par là d'être justement moins bien écoutées...

La vocalité et la kinésique interviennent aussi de façon très importante dans l'expression et dans l'évaluation de l'état émotionnel. Or cette évolution participe au système de synchronie décrit ci-dessus, en réponse à la question «qu'en penses-tu ?». On sait que l'expression affective (ou «émotionnelle») est plus largement assurée par le non-verbal que par le verbal, aussi n'est-il pas étonnant que les consultants soient très attentifs aux expressions mimiques et aux intonations vocales du personnel soignant.

Citons cet exemple d'un malade hospitalisé pour une pneumopathie virale atypique, très inquiet des réponses évasives qu'il obtenait des médecins sur son état et dont l'anxiété fût maîtrisée le jour où l'assistante-chef de clinique rentra souriante et chantonnant dans sa chambre. Il se dit alors qu'il n'était pas possible qu'il soit mourant puisqu'elle se conduisait ainsi...

Il est certain que devant le langage, souvent hermétique, des soignants (en particulier lors des discussions entre médecins au cours de la visite) les malades cherchent à capter tous les indices non verbaux parallèles qu'ils interprètent comme ils le peuvent.

Ce travail d'attribution d'affects passe à la fois par des voies rationnelles et conscientes, mais au cours des interactions de face-à-face il est aussi assuré par un mécanisme plus instinctif décrit sous la dénomination d'«analyseur corporel». Il y aurait, par le biais d'une échoïsation corporelle, parfois visible (analogie posturale, convergence des mimiques, des intonations vocales, des rires, des pleurs, etc.) mais aussi souvent seulement subliminaire, une facilitation à la participation des affects d'autrui, expliquant les phénomènes connus sous le nom «d'empathie» et «d'identification introjective». Cette hypothèse de l'«analyseur corporel» est étayée par les travaux d'Ekman (1969) et de Bloch (1989) qui ont montré récemment que l'adoption de mimiques de postures ou de certaines activités corporelles était susceptible de faire naître des affects spécifiques, eux-

mêmes susceptibles d'induire des représentations mentales correspondantes... Cette «induction émotionnelle par la reproduction des modèles effecteurs» pourrait ainsi être mise au service de la connaissance d'autrui.

Cela rend compte de certaines difficultés du métier de soignant : l'échoïsation identificatoire quotidienne à des sujets en proie à l'anxiété, aux malaises physiques et l'identification à des corps détériorés et souffrants constitue une situation éprouvante qui amènera à plusieurs attitudes défensives et autoprotectrices parmi lesquelles sont faciles à observer l'absentéisme, l'indifférence (voire le cynisme et le culte de l'humour noir), la distanciation affective et la divergence interactionnelle (avec inévitablement en conséquence des difficultés d'écoute des patients...).

Enfin le corps, objet de la relation de soins, intervient évidemment en tant que tel dans l'échange sous forme d'émetteur et de support de signaux et d'indices qui constituent les «symptômes» médicaux. Il est pour cela dénudé, palpé, touché, pénétré et la distance interindividuelle généralement qualifiée d'«intime» est fréquemment transgressée, ce qui met en échec la plupart des conventions et des stratégies protectrices de la vie courante.

2. La communication interindividuelle de face-à-face est plurifonctionnelle, servant à réaliser des actes divers dont le «Dire» ne constitue qu'un aspect, la question pertinente pour rendre compte d'une interaction n'est pas «qu'est-ce qui se dit ?» mais «qu'est-ce qui se fait ?».

Plusieurs auteurs ont ainsi proposé ces dernières années des catégorisations des actes de langage utilisés dans la consultation médicale.

La liste de ces catégories est plus ou moins détaillée selon les auteurs. Citons les plus communes : Ouverture-fermeture de la rencontre, interrogation, assertion, explication, conseil, plaisanterie, réassurance...

Une des grilles les plus détaillées est celle de J. Dore utilisée par J.-L. Chiffé pour l'étude de la consultation médicale générale en cabinet privé. Cette grille a été construite en considérant chaque «acte de parole» comme une unité fonctionnelle élémentaire catégorisable en 38 items, codables.

Par exemple :

Demande d'explication :

Pouvez-vous me dire ce qui vous est arrivé ?

RQPC

Demande d'éclaircissement :

Pouvez-vous vous appuyer sur la jambe gauche?

RQPR

Evaluation-Jugement :

Rien de grave ! Tranquillisez-vous tout va bien !

ASEV

Ces items, inspirés des théories d'Austin et de Searle sur les actes de langage, peuvent se regrouper en trois grandes fonctions :

- informative
- régulatrice
- expressive

La fonction informative elle-même se divise en deux catégories :

- initiatives : requêtes, questions, assertions, performatifs.
- réponses.

L'histogramme ci-dessous (figure 1) présente la moyenne des résultats obtenus en traitant les scripts des consultations de deux cabinets privés de médecins généralistes .

Sont mis face-à-face les productions du patient (en haut) et du médecin (en bas).

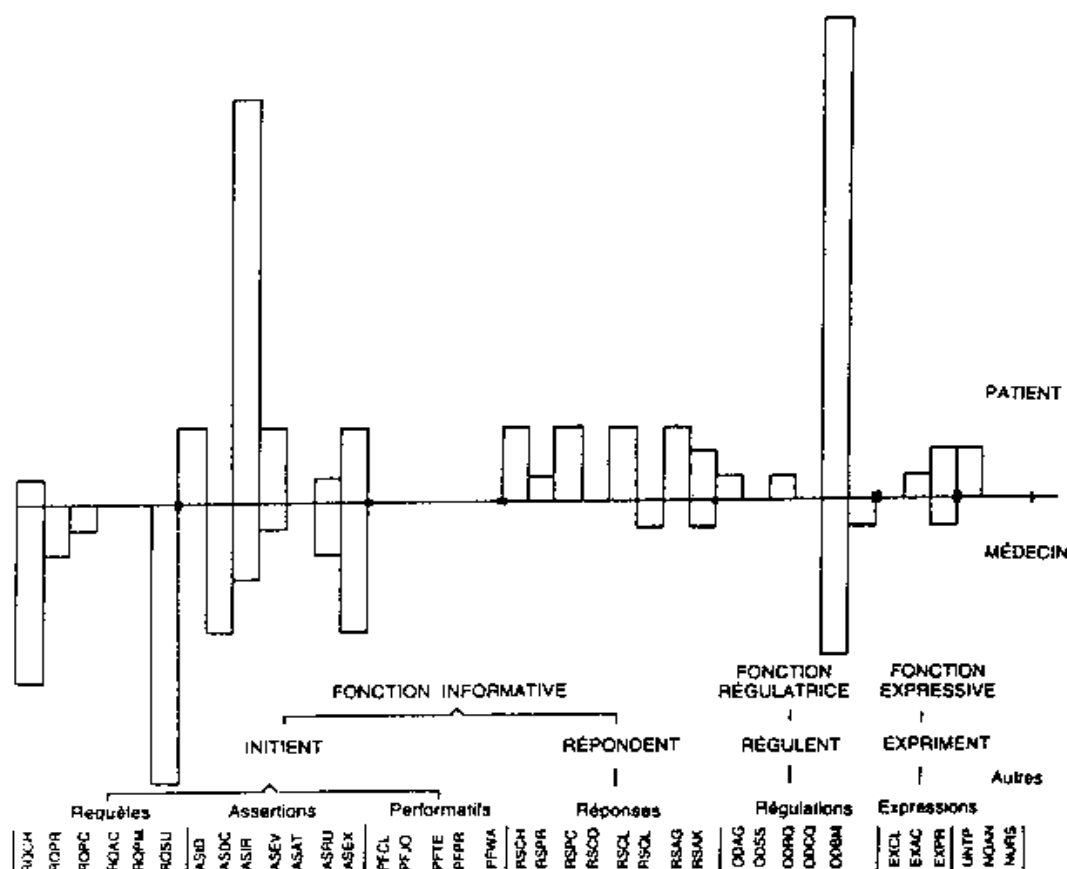


Figure 1 – Activité illocutoire au cours d'une consultation médicale (le patient en haut, le médecin en bas).

Ces résultats suggèrent quelques remarques sur la structure des consultations médicales et l'asymétrie prévisible des échanges.

La prédominance est donnée à la fonction informative, les requêtes et questions sont surtout le fait du médecin, les assertions et les réponses le fait du malade. On relève aussi l'importance de la fonction régulatrice sur laquelle nous reviendrons.

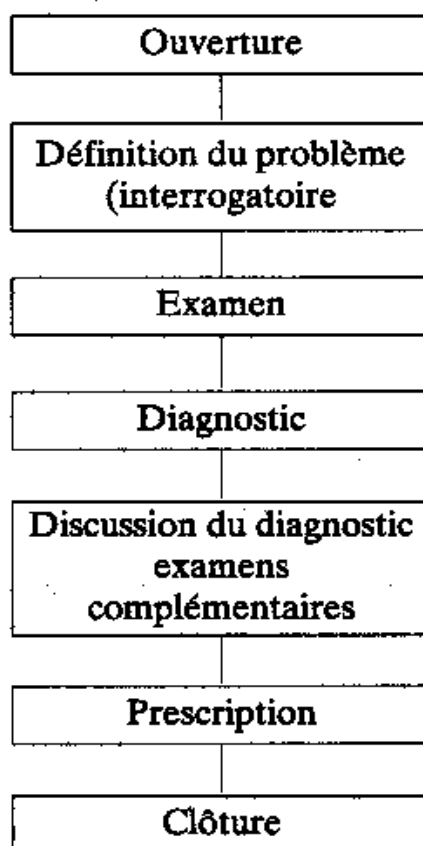
D'autre part, dans l'ordre d'importance quantitative ; on trouve :

1. l'exposé des plaintes, 2. les prescriptions, 3. l'examen clinique, 4. le discours extra-médical, 5. le diagnostic.

Mais l'étude plus détaillée et qualitative fait apparaître quelques autres phénomènes intéressants :

a) La confirmation d'une organisation séquentielle des échanges selon le scénario bien connu des entretiens de consultation et d'ailleurs traditionnellement enseigné aux médecins au cours de leurs études.

Schématiquement :



b) Les procédures de gestion de l'entretien :

La consultation médicale fait partie des «comportements de site» et plus précisément elle est un type socialement bien défini de «relation de service».

Les objectifs et les rôles de ses protagonistes y sont clairement précisés : l'un, dit «patient», offre un problème de santé à résoudre, et l'autre, dit «médecin», est réputé savoir ce qu'il convient de faire dans un tel cas. Le patient est censé se conformer aux *principes de confiance et de sincérité* (il doit dire tout ce qu'il sait et ressent en rapport avec son problème sans omission ou dissimulation volontaire) tandis que le médecin est censé se conformer aux *principes de compétence* (il est expert en médecine) et *de bénévolence* (tout ce qu'il fait et dit est au service de la restauration de la santé du patient). Ces principes de cadrage sont évidemment des présupposés implicites mais ils ont un grand poids pour l'interprétation mutuelle des échanges : tous les actes, verbaux ou non verbaux, sont *a priori* rapportés à eux. C'est eux qui autorisent les questions jugées ordinairement indiscrètes («on ne cache rien à son médecin») et les contacts corporels réservés habituellement aux seuls intimes habilités.

La démarche cognitive du médecin est, dans cette situation, en principe hautement sophistiquée : il cherche à faire coïncider le «tableau clinique» présenté par le malade avec une maladie inventoriée, codée, décrite et systématisée préalablement à la consultation dans les traités de pathologie qu'il est censé connaître. De même ses actes ou les actes prescrits à l'issue de la consultation sont à l'avance catalogués et figurent dans les traités de propédeutique médicale («inspection, palpation, percussion, auscultation, etc.») et dans la nomenclature de la sécurité sociale s'ils mettent en œuvre une technicité particulière. Les comportements des deux partenaires sont donc régis par des principes organisateurs très formalisés à tel point que l'on peut concevoir une assistance au diagnostic par ordinateur. Cependant cela ne doit pas faire sous-estimer l'importance de la coopération nécessaire pour la réussite de cette entreprise commune que représente une consultation. Cette coopération se traduit particulièrement dans le «travail» du patient ainsi que le montre M. Lacoste, et dans l'activité de «pilotage» ou de «gestion» du médecin.

Ainsi par exemple le «tableau clinique» n'est pas simplement offert par le malade, mais résulte d'une co-construction dans laquelle l'induction organisatrice du médecin est souvent décisive (en bien comme en mal, car le gauchissement partiel du tableau peut aboutir à de fausses pistes voire à des erreurs de diagnostic).

D'autre part la consultation se déroule généralement dans un cadre temporel défini et le médecin doit gérer l'interaction de façon à s'y conformer.

Ainsi le médecin se montre-t-il directif et sélectif. Nous en donnerons une illustration rapide.

Exemple 1 :

Un patient vient consulter : ayant eu, quelques jours avant, mal aux gencives et de la fièvre, il avait appelé le médecin de garde qui avait prescrit un antibiotique et demandé une radiographie. Après l'ouverture rituelle et le récit de cette histoire il déclare :

«...Et puis ma foi maintenant ça va mieux... en fait j'ai toujours mal aux gencives... j'ai quelque chose qui cloche... et il semble plus rien y avoir... donc je suis venu vous consulter.»

Le médecin : *«Vous avez de la fièvre ?»*

Le patient perçoit la pertinence de cette question, il sait qu'il n'en a plus, mais l'avouer trop rapidement risque de faire occulter son inquiétude ; d'où sa réponse :

Le patient : *«Ben : le vendredi soir oui j'avais 39°8, alors j'ai pris de l'aspirine puis bon j'ai appelé le médecin.»*

Le médecin perçoit la stratégie. Il va donc répéter sa question mais en acceptant un détour pour ménager le patient :

Le médecin : *«C'était de quel côté ?»*

Le patient : *«C'était du côté droit.»*

Le médecin : *«Comment allez-vous maintenant ?»*

De nouveau le patient est mis au pied du mur, après un détour il finira par répondre.

Le patient : *«Ben : oh j'ai la bouche assez irritée... euh : c'est à dire... c'est un peu : j'avais mal sous la langue ensuite euh bon ma fièvre a rapidement disparu.»*

Le médecin questionnera alors sur le traitement suivi, commentera la radio, examinera la bouche du patient et déclarera : *«Moi je crois que vous avez eu une gingivite tout simplement et qui s'est infectée.»* Il prescrit ensuite un traitement local : *«Vous le faites jusqu'à ce que l'aphte ait bien disparu bien voilà.»*

Le patient : *«Voilà merci... ben hum hum... c'est bien ce que je pensais... c'est pas une infection dentaire.»*

Le médecin : *«C'est ça (cependant il vérifie encore). Il n'y a jamais eu de pus qui a coulé de votre bouche ?»*

Le patient : *«Non ça... (mais tout de même ajoute) enfin j'ai jamais senti...»*

Suit la clôture.

Dans cette observation très banale et résumée on voit comment le médecin gère l'entretien : testant son diagnostic mais évitant de faire expliciter l'inquiétude du patient dont il esquive l'expression. Il fait ce qu'il convient au point de vue somatique et en reste là. Au demeurant c'est une manière de rassurer le malade.

Exemple 2 :

Une mère vient consulter pour le régime alimentaire de sa fillette, après quelques échanges on relève le passage suivant :

Mère : «... *On peut mettre n'importe quoi comme légume ?*»

Médecin : «*N'importe quoi, oui, même des choux-fleurs*»

Mère : «*Ah bon, justement j'ai un problème, je voulais vous en parler, je perds tous mes cheveux, tous, tous, tous, je sais pas quoi faire*»

Médecin : «*L'important c'est qu'il en reste encore !*»

Mère : «*Oui, mais si ça continue, hum, hum, il n'en restera plus beaucoup*»

Médecin et Mère : (rires)

Médecin : «*Bon, vous la prenez, on va la peser*»

Mère : «*Oui... etc.*»*

Dans ce passage on voit la mère introduire à l'improviste un nouveau problème qui lui est personnel, bien qu'elle tente de le relier par un «*justement*», qui n'est qu'une feinte rhétorique très grossière, à l'enchaînement en cours. Le médecin n'accepte pas cette digression qu'il déjoue par une plaisanterie qui s'avère efficace puisque la mère abandonne sa requête dans un rire partagé. Bien que peut être ce fût là l'objet réel de sa consultation...

c) Les activités de maintenance régulatrices.

Nous les avons abordées plus haut dans le titre de la «coordination interactionnelle» dont elles font partie. Mais l'histogramme des actes verbaux souligne l'importance des activités synchronisatrices et régulatrices dans les consultations médicales.

Leur importance s'explique par l'engagement intense tant attentionnel qu'affectif que nécessitent les échanges entre soignant et patient : la co-construction du tableau clinique, la coopération nécessaire à l'examen somatique, puis la négociation des décisions thérapeutiques exigent de part et d'autre un bon acheminement des informations et une évaluation permanente du niveau de compréhension et d'adhésion du partenaire. Aussi n'est-il pas étonnant que le médecin en situation d'écoute émette presque systématiquement des «oui» -- «d'accord» - «hum hum»... ainsi que des répétitions, des complétions et des reformulations, tandis que le malade surtout dans la phase de prescription émettra de nombreux «bon» - «bien» - «oui» - «c'est ça» - «O.K.»...

Dans le cadre des activités régulatrices on peut aussi situer les «discours extra-professionnels».

Les études de consultations médicales et de consultations dentaires (Bouachour, 1985) font ainsi apparaître un pourcentage

important de discours «à côté» ou «inessentiels» sous forme de plaisanteries, ou d'échanges à thèmes mondains (la météorologie, les difficultés économiques, les problèmes de l'avenir des enfants, etc.). Leur fonction est à la fois un essai de réassurance du patient par le soignant, mais aussi du soignant par lui-même...

Parfois aussi comme dans l'exemple 2 ils peuvent constituer une stratégie pour maîtriser le déroulement temporel de la consultation.

3. La contextualisation

En conséquence des constatations précédentes (multicanalité et plurifonctionnalité) si un énoncé peut être «compris» ou «décodé» au premier niveau du «Dire» (ou niveau «sémantique») par simple recours aux codes linguistiques et kinésiques, par contre, il ne pourra être «interprété» à un second niveau, celui du «Faire» (ou niveau «pragmatique») que par une mise en rapport avec le contexte comme les exemples précédents nous l'ont déjà suggéré. Toute étude d'interaction concrète doit s'appuyer donc sur une analyse contextuelle.

Le contexte comprend quatre grands composants : le cadre, les participants, la relation et la plate-forme communicative commune.

- **Le cadre** est caractérisé par l'aménagement spatial et temporel (la «proxémique») du site, par les *scripts* (rôles sociaux prévus dans le cadre qui s'organisent selon les *règles de cadrage*), par sa *finalité*.

En principe les cadres des pratiques soignantes sont clairement définis, en pratique ils sont soumis cependant à des variations assez grandes : public vs. privé, époque architecturale des lieux (en particulier pour les hôpitaux), localisation culturelle du site, etc.

Les problèmes de proxémique et d'interaction en service hospitalier sont abordés dans les articles de J. Vaysse, de M. Fahrat et de M. Grosjean. Ils sont multiples et je soulignerai uniquement le fait que les dispositions spatiales et les gestions temporelles des interactions reflètent souvent, à l'insu des acteurs, l'idéologie des concepteurs en ce qui concerne les hôpitaux et la personnalité des praticiens en ce qui concerne le cabinet privé.

Nous avons pu noter au cours de groupes de formation combien, par exemple, l'analyse sémiologique de l'installation du cabinet d'un médecin généraliste (disposition et style du mobilier, décoration, etc.), faite avec le médecin lui-même, était révélatrice de symbolisations et d'implicites qui n'étaient ni le fruit du hasard ni la simple conséquence du désir de soigner efficacement, mais sympto-

matique de positions plus profondes et personnelles d'ordre idéologique et affectif.

Remarquons aussi l'importance des règles de cadrage déjà signalées. Toute action et événement seront interprétés et justifiés par rapport à la finalité thérapeutique de la relation et les infractions quasi permanentes aux protections habituelles de l'intimité seront ici normalisées par ce cadrage spécifique.

- **Les partenaires** de l'interaction eux-mêmes font aussi partie du contexte avec leurs caractères personnels et sociaux ainsi que le type de relation qui sous-tend la rencontre.

Caractères personnels : le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique et, dans le cas qui nous occupe, le type de maladie.

Exemple 3 :

Deux aides-soignantes s'affairent autour d'un malade africain qui a été opéré quelques jours avant d'un ulcère d'estomac perforé. Le malade va bien et a commencé à se réalimenter la veille avec de la compote de pommes... Une des infirmières lui frictionne le dos, l'autre arrange son lit. L'ambiance est à la bonne humeur.

Malade : «...J'ai mangé de la compote. J'espère avoir bientôt de la viande, moi je suis carnivore...»

Gloussements et rires très aigus des infirmières : «Ouh ! il va nous manger» dit l'une ; éclat de rire général. La confusion «carnivore»/«cannibale» était évidente !

Dans les situations où le corps est l'objet de l'interaction et de discours, il est difficile malgré les mécanismes protecteurs de ritualisation mis en jeu, sur lesquels nous reviendrons, de faire totalement abstraction de cette dimension personnelle. Pour cette raison, certains rôles soignants sont dans notre culture plutôt féminins : infirmières, sages-femmes, gynécologues,...

Caractères sociaux : ce sont les marqueurs de fonction, nettement affichés du côté du personnel soignant (blouses, stéthoscope, etc.). Ils contribuent à simplifier le repérage des fonctions et à sécuriser les patients (et bien sûr sont aussi garants de l'hygiène hospitalière...). Ils fonctionnent en outre comme des marqueurs de hiérarchie et comme différenciation soignants-soignés. Leur abolition fréquente dans les milieux psychiatriques est significative d'une volonté d'égalitarisme relationnel (égalité des soignants, égalité soignants-patients) et d'une volonté de démarcation d'avec la médecine somatique.

- **La relation :**

Par définition il s'agit ici d'une «relation de service», à finalité univoque : «améliorer ou sauvegarder la santé des usagers». Cette

relation dite «structurelle» (par distinction avec «catégorielle» et «personnelle») constitue, comme nous l'avons vu, une référence fondamentale pour le cadrage des interactions de soins.

• *La plate-forme communicative commune :*

Elle découle en partie des composantes qui précèdent. Elle est constituée par les savoirs partagés et c'est elle qui fournit les pré-supposés nécessaires au fonctionnement économique de l'interaction. Dans la relation de soins, les «antécédents», «l'histoire de la maladie» et l'histoire de la relation patient-soignant sont des éléments essentiels de cette plate-forme.

Un patient qui consulte régulièrement «son» médecin communique plus facilement avec lui et réciproquement, grâce à l'élargissement du champ des pré-supposés facilitant l'usage des implicites, grâce aussi aux ritualisations et aux routines élaborées et adoptées en commun. Le regret de la disparition du «médecin de famille» est lié à ces phénomènes, de même que l'obligation pesante pour certains malades changeant d'hôpital ou de service, ou au sein du service ayant affaire à plusieurs interlocuteurs successifs, d'avoir à raconter plusieurs fois les mêmes choses, voire à subir à nouveau des examens récemment pratiqués.

II - LES RITUALISATIONS

Nous venons de passer en revue quelques paramètres fondamentaux des interactions de face-à-face, mais il convient aussi de considérer leur aspect dynamique.

Les interactions dans une relation de service, telle par exemple la consultation médicale, se déroulent comme nous l'avons indiqué selon un script ou programme défini et assez facile à mettre en évidence : accueil, présentation du thème par le malade, interrogatoire du médecin, examen physique, commentaires et explications, prescriptions, clôture.

Comme dans toute relation de service, médicale ou non, la situation est bien définie, et les rôles connus, mais le bon déroulement du programme opérationnel nécessite (a) un ajustement convenable des rôles (b) l'évitement des incidents et dérives de la situation, en particulier la protection des «faces» et de l'intégrité territoriale et corporelle des partenaires – «la face» étant le terme utilisé par Goffman pour désigner «la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne

d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier».

Ajustement des partenaires et protection des faces ou des territoires sont facilités par la mise en œuvre de «ritualisations», prescriptions comportementales qui se traduisent dans la vie quotidienne par les codes du savoir-vivre, et dont les règles de politesse sont un exemple banal. Chaque site va être le théâtre de rituels définis avec des prescriptions et des proscriptions, rituels qui jalonnent et permettront l'accomplissement du programme avec un minimum de sécurité interactionnelle pour les différents acteurs.

On peut aussi décrire trois grands groupes de rituels : les rituels d'accès (et de séparation), les rituels de confirmation, les rituels de réparation.

- **Les rituels d'accès (et de séparation)** par exemple : frapper à la porte de la chambre, saluer. Dans les services que nous avons étudiés, les médecins n'en utilisaient pratiquement pas, au contraire des infirmières qui, de plus, fréquemment ponctuaient leurs sorties par des énoncés du genre : « *on vous laisse... à tout à l'heure* », « *pour nous appeler c'est le bouton rouge* », « *Je viendrai vous voir entre deux* », « *d'accord à tout à l'heure* », etc ; atténuant ainsi la séparation par la perspective d'un retour et rassurant le malade par la confirmation d'une présence continue.

- **Les rituels de confirmation** qui visent à confirmer l'image que chacun souhaite donner et à laquelle son statut lui donne droit. Ils s'expriment par les systèmes de déférence et de politesse. Le système de déférence obéit à des règles assez complexes entre les soignants ; dans les services que nous avons observés le chef de service était appelé Monsieur et était vouvoyé par tous, lui-même vouvoyait ses assistants mais tutoyait les internes. Ces derniers tutoyaient et réciproquement les infirmières. Lesquelles étaient appelées par leur prénoms (sauf la surveillante désignée comme Madame X). Les malades appelaient tout le personnel médical «Docteur», et les infirmières et aides-soignantes par leur prénom ou leur nom, en général selon leur âge.

- **Les rituels de réparation** qui s'efforcent de changer ou d'atténuer la signification ou les conséquences d'un acte susceptible d'apparaître offensant ou désagréable. Ils se manifestent très souvent par des commentaires des soignants lorsqu'ils effectuent un geste technique qui peut être dorigène : « *je vous pique* », « *ça va être juste un peu désagréable* », « *attention je tire la sonde* », « *ça va brûler un peu* », « *je vais être obligé de vous soulever un instant* », etc.

Dans les sites résidentiels comme les hôpitaux existent en outre des rituels proxémiques, qui découlent de l'organisation temporelle des activités des soignants comme des malades. Ainsi la «visite» et la «contre visite», les «soins», les relevés de température, la prise de tension artérielle, etc. Autant d'activités périodiques régulières qui n'ont, en ce qui concerne de nombreux malades, aucune autre utilité que celle de la confirmation du cadre. Ainsi peut-on par une approche éthologique décrire la forme des interactions qui se déroulent au cours d'une journée dans un service hospitalier, entre les différentes catégories de soignants et les malades, entre les soignants entre eux et entre les malades entre eux. Cet aspect est développé par M. Kattan-Farhat dans son article, et je ne relèverai qu'un seul point, fondamental cependant pour la motivation des rituels, celui des problèmes que pose en milieu hospitalier la protection des «faces» des malades.

Comme je l'ai déjà souligné dans l'analyse du contexte, la situation de la personne hospitalisée est très singulière par rapport aux situations de la vie quotidienne ordinaire.

L'asymétrie habituelle des relations fonctionnelles structurales est ici renforcée par le statut particulier du corps. La situation du malade hospitalisé est en effet une situation de dépendance anatomo-physiologique : le malade délègue à autrui la prise en charge de certaines fonctions corporelles qu'il assure d'ordinaire par lui-même. Le seul cas socialement comparable est celui de la petite enfance où les adultes sont naturellement chargés d'assurer une partie des régulations homéostatiques vitales du bébé, et l'on sait que ces interactions précoces, «anaclitiques», se déroulent dans le cadre d'une relation asymétrique vécue comme extrêmement personnalisée et très investie affectivement par ses deux partenaires.

Or la situation de soins tout en réalisant un cadrage fonctionnel de même type va s'accompagner d'un cadrage relationnel très différent : les relations de rôle seront impersonnalisées et très formalisées du fait des exigences techniques.

Cette situation va avoir deux conséquences majeures, l'une pour les patients l'autre pour, les soignants.

Du côté des patients, ils sont obligés d'accepter d'exposer leur corps et leur espace intime à tout ce qui d'ordinaire serait considéré comme transgression grave des distances interindividuelles ; ils sont aussi dans une situation de diminution de leurs moyens de maîtrise et de régulation, situation de soumission et de dépendance vis-à-vis d'autrui et de plus, souvent vêtus ou dévêtus dans des parures habi-

tuellement réservées aux intimes. Pour résumer : leur face et leur territoire sont gravement vulnérables.

Du côté des soignants, la prise en compte de la personne, inhérente à toute situation d'interaction, met en jeu, même à minimum, des processus d'identification «introjective» qui passent par ce que nous avons appelé «l'analyseur corporel». Or, comme nous l'avons déjà signalé, cette «empathie» ne peut qu'être éprouvante et les défenses les plus communément élaborées par les soignants pour leur auto-protection sont alors, du côté psychique, l'isolation affective et la rationalisation, et du côté comportemental l'évitement et la formalisation, l'ensemble poussant au règne de la «pensée opératoire» (au sens des psychosomaticiens) facilité par le développement idéologiquement très investi aujourd'hui de la technologie.

On pourrait donc, en problématisant à l'extrême, dire que ce que les soignants (en position haute, métaphoriquement parentale) proposent comme type relationnel idéal aux malades (en position basse et métaphoriquement infantile) est le type de relation réputé générateur chez le jeune enfant de psychoses et de maladies psychosomatiques ! L'observation éthologique nous montre qu'heureusement les choses ne se passent pas ainsi (ou du moins rarement) pour plusieurs raisons ; dont les suivantes.

Les soignants constituent une catégorie hétérogène avec des répartitions fonctionnelles, des compétences de plusieurs niveaux, et donc des comportements plus ou moins formalisés et formalisables. Les rituels d'interaction des médecins ne seront pas les mêmes que ceux des infirmières, qui différeront eux-mêmes de ceux des aides-soignantes et des femmes de service. Il faut souligner ici que le rôle des aides-soignantes et femmes de service, grâce au faible niveau de formalisation de leurs rituels, constitue souvent un antidote très important aux hyperformalisations de l'autre pôle de la hiérarchie. Elles plaisantent et rient, rendent des petits services et entament entre elles des conversations «futiles» auxquelles les malades sont volontiers invités à participer.

D'autre part il s'avère que très souvent s'instaurent, en parallèle avec les relations structurelles soignants-malades, des relations catégorielles malades-malades comme le montre M. Farhat dans son article.

Il n'est pas rare d'observer dans les services des réseaux parallèles avec rites d'accueil et «prise en charge» des nouveaux venus par les «anciens». C'est par ces canaux spontanés que se fait parfois «l'éducation» des arrivants pour ne pas dire une certaine prise en charge psychothérapique...

Enfin bien sûr, aujourd'hui les hôpitaux sont souvent très ouverts aux familles et aux amis par lesquels arrive une ration quotidienne de relation affective.

Les relations interindividuelles intrahospitalières sont donc conditionnées par des paramètres multiples qui échappent à un organigramme hiérarchique et linéaire, et qui ne peuvent être précisés que par une approche éco-éthologique et théorisés qu'en termes systémiques.

III - CONCLUSION

Cette rapide revue n'épuise pas, tant s'en faut, le sujet vaste et capital des communications interindividuelles dans les relations de soins. Elle n'en a abordé que quelques aspects dont il convient pour terminer de souligner certains.

L'administration d'un soin concerne un éventail très vaste d'activités : paroles, toucher corporel, intrusion corporelle, introduction de molécules, etc. Mais, quelles qu'elles soient, ces activités thérapeutiques passent à travers une situation d'interaction soignant-malade. L'acte thérapeutique est interactionnel, et son interprétation de même que son efficacité psychophysiologique dépendent donc des facteurs complexes mis en jeu dans toute situation interactionnelle : cadre, cadrage, statut et rôle des interactants, nature de la relation, plate forme communicative commune, etc.

Dans notre approche plus micro-sociologique que psychologique nous avons laissé de côté la question de la personnalité des interactants bien qu'elle constitue un paramètre sous-jacent toujours présent et parfois déterminant, mais, comme nous l'avons vu, ce paramètre est en grande partie neutralisé par les scripts, les formalisations et les ritualisations, qui organisent à la fois les comportements des soignants et les comportements des malades. Cependant une communication pleinement efficace se doit aussi de ne pas occulter ces aspects personnels parfois primordiaux pour certains patients comme pour certains soignants.

Il y a là une dialectique incontournable entre le structurel et le personnel qui a fait dire que le métier de soignant fait partie des grands métiers impossibles... A une époque où beaucoup d'efforts sont consacrés à améliorer les communications machine-machine et homme-machine, il serait temps de s'apercevoir que les rapports homme-homme ne sont pas plus simples et nécessitent eux aussi des investissements en recherche et en formation peut être encore plus grands et certainement aussi urgents.