



HAL
open science

Le défi de l'adhésion thérapeutique : place, rôle et effets des silences

Lidia Lebas-Fraczak

► **To cite this version:**

Lidia Lebas-Fraczak. Le défi de l'adhésion thérapeutique : place, rôle et effets des silences. Parler à l'hôpital. Écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit, A paraître. hal-03469125

HAL Id: hal-03469125

<https://hal.science/hal-03469125>

Submitted on 7 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le défi de l'adhésion thérapeutique : place, rôle et effets des silences

Lidia Lebas-Fraczak

ABSTRACT

Communication competence is now seen as an essential competence of health professionals. This competence is not limited to “referential” aspects, such as being able to obtain and transmit relevant information from and to the patient. Another aspect of communication competence is the one related to the “conative” function of language: producing an effect on the interlocutor. In the medical context, the intended effect is primarily the patient’s therapeutic adherence. Given the resistance that patients sometimes show, obtaining therapeutic adherence is a challenge. The analysis of an interview between a neurologist and a patient allowed us to observe that the use of silence, combined with other verbal and paraverbal means of focusing, may constitute an effective “conative tool”.

1. Introduction

La communication entre le médecin et le patient, comme tout type et contexte de communication, possède ses particularités. Celles-ci peuvent être abordées par le biais des fonctions du langage, telles qu’elles ont été définies dans le cadre du modèle de la communication de R. Jakobson (1963). Ce modèle spécifie les « facteurs constitutifs de tout procès linguistique » (*ibid.* : 213) – *cf.* le premier encadré ci-dessous – en associant à chacun une fonction du langage – *cf.* le deuxième encadré.

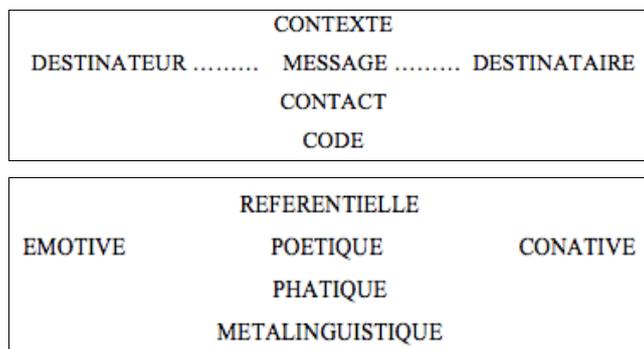


Figure 1 : modèle de R. Jakobson (1963 : 214, 220).

Ainsi, R. Jakobson fait correspondre au « destinataire » (celui qui parle, le locuteur) la fonction « émotive » (ou expressive), consistant dans l’expression de l’attitude de celui qui parle à l’égard de ce dont il parle, et au « destinataire » (l’interlocuteur) la fonction « conative », consistant dans l’influence qu’exerce le locuteur sur l’interlocuteur à travers la parole. Toute communication implique également le facteur « contexte » (ou référence), consistant dans le fait que, en communiquant, on réfère à une certaine réalité ; c’est la fonction « référentielle » du langage. Le destinataire et le destinataire sont reliés par le « message » ; la fonction « poétique » (ou esthétique) correspondante

consiste dans l'attention que porte celui qui parle à la forme de son message. Le « code » correspond à la langue elle-même ; la fonction « métalinguistique » consistant dans la possibilité de parler du code (par exemple, pour expliquer le sens d'un terme utilisé). Enfin, le facteur « contact » correspond à la relation (physique et psychologique) entre les sujets communiquant ; la fonction « phatique » consistant dans l'établissement et dans le maintien de cette relation.

Il semble évident que la fonction principale impliquée dans le discours du médecin est la fonction référentielle. En effet, l'objectif premier de tout entretien médical est pour le médecin de recueillir des informations concernant le patient en vue de le soigner, ainsi que de transmettre des informations et des indications médicales au patient (on peut évoquer le concept d'éducation thérapeutique¹). Cependant, on accorde de plus en plus d'attention aux fonctions « phatique » (relationnelle) et « conative » (persuasive) relativement au discours du médecin. La fonction conative est à lier à la visée de l'adhésion thérapeutique du patient. C'est à cette fonction que nous nous intéresserons ici, en nous penchant sur les moyens verbaux et paraverbaux pertinents, et en particulier sur les silences. Nous verrons, à travers l'analyse d'un entretien médical choisi, parmi ceux recueillis dans le cadre du projet DECLICS, que les silences peuvent constituer pour le médecin un « outil conatif » efficace.

2. Place de la compétence de communication parmi les compétences des professionnels de santé

L'importance de la communication dans la prise en charge des patients est désormais reconnue par les professionnels de santé en France. Suite au rapport du Pr Matillon (2003) mettant en avant la nécessité de définir les compétences des professionnels de santé, des référentiels de compétences ont vu le jour, incluant la compétence communicative. Comme l'indiquent N. Junod et J. Sommer (2013 : 2), « la communication soignant-patient est un élément clé en pratique clinique et fait partie des quatre composantes essentielles de la compétence clinique (connaissances, examen clinique, technique de communication, résolution de problème) ». La « marguerite » représentant les compétences du médecin généraliste fait même figurer la compétence « communication, relation, approche centrée sur le patient » en position centrale par rapport aux autres compétences (Compagnon *et al.* 2013).

2.1 Évolution des statuts du patient et du médecin

Comme le précisent C. Fournier et S. Kerzanet (2007 : 414), l'une des raisons pour lesquelles « la réflexion sur la communication médecin-malade est particulièrement importante dans le contexte actuel » réside dans « la transformation de la place du malade dans le champ de la santé, en lien avec la conception devenue dominante de l'individu comme autonome et responsable ». Par conséquent, le rôle du médecin n'est plus envisagé comme consistant uniquement à « traiter » le patient (dans le sens de « soigner », mais en ayant aussi à l'esprit un sens ancien du verbe *traiter* : « conduire,

¹ Tel que défini par l'OMS-Europe en 1996.

gouverner »), comme c'est le cas dans le type « paternaliste » de la relation médecin-patient² ; la mission du médecin consiste également, et avant tout, à obtenir l'adhésion thérapeutique et la collaboration du patient. On retrouve par ce biais la fonction conative du langage, ou visée de produire un effet sur l'interlocuteur.

2.2 Le défi de l'adhésion thérapeutique

La nécessité pour la réussite thérapeutique de l'adhésion, de la collaboration et de la participation active du patient au processus thérapeutique constitue une évidence, or la tâche d'y parvenir n'est pas quant à elle évidente. Selon l'estimation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 50% environ des patients « adhèrent mal ou peu à leur traitement » (Schneider *et al.* 2013 : 1032). En guise d'illustration, nous pouvons citer une situation observée dans une consultation ayant eu lieu dans un service hospitalier de nutrition (enregistrée et transcrite dans le cadre du projet DECLICS). Lors de cet entretien, la nutritionniste essaie de faire adhérer sa patiente de 39 ans, diabétique et atteinte d'autres pathologies, au projet de changer ses habitudes alimentaires (manger régulièrement, moins le soir et pas la nuit pour pouvoir manger le matin), dans le but de perdre du poids. La tâche s'avère compliquée dans la mesure où, bien que consciente du problème (*je mange pas régulièrement + et quand je mange je mange à une heure du matin aussi quoi*), la patiente semble considérer qu'il est impossible de changer ses habitudes : *j'arrive pas à manger ; ça m'énerve quand je me force pour manger ; j'ai pas l'habitude de manger à midi ; mon corps s'est habitué comme ça ; si je me force à manger le matin je vais vomir*.

En outre, selon la vision qui apparaît dans le discours de la patiente, comme on peut l'observer dans l'extrait 1 ci-dessous³, ses problèmes de santé ne sont pas correctement traités par les médecins ; son mécontentement la pousse même à dire : *je vais en faire des crimes*, puis : *entre les médecins et moi + c'est la guerre*.

Extrait 1⁴ :

PAT[09min16] : j'en ai marre de vivre ça

MED[09min17] : mh mh

PAT[09min19] : et que: je veux qu'on trouve vraiment une solution à tout quoi

MED[09min23] : on trouve

PAT[09m23] : on trouve + à plusieurs on va trouver

MED[09min27] : #1 il faut que vous trouviez #

PAT[09min27] : #2 il faut se + il suffit d- #

² Cf. les quatre modèles prototypiques de la relation médecin-patient définis par E. J. Emanuel et L. L. Emmanuel en 1992 : « paternaliste », « informatif », « interprétatif », « délibératif » (Fournier & Kerzanet 2007 : 416).

³ Il peut être utile de préciser que le français n'est pas la langue maternelle de cette patiente.

⁴ Explication des symboles : + / ++ / +++ : pause ou silence ; X : segment inaudible correspondant à une syllabe ; deux-points suivant un mot (ex. de:) : allongement de voyelle finale ; tiret accolé à une ou plusieurs lettres (ex. m-) : amorce lexicale ; dièses : chevauchement de paroles (ex. #1 c'est plus convivial # ; #2 et mon corps #).

MED[09min28] : votre solution

PAT[09min28] : #1 je vais en faire des #

MED[09min28] : #2 avec l'aide #

PAT[09min30] : crimes si je trouve: + si je m'apprête je vais en faire des crimes parce que je peux vous + vous savez que entre les médecins et moi + c'est la guerre

MED[09min37] : mh mh

PAT[09min38] : et il y en a peu que je + avec qui ça passe

Après avoir dit : *je veux qu'on trouve vraiment une solution à tout quoi*, et face à la manifeste incompréhension de la médecin quant au référent de *on*, la patiente précise : à *plusieurs*. De toute évidence, elle ne s'inclut pas elle-même dans ce *on* (l'un des indices étant qu'elle dit à *plusieurs* et non pas *ensemble*), et elle n'écoute visiblement pas la médecin lorsque celle-ci essaie de lui faire comprendre qu'elle aussi, en tant que patiente, a un rôle à jouer (*il faut que vous trouviez votre solution avec l'aide...*).

Un autre exemple de « résistance » puisé dans le corpus DECLICS2016 est celui d'une patiente, âgée de 71 ans et atteinte de la maladie de Parkinson, vis-à-vis des propositions de sa neurologue. Il s'agit notamment du conseil de consulter un autre kinésithérapeute que celui qui s'occupe de la patiente actuellement, qui serait, selon la neurologue, mieux à même de prendre en charge la rééducation de la marche. L'unique raison pour la patiente de résister à cette proposition semble être d'éviter de rencontrer chez ce kinésithérapeute une connaissance qui pourrait parler de sa maladie à d'autres personnes : *mais j'ai une ancienne collègue qui va chez lui et qui est une commère*. En effet, la patiente ne souhaite pas que sa maladie se sache, ce que la médecin perçoit bien (*cf. c'est pas une honte d'être malade quoi*). La patiente, quant à elle, est (ou devient) consciente de ses résistances, puisqu'elle admet en fin de consultation : *je suis pas une patiente facile*. Dans cet entretien, sur lequel portera notre analyse présentée plus bas, la neurologue parvient visiblement à obtenir l'adhésion thérapeutique de sa patiente, en employant certains moyens verbaux mais aussi paraverbaux, parmi lesquels le recours aux silences. Comme nous le verrons, ces silences semblent pousser la patiente à mieux réaliser l'importance et la pertinence de certains propos et propositions de la neurologue, et à les intégrer dans sa propre représentation des choix à faire et des comportements à adopter.

3. Analyse de l'entretien neurologue-patiente en termes de visées et moyens communicatifs

L'entretien qui nous intéresse ici a été introduit dans la section précédente : une patiente de 71 ans atteinte de maladie de Parkinson consulte sa neurologue.

3.1 Principales visées communicatives de la neurologue

L'analyse effectuée via l'écoute de l'enregistrement (30 minutes environ) et la lecture de sa transcription permet de déceler, dans le discours de la neurologue, deux visées communicatives principales, qui sont à la fois de nature référentielle (informative) et de nature conative (persuasive) : (1) faire comprendre et faire admettre à la patiente l'importance de la rééducation de la marche et, pour cela, la nécessité de changer de kinésithérapeute ; (2) faire comprendre et faire admettre à la patiente l'importance de

la médication prescrite et de l'alimentation préconisée pour renforcer les os. Ce ne sont pas les seuls thèmes abordés dans l'entretien ; en effet, outre les thèmes « rééducation de la marche » et « renforcement des os », on peut distinguer, entre autres, le thème « rééducation du bras » (sachant que la patiente porte une attelle depuis un mois et demi, suite à une cassure ou foulure). Cependant, tous les thèmes ne constituent pas des enjeux particuliers et ne donnent pas lieu à des visées conatives « fortes » de la part de la neurologue. Pour le montrer, nous comparerons les extraits 2, 3 et 4 ci-dessous, lesquels se suivent dans l'entretien. Leur découpage dans la présentation est motivé par les différences de thèmes abordés : l'extrait 2 porte sur le thème de la marche, l'extrait 3 sur le thème du bras, et l'extrait 4 de nouveau sur le thème de la marche. On pourra y observer que le thème du bras ne se voit pas accorder par la neurologue la même importance que le thème de la marche, ce dont témoignent les moyens verbaux de focalisation ou d'insistance observables dans les extraits 2 et 4. Nous commentons ces moyens dans la section suivante.

Extrait 2

PAT [12min57] : des dames plus âgées des dames plus âgées m'aident m'aident + à traverser les rues vous vous rendez compte {ton interrogatif}

MED [13min07] : +++ est-ce que vous aviez commencé la kiné pour la marche

PAT [13min10] : non + monsieur *Nom*

MED [13min13] : oui

PAT [13min13] : ne me ne me fait que des massages du dos + parce qu'il trouve que je suis raide + il ne m'a rien fait faire pour pour pour le Parkinson + rien + absolument rien

MED [13min21] : ++

PAT [13min25] : alors euh + alors d'accord ça m- ça assouplit peut-être le dos mais enfin + c'était pas pour ça que j'allais chez lui

MED [13min30] : +++

PAT [13min35] : {soupir}

MED [13min36] : ++

PAT [13min39] : qu'est-ce qu'il faut faire

MED [13min40] : il faut changer de kiné

PAT [13min41] : {petit rire} XXXXX

MED [13min45] : ah bah + *Nom* il connaît la maladie de Parkinson s'il ne s'y intéresse pas + ça sert à rien on peut dire qu'il y en a qui connaissent pas mais *Nom* il connaît très bien + donc si ça le motive pas + de travailler la marche il faut changer de kiné parce qu'il fera rien de mieux moi je peux toujours lui écrire + euh il est assez grand pour se rendre compte tout seul donc euh

PAT [14min02] : dans un premier temps est-ce est-ce qu'il faut pas que que que je l'aide à comprendre aussi parce que + j'aimerais bien reprendre la voiture quand même parce que je suis + parce que je suis ficelée là

Extrait 3

MED [14min12] : alors + qu'est ce qui est prévu pour la prise en charge de votre bras
PAT [14min14] : ah bah je vais demander une + une pre- une prescription jeudi pour pour la rééducation + des soins de kiné pour mon bras + quand on m- au service d'orthopédie
MED [14min26] : oui
PAT [14min26] : voilà
MED [14min27] : qu'est-ce qu'ils + ils vous ont dit qu'ils vous feraient faire de la kiné + ils vous ont dit quoi
PAT [14min30] : ah bah oui + on + on + on me donnera bien une prescription, je pense
MED [14min36] : ouais {ton interrogatif} vous l'enlevez de temps en temps l'attelle ou pas du tout
PAT [14min39] : ah non non pour le moment non
MED [14min41] : là vous ne l'avez jamais enlevée sauf pour la toilette et pour l'habillage quoi + quand il y a l'inf-
PAT [14min45] : la nuit je la garde la nuit
MED [14min46] : quand il y a l'infirmière qui vous aide
PAT [14min47] : voilà
MED [14min48] : pour l'habillage et après vous # 1 XXX #
PAT [14min49] : XXXXX toute seule parce que + elle était prise mais enfin je + autrement c'est elle qui le fait oui + à vrai dire tout le temps parce que + mon bras n'est pas très très sûr encore + ce n'est pas consolidé complètement
MED [15min01] : la main elle bouge bien {ton interrogatif}
PAT [15min03] : oui ça va + mais j'ai j'ai un œdème au coude mais ça passera peut-être bien + c'est dû à l'attelle je pense
MED [15min08] : mh
PAT [15min10] : ça bloque la circulation du sang + mais c- c'est peut-être pas trop grave ça
MED [15min14] : ++
PAT [15min16] : {soupir}
MED [15min18] : ++

Extrait 4

PAT [15min19] : mais + est-ce que monsieur *Nom* + si on lui demande + est capable de nous faire faire des de d- euh de la rééducation pour Parkinson {ton interrogatif}
MED [15min26] : bah monsieur *Nom* il est capable mais je vous dis a priori il est pas motivé
PAT [15min29] : ah oui ça
MED [15min30] : il est tout à fait capable mais il est pas motivé + la rééducation pour le Parkinson il faut vous apprendre à gérer ce trouble de la marche
PAT [15min35] : ah oui c'est sûr
MED [15min36] : le trouble de la marche on a aucun médicament qui va vous permettre + ç- ça va s'améliorer un petit peu peut-être ça va être mais on a aucun médicament qui va + euh le faire disparaître complètement + vous arrivez à un stade

de maladie qui va être + plus difficile à gérer + hein mais ça vous vous en rendez bien compte que depuis deux-trois ans vous êtes moins bien de toute manière hein donc euh c'est pas moi qui l'invente enfin vous le sentez bien dans ce que + dans dans ce que vous me racontez euh: + la kiné + ce qui est vraiment important c'est de vous apprendre à le gérer pour pas paniquer parce que plus vous paniquez + et plus vous augmentez votre risque de chute + hein + donc c'est pour ça que c'est + vraiment apprendre + à vivre avec
PAT [16min17] : oui

3.2 Comparaison des extraits 2, 3 et 4 en termes de moyens de focalisation

Dans l'extrait 2, et plus précisément dans les interventions en [13min40] et en [13min45], la neurologue recourt au moyen verbal d'étayage (renforcement du propos) et de focalisation (insistance) consistant dans la répétition : elle répète *il faut changer de kiné*. Avec l'emploi de la forme injonctive *il faut*, le statut « focalisé » du propos est évident ; il est donc fondé d'y reconnaître une visée communicative / conative importante. En témoigne également la présence d'autres fragments servant à étayer la préconisation de changer de kiné, où l'on observe également des répétitions (avec reformulation) : d'une part, relativement à l'idée que le kiné n'est pas intéressé / motivé : *s'il ne s'y intéresse pas / si ça le motive pas de travailler la marche* et, d'autre part, relativement à l'idée qu'il n'y a, en conséquence, rien à attendre de ce kiné : *ça sert à rien / il fera rien de mieux*.

Dans l'extrait 3, portant sur le thème du bras, on n'observe pas d'étayage et de focalisation de ce type. Ainsi, à part la visée consistant à recueillir des informations sur le thème du bras (introduit par la patiente elle-même), cet extrait est dépourvu de visée conative « forte », comme celle observée dans l'extrait précédent.

L'extrait 4 constitue un retour au thème de la marche (*la rééducation pour le Parkinson*). On y observe, de nouveau, des répétitions focalisantes dans la parole de la neurologue : d'abord pour étayer encore une fois la nécessité de changer de kinésithérapeute, en [15min26] et en [15min30] : *il est pas motivé* puis, en [15min36], en lien avec l'idée précédente, pour étayer la nécessité de la rééducation de la marche : *il y a aucun médicament*. Un moyen lexical de focalisation : *vraiment important* est également employé dans la partie suivante de l'énonciation portant sur la rééducation de la marche et précisant le but de celle-ci.

Aux moyens verbaux observés dans les extraits 2 et 4, s'ajoute le recours à un moyen paraverbal de focalisation : la pause (« + » ou « ++ »). D. Laroche-Bouvy (1984) distingue les pauses syntaxiques (consistant à regrouper les mots fonctionnant ensemble), les pauses d'hésitation et les pauses pour le passage du tour de parole. Il faut ajouter à cette liste la pause de focalisation (*cf. ex. Ferré, 2004*) ; c'est celle-ci qui nous intéresse ici. Une pause de ce type a pour fonction d'introduire des séparations entre des fragments de discours afin de mieux les mettre en évidence ou focaliser, et donc mieux y attirer l'attention de l'interlocuteur. Dans l'extrait 2, le discours de la neurologue en [13min45] est ponctué par ce type de pauses, lesquels contribuent à la focalisation des fragments portant sur le manque d'intérêt et de motivation du kinésithérapeute actuel pour la rééducation de la marche et sur le fait que cela ne sert à

rien de continuer avec lui et qu'il faut donc en choisir un autre. Dans l'extrait 4, en [15min36], les pauses permettent à la neurologue d'insister d'abord sur l'importance de la rééducation pour agir sur le trouble de la marche, dû à l'absence de médicament et à la progression de la maladie, puis sur le rôle que peut jouer la kinésithérapie.

Du côté de la patiente, on observe, dans l'extrait 4, des indices verbaux de l'adhésion thérapeutique, montrant ainsi que les paroles persuasives de la neurologue remplissent à ce stade leur fonction conative : *ah oui ça / ah oui c'est sûr / oui*.

Selon notre hypothèse, à cette adhésion thérapeutique de la patiente contribuent significativement les silences introduits par la neurologue à certains moments de l'entretien. Nous en proposons une analyse dans la section suivante, d'abord pour les fragments relatifs au thème « rééducation de la marche » cités ci-dessous, puis pour un fragment relatif au thème « renforcement des os ».

4. Place, rôle et effets des silences

Selon la définition de D. Laroche-Bouvy (1984), une pause est une interruption inférieure à 2 secondes, alors qu'un silence est une interruption supérieure à 2 secondes. Au vu de nos données, outre le critère de la durée, il nous semble pertinent d'inclure le critère de la place de l'apparition de l'interruption. Ainsi, dans les fragments analysés ici, une interruption de 2 secondes (symbolisée par « ++ ») est considérée comme une pause si elle apparaît là où l'on peut détecter chez la locutrice (médecin ou patiente) l'intention de continuer son énonciation, et elle est considérée comme un silence là où l'on détecte chez la locutrice l'intention de passer la parole à son interlocuteur⁵. Donc, une pause est introduite par le locuteur dans son énonciation, alors qu'un silence est introduit par l'interlocuteur dans l'échange ; il correspond à une non-réaction ou à une non-réaction immédiate de l'interlocuteur.

Concernant la nature qualitative du silence, selon D. Laroche-Bouvy :

Le silence n'est pas un phénomène fréquent dans la conversation ni dans l'interview. Il est considéré par les participants comme un défaut, une faillite momentanée de l'interaction. Quelqu'un dit, gêné : « Un ange passe... » (Laroche-Bouvy 1984 : 34)

Dans l'entretien médical analysé ici, la neurologue recourt aux silences d'une manière assez systématique. Nous sommes donc en présence d'un comportement communicatif plutôt exceptionnel, au vu également de cette observation de D. Laroche-Bouvy :

Lorsque le locuteur abandonne le tour de parole, il est rare que le silence excède une ou deux secondes, il ne s'agit donc que d'une pause. (Laroche-Bouvy 1984 : 34)

En effet, la patiente semble ressentir parfois une gêne vis-à-vis des silences de la neurologue, ce dont témoignent les soupirs qu'elle pousse en [13min35] et en [15min16]. Nous reprenons les fragments concernés ci-dessous ; cf. les parties en gras.

⁵ Les interruptions de plus de 2 secondes (symbolisées par « +++ ») correspondent toujours à des silences selon ce critère.

Extrait 5

PAT [13min25] : alors euh + alors d'accord ça m- ça assouplit peut-être le dos mais enfin + c'était pas pour ça que j'allais chez lui

MED [13min30] : +++

PAT [13min35] : {sourir}

MED [13min36] : ++

PAT [13min39] : qu'est-ce qu'il faut faire

MED [13min39] : il faut changer de kiné

PAT [13min41] : {petit rire} XXXXX

[...]

MED [15min01] : la main elle bouge bien {ton interrogatif}

PAT [15min03] : oui ça va + mais j'ai j'ai un œdème au coude mais ça passera peut-être bien + c'est dû à l'attelle je pense

MED [15min08] : mh

PAT [15min10] : ça bloque la circulation du sang + mais c- c'est peut-être pas trop grave ça

MED [15min14] : ++

PAT [15min16] : {sourir}

MED [15min18] : ++

PAT [15min19] : mais + est-ce que monsieur *Nom* + si on lui demande + est capable de nous faire faire des de d- euh de la rééducation pour Parkinson {ton interrogatif}

MED [15min26] : bah monsieur *Nom* il est capable mais je vous dis a priori il est pas motivé

PAT [15min29] : ah oui ça

Dans le contexte de la relation de soin, on trouve des analyses qui proposent une vision positive du silence, celui-ci n'étant plus considéré comme un défaut ou une faillite de l'interaction. Ainsi, selon C. Salvador :

l'écoute passe par le silence qui permet la disponibilité de l'esprit et engendre la qualité de la présence. Le silence ce n'est ni le vide, ni le néant, mais une forme d'engagement et d'échange. (Salvador 2013 : 92)

Ainsi, plutôt qu'un refus de réagir, les silences observés dans l'entretien analysé peuvent être considérés comme « une forme d'engagement » de la neurologue, engagement qui ne se limite pas cependant à la présence et à l'écoute mais qui constitue un véritable acte de communication, étant, comme tout autre acte de communication, doté d'une visée particulière (et donc d'une fonction conative).

Selon R. Narfin (2012 : 49), le silence est un « intervalle de réflexion entre l'émetteur et le receveur ». L'auteur ajoute :

Le silence est le prolongement de la parole, voire du langage avant le langage. Il nous relie au présent et nous unit aux autres. (Narfin 2012 : 49)

Le silence est donc envisagé comme « du langage » et comme un phénomène relationnel, et non pas comme une interruption de la communication. Quant à l'idée selon laquelle c'est un « intervalle de réflexion », elle est appuyée par A. Planchin

dans son rapport intitulé « La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs ». L'auteure a effectué une enquête auprès de cinq psychologues qui lui a permis d'observer, entre autres, que « pour la majorité, le silence sert au patient mais également au thérapeute pour rassembler ses idées » (*ibid.* : 15). Il nous semble que, dans l'entretien analysé ici, c'est la réflexion de la patiente qui est surtout en jeu ; en effet, la neurologue incite visiblement sa patiente à prendre conscience des priorités dans la gestion de sa maladie.

L'analyse que nous avons présentée plus haut, portant sur les visées communicatives de la neurologue et sur les moyens de focalisation utilisés pour étayer certains propos, nous permet d'émettre une hypothèse quant au rôle communicatif des silences. Il semble qu'il s'agit de refocaliser l'attention de la patiente sur le thème que la neurologue considère comme important, en l'occurrence sur celui de la rééducation de la marche. Et on peut observer que la neurologue obtient cet effet : les silences incitent la patiente à reprendre la parole en marquant cependant une rupture par rapport à son discours précédent. Ainsi, on peut observer dans l'extrait 5 plus haut que, après avoir raconté les soins prodigués par son kinésithérapeute (massages du dos), le silence de la neurologue semble pousser la patiente à réaliser la nature inadaptée ou insuffisante de ces soins ainsi que la nécessité du changement, puisque la patiente finit par demander : *qu'est-ce qu'il faut faire ?* (*cf.* [13min39]). La neurologue, comme si elle n'attendait que cela, réagit cette fois-ci immédiatement, en répondant : *il faut changer de kiné*. Cette réponse rapide et directe déstabilise quelque peu la patiente, ce dont témoigne son petit rire. Un peu plus tard (*cf.* le deuxième fragment en gras dans l'extrait 5), la neurologue introduit un silence après que la patiente a raconté ses problèmes au bras liés à l'attelle. Ce silence provoque ce que la médecin semble attendre : la refocalisation de l'attention de la patiente sur le thème de la rééducation de la marche. En effet, la patiente revient à ce thème en émettant la proposition de faire évoluer les soins de son kinésithérapeute (*est-ce que monsieur *Nom* + si on lui demande + est capable de nous faire de la rééducation pour Parkinson*), ce qui ne correspond pas encore à l'effet visé par la neurologue, ce dont témoigne le fait qu'elle répète sa critique du kinésithérapeute (*bah monsieur *Nom* il est capable mais je vous dis a priori il est pas motivé*), ce à quoi la patiente répond par un acquiescement (*ah oui c'est ça*). Ainsi, petit à petit, en usant de différents moyens verbaux et paraverbaux, dont les silences, la neurologue oriente la patiente vers le choix de changer de kinésithérapeute, comme en témoigne le propos de la patiente en [26min31] ci-dessous.

Extrait 6

MED [26min19] : et c'est vrai qu'il travaille bien + après euh + faut + y aller et puis discuter avec lui + moi je peux concevoir que vous ayez pas envie de: de vous retrouver avec cette ancienne collègue ou avec + cette voisine ou une autre

PAT [26min31] : est-ce que vous pouvez demander d'abord à la clinique *Nom* et puis si ça marche pas j'irai voir *Nom* de toute façon

MED [26min35] : ++

PAT [26min37] : XXX

MED [26min39] : parce que le risque c'est quand même les chutes [...]

En effet, la patiente formule l'éventualité d'aller voir le kinésithérapeute conseillé par la neurologue, même si cette option est encore conditionnée par une autre (si cela ne marche pas à la clinique *Nom*). Comme pour insister de nouveau sur la nécessité de prendre au sérieux la rééducation de la marche et donc de consulter le kinésithérapeute préconisé, la neurologue précède son argument (*parce que le risque c'est quand même les chutes*) par un nouveau silence (*cf.* [26min35]), sans s'intéresser visiblement à la parole inaudible (peut-être pour elle aussi) de la patiente qui suit en [26min37].

Comme nous l'avons précisé plus haut, le deuxième thème pour lequel on peut détecter une visée communicative « forte » de la part de la neurologue est celui du « renforcement des os » (*cf.* l'extrait 7 ci-dessous). Il s'avère que la patiente ne respecte pas la posologie d'un médicament important et, questionnée par la neurologue, elle en explique les raisons. Parmi toutes les « petites contraintes » qu'elle évoque, la raison principale de la prise irrégulière du médicament semble être la crainte que celui-ci lui abîme les dents (*cf.* [27min19]) ; en effet, c'est sur cette raison que la neurologue revient dans son argumentation plus loin (*cf.* [28min23]).

Extrait 7

MED [26min59] : vous avez toujours le traitement de::

PAT [27min01] : oui + de madame

MED [27min03] : de madame *Nom* là

PAT [27min03] : je je je je le prends pas très très bien d'ailleurs son traitement

MED [27min07] : vous le supportez pas bien ou vous

PAT [27min08] : non je je le prends pas très bien + parce que + il y a toujours un problème + alors je décale toujours d'un jour ou deux + je le prends pas très très bien

MED [27min17] : c'est quoi le traitement

PAT [27min19] : c'est c'est des euh XXX je sais pas c'est quelque chose qui qui qui peut détruire les dents XXX

MED [27min27] : et donc vous l- + vous le prenez pas + c'est /de, du/ biphosphonate là + vous le prenez pas de façon régulière {ton interrogatif}

PAT [27min32] : mal + je le prends mal

MED [27min33] : c'est-à-dire mal {ton interrogatif}

PAT [27min34] : bah c'est-à-dire XX + normalement c'est tou- toujours les mêmes jours euh

MED [27min39] : ouais

PAT [27min40] : euh je saute les jou- + je saute les jou- je prends + le lendemain ou deux jours après + je prends pas + normal

MED [27min47] : normalement qu'est-ce qu'elle vous a dit c'est une fois par euh euh

PAT [27min50] : par semaine

MED [27min50] : une fois par semaine hein c'est ça {ton interrogatif}

PAT [27min52] : toujours le même jour + et je décale toujours je c'est toujours + j'aurais dû le prendre aujourd'hui mais comme j'étais ici je ne l'ai pas pris

MED [27min59] : mais parce que vous les tolérez pas {ton interrogatif} ça vous donne des effets désagréables {ton interrogatif}

PAT [28min03] : non parce qu'il faut + il faut pas être couché il faut il faut pas boire il faut pas + hein + il + il y a des petites contraintes si vous voulez qui sont

MED [28min12] : ++ c'est une priorité mademoiselle *Nom* ça:

PAT [28min15] : oui oui oui je sais bien + mais je suis pas raisonnable je sais bien

MED [28min18] : +++

PAT [28min22] : mais je

MED [28min23]: c'est une priorité les chutes on arrivera pas à + à assurer qu'il y ait zéro chute donc il faut au moins avoir des os le plus solides possible ++ c'est vraiment important ça les dents euh à partir du moment où il y a un contrôle dentaire + vous avez un contrôle dentaire régulier: ça détruit pas les dents de tout le monde ça + ça pose un problème chez les gens qui ont des problèmes de + qui ont des vieux chicots: ou des affections: ou des choses comme ça

Un premier court silence (2 secondes) est introduit par la neurologue en [28min12], juste avant son énoncé ayant de toute évidence pour objectif d'obtenir un effet sur la patiente. Il s'agit de lui faire prendre conscience de l'importance du médicament en question, cela pour avoir des os le plus solides possible, comme précisé en [28min23]. Cet effet semble être obtenu au vu de la réponse de la patiente en [28min15] : *oui oui oui je sais bien + mais je suis pas raisonnable je sais bien*. La neurologue introduit un nouveau silence, plus long, après avoir obtenu cette conclusion de la part de la patiente, probablement dans le but de la consolider. La patiente reprend alors la parole (cf. [28min22]), en répétant *mais je*, sans savoir visiblement que dire de plus. La neurologue, en [28min23], répète *c'est une priorité*, puis continue en étayant cette affirmation par différents arguments. On remarque une pause plus marquée (2 secondes) avant la phrase *c'est vraiment important ça*, contribuant à l'insistance ou focalisation opérée par des moyens lexicaux (adverbe intensifiant *vraiment* et l'adjectif *important*).

4. Conclusion

Le silence peut avoir des valeurs très différentes dans la communication, selon la situation, le type de discours, les statuts des interlocuteurs. Un locuteur, au lieu de prendre la parole au moment où un autre locuteur se tait pour la lui céder, peut choisir de rester silencieux, sans pour autant quitter la communication. Cela peut être fait simplement pour assembler les idées avant de prendre la parole, mais cela peut correspondre également à un véritable acte communicatif, doté d'une valeur conative particulière. Dans l'entretien médical que nous avons analysé, on observe que les silences de la neurologue apparaissent à des endroits « stratégiques » de l'entretien, permettant d'avancer l'hypothèse d'une fonction focalisatrice ; il s'agit de focaliser ou refocaliser l'attention de la patiente sur un aspect important de la gestion de la maladie, avec la visée conative consistant à faire comprendre et à faire admettre quelque chose à la patiente. Au vu des réactions de la patiente, qui laissent percevoir une évolution dans son état d'esprit, on peut avancer l'idée que, combinés à d'autres moyens (verbaux, paraverbaux, non verbaux), les silences constituent un « outil conatif » intéressant dans l'entreprise d'obtenir l'adhésion thérapeutique du patient.

Références

- Compagnon Laurence / Bail Philippe / Huez Jean-François / Stalnikiewicz Bertrand / Ghasarossian Christian / Zerbib Yves / Piriou Claude / Ferrat Émilie / Chartier Samuel / Le Breton Julien Renard Vincent / Attali Claude (2013) : « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale ». *Exercer, la revue française de médecine générale*, Vol. 24, n° 108 : 148-155.
- Ferré Gaëlle (2004) : « Les pauses intra-constituants en anglais spontané ». *Actes des XXVe Journées d'étude sur la parole*. Fès : AFCP, 217-220.
- Fournier Cécile / Kerzanet Sandra (2007) : « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature ». *Santé Publique*. Vol. 19, n° 5 : 413-425. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5.htm>.
- Jakobson Roman (1963) : *Essais de linguistique générale*. Paris : Éditions de Minuit.
- Junod Noëlle / Sommer Johanna (2013) : « Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation ». Hôpitaux universitaires de Genève. *Stratégies* n° 31. http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/approches_bon_deroulement_consultation.pdf.
- Laroche-Bouvy Danièle (1984) : « Les pauses et les silences dans l'interaction verbale ». *Langage et société*, n° 29 : 27-37, <https://doi.org/10.3406/lsoc.1984.1999>.
- Matillon Yves (2003) : *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000682/index.shtml>.
- Narfin Roland (2012) : « Les vertus des silences dans la relation de soins ». *La revue de l'infirmière*. Vol. 61, n° 177 : 49-50.
- Planchin Alexandra (2017) : *La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs*. Mémoire de DU Accompagnement et fin de vie, Université Paris 6. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01616139/>.
- Salvador Christine (2013) : *Accompagner la vie de ceux qui vont la quitter*. Paris : J. Lyon.
- Schneider Marie Paule / Herzig Lilli / Hugentobler Hampai Denise / Bugnon Olivier (2013) : « Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire ». *Revue Médicale Suisse*, Vol. 9, 1032-1036. <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-386/Adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>.