



HAL
open science

Au commencement était le verbe... Explorations linguistiques de la périnatalité

Charlotte Danino

► **To cite this version:**

Charlotte Danino. Au commencement était le verbe... Explorations linguistiques de la périnatalité. La Revue Sage-Femme, 2020, 19, pp.48 - 52. 10.1016/j.sagf.2020.01.024 . hal-03489661

HAL Id: hal-03489661

<https://hal.science/hal-03489661>

Submitted on 22 Aug 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Au commencement était le verbe... Explorations linguistiques de la périnatalité

Charlotte Danino

Maîtresse de conférences
en linguistique anglaise

PRISMES EA 4398 (SeSyLIA),
Université Sorbonne-Nouvelle
Paris 3,
4 rue des Irlandais,
75005 Paris, France

Plusieurs pistes de collaboration entre les sciences du langage et la maïeutique peuvent être suggérées. L'analyse qualitative permet de compléter les enquêtes quantitatives, majoritaires dans le domaine médical, en incluant leurs "angles morts". De telles collaborations sont précieuses dans le contexte de libération de la parole des femmes, de débat sur les violences gynécologiques et obstétricales, de personnalisation des soins, de dématérialisation de la médecine et de développement des humanités médicales dans les pratiques et les formations des soignants.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - accouchement ; analyse conversationnelle ; analyse de discours ; humanité médicale ; linguistique

In the beginning was the word... Linguistic explorations of perinatal care. Several avenues of collaboration between language sciences and the midwifery can be suggested. Qualitative analysis complements quantitative surveys, mostly used in the medical field, by including their "blind spots". Such collaborations are valuable as we debate emancipation of women's voices, gynecological and obstetrical violence and personalization of care, and as we develop the computerisation of medical humanities in the practices and training of carers.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - childbirth; conversational analysis; discourse analysis; linguistics; medical humanity

48

Nous parlons en salles de travail et de naissance et les femmes écoutent. Dans une étude sur le temps médical et le temps vécu de l'accouchement, JaneMaree Maher montre à quel point la perception qu'ont les femmes de leur accouchement (phase, rythme, progression) ne dépend pas seulement de critères mesurables objectifs (une horloge), ni même subjectifs (leurs sensations physiques), mais aussi, et surtout, de ce qui (leur) en est dit [1].

Dans certains cas, poursuit JM Maher, à partir des nombreux entretiens qu'elle a réalisés, ces perceptions de la temporalité sont directement "dictées" – le terme n'est pas anodin – par les

sages-femmes ou d'autres soignants, et ont un impact sur le déroulement effectif de l'accouchement, comme dans les exemples suivants¹ :

• « *And plus the anesthetist is standing there saying, "I think you should just let this woman have her baby", I think he said something like, "it could be in fifteen minutes [and] this is going to be over"... And I thought, "fifteen minutes... I like your timeframe".* » [1] [Traduction : « *En plus, l'anesthésiste est juste là et dit "Je crois que tu devrais juste laisser cette femme accoucher", je crois qu'il a dit quelque chose comme "ça risque de prendre quinze minutes et ce sera fini". Et je me suis dit "quinze minutes, j'aime bien ce délai".* »]

Cette femme a pu trouver les ressources physique et psychologique pour aller au bout de son accouchement sans intervention médicale sur la simple indication orale – qui ne lui était même pas destinée – que quinze minutes devraient suffire, elle qui s'imaginait endurer les douleurs bien plus longtemps.

• « *I made it through three incredibly uncomfortable pushes before the doctor decided that it was time to take the baby out. His heartbeat was dropping very low with each contraction, and it was going to take about three hours of pushing. I remember hearing "three hours" and thinking, "No way is that going to happen". [...]* The doctor suggested an

Adresse e-mail :

charlotte.danino@sorbonne-nouvelle.fr (C. Danino).



© Berger/Phanie

Ce qui est dit à la femme ou auprès d'elle avant, pendant et après l'accouchement peut avoir des conséquences directes – et immédiates – sur la dimension médicale de celui-ci, donc sur l'organisation des soins.

emergency c-section. This sounded to me like the greatest idea I had ever heard. » [Traduction : « [...] cela allait prendre trois heures de poussée. Je me souviens avoir entendu "trois heures" et de m'être dit "ça ne va pas être possible, aucune chance !" [...] Le médecin suggéra une césarienne en urgence. C'était la meilleure idée qu'on m'ait jamais proposée. »]

La plupart des parturientes tendent donc l'oreille, en attente des informations du corps médical. Ce qui est dit à la femme ou auprès d'elle avant, pendant et après l'accouchement peut donc avoir des conséquences directes – et immédiates – sur la dimension médicale de celui-ci, donc sur l'organisation des soins et sur l'expérience qu'elle en fait.

Tout événement se construit dans le langage, doit se raconter pour trouver son sens [2-5] ; c'est même le fondement de la psychothérapie et une part essentielle de la relation de soins [6].

L'accouchement, événement s'il en est, événement double qui plus est (expulsion du bébé et naissance de l'enfant), n'échappe pas à la règle. Cette femme peut ainsi écrire dans une communauté digitale : « Je souhaite partager mon accouchement car six mois après, psychologiquement, je ne m'en suis pas vraiment remise, ni physiquement non plus d'ailleurs. »

Dans cet article, je souhaite réfléchir aux liens entre langage, accouchement et soins, et suggérer des voies de collaboration possibles, sinon utiles, entre les disciplines des sciences du langage (SDL) et celle de la maïeutique. Je commencerai par présenter brièvement la linguistique, et les sciences du langage plus généralement, avant de proposer deux points de collaboration possibles : l'analyse qualitative des récits d'accouchements spontanés et l'analyse conversationnelle des interactions verbales en périnatalité. Mon objectif est

donc d'ouvrir les voies de communication entre sages-femmes (et plus largement professionnels de la périnatalité) et linguistes.

Mais que font les linguistes ?

◆ **Les linguistes s'intéressent aux langues et au langage :** certains vont décrire une langue et en proposer la grammaire, quand d'autres essaient de comprendre comment s'organise un récit ou de quelle manière fonctionne exactement une conversation. Nous pouvons nous intéresser :

- aux mots (comment en crée-t-on de nouveau ?) ;
- aux phrases (comment sont-elles structurées ?) ;
- aux textes (comment compren-on le lien entre deux paragraphes ?). Nous pouvons aussi nous intéresser aux personnes :
- comment les enfants acquièrent-ils le langage ?
- comment parlent les personnes autistes, les sujets âgés ?

Notes

¹ Sauf mention contraire, tous les extraits viennent d'un corpus de récits d'accouchements publiés sur Internet, collectés par mes soins. Les traductions de l'anglais sont les miennes. Pour des raisons éthiques liées aux particularités des terrains de recherche numériques, les sites sources ne seront pas mentionnés. Tous les récits digitaux collectés constituent cependant de droit des données publiques et libres de droit. Entamée avant l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données, cette recherche en respecte néanmoins les principes.

² Les références générales en sciences du langage ont été choisies dans la mesure du possible en français, dans des éditions accessibles et relativement consensuelles, afin de proposer des entrées dans ce champ d'étude.

³ Voir le programme de recherche en humanités médicales de l'université Sorbonne-Paris-Cité sur "La personne en médecine" (<http://lapersonneenmedecine.uspc.fr>).

◆ **La richesse de la linguistique tient justement au fait qu'à partir d'elle, ou avec elle, se construisent de nombreuses SDL**, c'est-à-dire des approches du langage et/ou de son utilisation. Avec les sciences sociales, la sociolinguistique permet d'explorer les rapports de force ou de pouvoir qui se jouent dans toute communication, ou les phénomènes d'alternance de code chez les bilingues (passer d'une langue à l'autre), ou encore les raisons d'utiliser tel ou tel registre de langue, de s'exprimer en dialecte ou en langue standard² [7].

◆ **Avec la psychologie, la psycholinguistique [8], ou psychologie du langage, pose la question des mécanismes cognitifs qui sous-tendent l'activité de langage** (production ou compréhension, écrite ou orale). La linguistique cognitive contribue au projet de comprendre le cerveau et la cognition humaine, en explorant les langues et l'activité de langage, afin d'y déceler les marques des activités conceptuelles humaines : c'est en étudiant la manière dont nous parlons que les linguistes ont mis le doigt sur la métaphore [9], puissant levier de notre cognition [10].

◆ **Il est utile de bien distinguer le langage (faculté humaine partagée) de la langue**, propre à chaque communauté. De même, la linguistique distingue encore la langue (construction un peu idéale de ce qu'est censé être le français, l'anglais, le wolof ou le japonais) du discours, soit l'utilisation effective d'une langue dans une situation donnée, par un locuteur dans une certaine position socioculturelle face à un ou à plusieurs interlocuteurs avec leurs caractéristiques socioculturelles, avec une intention de communication particulière.

◆ **L'analyse de discours** s'est spécialisée dans l'étude des discours en tant que production langagière située, comme lieu d'articulation entre le langage et le socioculturel [11,12]. Dans une acception large des SDL, n'oublions pas la traduction et l'interprétariat : certaines femmes "vulnérables" ont besoin d'un interprète en salle de naissance ou durant leur suivi.

◆ **La linguistique se tient donc entre les sciences humaines et les sciences sociales, tout près de la psychologie, pas si loin des sciences médicales** (nous assistons à l'émergence d'une linguistique clinique). Elle peut se loger à l'interface de toute activité humaine pour peu qu'elle requière du langage – et là où se trouve du langage, le linguiste peut avoir quelque chose à dire –, au point même de s'immiscer en salle de naissance. Certes, les linguistes cherchent à apprendre quelque chose de la langue, du langage ou de l'usage que nous en faisons, mais cela n'empêche pas de contribuer à l'étude d'un autre champ simultanément. Que peuvent bien apporter les sciences du langage aux sages-femmes, confirmées ou apprenties ?

Des méthodologies qualitatives en complément

◆ **Prenons d'abord un cas où la linguistique peut venir en renfort de la recherche médicale** (avec d'autres disciplines d'ailleurs). La plupart des études sur l'expérience de l'accouchement reposent largement sur une approche quantitative : des questionnaires comme celui des enquêtes périnatales sont administrés au plus grand nombre possible. Les items sont alors forcément standardisés et c'est

là l'intérêt de ces études. Mais ce que les résultats montrent, c'est comment la répondante se positionne par rapport aux propositions que constituent les questions de l'enquête, questions établies par les acteurs de l'accouchement hospitalier – sauf les usagères – et considérées comme *a priori* pertinentes ou utiles. Il ne s'agit pas de remettre en cause l'utilité ou le bien-fondé de cette démarche, mais bien de rappeler ses limites inhérentes et son angle mort : on n'obtient les réponses que des questions que l'on pose, et de la manière dont on les a posées ("*question design*"). Comment accéder aux questions que l'on ne se pose pas... encore ?

◆ **Les SDL peuvent prendre en charge les analyses qualitatives fines des récits d'accouchement**, digitaux ou oraux. En laissant parler les femmes sans contraintes de leur expérience, il est possible de faire émerger des thèmes clés qui ne ressortent pas des questionnaires ou des analyses quantitatives. La problématique de l'intimité émerge ainsi des entretiens conduits par les sociologues et des récits collectés en SDL. Ces analyses qualitatives peuvent aussi nuancer les réponses aux questions par ailleurs posées : « Êtes-vous satisfaite des soins ? » Aucun questionnaire n'autorise une réponse aussi fine et nuancée qu'un récit libre ou peu contraint dans lequel les femmes peuvent simultanément exprimer leur reconnaissance envers une sage-femme qui les a aidées, l'infantilisation humiliante d'un autre soignant qui est arrivé dans la salle de naissance sans leur adresser la parole, ou leur insatisfaction, car leur projet n'a pas été respecté – même si elles disent par ailleurs comprendre l'urgence médicale qui y a forcé. D'autres femmes font un récit assez négatif de leur

accouchement, mais expriment néanmoins leur satisfaction : elles sont en bonne santé et leur bébé aussi. Celles-là répondront certainement « oui » tout en constituant celles qui chercheront des alternatives lors d'une éventuelle grossesse ultérieure.

♦ **Est-il forcément besoin de nuances ?** Si les enquêtes épidémiologiques ne posent pas la question, avons-nous besoin de la réponse ? Indépendamment de toute éthique de la recherche, il nous semble que les débats contemporains autour des violences obstétricales et d'un féminisme plus proche du corps des femmes obligent à remettre la parole des femmes au cœur de la relation de soins. De même, l'émergence, dans les disciplines médicales, de la question de la personnalisation des soins ("personalized care"), remet le sujet (parlant) au centre de la médecine³. Humanités médicales et individualisation des soins justifient de s'intéresser au fondement de la relation de soins : la communication. Les analyses qualitatives des récits d'accouchement présentent en outre l'intérêt de sortir l'enquête de l'institution. Dans bien des cas, les femmes parlent entre elles et non à un soignant ou à un chercheur. La linguistique peut appréhender des données auxquelles la maïeutique n'accéderait peut-être pas autrement. Et là, le linguiste travaille de concert avec les soignants et les usagers. Ainsi, Charlotte Danino et al. montrent que la gestion d'un tabou – la défécation pendant l'accouchement – met en jeu la question de l'intimité autant pour les usagères que pour les soignants [13]. Il apparaît, dans leurs interactions (forums, sites, réseaux sociaux), que les femmes ont intégré le discours médical, sans pour autant que cette



En laissant parler les femmes de leur expérience, sans contraintes, il est possible de faire émerger des thèmes clés qui ne ressortent pas des questionnaires ou des analyses quantitatives.

information suffise à dissiper la peur ou la honte. Une certaine ambivalence du discours médical à ce propos peut en être la cause. Dans les trois extraits suivants, authentiques, des sages-femmes ou des relais du discours médical tentent de normaliser et de dédramatiser la présence de selles :

- « Avoir un côlon parfait pour l'accouchement est presque utopique ;
 - Si en plus du bébé, des selles sont évacuées, des mesures d'hygiène sont prises. Un nettoyage minutieux de toute la zone du périnée est effectué pour éviter qu'il ne soit souillé par la matière fécale ;
 - Et puis, il y a des choses beaucoup plus importantes qui vont arriver pendant l'accouchement, et faire caca n'est pas un drame. Tout le monde a déjà vu ça. Vous ne l'avez peut-être jamais fait aussi ouvertement devant votre partenaire, mais les sages-femmes nettoient assez discrètement. »
- Les trois mots "parfait", "souillé" et "discrètement" neutralisent les efforts de banalisation : "le côlon n'est pas parfait", "je souille mon accouchement", "on cache ce qui n'a pas de raison de l'être".

♦ **Ces remarques vont dans le même sens que celles de John Pendleton**, sage-femme et formateur (communication

personnelle) à l'université de Northampton (Royaume-Uni), qui fait remarquer que certains termes médicaux prononcés parfois devant les femmes (ou inscrits dans le dossier qu'elles liront) sont entendus tout autrement par elles : « *Failure to progress, incompetent cervix, inadequate milk supply* » [Traduction : « Absence d'évolution, col de l'utérus inapte, pas assez de lait »]. Les termes *failure* (échec), *incompetent* et *inadequate* ont tous une connotation négative : lus par la femme qui ne maîtrise pas le discours médical, ils évoquent l'échec, l'incompétence ou le manque. Car plus encore que sur le langage de l'accouchement et de son expérience, la linguistique peut proposer une expertise sur la communication en périnatalité.

Que se passe-t-il lors de la communication ?

♦ **L'analyse conversationnelle envisage la communication en tant qu'interaction** : la conversation se coconstruit et celui qui écoute a un rôle tout aussi important que celui qui parle [14,15]. Cette méthode d'analyse des interactions verbales part du principe qu'elles sont régies par des micro-règles sociales.

Références

- [1] Maher JM. Progressing through labour and delivery: Birth time and women's experiences. *Women's Studies International Forum*. 2008;31(2):129-37.
- [2] Quéré L. Sociologie et sémantique : le langage dans l'organisation de l'expérience. *Sociétés contemporaines*. 1994;18-19:17-41.
- [3] Romano C. L'événement et le monde. Paris: Presses universitaires de France; 1998.
- [4] Arquembourg J. L'événement et les médias. Les récits médiatiques des tsunamis et les débats publics (1755-2004). Paris: Éditions des Archives contemporaines; 2011.
- [5] Danino C. Les mécanismes de construction du sens dans le discours sur l'événement en cours : étude de sémantique sociocognitive sur le direct de CNN le 11 septembre 2001 [Thèse de doctorat en linguistique anglaise]. Poitiers: Université de Poitiers; 2014.
- [6] Marmilloud L. Donner vie à la relation de soin. *Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité*. Toulouse: Érès; 2019.
- [7] Calvet LJ. La sociolinguistique. coll. *Que sais-je ?* Paris: Presses universitaires de France; 2017.
- [8] Caron J. Précis de psycholinguistique. Paris: Presses universitaires de France; 2016.
- [9] Lakoff G, Johnson M. *Les métaphores dans la vie quotidienne*. Paris: Les Éditions de Minuit; 1986.

Références

- [10] Fauconnier G, Turner M. *The way we think. Conceptual blending and the mind's hidden complexities*. New York (États-Unis): Basic Books; 2002.
- [11] Maingueneau D. *Discours et analyse du discours*. Paris: Armand Colin; 2017.
- [12] Mazière F. *L'analyse du discours. Histoire et pratiques*. coll. Que sais-je ? Paris: Presses universitaires de France; 2018.
- [13] Danino C, Bibié L, Pang S. *Taboo, euphemism and birth stories: A sociolinguistic and discursive approach*. Born Yesterday: Interdisciplinary conference on childbirth, childhood and midwifery. 5-6 septembre 2019.
- [14] Sacks H, Schegloff EA, Jefferson G. *A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation*. *Language*. 1974; 50(4):696-735.
- [15] Kerbrat-Orecchioni C. *Les interactions verbales. tome I*. Paris: Armand Colin; 1990.
- [16] Kitzinger C, Kitzinger S. *Birth trauma: Talking with women and the value of conversation analysis*. *Br J Midwifery*. 2007;15(5):256-64.
- [17] Lomax H. *Visual identities: Choreographies of gaze, body movement and speech in video-based mother-midwife interaction*. In: Reavey P. *Visual methods in psychology: Using and interpreting images in qualitative research*. Abingdon (Royaume-Uni): Routledge; 2011.
- [18] McKenzie PJ. *Informing relationships: Small talk, informing and relationship building in midwife-woman interaction*. *Information Research*. 2010;15(1):paper 423.
- [19] Kitzinger C. *Working with childbirth helplines: The contributions and limitations of conversation analysis*. In: Antaki C. *Applied conversation analysis*. Londres (Royaume-Uni): Palgrave MacMillan; 2011. p. 98-118.
- [20] Shaw SE, Cameron D, Wherton J et al. *Technology-enhanced consultations in diabetes, cancer, and heart failure: Protocol for the qualitative analysis of remote consultations (QuARC) Project*. *JMIR Res Protoc*. 2018;7(7):e10913.
- [21] Ghiliss Y, Paveau MA, Ruchon C. *Dynamiques discursives de la vulnérabilité. Signes, discours et sociétés*. 2019;22.

Comment résolvons-nous un chevauchement (quand deux personnes parlent en même temps) ? Comment “prenons-nous des gants” pour refuser une invitation ? Comprendre ces règles et les scripts qui en résultent permet de mettre au jour les relations (a)symétriques de pouvoir ou de savoir qui se jouent dans toute communication.

Une importante littérature s'intéresse à la communication patient-médecin, une petite partie traite spécifiquement des relations sage-femme-patiente [16-19] et quasiment aucune, à ma connaissance, ne concerne les interactions patiente-sage-femme-médecin.

◆ **Une compréhension fine des enjeux**, parfois différents pour chaque interactant à l'instar de l'échographie, expérience dramatiquement différente pour les parents et l'échographe, permet d'éviter les échecs communicationnels et de rendre plus efficace les participants. Prenons l'exemple des appels téléphoniques à la maternité pour savoir si oui ou non les patientes doivent venir : la sage-femme doit naviguer entre le discours de la femme, sa volonté propre, un ressenti émotionnel et la communication de symptômes physiques potentiellement utiles pour dresser un tableau clinique, le tout en assurant une communication fluide et rapide (et de préférence rassurante).

Une étude approfondie de ces appels – à ma connaissance jamais menée en France – pourrait informer les pratiques des sages-femmes et celles des patientes dans le cadre des cours anténataux. Nous pourrions envisager de se concentrer sur les appels pendant lesquels les partenaires en dialogue rentrent dans une logique de confrontation pour comprendre à quel

moment et pourquoi le désaccord a paru.

Autre piste : analyser la verbalisation des symptômes et les confronter au diagnostic fait en cas de consultation effective – dans le respect du secret médical bien évidemment. Enfin, il serait également intéressant de se pencher sur les cas où un tiers (le père par exemple) parle avec la sage-femme répondante, ou dans la même logique lorsque la maîtrise d'une langue commune pose problème dans la conversation.

La communication médiée est un autre grand domaine des SDL contemporaines : le téléphone semble bien installé dans les outils de travail de la sage-femme (notamment dans le cadre des visites à domicile). Mais le développement de la télémédecine dans le contexte d'une désertification médicale du territoire incite à se pencher sur ces questions pour anticiper sur la probable nécessité de dématérialiser une partie au moins des suivis de grossesse et du post-partum [20].

◆ **Ce qui se joue de relation de pouvoir**, nécessaire par ailleurs, mérite de faire l'objet d'une attention particulière au moment où la vulnérabilité de certaines patientes est prise en compte. L'analyse de discours dispose également d'une catégorie de “locuteurs vulnérables” [21], car nous ne sommes pas toutes égales face au langage et à son utilisation. Faire en sorte que l'asymétrie inhérente à la relation de soins ne soit plus un problème est l'une des perspectives les plus stimulantes pour une collaboration entre sages-femmes et linguistes, notamment au moment où Internet bouscule la circulation habituelle des discours et fait émerger une figure du patient-expert, obstacle ou tremplin de la relation de soins : l'information des femmes

et leur responsabilisation vis-à-vis de leur santé gynécologique et dans le cadre de la promotion de la naissance active nécessitent qu'elles deviennent, à leur manière, expertes de leur corps.

◆ **L'analyse conversationnelle a aussi largement exploré les interactions sur le lieu d'exercice**. Une partie importante du travail médical institutionnel repose sur la communication entre collègues : faire les transmissions, discuter un cas, répartir les tâches et, bien entendu, former les plus novices. Toutes ces activités quotidiennes reposent sur une communication que le linguiste, en l'analysant de près, peut contribuer à rendre intelligible pour le corps professionnel qui souhaite en prendre conscience en vue d'améliorer ses pratiques ou de les transmettre.

Conclusion

L'analyse linguistique peut prendre en charge les productions spontanées, hors institutions et relativement libres sur les sujets visés par la recherche en périnatalité. Dotées de méthodologies éprouvées en analyse qualitative, à la fois linguistique, discursive et interactionnelle, les SDL peuvent proposer une expertise, au cœur des humanités médicales, dans l'apprentissage et l'exercice du métier de sage-femme. Il ne s'agit pas de mettre le linguiste dans une posture d'évaluateur, mais bien de proposer aux soignants en périnatalité un lieu et une méthode pour prendre du recul sur les pratiques et les connaissances que le soin périnatal met en jeu.

Les lieux de collaboration entre sages-femmes, ou acteurs en périnatalité, et linguistes ne manquent pas. Enfin, la maïeutique a certainement beaucoup de choses à apprendre aux linguistes. ●

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.