

LA PRÉSERVATION DE LA FACE ET SON INCIDENCE SUR L'ÉCHANGE VERBAL ET LA RELATION ENTRE SOIGNANT ET SOIGNÉ

Abderrafi KHOUDRI

Laboratoire langage et société CNRST-URAC 56

Université Ibn Tofaïl-Kénitra, Maroc

khoudri2@hotmail.com

Résumé : La relation soignant/soigné fonctionne selon des conventions qui régissent la structure des échanges que ces interlocuteurs co-construisent. Ces conventions servent de références normatives à partir desquelles ils doivent se comporter avec précaution. Or, les contours des prescriptions et proscriptions qui permettent d'éviter les déconvenues dans l'échange restent flous, procédant de représentations divergentes. La gestion de la face est la manifestation spectaculaire de cette discordance. L'objectif de cet article est de montrer que les stratégies de la préservation de la face sont différemment déployées selon qu'on est placé du côté du point de vue du patient ou dans la perspective du soignant. Un tel éclatement dans la manière de voir les choses entraîne des incompréhensions, des malentendus, un transfert déficient de l'information médicale et la dégradation de la relation thérapeutique.

Mots clés : Soignant, soigné, préservation, face, divergence

Abstract: The relationship between a caregiver and a patient functions according to specific conventions. The latter regulate the structure of the exchanges that the aforementioned interlocutors co-construct. Those conventions constitute standard references from which interlocutors have to interact with precaution. Nonetheless, the guidelines of prescription and proscription that enable caregivers and patients to avoid disparity remain blurred, preceding disimilar perceptions. Face management is where the manifestation of discordances usually occur. This article aims at demonstrating that face-saving strategies are differently deployed depending on whether we hold the point of view of the patient or the perspective of the caregiver. Those discordances in the way of seeing elements bring about incomprehension, misunderstanding, and the transformation of deficient medical information. Hence, a retrogression in the therapeutic relationship.

Key-words : Caregiver, patient, saving, face, divergence

Introduction

L'interaction verbale se déroule au sein d'une matrice sociale ou institutionnelle qui détermine, du moins en partie, les conditions de la

rencontre des interactants et le schéma de leur conversation. Chacun de ces acteurs doit se conformer à une position bien définie, correspondant à celle qui est ancrée, plus au moins, dans l'imaginaire social ou fixée par l'institution qui permet et organise ladite interaction. Se conformer à ce schéma implique la bonne volonté des interlocuteurs d'instaurer un échange verbal constructif. Cela suppose également qu'ils manifestent leur intention de gérer efficacement une certaine face à laquelle chacun de ces protagonistes de l'interaction s'attache. La face agit comme un garde-fou afin d'empêcher les crises d'interactions et les déviations susceptibles de créer une situation de malaise. Nous pouvons définir la notion de la « face » comme étant la composante essentielle à laquelle chaque personne est sensible. Chaque individu s'y attache parce qu'elle l'estime indispensable à son équilibre, lui permettant de se prémunir contre tout risque émanant de l'extérieur, de se ressourcer et d'être enfin lui-même. La face c'est ce que chaque individu tient pour sacré, sa nature est enfouie dans la construction du discours en situation de face à face. Ce terme a été introduit pour la première fois par Goffman en 1974, pour lui, la :

Face (est) [...] 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. La face est une image du moi déclinée selon certains attributs sociaux approuvés, et néanmoins partageable, puisque, par exemple, on peut donner une bonne image de sa profession ou de sa confession en donnant une bonne image de soi.

Goffman(1974, p.9)

Ceci dit, pour faire bonne figure les partenaires de l'interaction dans le milieu hospitalier cherchent un terrain d'entente où chacun d'entre eux fait preuve de délicatesse, s'attribuent mutuellement des images flatteuses ou du moins compatibles avec celles qu'ils se projettent. C'est une évidence qu'il serait vain de contester le fait que la communication soignant/soigné soit semée d'embûches. S'engager donc dans ce genre de communication c'est engager sa face dont la compétence linguistique en particulier et le degré et la nature du savoir accumulé sur les objets de la médecine en général s'en trouvent être les déterminants. Cela se confirme lors de notre présence sur le terrain où nous pouvons remarquer que le patient ne juge judicieux d'affronter les défis de la rencontre avec le soignant, où il déploie, bon gré mal gré, son niveau de maîtrise du langage savant qu'après avoir mené une réflexion de profondeur. Suis-je capable de me montrer sous le jour le plus favorable ? Cette question réunit en elle les diverses préoccupations dans lesquelles des patients se perdent. Et nous les voyons placés devant un long processus de choix de formules en harmonie avec le but illocutoire poursuivi et qui tiendra compte, selon eux, bien entendu, de la réception. La manifestation concrète et typique de cette confusion apparaît chez les futurs consultants (pour ne pas dire qu'il

est flagrante au moment de la consultation), qui, attendant leurs tours, chuchotent quelques mots savants, répètent des diagnostics, s'entretiennent à demi-voix avec leurs accompagnants à propos de leurs maladies..., ils prévoient, somme toute, les dispositions nécessaires pour se forger une forte présence. Il s'agit alors d'un souci de préserver sa face, un souci qui peut être parfois porté à son plus haut degré d'intensité.

De son côté, le soignant, n'a pas à travailler trop dur pour s'assurer la face convenable, cependant, cela ne signifie pas pour autant qu'il y renonce ou qu'il manifeste à son égard un quelconque désintérêt (est-il nécessaire de rappeler que la face est une prérogative inaliénable ?), mais il se présente comme vérificateur : il doit juste s'assurer que les messages véhiculent le moi désiré, il ne mobilise des procédés de réaffirmation de la face voulue qu'après la détection des reliefs. Eu égard à la face que renvoie chacun à l'autre, nous allons voir dans les lignes qui suivent que le patient, encore une fois, est à côté de la plaque lorsqu'il se laisse aller, avec la complicité du soignant, pour s'abandonner à des fausses notes verbales. Sous peine de le gêner et lui faire perdre la face, celui-ci préfère ne pas s'en mêler pour canaliser les productions verbales de celui-là. Nous pouvons en dire autant lorsque le patient, pour ne pas en faire toute une histoire, n'entend pas interrompre le soignant qui s'exprime dans un langage qui lui est étranger, ou se trompe carrément dans la description des signes cliniques que le patient présente. Cette extrême délicatesse se retourne contre son auteur lorsque nous constatons que des patients, après la clôture de leur échange avec leurs examinateurs, ils partent à la recherche d'une explication beaucoup plus facile et convaincante auprès d'autres professionnels de santé. Toutes ces considérations seront développées, dans un premier temps, avec davantage d'exemples illustratifs extraits de notre corpus.

En plus de la prévention de la gêne, nous allons voir en un second lieu qu'il existe une autre procédure salvatrice des faces qui chavirent à la mise en place des situations embarrassantes. Nous nous attacherons de montrer que la réparation de la gêne fonctionne comme une deuxième chance pour éluder des crises d'interactions, et vérifier l'hypothèse selon laquelle l'attachement profond à sa face ou une sensibilité à fleur de peau favorise l'installation d'un climat de tension entre le soignant et le soigné. Autre forme dont se servent des patients pour octroyer une face favorable à leurs soignants est ce que nous appelons, à la suite des travaux de Pomerantz (1978), Marandin (1986), et Kerbrat-Orecchioni (1987), l'échange complimenteur, un échange rituel dont le fonctionnement, nous le verrons, est différentiel. Ce type d'échange fera l'objet d'un développement dans la troisième séquence.

1. Méthodologie

Pour saisir les enjeux des pratiques langagières auxquelles recourent les soignants d'un côté et les soignés de l'autre nous avons investi le terrain hospitalier de la province d'El Hajeb (au Maroc). Pour ce faire nous avons pratiqué l'observation participante auprès de sept soignants, spécialistes de différentes spécialités médicales et trente patients de profils sociolinguistiques divers. Cette méthode d'enquête permet d'offrir une vue d'ensemble à des éléments en apparence disjoints et d'échapper de la sorte aux apriorismes et aux impressions du sens commun. Elle favorise le recueil des données significatives, spontanées et donc authentiques en confrontant les résultats obtenus à l'expérience que le chercheur partage avec les personnes-ressources. Notre corpus équivaut à dix heures d'enregistrement audio des échanges entre soignants et soignés, il est conscient des manifestations mimo-gestuelles accompagnant les prestations langagières des interlocuteurs et tient compte des attitudes adoptées à l'égard de leurs façons de parler respectives. Nos propos s'articulent autour de la vérification de l'hypothèse selon laquelle le souci de la préservation de la face est différemment reflété selon qu'on est placé du côté de la vision du patient ou la perception du soignant. Cette dissonance génère des incompréhensions, des mésinterprétations et la détérioration de la relation de soin.

2. Résultats et discussion

Nous avons opéré un va et vient entre données métadiscursives, dialogisme, conceptions et perceptions émanant de nos informateurs. Ces confrontations permettent en explorant la dimension perlocutoire correspondant à la forme signifiante de déduire qu'un fossé se creuse entre médecin et patient. Lequel fossé est responsable des malentendus, des incompréhensions et une dégradation de la relation de soin. Par commodité d'analyse nous avons opté pour un codage spécifique rendant un repérage aisé des énoncés propres à chacun des protagonistes de la communication : seules les informations pertinentes sont intégrées au texte, elles sont présentées par des initiales PS ou P qui réfèrent respectivement aux énoncés oraux des professionnels de santé et des patients.

2.1 *La prévention de la gêne*

Durant notre travail du dépouillement des données recueillies auprès de nos informateurs, nous avons été frappés par la fréquence des échanges qui rendent compte du travail incessant et réciproque d'aménagement facial. Cela nous a amené à avancer l'hypothèse selon laquelle la partie cachée de l'iceberg de l'interlocuteur représenté par sa face, conditionne largement son comportement linguistique. Sans conteste, le soignant comme le soigné, sont animés par le désir de préserver leurs faces respectives, mais si nous admettons

qu'il existe a priori une propension pour se montrer sous son meilleur jour, nous pouvons sans peine souligner un penchant prononcé au maintien de la face favorable du patient par lui-même : au cours de la conversation, moment opportun pour afficher à son interlocuteur les caractéristiques de la face qu'il souhaite projeter, le patient essaie de justifier et dessiner les contours définitoires de ladite face. Ainsi, des patients s'efforcent de « rafistoler » les bribes éparses d'une ancienne conversation dans laquelle ils ont pris part en tant que consultants, s'évertuent de choisir des réponses qui ménagent les oreilles de leurs soignants, évitent l'hésitation pour la substituer à un apriorisme affirmé avec conviction. Nous pouvons même aller jusqu'à dire qu'un "oui" insincère présentent à leurs yeux la stratégie de prédilection pour « l'évasion ». Mais l'attitude la plus manifeste qui ponctue la majorité des conversations reste le hochement de la tête ou l'interjection « mmm ! »/ « ah oui » marquant la satisfaction, dénotant une intercompréhension ou une « soi-disant » lucidité du patient :

--(PS) : daba ntiduk les germes li dar-u lek dak le rhumatisme

Maintenant toi ceux les germes qui faire à toi ce rhumatisme

Ce sont les germes responsables de l'angine qui causent le rhumatisme articulaire aigue

--(P) : mmm !

Ah oui

--(PS) :kundert-i l-peniTar f l-weqt ma kent-i-š twesl-i l-had l-complication

Si faire tu le pénitard dans le temps non tu étais pas tu arrives à cette complication

Vous aurez dû faire la pénicilline afin d'éviter les complications de l'angine

--(P) : mmm !

Ah oui

Parfois, des patients, pour ne pas se voir discréditer passent sous silence certaines questions, essaient de transposer, si un danger potentiel vient menacer leur face, le thème de la discussion dans leur domaine de spécialité, lequel leur assure un refuge ou une mesure compensatoire pour donner bonne impression. L'illustration spectaculaire de cette ligne de conduite est visible auprès des patients qui avancent des énoncés truffés de digressions. Le contact qui suit, s'établi entre un praticien et un notaire, connu de celui-là, qui se présente à la structure de soin accompagné de sa petite fille présentant une laryngite (inflammation de la gorge et des cordes vocales) :

--(PS) : rah-a katbdabhal le rhume u kaTawwar

été elle commence comme le rhume et se développe

Au début, les symptômes de cette maladie sont analogues à celle du rhume, si elle n'est pas traitée, elle entraîne des complications.

-- (P): we ljaw had l-yyamxayeb

Oui le climat ce les jours mauvais

Oui, c'est à cause du mauvais temps.

--(PS) :Ewaxas-kum t-lebsu-ha mezyan l-bard jafeft l-barħwahd le cas typique d'yal pneumopathie dartha-lu ġi pharyngite

Alors faut vous habiller elle bien le froid arrive j'ai vu un cas typique de pneumopathie l'a fait rien que pharyngite. Il faut habiller chaudement votre enfant, c'ai la saison du froid, on a assisté hier à un cas typique d'une pneumopathie occasionnée par une pharyngite

--(P) : mmm! wemama-ha kantxeddamahad l-yyam u katxalli-ha l xethawanagimca les traitements de dossiers had l-yyam rani šedditwahd l-projet d'yal logement social u les assistants rakcarfdaruri n-zayyer

Ah oui mère à elle était en travail ce les jours et laisse-la à sa sœur et moi rien qu'avec les dossiers ce les jours j'ai pris un le projet de logement social et les assistants tu connaît obligatoire je serre.

Oui, j'étais très occupé ces derniers jours, je suis impliqué dans un grand projet du logement social, et puis vous savez, je ne dois pas quitter des yeux les tâches déléguées à mes assistants. Sa mère aussi est prise par beaucoup d'activités, elle a dû la confiée à sa sœur.

Autre variété d'échanges verbaux qui scandent comme leitmotiv dans notre corpus, et où l'aménagement des faces occupe le devant de la scène au détriment de l'initiation, peut se produire dans le cas de figure suivant : afin de traiter son patient avec des attentions particulières, le soignant ne songe pas à critiquer, non plus à corriger les diverses bévues que celui-là a commises, il se contente de tendre l'oreille, parfois de répondre dans les termes de son patient. Cela, semble-t-il, lui permet de faire d'une pierre deux coups : d'un côté, il épargne la force nécessaire à la correction (tant qu'il estime que le sens général est intact), de l'autre il renvoie à son interlocuteur l'image à laquelle celui-ci aspire, comme l'atteste l'interaction suivante :

--(P) : fi-yya l-azmatik

J'ai en moi l'asthmatique

Je suis asthmatique

--(PS) : kad-dir r-rabuz

Tu fais le soufflet ?

Est-ce que tu prends des aérosols ?

--(P) : ah l-zraq u l-qahwi salat mcaya l-azmatikcyitwellah

Oui le bleu et le marron, fini avec moi l'asthme fatigué je je vous le jure

Oui, je prends celui dont l'emballage est en bleu et l'autre en marron, j'ai tant souffert à cause de l'asthme.

--(PS) : D'accord

Ou encore, la conversation qui suit :

--(P) : kantcend-ha l-gwatr f l-cenq¹ u kanettzi-ha s-sahDa

Elle était ayant le goitre au cou et elle était arrivé à elle des bouffées de chaleur

Elle avait des goitres et sentait des bouffées de chaleur

--(PS) : ewa cadi l-gwatr f l-cenqkidir-u hakak

Et normal les goitres au cou ils faisaient comme ça

C'est normal, c'est à cause du goitre

Un schéma à l'antipode du précédent correspond à des situations de communication où l'embarras une fois causé, il apparaît, certes, comme saugrenue d'en éliminer toute trace, mais plusieurs activités réparatrices s'avèrent nécessaires pour donner de la vivacité à l'interaction.

2.2 La réparation de la gêne

Il arrive que les participants à l'interaction verbale laissent échapper des propos attentatoires à la face de leurs interlocuteurs, dans ce cas, seule la dissimulation paraît une alternative pour ne pas laisser la place à l'éclatement d'une discorde. Pour ce faire, il faut que les interlocuteurs mûrissent le projet d'une déconstruction créatrice d'un nouvel environnement marqué du sceau de l'harmonie. Autrement dit, lorsque les soignants et les soignés se mettent tacitement d'accord sur l'incidence des énoncés proférés sur la qualité de l'échange, l'auteur de la gêne se trouve taxé pour avoir présenté (par la charge préjudiciable de ses énoncés), un danger imminent sur l'équilibre souhaité. Pour s'acquitter de son devoir-qui est le devoir de la réparation- le praticien recourt, par exemple, à plusieurs procédés : Dans le cas d'une correction, accueillie défavorablement (ou susceptible d'être reçue come telle) par le patient, le praticien la mitige pour lui donner l'apparence d'une nécessité absolue afin de ne pas se tromper du diagnostic, laisse voir un chagrin pour faire signifier que c'est un lapsus, ou fait intervenir des circonstances externes responsables du désordre, l'exemple suivant illustre parfaitement ce type de construction :

--(P) : min kentsgirjat-ni tubelose

¹ Il s'agit ici d'un pléonasme, le goitre se situe spécialement dans la région cervicale.

*Quand j'étais petit arrive à moi tuberculose
J'avais de la tuberculose quand j'étais petit*

--(PS) : bğititgul tuberculose
*Veux-toi dire tuberculose ?
Tu veux dire la tuberculose ?*

--(P) : [...]²

--(PS) : tuberculose ah we şhab-li hajauxrahitkaynawahed la maladie smit-ha brucellose

Tuberculose ah we crois à moi chose autre existe une la maladie s'appelle brucellose

Tuberculose ah oui j'ai cru entendre autre chose, parce qu'il est une maladie qui rime avec le mot tuberculose, elle s'appelle la brucellose.

Mais là reste un des cas les plus rares, attesté une seule fois, mentionné ici pour signifier par contraste avec d'autres situations de communication où le praticien ne se soucie pas de la dimension perlocutoire de son acte du langage³ à caractère correctif. La seule explication à cette différenciation peut être déclinée comme suit : en manifestant une délicatesse excessive à l'endroit de la face de son patient, il verra la sienne vacillée, ainsi, il existe de fortes probabilités pour que le praticien, qui fait dépendre à une action une contrainte externe, se donne l'image d'une personne incapable de maîtriser la situation de parole et se créer une ambiance propice à la communication. Ce qui donne lieu donc à une déviation anormale : du l'excès de la délicatesse à la faiblesse. Souvent, l'attachement à sa face comme un objet sacro-saint génère des tensions. Ces tensions restent pour l'observateur le moins attentif une constante dans le paysage thérapeutique de l'hôpital où s'est déroulée l'enquête. Cela se ressent avec une acuité plus vive au niveau du service des urgences. Lorsque la gêne est reçue comme délibérée ou corrélée à d'autres circonstances (manque du matériel, pénurie des ressources humaines, appareils en panne, l'obligation de payer avant de bénéficier de quelques soins...), il faut s'attendre au pire et espérer le meilleur. Citant entre autres, l'échange verbal qui a tourné à une altercation à la suite d'une négociation échouée à propos de l'énoncé (teht l-muraqaba /sous observation), et bien évidemment, consécutive à un échange réciproque des faces menaçantes. A la suite d'un accident de la voie publique, le soignant, après avoir expliqué à la femme que son époux doit rester sous

² Un moment du silence

³ A la suite des travaux d'Austin (1970) et de Searle (1972) nous prenons conscience que le langage, en plus qu'il est un instrument de communication de description des faits, permet d'accomplir des actes visant le changement de la situation et d'agir ainsi sur les représentations et les perceptions de son interlocuteur. D'après Austin l'acte de langage se répartit en trois classes : l'acte locutoire c'est-à-dire la production des émissions verbales et/ou vocales dotées d'un sens ; L'acte illocutoire réfère à la réalisation d'un acte corrélée à l'énonciation ; l'acte perlocutoire consiste dans l'effet produit par l'énoncé sur l'énonciataire ou sur ces actes. Cette catégorisation a fait l'objet par la suite d'une restructuration en cinq types, selon le but illocutoire poursuit (assertif, commissif, directif, expressif, déclaratif)

observation et que son nourrisson peut rentrer chez lui, la femme manifeste un double rejet :

--La mère : *galt-i li teħt l-muraqabakifaħhadteħt l-muraqaba*

*Dire à moi sous le contrôle comment cette sous le contrôle
Vous m'avez dit qu'il doit rester sous observation comment ça ?*

--(PS) : *ħraħt lek u xrej-ti jaxukullamancref ta huwagatluaħkayen*

*Expliqué à toi tu es sorti arrive ton frère ou je ne sais pas qui aussi à lui j'ai quoi existe
Je vous ai expliqué de quoi il s'agit, j'ai fait la même chose avec ton frère ou je ne sais pas
qui*

La femme lui coupe la parole et ajoute :

--La mère : *u daba d-derrickifaħganddiweh u huwwa f had l-ħala*

*Et maintenant l'enfant comment on va l'amener et lui dans cet état
Mais comment voulez-vous que j'amène mon fils alors qu'il est dans cet état*

--(PS) : *rani galt lek ddiħfasyetħakka men ħiħajjibi-h*

*Je vous ai dis amène le quand se plaindra de quelque chose amène le
Je vous ai dit qu'il peut rentrer chez lui, mais si vous remarquez un quelconque signe de
danger amène l'ici*

-- (la mère) : *waf d-derricend-u set ħhur u katgul li yetħekkakifaħga-ytħekka*

*Est-ce que l'enfant a six mois et tu me dis il s plaindra comment il va se plaindre
Est-ce qu'un enfant de six mois peut se plaindre de quelques problèmes que ce soient ?*

La femme revendique alors son droit à une explication, droit qui est pour le moins légitime, lorsque ce droit a été circonscrit à une formule laconique « *teħt l-muraqaba* », traduction littérale de (« sous observation »), la femme s'est sentie gênée (d'autant plus que le soignant s'est exprimé en arabe marocain et l'expression reste pour elle inaccessible) parce que sa face, estime-t-elle, a subi le pire traitement. Elle s'est résolue à esquiver d'éventuelles déboires où sa face en pâtira et donc elle a quitté la salle de la consultation. Réflexion faite sur l'état de santé de son nourrisson, elle décide de solliciter l'aide de son frère pour lui apporter des renseignements précis auprès dudit praticien, en vain. Ces deux démarches (la demande d'explication au début puis l'appel à l'appui de son frère) sont autant d'opportunités offertes au praticien pour essayer de lui rappeler la nécessité d'une réparation afin que la conversation ait une signification et rattrape l'évolution normale. Mais, constatant que son attente est déçue, elle se détermine à évacuer sa frustration et s'arracher la face qu'elle estime inaliénable. Elle démontre explicitement son expertise (parce que naturellement un nourrisson peut présenter un signe de danger sans pour autant que sa maman s'en rende compte, d'autant plus qu'il est des

complications insidieuses dont celui-ci ne peut se plaindre). Par voie de conséquence, le soignant constate que cet événement a tout basculé vers le côté opposé. La réaction inattendue de la femme a joué en sa défaveur, alors il s'ensuit son entrée en scène pour tenter de récupérer sa position de départ. En un mot, nous pouvons émettre deux hypothèses au sujet de cette situation tendue : ou bien l'explication fournie n'a pas été satisfaisante (son explication, était peut être essentiellement savante, dénuée de tout effort réel de vulgarisation : utilisations de termes techniques par exemple calqués sur l'arabe standard comme c'est le cas de (« teht l-muraqaba »/ « sous observation »), ou bien il s'agit d'un manque de compétence de la part du praticien.

Jusqu'à maintenant, nous nous sommes limités aux actes verbaux qui participent de la gêne, laquelle est prévenue ou réparée par le truchement des formules linguistiques. Cependant, ce n'est pas étonnant de dire que notre corpus abonde en situations de parole où une prétendue gêne de nature verbale ou non verbale se trouve réparée par un acte de langage présupposant l'atténuation : il s'agit de la particule « ḥafak » qui vise la réparation de ce qui semble pour le patient une gêne causée au soignant. Lorsque le patient se met à poil ou évoque l'un des termes jugés inéluctables pour décrire son état de santé, qui restent selon lui « indécents », (susceptibles, à ses yeux, de mettre en péril la face du soignant), il s'attache à réparer sa conduite par l'entremise d'une atténuation. Ce qui est remarquable c'est que cette particule qui ponctue nos conversations dans un contexte « extra-hospitalier » fait appel, dans le cadre du politiquement correct, à la réplique « caz-zek l-lah », laquelle est différée dans l'univers hospitalier. C'est-à-dire que l'élément « ḥafak » ne trouve, dans la majorité des cas, aucun écho de la part du soignant. Cette constatation nous ouvre la voie devant le fonctionnement d'échanges de compliments, un des aspects du rituel de la communication entre protagonistes de la relation thérapeutique.

2.3 Le fonctionnement d'échanges pourvus d'actes⁴ complimenteurs

Dans la définition que le *Petit Robert* (2009) donne au terme compliment, nous trouvons qu'il est une « Formule de civilité, de politesse. », pour Pomerantz (1978, p.86), il est « une action bienfaisante et évaluative ». A en croire J. M. Marandin (1986, p.74) le compliment est un «Énoncé adressé par A à B consistant dans une évaluation positive d'un X relatif à B ». Kerbrat-Orecchioni (1987, p.41), quant à elle, considère que le compliment est une activité rituelle que les interactants y recourent pour manifester leur satisfaction à l'endroit d'un fait:

⁴Alors que dans la conception classique de la philosophie analytique les *actes de langage* sont décrits isolément, l'approche conversationnelle prend en considération la situation contextuelle, c'est à dire le cadre séquentiel dans lequel s'enchaîne l'énoncé pourvu d'acte de langage. Celui-ci peut être envisagé, eu égard à ses implications sociales, dans la dimension de « la relation interpersonnelle » énoncée par Kerbrat-Orecchioni (1998), dans la mesure où l'acte *complimenteur* (par exemple) a un effet sur la face.

Ainsi lorsque l'on découvre un changement dans l'apparence physique de son interlocuteur, la norme veut que l'on produise un commentaire ? S'il est négatif, l'énoncé passe pour offensant (c'est une atteinte à la face positive de l'autre) ; s'il est simplement neutre (« tiens, tu as changé de coiffure !), l'énoncé n'est pas jugé non plus très satisfaisant...il y a donc des situations où l'on est quasiment contraint au compliment.

Kerbrat-Orecchioni (1987, p.41)

Bien évidemment, tout traitement avec égard fait appel à une certaine récompense verbale, celle-ci porte généralement sur une évaluation globale de la configuration dudit traitement. C'est dire que le compliment marque l'aboutissement ultime d'un fait, dans notre cas, nous pouvons dire qu'il vient après la rencontre du soignant et le soigné. Cette récompense (ou compliment) à son tour apparaît a priori comme une dette remboursable par le bénéficiaire au moyen d'une formule de politesse. Mais force est de constater que notre corpus comprend un nombre considérable de séquences où les multiples réalisations de l'acte complimenteur prêtent à la surprise. Cette surprise est, comme nous le verrons, fondée dans le sens où des compliments peuvent, figurer au début de la rencontre, ne donner lieu à aucune réaction, ou trouver implicitement un écho défavorable. Ces compliments peuvent être exprimés par des procédures mémo-gestuelles ou parfois se matérialiser par des postures (comme la révérence). Dans les lignes qui suivent nous allons tenter d'esquisser les grandes lignes de ce tableau.

Il convient d'abord de signaler que le compliment, à des rares exceptions près, s'accomplit à sens unique. C'est le patient qui, bénéficiant d'une image compatible avec celle qu'elle entend projeter, manifeste sa reconnaissance par le biais des formules le plus souvent stéréotypées, réinjectées systématiquement dans le circuit d'échange. Or, lorsqu'il ne cesse de « broder autour des canevas de base » (Kerbrat-Orecchioni 1998, p.218), la valeur axiologique de l'énoncé complimenteur est remise en question.

Les multiples occurrences de la formule de politesse « l-lahyerhem l-walid-in » (dans le sens de « merci ») recensées dans une seule conversation, à l'occasion d'une consultation, et à laquelle n'a fait suite aucune réaction sont révélatrices. Ce qui se passe c'est qu'en meublant ses tours de parole par ces ritournelles, le patient enfreint l'une des règles stipulées par « les maximes conversationnelles » (Grice 1975), portant sur les conditions de réussite des actes de langage. Celles-ci mettent en garde surtout contre l'excès. En effet, une voix, semble inaudible pour cette catégorie des patients, dénonce

la répétition (car) [...]les compliments doivent être utilisés à bon escient, c'est à- dire avec parcimonie ; celui qui « a toujours un compliment à la bouche » cesse d'être crédible et s'ils sont trop systématiques, les compliments finissent par être en quelque sorte démonétisés.

Kerbrat-Orecchioni (1998, p.256)

C'est donc par ricochet que certains soignants font grief au complimenteur de quelques jugements qu'ils considèrent flatteurs. Sans le moindre doute, la flatterie est de mise dans le milieu hospitalier, elle est surtout repérable lorsque le compliment, parfois mêlé ou renforcé par des formules d'excuses, constitue l'ouverture principale du contact :

--(P) : s-si T-Tbibsmeh-li l-lahyerhem l-walid-in jitnbeddel l-fasma, rahhitta gal-u li bel-linta l-li kayenlyumcaddxelt [...] ⁵carefcaref l-li kayen

Monsieur le docteur excuse à moi s'il vous plaît je suis venu changer le pansement, il est quand ont dit à moi que toi qui existe que je suis entré [...] je sais je sais ce qui existe. S'il vous plaît, excusez-moi de vous déranger, je voudrais changer du pansement, je compte sur votre gentillesse, je sais très bien qu'un autre ne le fera pas (je sais que ce genre de prestations n'est pas le bienvenu ici). En faisant irruption dans la structure de soins des urgences, le patient sais déjà que ce genre de prestations (changement de pansement) n'est y pas dispensé. Mais pour infléchir l'éventuelle décision défavorable du soignant, il l'appelle d'abord par « complaisance » « T-Tbib »/toubib alors qu'il est infirmier, puis enchaîne par une requête formalisée conjointement par l-lahyerhem l-walid-in/(expression polie), pour s'étaler ensuite sur des compliments présupposant des qualités intrinsèques à la personne du praticien (la gentillesse entre autres), mises en relief par leurs propriétés distinctives (vous êtes le plus gentil de tous). Un autre schéma qui s'est reproduit continuellement a attiré notre attention durant notre enquête sur le terrain, nous en avons déduit que presque toutes les formules dictées par l'éthique professionnelle qui se voient colorées de politesse sont conçues par les patients comme des compliments, impliquant donc une réaction verbale beaucoup plus louangeuse. Or ce qui apparaît un cadeau verbal de la part du soignant n'est en réalité que des rituels au sein desquels l'investissement personnel n'est pas nécessaire comme il paraît. D'où l'emploi systématique parfois de « layfafi »/bon rétablissement qui dénote la fin de la conversation mais qui donne lieu à un enchaînement d'actes complimenteurs aux allures interminables. Ainsi, à la suite d'une veine gonflée lors d'une perfusion ratée, alors que la praticienne s'apprête à manifester son empathie envers le dommage

⁵ Intervention avortée du soignant qui s'apprête à décliner la demande du patient qui anticipe ici la réponse négative de ce dernier.

causé (et peut être, présenter des excuses), la patiente énonce « ma clihf a hbibafuf-i li had l-cerq » / « ce n'est pas grave ma chérie, voilà une veine apparente » ce qui dénote qu'elle présente un profil particulier des patients que Onfrio, Gajo et Molina (2004) qualifient de « stoïques ».

Conclusion

De ce qui précède nous déduisons que la face constitue le point caché de l'iceberg qui conditionne le comportement langagier des protagonistes de la relation de soin. Ceux-ci déploient des efforts pour garder intacte l'image qu'ils veulent refléter. Pour que l'échange verbal se déroule en bonne et due forme, il faut que les efforts déployés agissent dans le sens de l'équilibre ; tout doit fonctionner comme si un accord tacite de préservation des faces régit chaque contact du soigné avec le soignant. Néanmoins, nous avons vu, qu'il y a une gestion différenciée, pour ne pas dire pernicieuse, des mécanismes interactionnels de la mise en scène des faces : les attitudes glanées supra témoignent du souci constant des patients pour soigner leurs faces au dépend du recueil d'informations relatives à leurs maladies et la compréhension des concepts scientifiques circulant lors du contact soigné/soignant.

Quant aux praticiens, ils rechignent souvent à corriger ou critiquer la construction verbale de leurs patients, se contentent, leurs faces assurément protégées, de leur tendre l'oreille, si non de véhiculer les termes que véhiculent ces derniers (sans songer, réitérons-le, à rectifier les erreurs d'ordre expressif qui leurs sont inhérentes ou explorer le champ conceptuel auxquels ils se rapportent). Il s'agit ici d'une conception paradoxale du soutien : le praticien préfère au soutien en matière d'initiation et du transfert du langage savant, un maintien de la face de son patient. À ces soignants, qui se plaignent de voir parfois leurs faces menacées par des patients, nous analyses, semblent convaincre, même le plus récalcitrant d'entre eux, qu'il serait absurde de penser qu'une victime d'un grave accident va prendre en considération la face de qui que ce soit. Et c'est là où nous voulons en venir, le paramètre « soumission à une contrainte » est un cas de force majeure qui vient parfois bouleverser la donne⁶. S'il y a détection d'une extrême délicatesse, d'une « goujaterie » ou « obséquiosité » il faut se méfier des jugements hâtifs et voir les choses dans leur profondeur, seule dimension qui détermine, entre autres, les attitudes verbales des patients. Signalant au passage que le milieu hospitalier est le terrain propice de la transformation des inégalités sociales en inégalités d'accès à l'offre de soins. Les normes qu'il prescrit sont, pour la plupart des patients, à caractère coercitif que seule une servilité, espèrent-ils, peut les assouplir.

⁶Il est des praticiens qui reposent sur un rapprochement entre le dommage facial infligé par le patient et son état de santé, s'ils estiment que celui-ci est soumis à une condition défavorable qui empêche naturellement d'obéir aux convenances, ils ferment les yeux sur l'incident survenu. S'il se trouve que les problèmes de santé sont bénins, ne forment pas une excuse pour mériter une piètre figure, alors là l'animosité éclate.

Références bibliographiques

- D'ONOFRIO Andreina., GAJO Laurent & MOLINA Maria Eugenia. 2004. « Langage et contexte: effets de construction dans divers services hospitaliers », in *Cahiers de l'ILSL* (Institut de linguistique et des sciences du langage) 16, pp.7-32.
- GOFFMAN Erving. 1974.*Interaction ritual*. (Ed. française : *Les rites d'interaction*. Paris, Minuit.
- GRICE Herbert Paul. 1975. « Logique et conversation », in *Communications* 30. La conversation : pp.57-72
- KERBRAT-ORECCHIONI Catherine. 1987. « La description des échanges en analyse conversationnelle: l'exemple du compliment », in *Documentation et recherche en linguistique allemande contemporain - Vincennes*, n°36-37, Dialogues. Du marivaudage à la machine. pp. 1-53
- KERBRAT-ORECCHIONI Catherine. 1998.*Les interactions verbales, variations culturelles et échanges rituels*. Paris, Armand Colin.
- MARANDIN Jean Marie. 1986. « Des mots et des actions : compliments, complimenter et l'action de complimenter », *Lexique* 5 : 65-99.
- POMERANTZ Anita. 1978. « Compliment responses : Notes on the co-operation of multiple constraints », in *Schenkein* (éd),pp.79-112.