Les louvoiements du patient au sein du cabinet médical : éléments d'une pragmatique de l'exposition de l'inquiétude

François Romijn

▶ **To cite this version:**

François Romijn. Les louvoiements du patient au sein du cabinet médical : éléments d'une pragmatique de l'exposition de l'inquiétude. SociologieS, 2020. hal-02615206

HAL Id: hal-02615206
https://hal.science/hal-02615206

Submitted on 22 May 2020

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.

SociologieS
Premiers textes

Les louvoiements du patient au sein du cabinet médical

Éléments d'une pragmatique de l'exposition de l'inquiétude

The slippery patient's position into the physician's office. Groundwork for a pragmatic approach of health inquietude exposition

François Romijn

OpenEdition Journals

Édition électronique
URL : http://journals.openedition.org/sociologies/12564
ISSN : 1992-2655

Éditeur
Association internationale des sociologues de langue française (AISLF)

Référence électronique
François Romijn, « Les louvoiements du patient au sein du cabinet médical », *SociologieS* [En ligne], Premiers textes, mis en ligne le 28 février 2020, consulté le 28 février 2020. URL : http://journals.openedition.org/sociologies/12564

Ce document a été généré automatiquement le 28 février 2020.

Les contenus de la revue *SociologieS* sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 3.0 France.

Les louvoiements du patient au sein du cabinet médical

Éléments d'une pragmatique de l'exposition de l'inquiétude

The slippery patient's position into the physician's office. Groundwork for a pragmatic approach of health inquietude exposition

François Romijn

Introduction [1]

1 Faire part à autrui d'un trouble relatif à sa santé pourrait être considéré comme une action qui ne serait pas nécessairement pénible. Dire à autrui « je ne me sens pas bien » ou « j'ai mal aux oreilles » est souvent loin d'être un obstacle infranchissable ; exposer un ébranlement relatif au corps semble d'ailleurs parfois faire l'objet d'un engouement singulier [2]. Dans les sociétés du Nord global, le médecin est sans doute considéré comme l'un des êtres auprès duquel il est le plus approprié d'exposer ses inquiétudes de santé. Or traitement et exposition de l'inquiétude au sein du cabinet médical ne vont pas de soi, et ce même quand les cas rencontrés sont peu problématiques du point de vue du diagnostic.

2 Il existe une littérature sociologique abondante sur la relation médecin-patient (Bergeron & Castel, 2018). Une attention considérable a été dirigée sur les fonctions (Parsons, 1951) et rôles sociaux (Freidson, 1985) des deux protagonistes, sur leurs inégalités de statuts et de connaissances (West, 1984). Elle a été progressivement enrichie de travaux s'inscrivant dans une perspective compréhensive, de plus en plus centrée sur l'action, avec parfois un souci descriptif rigoureux (Ten Have, 1995). L'importance des représentations sociales attachées aux maladies et qui en conditionnent le dicible a été souligné avec soin (Herzlich, 2005). Les travaux qui s'intéressent aujourd'hui à la relation médecin-patient le font régulièrement à l'aune de la question d'importance posée par la redéfinition des *frontières entre les savoirs profanes/experts* (Fainzang, 2006 ; Bureau & Hermann-Mesfen, 2014). Le lecteur verra

cette question se manifester en arrière-plan à la réflexion ici développée. Nous proposons toutefois de prendre un autre point de départ.

3 Nous examinons ce qu'il se passe lors d'une consultation médicale à partir d'une *lecture pragmatique de l'exposition et du traitement réservé à l'inquiétude* du patient. Ce ne sont pas les échanges entre le médecin et le patient *per se*, ni les difficultés inhérentes à leur communication, ni le seul ordre de l'interaction (Goffman, 1974) qui sont les moteurs de notre questionnement. Notre approche s'écarte en outre de la perspective qui prévaut régulièrement, celle qui fait de la relation médecin-patient un archétype de relation asymétrique. Sans ignorer que les inquiétudes de santé s'exposent différemment selon le profil socioéconomique de la personne – à ce titre on sait que tant l'*aptitude à sentir* une sensation morbide, le degré auquel la personne considère comme *convenable d'y porter attention*, que le degré auquel il est convenable *d'en faire part à autrui* (Boltanski, 1971) peuvent être différents – nous orientons l'analyse vers la position du sujet au fil de la *situation* que constitue la consultation médicale, indépendamment du milieu social du patient. C'est précisément ce qu'il est possible d'observer de la conduite du patient au fil de cette situation qui est à l'origine de notre réflexion.

4 Du seuil à la sortie du cabinet, le trouble du patient va être exposé et reconfiguré par une série de données propres à cet espace singulier (*e.g.* diagnostic, traitement, instruments). Nous sommes surpris par l'ampleur des difficultés rencontrées par ce dernier pour rester un sujet, un « *je* ». Face au médecin, dans cet environnement singulier, sa position de sujet est rendue fuyante. Elle oscille constamment entre différents états. Nous employons le terme *louvoiement* pour désigner une forme de composition qui s'exprime potentiellement sur tout le spectre allant du non-intentionnel au plus stratégique : cette composition consiste à se déplacer alternativement, combinant détours, passages à découvert, passages souterrains, de part et d'autre d'une position d'équilibre. Nous retrouvons le sens, issu du domaine maritime, d'une action de louvoyer comme on navigue « tantôt à droite, tantôt à gauche de la route à suivre pour gagner un point qu'un vent contraire ne permet pas d'atteindre directement » [3]. Afin d'examiner les *louvoiements* du patient, nous adoptons une conception pragmatique et situationniste du *sujet* comme point de départ pour traiter ce qui affecte sa consistance (Thévenot, 2014). Autrement dit, nous ne considérons pas le sujet comme quelque chose de défini de manière stable, mais comme étant ontologiquement maintenu par une diversité de façons d'être avec soi/les autres (Thévenot, 2006) et évoluant sur un continuum entre l'*autonomie*, la *vulnérabilité* (Genard, 1999) et des phases de *décrochement* (Romijn, 2018). Le terme *sujet* est utile pour l'enquête sociologique à la condition d'en interroger la relative stabilité et donc les dynamiques de son maintien ; en l'occurrence, dans des contextes liés à la biologie, où se déclinent différentes modalités d'objectivation. En adéquation avec cette conception du sujet, nous approchons le plus possible l'action en situation : la façon dont le patient expose son inquiétude au sein du cabinet médical.

5 La question ethnographique qui guide nos développements est la suivante : *quelles sont d'une part les épreuves que posent au patient l'exposition de son inquiétude au fil de la consultation médicale et d'autre part, les arrangements mis en œuvre par ce dernier face au médecin ?*

Sites d'enquête et approche sociologique

Une pragmatique de l'exposition de l'inquiétude du sujet en train de se (dé)faire

6 Nous nous appuyons sur une conception plurielle de l'*inquiétude* pour affiner la compréhension des difficultés du patient au sein du cabinet médical. Nous employons le terme *inquiétude* pour caractériser une gamme d'ébranlements qui accompagne l'expérience d'un état objectivant relatif à son intériorité biologique. La confrontation à des données objectivantes (maladie, sensation que quelque chose ne va pas, diagnostic du médecin) ne supprime pas la possibilité pour la personne d'être un sujet agissant. Elle doit toutefois se débrouiller pour traverser ces modalités d'objectivation. Nous proposons d'attirer l'attention sur la façon dont évolue la position de sujet au fil de la consultation. C'est par le recours à des *pragmatiques d'exposition de l'inquiétude*, des descriptions détaillées de ce qu'il se passe dans le cours de l'action, que nous identifions les dynamiques par lesquelles la personne *s'arrange* de son inquiétude.

7 Pour mettre en œuvre cette approche, nous mobilisons trois familles apparentées d'outils socio-anthropologiques :

8 *(i) La prise en compte de l'action engagée au pluriel et l'ordre de l'interaction pour mettre en perspective les arrangements du sujet.* La sociologie goffmanienne et les travaux interactionnistes de générations plus récentes (Tavory, 2009 ; Berger & Romijn, 2016), sensibles aux subtilités du comportement stratégique et aux enjeux dramaturgiques liés au maintien de l'interaction, sont utiles pour mettre en perspective l'embarras inhérent à la présence d'autrui, en l'occurrence le médecin. Bien que la sociologie goffmanienne en revienne au corps en raison de son arrière-plan éthologique (Conein, 1992), la tension inhérente à la gêne de soi en public est dans une certaine mesure inopérante pour traiter l'ensemble des difficultés du patient. L'analyse de l'exposition de l'inquiétude exige d'aller au-delà de l'opposition goffmanienne entre la scène et les coulisses et de ne pas se focaliser sur l'agir d'un individu porteur d'une rationalité strictement stratégique ou orientée vers le bien commun comme l'ont brillamment illustré Michel Callon et Vololona Rabeharisoa (1999). Nous mobilisons pour ce faire différents pans de la sociologie des régimes d'engagement (Thévenot, 2006). En particulier sa conception plurielle de l'humain, des façons d'être avec soi/les autres, qui invite à « considérer la manière dont la personne elle-même rend compte de ce qui a affecté sa consistance » (Thévenot, 2014, p. 144) en accompagnant l'effort analytique jusqu'à des modalités d'être au monde de bas niveaux.

9 *(ii) Des outils linguistiques pour identifier comment le sujet se fait et se défait aux prises avec l'inquiétude.* Nous nous rendons attentif aux façons dont la personne se pose comme sujet dans ses énoncés quand elle fait face à la découverte de données objectivantes relatives au biologique. Nous examinons différents marqueurs (*e.g.* pronoms personnels et possessifs, sans nous y limiter) qui permettent de suivre les mouvements du sujet dans le langage et nous renseignent sur les milles façons dont la personne y expose sa subjectivité et son agentivité, notamment en la mettant en retrait.

10 *(iii) Trois catégories interprétatives pour préciser les étendues sur lesquelles le sujet advient.* Les outils précédents permettent d'identifier les dynamiques d'intégration de l'inquiétude. De manière complémentaire, il importe de thématiser les *étendues* sur lesquelles ces

arrangements ont lieu. À cette fin, nous nous inspirons du modèle interprétatif de l'action bâti par Jean-Louis Genard (1999). Sa notion de continuum anthropologique permet de souligner l'effacement d'une conception de l'identité comme statut au profit d'une identité pensée comme parcours oscillant. L'auteur interroge cet état singulier du sujet situé entre les deux pôles d'un continuum (autonomie/hétéronomie) sans jamais être *complètement* renvoyé à l'une de ses extrémités. Il invite en quelque sorte à explorer le *parcours* du sujet placé *entre* différents horizons et à nous rendre attentif à ses mouvements ou déplacements. Nous traduisons cette conception dans notre modèle analytique par le recours à trois catégories interprétatives (autonomie, vulnérabilité, décrochement). Elles correspondent aux trois horizons sous lesquels semble évoluer la position de sujet du patient au sein du cabinet médical. Nous les mobilisons en manière de conclusion.

Données et accès au site de l'enquête

11 Nos données proviennent d'une enquête issue d'une thèse de doctorat en sociologie. L'ambition initiale de cette enquête consistait à examiner la conduite d'un même usager-patient lors de consultations médicales et sur la base d'usages d'Internet en matière de santé. 57 entretiens furent réalisés (avec 39 personnes différentes, âgées de 22 à 63 ans), dont 28 en amont et en aval d'une consultation médicale. Les échanges médecins-patients ont été enregistrés et retranscrits pour treize consultations. Parmi ces 39 personnes interviewées, quinze ont été ciblées par l'intermédiaire [4] de leur médecin généraliste. Nos répondants sont pris d'une inquiétude qui procède de l'émergence d'un symptôme, d'une souffrance, d'un corps qui fait signe et qui alerte. Le trouble à l'origine du recours au médecin découle de la crainte soit d'une pathologie soit des conséquences d'une maladie : thrombose, allergies, angoisses, fibromyalgie, suspicion d'un cancer du côlon, problèmes cardiaques et œsophagiens, mastectomie, hernie, prothèse à la hanche, maux de dos, gêne dans la gorge. Cet affect les décide à se rendre chez leur médecin. C'est là que notre enquête a débuté. Ils s'y rendent parce qu'ils *ne savent pas* ce qu'est ce symptôme, ils le méconnaissent ou doutent des interprétations à lui donner. Il est possible aussi qu'ils le connaissent (ou croient le connaître) mais ne peuvent toutefois pas apporter une solution sans l'aide ou du moins sans le truchement du médecin qui conditionne l'accès à des ressources dont ils sont dépourvus. Parmi les répondants, le rapport à l'inquiétude se décline de manières très différentes [5]. Ces 39 cas peuvent toutefois être considérés comme peu problématiques *du point de vue du diagnostic* en tous cas, soit parce que les pathologies graves sont connues de longue date, soit parce que le trouble qui a mené la personne chez son médecin reste relativement bénin.

12 Les échanges médecins-patients ont été intégralement retranscrits. C'est sur cette base que s'est effectuée l'analyse des données propositionnelles. Puisque les échanges sont examinés *via* un enregistrement audio, notre analyse passe à côté de nombreux signes directionnels (Ruusuvuori & Perakyla, 2009 ; Voutilainen *et al.*, 2014), marqueurs et autres indices paralinguistiques qui accompagnent le discours : gestuelles, postures, hochements de tête (équivalent au *hum-hum* verbal), contacts visuels, etc. Ces aspects peuvent enrichir l'analyse de la position de sujet au sein du cabinet. L'accès au cabinet médical par l'enregistrement audio nous offre toutefois des données riches sur les facettes tant verbales que non-propositionnelles de ce qu'il advient du sujet.

13 Un aspect important du traitement réservé à nos données porte sur la mise en perspective de l'action au sein du cabinet par le retour de la personne sur sa conduite. Nos observations issues de l'écoute des enregistrements ont été discutées avec le patient lors d'entretiens tantôt rétrospectifs, tantôt projectifs (attentes relatives à sa conduite lors d'une prochaine consultation médicale). Ceci permettait de revenir sur la conduite au sein du cabinet, aussi bien au travers de ce qui avait été dit et non dit (Fainzang, 2006). La mémoire des consultations médicales passées qui, comme on le découvrira, fait peser sur le patient une forme spécifique à son exposition, peut être utilement approchée par la combinaison de ces méthodes. Autrement dit, nous sommes attentif à l'action performée et incluons quand cela est possible, les anticipations (potentiel de l'action) qu'entretiennent les expériences passées au cabinet médical.

Le cabinet médical, une surface fuyante pour le sujet

14 La relation médecin-patient place dans une certaine mesure ce dernier dans un état de personne dépendante ; ce qui questionne d'emblée sa position de sujet. Le *patient* ne peut pas prendre la place du médecin sans que la nature de la relation et l'objet de la rencontre n'en soient modifiés (Zaccaï-Reyners, 2006). Une mise en dépendance marque cette rencontre parce qu'elle repose sur la formulation d'une plainte ou d'une requête du patient ; que celle-ci fasse l'objet d'une expression minimale (« j'ai mal », « ça ne va pas », « j'ai besoin de... ») ou très élaborée n'y change rien. Dans tous les cas, par sa venue, le patient semble apporter : « devant l'autre ce qu'on ne peut porter seul. [...]. La plainte figure un soi diminué dans son être, demeurant pourtant un soi, mais réellement diminué. Cette diminution, si elle parasite la relation intersubjective, la constitue d'abord et avant tout » (Pierron, 2007, p. 63)

15 Cette plainte sous-tend la reconnaissance d'une incapacité, elle suppose le cas échéant une demande plus ou moins appuyée de sollicitude. Dans le même temps, cette plainte prend appui sur une enquête qui mène au cabinet médical. Le patient doit en quelque sorte trouver un équilibre entre, d'une part, un jugement souverain qui le mène à considérer comme approprié de se rendre chez le médecin et, d'autre part, la nécessité de reconnaitre la légitimité de ce dernier, en se soumettant à son jugement : « *Any response to the doctor's assessment that challenges this asymmetry inescapably undermines the patient's grounds for seeking professional medical help in the first place* » (Jutel, 2009, p. 279).

16 Cet état de relative dépendance/autonomie du patient se manifeste également en regard cette fois de sa qualité de *malade*. Si le patient ne se positionne pas nécessairement de manière explicite comme un être souffrant, et que le médecin ne traite pas constamment ce dernier sous le prisme de la maladie, il faut néanmoins constater que l'un comme l'autre peuvent insister sur son état de souffrance ; pour entraîner notamment d'autres modalités d'échange (*care*, compassion, attention). Classiquement, l'état de malade s'accompagne de l'imputation d'une irresponsabilité. Talcott Parsons le soulignait en considérant que le rôle de malade entraîne un droit d'exemption (*exemption right*) de responsabilité (Parsons, 1951). Si la personne ne peut être rendue responsable du symptôme qui s'est manifesté et, avec lui, de la maladie qui la défait, la déresponsabilisation que suppose la maladie est aujourd'hui régulièrement remise en question dans les sociétés libérales. Au sein du cabinet médical enquêté, le médecin insiste peu sur la responsabilité individuelle du patient. Le médecin, cet acteur en état de constater l'ampleur de la vulnérabilité dans laquelle se trouve le patient,

semble plutôt entretenir un souci « de ne jamais attribuer l'entière responsabilité à l'individu ou à sa maladie » (Linder, 2016, p. 10). En fait, chacun des deux protagonistes insiste tantôt sur la vulnérabilité, tantôt sur l'autonomie du patient, en fonction des circonstances. Intentionnellement ou non, s'affubler ou être affublé de la qualité d'être vulnérable ou autonome peut se faire tant au bénéfice qu'aux dépens du patient.

17 L'embarras inhérent à l'exposition de son inquiétude auprès du médecin entraîne des difficultés particulières : (*i*) le trouble qu'expose le patient l'institue tant comme un être vulnérable, incapable de résoudre seul la situation, que comme un être autonome venu l'exposer afin de l'élucider ; (*ii*) le patient doit (ou considère qu'il doit) attester les signes d'affaiblissement qu'occasionne la maladie et, en même temps, il est attendu de lui qu'il cherche à sortir de cet état de vulnérabilité. L'embarras inhérent à l'interaction médecin-patient se pose encore d'une troisième façon : (*iii*) au sein du cabinet, le patient s'efforce généralement d'exposer son inquiétude sans donner l'air de trop savoir ; inversement, il cherche à ne pas laisser l'impression de ne pas du tout s'y connaître. Autrement dit, il doit indiquer qu'il ne *sait pas* (ou du moins pas exactement) ce qui lui arrive mais qu'il *veut savoir*. Il doit alors montrer qu'il n'en sait pas trop mais qu'il n'ignore pas tout non plus…

Les arrangements de l'usager-patient du seuil à la sortie du cabinet

18 Cette triple difficulté, rarement discutée de conserve, forme un sol fuyant pour le maintien du sujet. En filant l'exposition de son inquiétude, nous examinons dans les pages qui suivent quelques-unes des dynamiques permettant au patient de s'arranger de ces difficultés.

Contrôler son état d'inquiétude. Éviter d'être stigmatisé comme « patient anxieux »

19 La compréhension des arrangements mis en œuvre par le patient est irréductible à la seule observation de l'interaction telle qu'elle se performe. Les potentialités de l'action (Tavory, 2011) pèsent aussi sur la conduite des protagonistes, dès l'entrée du patient au sein du cabinet.

20 Le médecin laisse la parole presqu'immédiatement au patient. Après de brefs échanges de politesse, plus ou moins appuyés, le médecin adopte une posture d'écoute. Le patient présente spontanément ce qui l'amène, sans que le médecin ait à le lui demander, l'installation d'un silence semble suffire. Décider de se rendre chez le médecin, prendre rendez-vous, se déplacer de chez soi, présupposent la conduite d'un être porteur d'un plan d'action. L'initiative laissée au patient de présenter son trouble sous-tend la reconnaissance de son autonomie, de sa faculté de commencer (Genard, 2005). Il faut toutefois reconnaître la brièveté avec laquelle les patients présentent la raison de leur visite ; que celle-ci soit focalisée sur la description des symptômes, leur ignorance relative de l'origine du trouble ou le ressenti de la douleur occasionnée (« j'ai vraiment mal », « j'ai toujours mal »). Une douleur le plus souvent localisée par des gestes ou la désignation relativement vague de l'endroit douloureux (« j'ai mal au dos », « je ne me sens pas bien »). Selon les cas, la douleur est décrite de manière circonstanciée. La

cause potentielle est, elle, rarement soulevée d'emblée et pas sans précaution. À l'entame de la consultation médicale, les interventions du patient semblent expressément réduites.

Extrait d'entretien
FR : Quand vous partagez vos inquiétudes de santé avec votre médecin, comment est prise en charge cette inquiétude-là ?
RÉPONDANTE : Généralement, j'essaye, à la base, je suis plutôt réservée, j'ai pas vraiment envie de montrer mon inquiétude au médecin, donc, je vais expliquer mes symptômes, même faire de l'humour par rapport à ça, je vais dire que ça m'inquiète, pas, je vais pas le montrer quoi. Enfin...
FR : Et pourtant, ça vous inquiète bien plus que vous ne le montrez ?
RÉPONDANTE : Oui, beaucoup plus. Plus. Mais justement, j'ai pas envie, comme je sais qu'il y a toujours une part qui est due à mes angoisses – et je ne sais pas quelle est la part physiologique là-dedans – je n'ai pas envie de passer, parce que *je trouve aussi que les médecins accordent moins de crédit, quand tu dis que t'es quelqu'un d'angoissé, et alors ils vont interpréter, et dire "ça c'est de l'angoisse" ou quoi, et passer à côté de quelque chose, donc moi, je reste... j'explique ce que j'ai, peut-être dire que parfois je suis un peu angoissée, mais je ne vais pas faire... je vais rester calme, souriante, normale.*

21 Lors d'un entretien, Léa, âgée d'une trentaine d'années et diplômée d'un Master en communication, relate l'importance qu'elle attache, chez le médecin, à atténuer sa qualité d'« angoissée ». Il s'agit de s'assurer que ce dernier lui accorde l'attention qu'elle escompte et éviter qu'il passe « à côté de quelque chose ». Elle nous dit l'importance d'écarter le risque que son trouble ne soit pas traité dans les catégories médicales permettant d'objectiver la présence d'une éventuelle maladie. Pour ce faire, elle sur-communique (Eidheim, 1969) généralement une attitude calme, émaillée de traits d'humour, accompagnée éventuellement d'autodérision. Elle vise à donner une impression de confiance en soi.

22 Si la personne se sait considérée comme ayant un rapport problématique à sa santé et par conséquent encourt le risque d'être tantôt *discréditée* (quand est connu ce rapport problématique) ou *discréditable* (quand sa « tare » n'est ni connue ni « immédiatement perceptible » (Goffman, 1975 [1964], p. 14)), elle peut avoir « tendance à se sentir "en représentation", obligée de surveiller et de contrôler l'impression qu'[elle] produit » (*Ibid*., p. 27) Le cas de Léa témoigne d'une telle situation. Elle ajoute qu'elle a développé une certaine habileté ou compétence à dissimuler le degré réel de son état d'inquiétude.

23 Ce travail de mise en scène/coulisse (*Ibid*.) de l'inquiétude (que l'on sous-communique au bénéfice d'une sur-communication de la confiance en soi) ne peut être que partiellement mis en perspective par une lecture interactionniste. Plongée dans un état de fragilité, Léa dispose simultanément de capacités lui permettant de dissimuler cet état auprès de son médecin. Avec l'objectif de s'assurer d'un traitement le moins « biaisé » possible, une autre intention s'exerce, plus cruciale mais aussi moins communicable : se préserver d'une modalité d'envahissement extrêmement violente de sa subjectivité. Un patient s'attend généralement à ce que son trouble – et la douleur qui le rend conscient le cas échéant – soient accueillis sur la base d'un alignement immédiat du médecin. Avoir mal ou faire l'expérience d'une sensation morbide ne peut en principe pas être contesté (Baszanger, 1998 ; Dodier, 1993). La prétention à la justesse normative et à la sincérité des expressifs (Habermas, 1987) est d'autant plus

forte face à un représentant du monde médical. Léa nous invite à considérer que le « *je* », ce sujet préoccupé qui amène, afin de l'élucider, son trouble au cabinet médical, peut être remis en question ; ce qu'elle veut à tout prix éviter. Exposer un excès de préoccupation risquerait notamment de conduire le médecin à situer le diagnostic sur le terrain psychologique et à minimiser les symptômes. La patiente ferait alors les frais d'une objectivation psychopathologique (anxieuse, hypocondriaque) ; et le cas échéant d'un traitement en caractère plus ou moins explicite (Charmaz, 1995). La personne risque alors l'assimilation à un type de patient particulier, un « crock » (Becker, 1993), un patient particulièrement importun accueilli avec suspicion et agacement.

24 L'habileté à contrôler l'exposition de l'inquiétude est inégalement distribuée chez nos répondants. Lorsqu'Herman, âgé d'une trentaine d'années lui aussi, revient sur l'origine de ce qu'il qualifie de « problèmes digestifs », il nous confie qu'il relève en partie d'une dimension psychologique : « Je suis... Je présente tout. J'ai une personnalité anxieuse, j'ai les TOC et je suis hypocondriaque. J'ai vraiment une personnalité anxieuse et obsessionnelle. Anxieux, je l'ai toujours été. Depuis la maternelle ». Lorsque nous réécoutons ensemble l'enregistrement d'une consultation récente chez son gastro-entérologue, Herman souligne « qu'on [le médecin] sait qu'il y a une nervosité, une anxiété, une gêne à ce niveau-là. Ça, je ne sais pas la cacher, ça se perçoit ». La voix et la façon de s'exprimer vont être des signes non intentionnels dont le médecin va pouvoir se saisir pour situer le patient au sein de ses typologies empiriques. Contrairement à Léa, Herman ne parvient pas à dissimuler la portée de son trouble.

25 Le médecin n'a aucun mal à le déceler. Sur le ton de l'humour, il rend explicite ce qu'il appelle la « grande nervosité » du patient. Il semble éviter certains termes disqualifiants et ne souligne pas qu'un élément nouveau lui permet désormais de compléter son cadre d'interprétation. Il stabilise toutefois la conduite de ce dernier en en soulignant l'état particulièrement alarmé. Avec humour encore une fois, le médecin traduit le trouble dans un langage de l'identité plus manifeste : « pour vous je crois que c'est mieux », « avec vous, on va tout faire ». Rendre explicite l'attitude anxieuse semble constituer pour le médecin une manière d'atténuer l'inquiétude du patient, et le poids qu'elle fait peser sur la rencontre.

Extrait de consultation

PATIENT : Et ça, j'ai lu aussi, parce que je lis aussi des choses (énoncé avec une légère gêne) un peu à ce niveau-là.

MÉDECIN : Oui.

PATIENT : C'est ce qu'on appelle le cordon colique.

MÉDECIN : Et vous avez déjà pris du Spasmofen comme on donne classiquement pour ça non ?

PATIENT: Non, je n'en ai pas pris parce que je ne me tords pas de douleur.

MÉDECIN : Et sinon, l'appétit est bon ? La cuisine de madame est bonne ?

PATIENT : Non, je mange très bien. Pas de souci de ce côté-là. Je mange très bien !

MÉDECIN : Vous mangez bien. Il y a beaucoup de nervosité dans tout ce que vous me racontez.

PATIENT : Oui, je suis très nerveux. Et en fait, j'ai tout noté et je me renseigne aussi.

MÉDECIN : Ouais. C'est sûr.

PATIENT : L'ennui le plus important, c'est plus l'angoisse que ça peut provoquer. Et je pense que j'ennuie un peu mon entourage. Parce que j'en parle souvent.

MÉDECIN : Et si on fait une petite colo [6] ? Vous serez tout à fait rassuré ?

26 Dans cet extrait, à la fois cocasse et empreint de gravité, Herman ne cherche pas à se faire tout petit. Au contraire, il veille à étayer son propos par des qualifications techniques énoncées avec précision (sigmoïde, fosse iliaque gauche, cordon colique) ; une posture éloignée des fréquentes dynamiques d'euphémisation des connaissances que nous observons chez d'autres patients (voir *infra*). Ce vocabulaire lui permet d'être « au plus proche de ce que je ressens ». En objectivant son trouble par l'usage de cette terminologie, l'usager se déplace en quelque sorte du mal-aise dans le familier à un « grandissement dans des qualifications publiques qui engagent le bien commun » (Thévenot, 2014, p. 146). Ses connaissances (nourries de ses usages d'Internet, qui découle de son capital culturel et de son expérience de la maladie) lui permettent de ressaisir un trouble problématique, sur lequel il perd parfois toute prise. Elles lui permettent d'entraîner chez le médecin une intervention à la hauteur de ses exigences : que toutes les possibilités de diagnostics problématiques soient envisagées (« donc, je lui ai énuméré chaque symptôme, pour avoir son avis. Et ça m'a rassuré »). *A contrario*, d'autres patients cherchent expressément à ne pas mobiliser ce type de vocabulaire afin de ne pas encourager le médecin à verser de trop dans son jargon médical. Bien qu'Herman nous dise qu'il avait en tête les diagnostics les plus probables, il a veillé à ne pas les mentionner explicitement au médecin.

27 Taru Ijäs-Kallio, Johanna Ruusuvuori et Anssi Peräkylä notent que le type de présentation initiale du trouble par le patient influence la conduite adoptée ensuite par le médecin. Plus le patient serait centré sur l'exposition de ses symptômes (et pas sur la cause éventuelle qui expliquerait leur origine), plus le médecin aurait tendance à se reposer sur sa seule expertise médicale (à ne suivre et n'exprimer que son raisonnement médical) et à ne pas considérer le patient comme un interactant digne que l'on se centre sur sa compréhension du trouble. Autrement dit, moins le patient s'engagerait sur le terrain des causes, moins le médecin quitterait celui de l'objectivation technico-scientifique (Ijäs-Kallio, Ruusuvuori & Peräkylä, 2010). Nos données indiquent une réalité plus complexe. Il en ressort néanmoins un constat convergent : le patient mentionne peu les causes qu'il imagine être à l'origine de son trouble.

28 Dans la foulée de l'exposition initiale du trouble, le médecin entame plus explicitement l'examen médical et établit, le cas échéant, un diagnostic.

L'examen médical. Se manifester en deçà de l'énonciation ?

29 Une fois que s'achève la présentation initiale du trouble, le médecin prend la relève (« on va regarder un peu »). Diagnostics différentiels, questions-réponses, éventuellement la palpation, s'imposent désormais. L'examen s'engage parfois dès l'entrée du patient (Becker, 1993). Il ne serait pas rare que le médecin anticipe ce qui préoccupe le patient ou la façon dont l'interaction va se dérouler, au risque peut-être de limiter le champ d'interprétations de l'origine du problème de santé.

30 L'examen apparaît comme une séquence de la consultation où la parole du patient est davantage mise en retrait. Elle n'est pas rendue stérile, mais fait l'objet d'un cadrage orienté autour du plan d'action du médecin : élaborer un diagnostic. Le dialogue questions-réponses, caractéristique de l'établissement du diagnostic différentiel, formate la parole du patient afin qu'elle alimente ce plan d'action. L'exposition et le traitement de l'inquiétude semblent enveloppés d'une ambiance non-linguistique, qui

suppose d'autres façons d'échanger, de s'arranger, mais aussi de s'approprier cet espace. Lors de l'examen, savoirs, jargon et instruments du médecin occupent le devant de la scène. Les initiatives du patient ne sont toutefois pas étouffées. Dans le recours aux objets – la demande de la prise de la tension notamment – le patient trouve un levier permettant de se refaire, de se projeter à nouveau à l'avant-plan du traitement réservé à son trouble.

31 Partons du cas de Louise, âgée d'une cinquantaine d'années, en rémission complète d'un cancer. Elle se rend au cabinet de son généraliste pour lui faire part de douleurs situées au bas du dos. Des douleurs dorsales dont elle a déjà fait plusieurs fois l'expérience. De l'exposition initiale de son trouble à l'examen médical, il n'y a qu'un pas :

Extrait de consultation

PATIENTE : [...] Et alors là, elle (la douleur dans le bas du dos) s'est déclarée.

MÉDECIN : Tout d'un coup ?

PATIENTE : Tout d'un coup et comme à chaque fois.

MÉDECIN : Et tu n'as pas fait un mouvement particulier ?

PATIENTE : Je ne m'en souviens pas en tous les cas. Je l'aurais ressenti parce que je me connais bien. Je connais cette douleur, donc. Je sais bien, il craque, ça y est, mais non.

32 Cette douleur est présentée comme un agent étranger (« elle s'est déclarée »). Tâchant de déterminer l'origine de cette douleur (l'examen débute), le médecin semble peu concerné par l'étrangeté de cet agent et questionne plutôt l'agencéité de la patiente (« tu n'as pas fait un mouvement particulier ? »). La patiente écarte cette éventualité en s'appuyant sur une modalisation subjectivante (« je me connais bien », « je l'aurais ressenti », « je connais cette douleur ») lui permettant d'accentuer le caractère problématique de cette douleur dont l'origine lui échappe. Elle navigue entre la reconnaissance mentionnée plus haut d'un agent autre en soi (« je connais cette douleur ») et sa réintégration dans son corps familiarisé (« je me connais bien »). Elle objective en quelque sorte l'inquiétude afin de souligner le caractère problématique de son trouble. Le diagnostic différentiel s'entame dans la foulée. Le médecin pose une série de questions visant à classer le trouble dans ses cadres nosographiques et énonce à haute voix ses conclusions sur base des réponses de la patiente.

33 Au fil de l'examen, Louise signale avoir pris un médicament (« ce Médrol-là »), un anti-inflammatoire qui l'a rendue rouge comme une pivoine et convaincue de prendre rendez-vous. Progressivement, elle précise ce qui la préoccupe le plus (« Est-ce que c'est incompatible avec mon traitement d'hormonothérapie ça ?) : le risque que ce cancer depuis des années en rémission complète, se soit déplacé ailleurs (« que ça n'a pas été se mettre sur autre chose ») et, avec lui, l'état d'inquiétude dans lequel cette douleur dorsale peut la plonger (« je ne sais absolument pas contrôler ça »). Le médecin s'efforce, lui, de souligner le bien-fondé (« c'est normal », « je comprends ») de cette préoccupation en évitant tout effet d'alarme.

34 Les résultats de précédents examens, les dispositifs utilisés lors de l'examen médical (le tensiomètre en particulier), les médicaments, mais aussi les imageries utilisées par le médecin, l'ordinateur et le clavier sur lequel ce dernier tape ses observations, ou encore l'imprimante d'où sort la prescription sont autant d'objets qui rythment les

échanges. Ces objets participent à l'objectivation du trouble et influent, de ce fait, sur l'inquiétude.

35 Parfois, ces objets sont mobilisés afin d'atténuer l'inquiétude. Après lui avoir expliqué quelques *indices* présents sur le document où sont inscrits les résultats d'un test urinaire, le médecin finit par tendre à Isabelle le document en ajoutant, pour la seconde fois : « Et alors, voilà la liste, négatif de chez négatif » et tente de clore l'échange en insistant sur le bien-fondé d'avoir à se rassurer. Mobiliser ces examens (ou leurs résultats) apparait parfois comme une façon de freiner l'inquiétude. On se rappelle le gastroentérologue qui proposait la prescription d'une colonoscopie à Herman : au cas où les résultats s'avèreraient négatifs, ce dernier devait accepter que son état de préoccupation n'avait pas lieu d'être.

36 Le *tensiomètre* occupe une place singulière parmi les appareillages médicaux. Entre supplication et revendication, le patient requiert régulièrement du médecin qu'il prenne sa tension artérielle, en lui laissant visiblement peu de marge de manœuvre. Il semble que ce dernier ne puisse pas facilement refuser cette requête. L'indice affiché par l'instrument peut contribuer à objectiver un état de maladie et entraîner une attention plus accrue du médecin. Une attention que la seule parole du patient ne suffit pas nécessairement à traduire ou à justifier. Le tensiomètre endosse une valeur symbolique qui prime sur sa fonction technique. Prendre la tension fait partie de ces gestes routiniers (Bloy, 2014) de l'examen médical, qui rassurent, apaisent, relèvent de la puissance du toucher et contribuent au maintien du sujet.

37 L'usage du tensiomètre permet également de manipuler le cours de la consultation, ce qui peut se faire à l'initiative des deux protagonistes. Une patiente se rend chez son médecin pour un problème persistant situé au niveau de la gorge (« Non, j'ai pas mal à la gorge. Non, c'est simplement comme une gêne [...] »). La plainte est accompagnée d'une critique à l'égard du monde médical : « comme je ne viens pas souvent et comme le médecin à la maison c'est toujours expéditif [...] ». La critique est latente et semble surtout exprimer une demande de sollicitude : que le médecin lui accorde du temps et de l'attention. Ce dernier ne réagit pas verbalement à cette dénonciation. Il se lève et exécute la requête de la patiente en prenant sa tension. La demande de la patiente peut être lue comme un moyen de prolonger la consultation qui s'achevait imperceptiblement. Le tensiomètre apparaît comme un appui lui permettant de reprendre la main dans l'objectivation du trouble.

38 La patiente perçoit dans les commentaires et l'ironie du médecin que la cause de sa gêne au niveau de la gorge risque de ne pas être davantage précisée par la prise de sa tension artérielle : « 14 et 8 c'est, c'est bien. Ton cœur bat à 75, ton taux d'oxygène, 98 %. C'est parfait. Tu peux partir (rires) ». Elle reformule alors plus directement l'objet de son enquête, sous la forme cette fois d'une question : « Pour ne pas être désagréable, et on laisse ça, on ne cherche pas l'origine ? ». Énoncée avec une légère âpreté, la question est accompagnée de précautions : « pour ne pas être désagréable ». L'usage du « on » et de la formule infinitive apparaissent très clairement comme une façon d'affaiblir le marquage personnel (De Fornel, 1994). Nous ne savons d'ailleurs pas s'il s'agit de *ne pas être désagréable* envers le médecin (en formulant cette question), ou *de ne plus sentir ce désagrément* qui découle de cette gêne. S'en suit en tous cas un retour immédiat aux questions-réponses du diagnostic différentiel, qui rassure la patiente.

39 Dans la foulée de la présentation initiale du trouble, le médecin vient de procéder à l'examen médical. Dans cette séquence moins linguistique que celle qui précède, la

visée d'objectivation du trouble n'enlève pas la possibilité au patient de maintenir son agencéité. On aperçoit le caractère quelques fois visiblement éprouvant pour le médecin [7] de s'aligner sur la demande du patient qui cherche à manœuvrer la conduite de l'examen. Le patient s'arrime à l'usage d'objets grâce auxquels il escompte qu'ils entraînent le médecin à concéder que son trouble ne doit pas être négligé.

Établissement du traitement entre contournements et mises en parenthèse

40 On observe que l'annonce du diagnostic – parfois décrit comme le point culminant de l'objectivation du trouble – ne fait pratiquement pas l'objet d'une expression formalisée. Alors qu'elle peut être attendue comme rendant fort problématique le maintien du sujet, nous n'observons pas de césure nette entre l'examen médical qui s'achève et l'établissement du traitement (Ménoret, 2007). Parmi les cas relativement peu problématiques du point de vue du diagnostic de notre échantillon, le médecin mentionne avec un degré de conviction modéré que la personne pourrait souffrir de ceci ou de cela. Il prescrit des examens complémentaires, réalise une prise de sang ou passe au traitement sans énoncer du tout de diagnostic. Le patient doit parfois insister pour en obtenir un.

41 Une fois le diagnostic établi, il n'est pas nécessairement simple pour le patient de poursuivre les échanges vers la formulation des questions qu'il souhaite poser. Il peut considérer que celles-ci ne sont pertinentes que si le médecin lui-même les envisage. Dans certains cas, il attribue une forme de fidélité à la procédure du diagnostic, qui exclut le bien-fondé de poser des questions. Le médecin est perçu comme un être qui est supposé savoir et rend *de facto* la demande difficile. Les demandes de clarification prennent des formes singulières et les arrangements à l'œuvre ressemblent parfois peu à des questions ; qui ne seraient pas le moyen convenu de solliciter une information. Une situation co-entretenue par les protagonistes (West, 1984). Illustrons quelques-unes des formes que prennent, le plus souvent en fin de consultation, les interrogations du patient, une autre facette de l'exposition de l'inquiétude. Ces tentatives visant à interroger le traitement réservé au trouble s'organisent régulièrement selon des dynamiques que nous qualifions de *contournement*. Il s'agit de recourir à des êtres ou des espaces éloignés et à tout le moins extérieurs à l'environnement immédiat. Ces contournements aux formes hétéroclites (projections, discours rapportés, métaphores, ironie, humour) sortent chaque fois les protagonistes des circonstances immédiates de l'interaction. Ils permettent au patient de neutraliser les tensions inhérentes au fait de s'aventurer sur le terrain du diagnostic ou du traitement à adopter.

42 Certains des êtres spontanément mobilisés sont associés à des savoirs d'expériences. Des savoirs qui le prémunissent d'une prétention à se positionner sur le terrain de l'expertise du médecin. Le patient peut notamment donner à sa proposition l'apparence de ce qu'Albert Piette nomme « le mode mineur » et par là écarter le risque de la voir disqualifiée. Présentées comme « non réfléchies », comme « un à-côté par rapport [...] à l'enjeu et à la motivation de la situation », « le mode mineur, en tant que modalité de déroulement de l'action, atténue ou, plus précisément, amortit selon des degrés variables l'enjeu de sens associé à la situation en question, sans la transgresser et sans en générer une autre » (Piette, 2009, p. 251).

Extrait de consultation

MÉDECIN : (le médecin tape ses observations). Voilà, tu as probablement une périarthrite de la hanche. Donc, une inflammation du grand trochanter et de la bandelette qui s'y insère. Tu as une grande bandelette qui va du haut de la cuisse jusqu'au bout. Qui s'attache sur le grand trochanter. Et c'est ça qui est le point douloureux.

PATIENTE : Parce que Carine, sa belle-maman, elle est très mal aussi. Elle avait mal longtemps, et pour finir, son médecin lui a fait une injection dans le /. Il lui a dit que c'était le trochanter en question. Et, ça s'est passé, et Carine qui me dit « bah va voir s'il y a quelque chose à faire. Tu verras bien, s'il y a un examen particulier ou non ».

MÉDECIN : Ce que moi je dois faire avant de faire quoi que ce soit, c'est d'exclure l'arthrose de la hanche droite [...].

43 Suzanne reçoit un diagnostic relativement clair. Elle semble peu surprise. Elle réagit à l'objectivation médicale sans équivoque de son trouble par une dynamique de contournement. Elle s'appuie sur l'évocation du cas d'une proche dont la belle-mère aurait rencontré le même problème de santé et avec elle l'intention de discuter le traitement reçu par cet être lointain, à savoir une injection dans la zone douloureuse en question. Un traitement qui, s'il était appliqué, lui permettrait, considère-t-elle, de soulager rapidement la douleur. Amener l'échange vers ce traitement entraîne donc l'invocation du cas lointain du *médecin-de-la-belle-mère-d'une-proche* plutôt qu'une question adressant directement le bien-fondé de ce type d'injection.

44 À l'issue de la consultation, Sarina relate le témoignage du spécialiste vu récemment : il lui a confié avoir lui aussi une hernie mais « avec intestin et tout » et, lorsqu'« il sent que ça ne va pas, il se couche, et pousse sur son ventre » et ensuite repart « comme si de rien n'était ». L'enjeu stratégique de cette invocation (s'accorder sur le fait que l'intervention chirurgicale n'ait pas lieu) de la conduite de ce médecin s'articule là aussi à une forme de contournement, plutôt qu'à un mode plus direct de prise de décision.

45 Dans ces situations, ce sont plusieurs voix qui se manifestent simultanément et questionnent l'unicité du sujet exposant son trouble. Un parallèle pourrait être tracé avec la thèse d'Oswald Ducrot (1984) sur la polyphonie. Un procédé linguistique récurrent au sein du cabinet médical. Il permet de distinguer le *patient-producteur* de l'énoncé, qui ne peut pas être tenu responsable du propos rapporté et ne l'assume pas à la première personne, et l'acteur, ce lointain *locuteur* qui serait, *lui*, responsable du questionnement sous-jacent à l'énoncé.

46 Sur notre site d'enquête, les échanges sont fréquemment ponctués de ces prises de distance : la personne rapporte son trouble au cas d'un autre, et notamment au traitement dont a fait l'expérience cet être lointain (l'injection dans la hanche dans le premier cas ou le médecin qui appuie sur son ventre dans le deuxième). La subtilité de l'arrangement passe par l'ambivalence de cette référence à un être absent, détaché du *ici et maintenant*, qui est toutefois en même temps très présent car il renvoie à une scène similaire à celle dans laquelle les protagonistes évoluent. La référence à ce tiers *interpelle* en quelque sorte le médecin et apparaît politique en ce qu'il peut « déterminer des orientations nouvelles, fixer de nouvelles finalités, transformer des mondes impossibles en mondes possibles et des êtres inexistants en des entités de références effectives » (Kaufmann, 2008,p. 89). Elle émancipe le patient en ce qu'elle « lie inextricablement ceux qui y participent à un *Nous* qui les subsume sous une identité

commune et les force ainsi à se reconnaître et à s'individuer *en tant que* membres d'une totalité collective qui désormais les dépasse » (*Ibid*., p. 91).

47 D'autres arrangements partagent des appuis similaires. Le patient veille à recourir à des mécanismes linguistiques marqués par le mode « bémolisé », « litotisé » (Parret, 2006, p. 18) qui réduisent ce qui pourrait menacer la *face* du médecin. Ces mécanismes passent notamment par une disqualification du statut d'acteur : « fin, vous êtes plus malin que moi ». Le patient peut également recourir à des *préfixations* des questions plus menaçantes. C'était le cas de cette patiente mentionnée plus haut – « Pour ne pas être désagréable, et on laisse ça, on ne cherche pas l'origine ? ». Ces dynamiques permettent d'énoncer des questionnements ou connaissances plus formelles, en évitant soigneusement de se présenter comme sachant mieux que le médecin.

48 L'adoption d'une conduite assertive semble peu convenir lors de la consultation. Le patient expose son inquiétude au travers d'interrogations, mais celles-ci prennent rarement la forme d'une question. Il doit s'arranger en jonglant avec ses connaissances expérientielles dont il sait qu'elles s'accordent faiblement aux catégories médicales, mais qu'elles ont davantage droit de cité. Il doit aussi jongler afin de mobiliser des connaissances qui ne sont plus seulement expérientielles, mais auxquelles il s'efforce de donner une apparence relativement négligeable. De là découle la mise en œuvre d'arrangements (contournements, parenthèses, d'autres pourraient être dégagés) mêlant assertivité et euphémisation.

Quitter le cabinet ou faire les frais d'une polarisation sur l'état d'être capable

49 La consultation arrive régulièrement à son terme de manière implicite. Le son de l'imprimante qui éjecte la prescription est parfois un indice non-verbal suffisant pour que se désengagent les acteurs. L'issue de la consultation s'accompagne de discussions plus ouvertes à des sujets caractéristiques d'une civilité (travail, famille, vacances) qui rattache le patient et son trouble à la communauté des humains. À l'initiative du patient le plus souvent, ce type d'échange ratifie une symétrisation du statut des protagonistes, inobservable jusque-là. Ces échanges peuvent également tenir à l'écart les imputations de responsabilité personnelle qui surviennent parfois dans les propos du médecin en fin de consultation. Alors que le patient est sur le point de quitter le cabinet, le médecin insiste parfois davantage sur ses capacités, son aptitude à être responsable de sa prise en charge. Non pas qu'il ignore la vulnérabilité des patients qu'il continue à reconnaître. Il semble toutefois amender sa considération des états pluriels du sujet en insistant cette fois, avec une acuité non-observée précédemment, sur leurs capacités d'agir.

50 Par le recours au sarcasme, ou en ironisant, le médecin peut émettre un jugement sur la façon dont se conduit le patient au regard de sa santé ou sur d'autres terrains avoisinants (travail, famille). Si le médecin manœuvre entre ironie, sarcasmes et réprimandes joyeuses, c'est qu'il intègre et impute à la fois une responsabilité à la personne dans ce qui lui arrive mais reconnaît aussi sa fragilité, sa difficulté à aller de l'avant. Cela étant dit – et il serait important d'examiner la question sur d'autres sites d'enquête – peut-être y a-t-il une forme de tendance des médecins à insister à l'issue de la consultation sur les capacités de la personne et moins sur sa vulnérabilité, vis-à-vis

de laquelle ils pourraient se faire moins amènes. Il semble en tous cas difficile pour certains patients d'accepter que le médecin, duquel est notamment attendue l'expression d'une sollicitude (parfois absente de tous les autres espaces sociaux où la personne évolue), puisse explicitement insister sur leur état d'être apte à aller de l'avant. On entraperçoit parfois une hâte du patient à quitter le cabinet lorsque le médecin s'engage sur ce terrain de l'imputation de capacités. C'est sans doute particulièrement le cas quand la maladie est devenue une béquille sur laquelle la personne s'appuie pour se définir et se rapporter aux autres, l'imputation d'une responsabilité ou, de manière plus atténuée, d'une capacité à rebondir, n'est en tous cas pas reçue sans heurt, ni facile à tenir pour tous les patients.

51 L'accentuation des capacités d'agir à la fin de la consultation expliquerait potentiellement que plusieurs patients expriment l'objet véritable de leur enquête à la toute fin de l'échange avec le médecin, parfois quand ils sont en train de se diriger ou d'être dirigé vers la sortie. Un peu comme si les précautions oratoires (contournements, parenthèses) observées précédemment laissaient à ce moment place à plus de franchise ; dont le caractère « problématique » serait atténué par le fait d'être exposée sur le départ.

Conclusion. Louvoyer pour élucider son inquiétude

52 Cette étude montre que la consistance du sujet fluctue à très court terme au sein du cabinet médical. En exposant son inquiétude, la position du sujet semble particulièrement fuyante. Pour caractériser transversalement la conduite du patient et ce qu'il advient du sujet du seuil à la sortie du cabinet, il nous semble approprié de parler de *louvoiements*. Si le constat du caractère oscillant du sujet n'est pas récent, l'ampleur des difficultés traversées et les arrangements que le patient met en œuvre nous ont interpelé. Alors que les situations rencontrées sont peu problématiques du point de vue du diagnostic, il semble constamment glisser entre différents états. Il doit louvoyer tant pour communiquer un trouble qui l'expose dans le même mouvement à différents risques (de ne pas être pris au sérieux, de ne pas être examiné avec suffisamment d'attention, que sa souffrance ne soit pas soulagée, que sa demande de sollicitude ne soit pas entendue) que pour élucider son trouble (ce qu'il se passe avec ce corps biologique).

53 Par la catégorie de *louvoiement*, nous n'entendons pas nécessairement une action fondée sur une intention stratégique comme moyen, détourné ou non, pour parvenir à ses fins (manœuvrer, ruser) ; le sens auquel est généralement employé ce terme. Dès son introduction au sein du cabinet, le sujet semble osciller entre trois horizons : l'autonomie, la vulnérabilité et le décrochement. Il semble ne pas pouvoir se poser dans cet espace de manière constamment autonome, ni totalement vulnérable, ni en décrochant définitivement avec le registre de la subjectivité. Nous soulignons davantage le côté hétérogène des louvoiements et l'absence – ou le caractère relatif – de la dimension stratégique rationnelle de ceux-ci :

54 *(i) Entre autonomie et vulnérabilité* : les dynamiques de parenthétisation, sous-communication, euphémisation des savoirs et des ressentis, permettent au patient d'afficher simultanément la proposition d'autonomie et la proposition contraire, de vulnérabilité. Le patient doit à de nombreuses reprises *méta-communiquer* face au médecin : pour tenir une position d'autonomie (par exemple celle d'un être qui sait de

quoi il parle : « à un endroit bien précis »), il doit indiquer que son énoncé a une valeur inférieure à la proposition formulée dans la foulée, attestant cette fois de son état de vulnérabilité (fragilité, dépendance, ignorance) (« mais vous êtes plus malin que moi »). Inversement, pour que tienne valablement la position de vulnérabilité (« j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal ») que suppose son état de souffrance, il doit laisser paraître qu'il cherche malgré tout à s'en sortir (« je me soigne depuis la semaine dernière »). Pour que soit discutée une autre possibilité de traitement, il recourt à des êtres ou espaces éloignés (« le médecin de ma belle-sœur lui a fait une injection dans le genou », « le gastro-entérologue que j'ai vu, il appuie sur son ventre pour faire rentrer son hernie »). En somme, le patient doit maintenir une forme d'ambiguïté. Il doit passer de l'adoption d'une pose à une autre, en gardant à chaque fois avec lui un peu de celle qu'il a quittée. Le patient rivalise d'arrangements afin de simultanément abandonner/(re)conquérir son autonomie d'un côté et exposer/dénier sa vulnérabilité de l'autre.

55 *(ii) De brefs décrochements avec l'axe autonomie-vulnérabilité* : l'essentiel des consultations examinées montre que les patients, même s'ils ne savent pas précisément ce qui leur arrive, s'efforcent de maintenir un rapport subjectivant avec leur trouble soit sous la modalité de l'autonomie soit de celle de la vulnérabilité. Ils rapportent par exemple le trouble à des évènements passés. Il arrive toutefois que les choses leur échappent. En guise de proposition pour de futures recherches, nous souhaitons brièvement signaler une autre forme de louvoiement. Bien que de nombreux travaux en sociologie de la santé se soient intéressés à ce que la maladie fait à la subjectivité (par exemple Mol, 2008 ; Charmaz, 2002, 1995, 1983 ; Mol & Law, 2004), peu d'attention a été donnée aux contextes souvent fugaces où certains indices signalent que les choses échappent au patient, que sa volonté est en quelque sorte inopérante par incapacité de pouvoir peser sur la situation. Pour désigner ces situations nous parlons de *décrochements* : des moments où le pouvoir faire du sujet s'affaiblit, voire s'annule. La personne demeure un *sujet* qui vit des états affectifs/subjectifs, mais dans des configurations particulières liées à cette impuissance. Le décrochement renvoie à des interprétants qui diffèrent de la subjectivation moderne que Jean-Louis Genard qualifie de responsabilisante et qui s'organise entre autonomie et vulnérabilité (ou hétéronomie) (Genard, 1999). Dans la perspective du *décrochement*, la personne « se » rapporte à son trouble à partir d'une délicate position d'extériorité vis-à-vis de *soi* (Ruiz-Junco, 2011). Son agencéité est invalidée pour un temps, généralement court. À la suite notamment de l'examen médical ou dans la foulée d'explications techniques, surviennent de brefs moments où la personne n'a pas encore trouvé de moyen de subjectiver ce qu'il se passe. L'objectivation médicale désoriente parfois le patient ; ce qui peut d'ailleurs participer à faciliter l'observance des recommandations du médecin. Ce dernier participe parfois activement à ce va-et-vient entre décrochement et raccrochement (autonomie-vulnérabilité). Il peut également arriver que le patient *décroche plus intentionnellement*. Un arrangement qui lui permet d'insister auprès du médecin sur la portée du trouble, de souligner, le cas échéant, tant l'inefficacité de tentatives visant à le résoudre que le bien-fondé de s'être rendu chez son médecin, ou encore l'inefficacité des traitements précédemment proposés. Il peut encore *s'amuser de son impuissance*. Nous observons quelques contextes où le patient se maintient davantage sous l'horizon du décrochement (« ça tire un peu », « ça gratte », « comme si ça bougeait », « et ça me fait rire, [...] on dirait que ça s'endort, mais après, ça revient »). Pour un temps, la personne semble moins louvoyer entre autonomie et vulnérabilité. Elle semble l'espace de quelques instants évoluer sous un horizon de décrochement et l'autonomie-

vulnérabilité. Elle s'amuse de l'existence d'une sensation sur laquelle elle n'a pas de prise. Elle semble brièvement captivée par son impuissance, par l'impossibilité de rétablir ou de peser sur la situation. Le patient peut alors faire émerger cette disposition humaine consistant à rire parce qu'il n'y a rien d'autre à faire.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM P. & C. HERZLICH (2007), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Éditions Armand Colin.

BASZANGER I. (1998), *Inventing Pain Medicine: From the Laboratory to the Clinic*, New Brunswick, Rutgers University Press.

BECKER H. S. (1993), « How I Learned What A Crock Was », *Journal of Contemporary Ethnography*, n° 22, pp. 28-35.

BERGER M. & F. ROMIJN (2016), « Participer ou presque. In-actualisation de la participation du quidam aux questions de santé. Questions de communication », dans BADOUARD R., MABI C. & L. MONNOYER-SMITH (dir.), *Ce que débattre en public veut dire. Définitions et usages du concept de « Débat public »*, n° 30, pp. 91-118.

BERGERON H. & P. CASTEL (2018), *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses universitaires de France.

BLOY G. (2014), « Les habits neufs du DR Knock ? Les médecins généralistes aux frontières extensibles du projet préventif », dans BUJON T., DOURLENS C. & G. LE NAOUR (dir.), *Aux Frontières de la médecine*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, pp. 3-22.

BOLTANSKI L. (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 26, n° 1, pp. 205-233 [En ligne] https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470

BUREAU E. & J. HERMANN-MESFEN (2014), « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé* [En ligne] http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1342

BURY M. (1982), « Chronic Illness as Biographical Disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n° 2, pp. 167-182.

CALLON M. V. RABEHARISOA (1999), « La leçon d'humanité de Gino », *Réseaux*, n° 95, 197-233 [En ligne] https://doi.org/10.3406/reso.1999.2159

CHARMAZ K. (1983), « Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill », *Sociology of Health and Illness*, vol. 5, n° 2, pp. 169-195.

CHARMAZ K. (1995), « The Body, Identity, and Self: Adapting To Impairment », *The Sociological Quaterly*, vol. 36, n° 4, pp. 657-680.

CHARMAZ K. (2002), « Stories and Silences: Disclosures and Self in Chronic Illness », *Qualitative Inquiry*, vol. 8, n° 3, pp. 302-328.

CONEIN B. (1992), « Éthologie et sociologie. Contribution de l'éthologue à la théorie de l'interaction sociale », *Revue française de sociologie*, n° 33, pp. 87-104.

DE FORNEL M. (1994), « Pluralisation de la personne et variation pronominale », *Faits de langues*, n° 3., pp. 185-192 [En ligne] https://doi.org/10.3406/flang.1994.923

DODIER N. (1993), « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, vol. 11, n° 62, pp. 63-85 [En ligne] https://doi.org/10.3406/reso.1993.2574

DUCROT O. (1984), *Le dire et le dit*, Paris, Éditions de Minuit.

EIDHEIM H. (1969), « When Ethnic Identity is a Social Stigma », dans BARTH F. (dir.), *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Difference*, Bergen-Oslo, Universitets Forlaget, pp. 39-57.

FAINZANG S. (2006), *La Relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France.

FRIEDSON E. (1985), *La Profession médicale*, Paris, Éditions Payot.

GENARD J.-L. (1999), *La Grammaire de la responsabilité*, Paris, Éditions Cerf.

GENARD J.-L. (2015), « L'humain sous l'horizon de l'incapacité », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 46, n° 1, pp. 129-146 [En ligne] https://journals.openedition.org/rsa/1424

GOFFMAN E. (1974 [1967]), *Les Rites d'interaction,* Paris, Éditions de Minuit.

Goffman E. (1975 [1964]), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit.

GOFFMAN E. (1991 [1974]), *Les Cadres de l'expérience*, Paris, Éditions de Minuit.

HABERMAS J. (1987), *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Éditions Fayard.

HERZLICH C. (2005), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions de l'EHESS.

IJÄS-KALLIO T., RUUSUVUORI J. & A. PERÄKYLÄ (2010), « Patient Resistance towards Diagnosis in Primary Care: Implications for Concordance », *Health*, vol. 14, n° 6, pp. 505-522. [En ligne] https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363459309360798

JUTEL A. (2009), « Sociology of Diagnosis: A Preliminary Review », *Sociology of health & illness*, vol. 31, n° 2, pp. 278-299 [10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x]

KAUFMANN L. (2008), « La société de déférence. Médias, médiations et communication », *Réseaux*, n° 148-149, pp. 79-116.

LINDER A. (2016), « Maladie psychique et sujet : les attributions de responsabilité dans une unité psychiatrique de réhabilitation », *SociologieS* [En ligne] https://journals.openedition.org/sociologies/5338

MÉNORET M. (2007), *Les Temps du cancer*, Lormont, Éditions Le Bord de l'Eau.

MOL A. (2008), « Introduction », dans *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, Abingdon, Oxon, Routledge Publisher, pp. 1-15.

MOL A. & J. LAW (2004), « Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia », *Body & Society*, vol. 10, n° 2-3, pp. 43-62.

PARRET H. (2006), *Sutures sémiotiques*, Limoges, Éditions Lambert-Lucas.

PARSONS T. (1951), *The Social System*, New York, The Free Press.

PIERRON J.-P. (2007), « Une nouvelle figure du patient ?
Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 25, n° 2, pp. 43-66 [En ligne] https://doi.org/10.3917/sss.252.0043

PIETTE A. (2009), « L'action en mode mineur : une compétence impensée », dans BREVIGLIERI M., LAFAYE C. & D. Trom (dir.), *Compétences critiques et sens de la justice*, Paris, Éditions Economica, pp. 251-260.

ROMIJN F. (2018), *S'Exposer en inquiétude. Le sujet fait et défait avec les médiations nouvelles sur sa santé*, Thèse de doctorat de sociologie, Paris et Bruxelles, Éditions de l'EHESS et de l'Université libre de Bruxelles.

RUIZ-JUNCO N. (2011), « Stranger to You and Stranger to Myself? Theorizing Self-Estrangement », dans DAHMS H. F. (dir.), *The Diversity of Social Theories, Current Perspectives in Social Theory*, n° 29, Emerald Group Publishing Limited, pp. 147-168.

RUUSUVUORI J. & A. PERAKYLA (2009), « Facial and Verbal Expressions in Assessing Stories and Topics », *Research on Language and Social Interaction*, n° 42, pp. 377-394 [En ligne] https://doi.org/10.1080/08351810903296499

SALTZ J. (2004), « Art at Arm's Length: A History of the Selfie », *Vulture* [En ligne] http://www.vulture.com/2014/01/history9of9the9selfie.html

TAVORY I. (2009), « The structure of Flirtation. On the Construction of Interactional Ambiguity », *Studies In Symbolic Interaction*, n° 33, pp. 59-74. [En ligne] https://doi.org/10.1108/S0163-2396(2009)0000033007

TAVORY I. (2011), « À la vue d'une Kippa. Une phénoménologie des attentes d'interaction dans un quartier juif orthodoxe de Los Angeles », dans BERGER M., CEFAI D. & C. GAYET-VIAUD (dir.), *Du Civil au Politique. Ethnographies du Vivre Ensemble*, Bruxelles, Éditions Peter Lang, pp. 55-77.

TEN HAVE P. (1995), « Medical Ethnomethodology: An overview », *Human studies*, vol. 18, n° 2-3, pp. 245-261.

THÉVENOT L. (2006), *L'Action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagements*, Paris, Éditions La Découverte.

THÉVENOT L. (2014), « Une vie éprouvée. Entre migration postcoloniale, discrimination à l'embauche, maternité affectée et adoption salvatrice : quelle "identité forgée" ? », dans VRANCKEN D. (dir.) *Penser l'incertain*, Québec, Presses de l'Université Laval, pp. 139-160.

VOUTILAINEN L., HENTTONEN P., KAHRI M., KIVIOJA M., RAVAJA N., SAMS M. & A. PERAKYLA (2014), « Affective Stance, Ambivalence, and Psychophysiological Responses during Conversational Storytelling», *Journal of Pragmatics*, n° 68, pp. 1-24 [En ligne] https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.04.006

WEST C. (1984), *Routine Complications. Trouble with Talk between Doctors and Patients*, Bloomington, Indiana University Press.

ZACCAÏ-REYNERS N. (2006), « Respect, Réciprocité et Relations Asymétriques. Quelques figures de la relation de soin », *Esprit*, n° 1, pp. 95-108. [En ligne] https://doi.org/10.3917/espri.0601.0095

NOTES

1. Ce travail de recherche a été financé par le Fonds national de la recherche scientifique (F.R.S.-FNRS). Je tiens à remercier mes collègues pour leurs précieux commentaires aux différentes étapes menant à cette publication.

2. En atteste le phénomène des *self emperiled selfies* (Saltz, 2014) publiés sur les réseaux sociaux où la personne s'expose dans une situation dangereuse ou après avoir échappé à un danger (couvert de sang après un accident ou bien arborant un bras manifestement cassé).
3. Trésor de la langue française informatisé (TLFi), Centre national des ressources textuelles et lexicales (CNRTL), http://www.cnrtl.fr/definition/louvoiement
4. La prise de contact s'initie par l'envoi d'un courriel à l'ensemble des patients pour lesquels le médecin possédait une adresse de contact. Ce courrier les sollicitait en vue qu'ils consentent dans un premier temps à être recontactés *via* un second courrier par le chercheur réalisant une étude sur les usages d'Internet en matière de santé : un moyen de contact jugé peu intrusif. Suite aux réponses reçues, nous présentons aux personnes ce sur quoi porte l'enquête et leur demandons si elles accepteraient un entretien d'une à deux heures à leur domicile.
5. Nous ne mobilisons pas dans le cadre de ce texte la déclinaison de catégories analytiques de l'inquiétude qui permet ailleurs une analyse plus fine des arrangements des patients. Nous renvoyons le lecteur intéressé à notre thèse de doctorat (Romijn, 2018).
6. Coloscopie ou colonoscopie, examen du côlon par le recours à une sonde (le coloscope).
7. C'est une hypothèse à explorer : l'examen médical pourrait constituer du point de vue du médecin une séquence de la consultation au cours de laquelle il peut se soustraire quelques instants aux charges inhérentes à l'écoute de la parole de l'autre.

RÉSUMÉS

Sur la base de l'observation d'échanges entre médecins (généralistes et spécialistes) et patient.e.s et du retour rétrospectif (lors d'entretiens) de ces dernier.e.s sur leur conduite, nous examinons des consultations médicales à partir d'une lecture pragmatique de l'exposition de l'inquiétude. Du seuil à la sortie du cabinet, les patient.e.s semblent *louvoyer*. Alors même que les situations rencontrées sont relativement peu problématiques du point de vue du diagnostic, la personne – et sa position de sujet – semblent constamment glisser entre différents états. L'ampleur de la difficulté du patient a quelque chose de surprenant. Il doit louvoyer tant pour communiquer un trouble qui l'expose simultanément à différents risques – ne pas être pris au sérieux, ne pas être examiné avec attention, sa souffrance ne soit pas soulagée, sa demande de sollicitude ne soit pas entendue – que pour élucider ce qu'il se passe avec ce corps biologique. En examinant les dynamiques par lesquelles il s'expose en inquiétude et s'en trouve exposé, nous ouvrons un espace de questionnements. Ce site d'enquête classique qu'est la rencontre médecin-patient permet de poser quelques jalons d'une réflexion socio-anthropologique plus large qui interroge les reconfigurations des conditions d'exposition et de traitement de l'inquiétude qui accompagnent l'essor de nouvelles médiations donnant accès à des informations relatives au corps en général (extensions d'Internet, cartes génomiques individuelles, applications de *self-tracking*).

In this article, I offer to shed some new light on the sociological analysis of the patient-doctor encounter. To that end, I orient my approach on the examination of health-related inquietude exposition. I draw on ethnographic data, observations of patient-doctor encounters and interviews with patients. From the office threshold through the exit, the patient seems *weaving*. Even though, patient's conditions are little problematic from the diagnostic point of view, the person, and her/his subject position, seem constantly tangent, tacking between different states.

The scale of the patient's difficulty is somehow surprising. S/he has to navigate both for communicating the medical trouble which simultaneously exposes him/her to several risks (e.g. not being taken seriously, not being examined with attention, suffering might not be alleviated, solicitude request might not be met) and for elucidating what is going on with this troubling biological body. I show how an analysis can be carried out on the subject's arrangements with one's inquietude and its exposition to the doctor. While focusing on the patient dynamics of exposition/being exposed, I provide insight for a little discussed space of reflection and inquiry.

El zigzagueo del paciente en el consultorio médico. Elementos de una pragmática de la exposición de la inquietud

En base a la observación de intercambios entre médicos (generalistas y especialistas) y pacientes y del retorno retrospectivo de esos últimos sobre su comportamiento, analizamos consultas medícales sobre la base de una lectura pragmática de la exposición de la inquietud. Desde su entrada a su salida del consultorio medico los pacientes parecen *zigzaguear*. Aunque las situaciones encontradas son relativamente poco problemáticas del punto de vista del diagnostico, la persona – y su postura de sujeto – parecen perpetuamente deslizarse entre diferentes estados de animo. La amplitud de la dificultad del paciente es algo sorprendente. Debe zigzaguear tanto para comunicar un trastorno que lo expone simultáneamente a varios riesgos (no ser tomado en serio, no ser atendido con atención, que su sufrimiento no sea aliviado, que su solicitud de atención no sea escuchada) como para elucidar lo que pasa con su cuerpo biológico. Examinando las dinámicas a través de las cuales se presenta en estado de inquietud y por lo tanto resulta fragilizado, abrimos un espacio de cuestionamientos. Esta situación de encuesta clásica que resulta del encuentro medico – paciente permite abrir el camino para una reflexión socio-antropológica mas amplia la cual cuestiona las reconfiguraciones de las condiciones de presentación y de tratamiento de la inquietud que acompañan la emergencia de nuevas mediaciones las cuales dan acceso a informaciones relativas al cuerpo en general (extensiones de Internet, mapas genómicos, aplicaciones de *self-tracking).*

INDEX

Palabras claves : zigzagueos, relación médicos-pacientes, capacidad, salud, participación
Mots-clés : louvoiements, relation médecin-patient, capacité, santé, engagement
Keywords : patient's twists and turns, relation doctor-patient, capabilities, health, pragmatic sociology

AUTEUR

FRANÇOIS ROMIJN

Université Grenoble-Alpes – UMR PACTE, Grenoble (France) - francois.romijn@umrpacte.fr et
Université libre de Bruxelles – GRAP, Bruxelles (Belgique) - fromijn@ulb.ac.be