



HAL
open science

La co-construction discursive des objets de soin en addictologie : du protocole de soin en unité méthadone à la santé globale

Caroline Cance, Katja Ploog

► To cite this version:

Caroline Cance, Katja Ploog. La co-construction discursive des objets de soin en addictologie : du protocole de soin en unité méthadone à la santé globale. *Langage et Société*, 2020, Nouveaux discours de la santé et soin relationnel, 169, pp.103-128. 10.3917/ls.169.0103 . halshs-03147013

HAL Id: halshs-03147013

<https://shs.hal.science/halshs-03147013>

Submitted on 4 Aug 2021

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

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

version préliminaire, merci de ne pas citer sans l'accord des auteures

Caroline Cance,

LLL, UMR7270 / Université d'Orléans

caroline.cance@univ-orleans.fr

Katja Ploog

LLL, UMR7270 / Université d'Orléans

katja.ploog@univ-orleans.fr

La co-construction discursive des objets de soin en addictologie : du protocole de soin en unité méthadone à la santé globale

A Edith, infirmière au CSAPA L'Escale

Résumé : Nous explorons la co-construction des objets de soin, à travers l'étude d'une collection de 13 consultations en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Caractérisée par un fractionnement multiple du soin (diversité d'acteurs professionnels, de temporalités), la prise en charge pluridisciplinaire se construit autour d'un conséquent travail langagier qu'il s'agit d'explicitier : comment le soin est-il construit, conjointement, par le professionnel et l'utilisateur ? Comment est évoquée la vulnérabilité de l'utilisateur et en quoi cela fait-il soin ? La méthodologie d'analyse, fondée sur une double approche séquentielle et thématique du discours, inspirée de l'analyse conversationnelle et de l'analyse du discours, permet de montrer comment le « point sur le traitement de substitution », objet central de ces consultations, se révèle un support pour construire le soin global. Celui-ci se tisse à travers le fractionnement et l'intrication d'une multiplicité d'objets de soin, grâce au travail d'étayage, à la grande disponibilité et adaptabilité des professionnel/les ainsi qu'au caractère routinier des interactions.

Mots-clé : interactions de soin ; santé globale ; addictologie ; vulnérabilité

1. Santé globale et soin en addictologie : introduction

1.1 A propos de la santé globale

La collocation *santé globale* est l'une des traductions du terme anglais *global health*, qui alterne avec *santé mondiale*, dont l'acception est plus restrictive. Appliquée à l'individu,¹ la notion de *santé globale* s'inscrit dans la définition de l'OMS de 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence

¹ En termes de *santé globale*, l'on trouve dans le discours social français des approches médicales et paramédicales holistiques favorisant le bien-être de la personne, mais qui ne sont pas visées par notre étude.

de maladie ou d'infirmité. » L'OMS insiste depuis de nombreuses années (Déclaration d'Adélaïde 2011) sur la plus-value apportée par la prise en compte de la santé dans l'élaboration des politiques publiques pour l'efficacité des gouvernances.

Dès lors, le concept est défini par la pluri- et l'interdisciplinarité d'une part, et une variabilité d'échelle géopolitique d'autre part. Les déterminants de la santé étant extérieurs au secteur de la santé même, d'ordre social et économique, la compréhension des enjeux au niveau de l'écologie spécifique induit des raisonnements plus circonstanciés conduisant à des actions à l'échelle locale. La définition souligne le caractère multidimensionnel de la santé, avec une diversité de problématiques et de secteurs professionnels impliqués dans « l'amélioration de la qualité et des conditions de vie », tel qu'un soignant formule la mission des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

1.2 Le corpus d'interactions de soins en addictologie

La loi de 2002² sur le soin préconise la responsabilisation du patient dans le processus de soin dans un partenariat soignant-soigné (Pierron 2007, Formarier 2007). Une prise en charge adaptée suivant cette philosophie du soin, ne saurait être instaurée sans un travail langagier conséquent (Piot 2018). La relation est particulièrement riche dans les structures comme les CSAPA, où les parcours de soins se construisent à plusieurs voix, où l'utilisateur rencontre différents acteurs professionnels sur une durée longue. Les CSAPA sont des établissements offrant la prise en charge globale de l'addiction, assurée par une équipe pluridisciplinaire. Dans la perspective du partenariat d'acteurs différents, et tout particulièrement sous l'influence du travail social, le terme *usager* gagne aujourd'hui du terrain en comparaison à celui de *patient* (le Blanc 2010). Il s'y ajoute en addictologie la double lecture, qui permet aux yeux des professionnels de dépasser la stigmatisation des consommateurs en tant que *toxicomanes*.

Les données commentées dans cette étude sont issues du corpus d'interactions de soins « Parole émergée » (Ploog & Equoy-Hutin & Mariani-Rousset 2014) réalisé à *L'Escale-ANPAA70* à Vesoul en Haute-Saône et enregistré par les professionnels eux-mêmes. Les interactions comprennent des entretiens médicaux d'anamnèse et de suivi, des entretiens de suivi psychologique, des rendez-vous de délivrance de traitement substitutif, des rendez-vous d'accompagnement social et administratif, des consultations en réduction de risques, des réunions d'équipe entre professionnels. Le déroulement, la durée (de 2mn à 1h30) et l'objet des échanges dépendent de la spécialité du professionnel et des modalités de la prise en charge individuelle.

Le public se compose pour la plupart d'utilisateurs d'alcool et d'héroïne, avec, dans de nombreux cas, des poly-addictions ou des profils montrant des co-morbidités parfois lourdes. Suite à une première demande articulée par l'utilisateur — le plus souvent la mise en place d'un traitement de substitution — une proposition de prise en charge sera transmise à l'issue de la réunion d'équipe. Le parcours de soins se construit au fil des échanges entre utilisateur et soignants, car

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Des réunions d'équipe hebdomadaires ont également été enregistrées.

d'autres problèmes (d'ordre social, psychologique, psychiatrique, somatique, etc.) peuvent surgir et nécessiter une prise en charge spécifique (pour plus de détails, cf. Ploog *et ali* 2017).

La direction explique la mission de l'établissement en termes d'analyse systémique : l'*Escale* a pour mission d'assurer une prise en charge des addictions, en répondant à une problématique individuelle complexe par des soins psychologiques, médicaux, infirmiers et un accompagnement socio-éducatif de l'utilisateur de produits psycho-actifs, dont notamment la mise en place de traitements de substitution (méthadone, subutex, etc.). L'accompagnement social, s'il n'est pas la priorité affichée de la structure, s'avère incontournable dans bien des cas.

Suivant la philosophie de l'accueil de « bas seuil », l'institution n'attend pas de l'utilisateur un renoncement intégral et catégorique à la consommation de produits, mais cherche plutôt à établir avec lui le bénéfice et la souffrance liés à sa consommation, en l'aidant à trouver les leviers pour améliorer dans sa globalité sa situation individuelle, sans juger les pratiques. Dans cette perspective, les soignants revendiquent un rapport particulier au temps accordé à la personne, rapport qui est souvent en contradiction avec les référentiels de santé dictés par l'Agence Régionale de Santé.

1.3 Focus sur l'unité méthadone

Pour cette étude, nous avons sélectionné 13 interactions (durée totale 3h04mn49sec) dont l'objet est la délivrance ou le renouvellement de l'ordonnance relative à un traitement de substitution. La collection implique quatre soignantes – deux infirmières (INF1 et INF2) et deux médecins (femmes, MED1 et MED2) – face à neuf usagers distincts (huit hommes et une femme³).

Le protocole de soin relatif au traitement de substitution par méthadone est très strict pour contrevenir aux abus possibles. La mise en place s'effectue dans un centre agréé ; après un premier entretien avec un éducateur, axé sur les pratiques de consommation l'induction comporte un bilan médical détaillé et permet de fixer le dosage initial, qui doit être progressif en raison des risques d'overdose. Idéalement, l'utilisateur est ensuite suivi quotidiennement par une infirmière qui administre le traitement. La fréquence peut être adaptée néanmoins à la situation individuelle (par exemple, horaires de travail, éloignement).

Des rendez-vous médicaux de suivi réguliers ont pour objet de vérifier l'adéquation du traitement et de recueillir des informations complémentaires sur l'état de santé de l'utilisateur ; cette dernière question peut conduire à des échanges qui semblent s'éloigner considérablement des préoccupations médicales pour thématiser le bien-être plus global de la personne. Le cas échéant, cet échange permet d'établir le lien avec d'autres interlocuteurs de santé possibles (médecin traitant ou spécialiste, service hospitalier ou pénitentiaire, etc.) et d'adapter la prise en charge, puis de passer la main à un médecin généraliste dès lors que l'utilisateur paraît suffisamment stabilisé. Si l'utilisateur possède une couverture sociale à jour, le rendez-vous se termine par la délivrance d'une ordonnance qui lui permettra d'aller chercher

³ Dans les transcriptions qui vont suivre, la locutrice sera introduite par le code U7.

le traitement en pharmacie. Toutefois, beaucoup d'usagers restent suivis à l'unité méthadone même une fois le traitement stabilisé, en l'absence d'un médecin traitant ou dans l'attente de la régularisation de leur situation administrative (p.ex. Établissement de papiers d'identités, demande de CMU).

Lorsque la délivrance du traitement de substitution est assurée par l'infirmière du CSAPA. Le rendez-vous avec elle a donc pour objet premier cette délivrance pour le jour même (toujours) et, selon l'ordonnance médicale, jusqu'à une semaine de traitement. Autrement dit, les usagers pris en charge par l'unité méthadone doivent se rendre au centre au moins une fois par semaine pour recevoir leur traitement en mains propres, faire renouveler la carte de porteur de traitement et se soumettre aux analyses d'urine régulières vérifiant la dépendance aux opiacés et la consommation éventuelle de substances psychoactives. Ces rendez-vous réguliers ont un effet structurant pour l'utilisateur en situation de précarité. Actualisant au quotidien le lien avec l'utilisateur, l'infirmière doit également se montrer attentive à d'éventuels besoins de prise en charge non explicités par lui. Elle peut proposer un entretien avec la psychologue ou l'assistant social, conseiller un rendez-vous médical, proposer un nouvel interlocuteur et faire le lien avec celui-ci. A minima, l'infirmière rend compte de l'état général de l'utilisateur lors de la réunion d'équipe hebdomadaire.

1.4 A la recherche de l'objet de soin

La problématisation du soin comme construction interactionnelle complexe (multilatérale et installée dans la durée) reste à mettre en œuvre. Les recherches sur les interactions de soin dans le passé ont été centrées sur le soin prodigué par l'acte médical, constitué typiquement de manipulations corporelles et conclu par la prescription d'un traitement somatique (Ten Have 1991 ; Cosnier *et al.* 1993 ; Heritage & Maynard 2006). En sciences du langage, les études se sont concentrées sur l'élaboration sémiotique de certains pathologies ou affections, comme l'alcoolisme (Morenon & Péréa 2007), la douleur (Greco 2004 et 2005 ; De Fornel et Verdier 2014), l'épilepsie (Gülich 2012), auxquelles s'ajoutent des ouvrages qui problématisent la pratique professionnelle dans le soin (Fassin 2004) ou l'enjeu de la langue (autre) dans l'accès au soin (Gajo & Mondada 2001), récemment repris dans Traverso (2017). En sciences humaines, l'analyse des discours de patients a permis de dégager des profils pathologiques, mis en évidence par des études de cas et des investigations ethnographiques (Kangelari 2003 ; Pedersen 2019). Les interactions de soin en addictologie présentent des points de convergences avec celles en psychothérapie (Rossi 2011 ; Labov & Fanshel 1977), dont notamment la temporalité longue, fractionnée du soin et l'absence de la phase d'auscultation.

Les interactions analysées ici ont pour finalité première de thématiser les modalités de la prise en charge médicamenteuse de l'addiction, qui constitue la partie du soin institutionnellement visé. Le suivi de traitement conduit à des questionnements protocolaires relatifs au dosage et aux éventuelles consommations de substances définis par un protocole de soin explicite ; nous y ferons référence en termes de « soin contractuel » (section 2.1). Mais le caractère central de cette partie du soin est loin d'aller de soi (2.2 et 2.3). A l'écoute des données, l'hétérogénéité

des thématiques abordées, leur lien plus ou moins direct avec l'addiction, ou encore la spécialisation relative du professionnel en la matière, font apparaître le soin comme un processus complexe aux frontières floues. La prise en charge collective est constituée de positionnements individuels différents qui se traduisent par des rapports de place divers entre soignants et usagers. Les entrevues très régulières imposées par le cadrage légal des traitements substitutifs favorisent la création d'une familiarité au fil du processus de soin, avec des contours variant suivant la problématique individuelle et les affinités de l'utilisateur.

Au vu de la complexité des situations individuelles des usagers, l'on observe le développement de sujets parfois très personnels au cours de l'interaction (section 3) ; l'alternance, voire l'intrication de séquences conversationnelles et de séquences plus transactionnelles est commune sur l'ensemble du corpus. Les usagers se caractérisent en effet par une vulnérabilité marquée, ayant favorisé l'addiction ou en conséquence de celle-ci, vulnérabilité physique et/ou morale, sanitaire et/ou sociale, vulnérabilité en émergence, identifiée diversement par le professionnel et l'utilisateur lui-même. On considère ici la vulnérabilité comme « potentialité à être blessé » suivant Soulet, qui précise qu'elle « souligne un déficit de ressources ou le manque de conditions cadres affectant la capacité individuelle à faire face à un contexte critique, en même temps que la capacité de saisir des opportunités ou d'utiliser des supports pour surmonter cette épreuve afin de maintenir une existence par soi-même » (Soulet 2014 : 63).

Il n'y a pas de doute que la verbalisation de cette vulnérabilité au cours de la consultation *fait soin* dans le cadre précis. Mais quels en sont les *contours* ? Comment le soin est-il construit, *conjointement*, par le professionnel et l'utilisateur ? Qu'est-ce qui *fait soin* au fil des échanges ?

Nous focaliserons l'évocation de la vulnérabilité de l'utilisateur, par lui-même ou par la soignante, dans le but d'explicitier l'accompagnement de l'utilisateur dans la résilience. L'analyse est fondée sur une approche séquentielle et thématique, inspirée de l'analyse conversationnelle et de l'analyse du discours. A partir d'une double annotation manuelle outillée des enregistrements et transcriptions à l'aide du logiciel ELAN⁴, nous montrerons comment le « point sur le traitement de substitution », objet central de ces consultations, se révèle un support pour construire le soin global.

2. Objets du soin

2.1 Des objets de soin contractuels en unité méthadone : le point sur le traitement

Les interactions de la collection ont pour objet principal le renouvellement de l'ordonnance de traitement de substitution par un médecin ou la délivrance de ce traitement par une infirmière, la vérification des modalités liées au traitement – présente dans toutes les interactions observées - constituant une partie centrale du protocole.

Les interactions entre médecin et utilisateur (huit au total) présentent toutes en début ou milieu d'entretien une séquence consacrée au dosage du traitement, et d'une séquence relative à

⁴ ELAN (Version 5.2) [Computer software]. (2018, April 04). Nijmegen: Max Planck Institute for Psycholinguistics. Retrieved from <https://tla.mpi.nl/tools/tla-tools/elan/> (consulté le 29/09/19).

l'ordonnance. Nous entendons par séquence thématique (désormais ST) un ensemble de propos (sous forme de tours, paires adjacentes, propositions) dont la cohésion résulte d'un objet de discours commun identifiable.

Pour le médecin, il s'agit en premier lieu de vérifier « où en est » l'utilisateur : MED1 alors euh où en êtes-vous parce que ça fait un moment que je vous ai pas vu (PE197⁵) ; et si le dosage convient :

MED1 et puis quatre vingt ça a l'air de vous convenir (PE90) ;

ou s'il faut envisager une diminution/augmentation de la posologie :

MED2 d'accord et vous voulez pas repasser à soixante-dix (PE263) ;

parfois demandée par l'utilisateur (la séquence suivante fera l'objet d'une analyse approfondie en 3.3) :

U4 ah ben si on mettait cinq [mg de subutex⁶] ça serait pas mieux un petit peu là juste pour ce mois-ci là et puis le mois prochain à la limite euh ouais (PE69).

Elle établit ensuite l'ordonnance, en adaptant le rythme des délivrances aux disponibilités et contraintes de l'utilisateur :

MED2 on reste en délivrance à la semaine [...] et toujours pharmacie du [LIEU] hein (PE141)

U6 parce que je viens chercher tous les tous les mercredis donc il me reste un peu de traitement encore là (PE141).

Cet aménagement conditionne les contours du rendez-vous de renouvellement d'ordonnance suivant, convenu le plus souvent en clôture.

Les interactions entre infirmière et utilisateur (cinq au total) comportent en début ou milieu d'entretien une ST délivrance de traitement au cours de laquelle la durée de traitement délivrée est thématifiée par l'infirmière :

INF1 et puis donc on va te donner six jours [...] et là bah mercredi donc là je te donne que que cinq c'est ça hein jeudi vendredi samedi dimanche lundi hein bah oui donc du coup je t'en donne que cinq (PE14).

Le constat le plus remarquable à cette étape est qu'en moyenne moins de 10 % de la durée globale de l'interaction est dédiée à la gestion du traitement et que celui-ci peut se faire de manière fractionnée : que se passe-t-il le reste du temps et quelle est la contribution de ces échanges au processus du soin ?

⁵ Convention : référence de l'extrait : d'interaction "PE" (Parole Émergée) suivie d'un chiffre d'identification.
⁶ Convention : entre crochets, commentaires, ajouts et suppressions [...] pour rendre la transcription plus transparente.

D'abord, le rendez-vous est aussi l'occasion pour la professionnelle de santé (plutôt les médecins dans cette collection) de s'enquérir d'éventuelles consommations de produits (le plus souvent en début d'entretien) :

MED1 sinon au niveau de la consommation ça vous laisse tranquille (PE90),

et de leur fréquence :

MED1 tous les quoi vous diriez vous (PE197).

En filigrane se pose la question du manque thématique par la professionnelle ou par l'utilisateur, manque à prendre en compte pour adapter au mieux le traitement et éviter les interactions entre les différentes substances consommées :

MED1 ça vous laisse tranquille (PE90)

U6 mais ça me cherche pas par contre ça me cherche pas (PE141).

Les échanges autour des consommations peuvent donner lieu à des recadrages à propos de la dangerosité de conjuguer produits et traitement de substitution ou de la modalité de prise du traitement :

MED1 d'accord et puis euh les infirmières je pense vous redisent qu'il faut faire attention [...] de pas v- de pas les prendre ensemble [...] hein c'est ça le plus grand danger (PE197)

MED2 vous utili- enfin vous utilisez le Subutex pas [...] d'une façon pas conventionnelle quoi (PE69).

Dans le dernier exemple, la médecin fait référence ici à une prise par inspiration nasale que l'utilisateur considère « *plus fort plus actif sur le coup* » que le mode d'administration prévu par voie orale (pilule, sirop), représentation qu'elle tente de déconstruire :

MED2 bon alors il y a eu des des études euh hm il y a eu des études scientifiques hein qui ont été faites [...] qui prouvent que le fait de le de prendre le Subutex enfin ou la Buprénorphine en sniff [...] euh ça enfin vous avez moins de produit qui arrive (PE69).

2.2 Au-delà du traitement de substitution : s'enquérir de l'état de santé global de l'utilisateur

S'il est parfois difficile de distinguer les symptômes du sevrage et du manque d'autres souffrances, pouvant être liées indirectement à l'addiction (p.ex. problèmes dentaires), les rendez-vous permettent également de faire le point sur l'état de santé général de l'utilisateur. Une grande variété de problèmes de santé peut être abordée. Les troubles du sommeil et de l'alimentation sont récurrents :

MED2 est-ce que vous dormez

U6 entre trois et quatre heures par nuit j'arrive pas à dormir plus je fais des cauchemars monstrueux (PE141).

La présence de douleurs plus ou moins chroniques peut être liée au manque, à la consommation de produits :

U9 ici c'est comme si on me mettait le feu à la narine (PE44-1)

ou encore, résulter de manifestations d'anxiété ou de difficultés à gérer la colère / frustration :

U1 c'est la boule d'angoisse ça elle est là et elle euh (PE310)

U3 celui ce celui-là je peux pas bouger la phalange qui est là [...] bah c'est que je euh je ça fait deux fois en une semaine que je tape le mur (PE157).

A l'élicitation de ces troubles et douleurs, les médecins doivent s'enquérir d'éventuels traitements (qui peuvent relever de l'auto-médication) qui risquent d'interagir avec le traitement de substitution, le cas échéant en proposant des adaptations.

Les infirmières peuvent aussi être amenées – rarement – à administrer un soin technique, comme dans PE157 où INF1 refait le pansement de U3 qui s'est blessé la main en tapant dans un mur et lui procure du matériel (compresses, alcool) afin qu'il puisse continuer à se soigner chez lui.

Pour ces professionnelles, le soin consiste aussi à exercer un rôle de relais auprès d'autres professionnels. Si ce lien se fait au sein de la structure à travers les réunions avec les autres professionnels, il se fait également pendant les échanges avec les usagers à travers des suggestions de prise de rendez-vous avec un confrère médecin traitant, spécialiste ou psychologue, rattaché ou non au CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Ainsi INF1 va proposer à plusieurs reprises à U3 de revenir au CSAPA consulter un confrère médecin si sa main continue à lui faire mal :

INF1 hein si tu as besoin tu essaies tu hésites pas à revenir ouais [...] euh éventuellement il y a [NOM MED] qui vient le jeudi soir [...] lui il verra tout de suite si c'est cassé si c'est une entorse et puis il pourra regarder il peut il peut te donner un avis,

et l'encourager aller aux urgences si la douleur augmente :

INF1 hein voilà si tu as tu as un souci si tu as trop mal que ça lance que ça bourre que ça enfle plus que tu peux plus bouger les doigts tu vas aux urgences hein quand même.

Ces moments de rencontre permettent donc aux professionnelles de repérer d'éventuelles évolutions au niveau des troubles et d'identifier d'autres pathologies dont ils peuvent souffrir, pour les orienter le cas échéant vers un soin plus spécialisé.

2.3 Une vulnérabilité également sociale

Comme l'évaluation de la situation de l'usager, souvent en grande précarité, dépasse le cadre de la santé au sens strict, les rendez-vous sont aussi l'occasion de s'enquérir de son état de vulnérabilité en faisant le point sur les potentielles difficultés sociales rencontrées sur les plans relationnel, professionnel, pratique, financier ou institutionnel.

La proximité et la confiance construite au fil des entretiens avec certains professionnels permet aux usagers d'évoquer par exemple des problèmes familiaux. Dans PE141, on relève notamment une ST très longue⁷ initiée par U6 à propos des relations au sein de sa famille et des conséquences sur l'état psychologique de sa mère et sur le sien :

U6 là je vous dis ma ma mère est dans est dans un piteux état là aujourd'hui j'en chie pour la euh j'en chie pour un peu la remettre sur les rails enfin c'est pas mon rôle mais (PE141).

On remarquera ici les liens étroits entre vulnérabilité familiale et santé psychique : particulièrement angoissé, U6 souffre de problèmes de sommeil (cauchemars) qu'il attribue à ces dissensions familiales.

Les professionnels peuvent également s'enquérir des difficultés de mobilité, et de leur potentielle répercussion professionnelle :

MED1 alors qu'est-ce qui s'est passé avec votre voiture

[...]

U7 alors eux ils comprennent pas euh que sans voiture je ne peux pas venir travailler ça ils comprennent pas [...] ils me disent ouais bah vous avez qu'à la donner à faire réparer je dis bah oui mais c'est pas avec la paie que je gagne [...] que je peux me permettre de de donner ma voiture à un garagiste pour qu'il me la répare quoi (PE17).

Ces rendez-vous sont aussi l'occasion pour connaître l'avancement des démarches administratives en cours ou à mettre en place (p.ex. pour obtenir des papiers d'identité ou une prise en charge CMU), primordiales pour la pérennisation du traitement, ou encore à informer les usagers de leurs droits en fonction de leur statut :

INF2 bah non il faut que toute façon vous avez pas le droit à la CMU⁸ parce que vous avez l'AAH⁹ donc si vous avez l'AAH c'est mutuelle (PE310).

En lien avec l'ensemble des difficultés évoquées ci-dessus, les professionnelles assurent enfin la coordination socio-éducative en suggérant des démarches à mettre en place, en proposant des accompagnements adaptés :

MED1 et puis euh vous avez trouvé un logement ou pas encore (...) vous savez que vous pouvez avoir l'aide de de [NOM EDUC] ou hein (PE17).

⁷ D'une durée totale de 16min40sec, cette séquence thématique très fractionnée constitue l'élément prépondérant de l'interaction (durée totale : 24min47sec).

⁸ Couverture Maladie Universelle

⁹ Allocation Adulte Handicapé

Une étude plus ciblée de la co-articulation des différents objets du soin devra caractériser l'espace-temps pris par le soin contractuel dans l'interaction par rapport aux autres thématiques abordées. En corollaire, les espace-temps alloués à l' « indicible » et au « difficile à dire » devront être explicités pour leur intérêt particulier dans la saisie de la dynamique interactionnelle du soin. Pour initier cette réflexion, nous nous interrogerons ici sur la prise en charge interactionnelle des négociations thématiques dans la perspective de dégager la conception du soin par les professionnelles. Comment la partie non contractuelle du soin est-elle gérée par les professionnelles ? Comment accueillent-elles les initiatives des usagers à cet égard ? Dans quelle mesure sont-elles motrices elles-mêmes de ces élaborations ? De quelle manière marquent-elles la perception du mal-être de l'utilisateur ?

3. L'émergence du soin non contractuel

3.1 Ressources pour faire le lien

Deux extraits de l'interaction PE95 permettent d'exemplifier l'ensemble des enjeux de ces interactions ; les segments présentés se suivent sans interruption, les commentaires ont été insérés pour faciliter l'exposé. Dans l'extrait *Steaks*, l'utilisateur se plaint du coût de la vie courante et explique sa stratégie pour se nourrir tout en économisant. Tout d'abord, l'infirmière suit le développement en donnant seulement quelques signaux d'écoute (en gras) :

Steaks (PE95)

U1 et puis euh et puis j'ai acheté des habits j'ai acheté plein de trucs

INF1 **hm hm hm**

U1 et puis j'ai vu que je je claquais quand même bien quoi parce que euh voilà la vie elle est chère

INF1 **eh bah oui**

U1 puis tu fais quelques courses tu en as pour cinquante euros alors euh

INF1 X fait vite euh ah bah ça va vite hein

U1 en plus j'ai fait des courses alors que là-bas ils me donnent euh

INF1 **hm** faut essayer que t'a- que t'en

U1 je me sers euh là-bas euh

INF1 gardes hein **hm**

U1 des cartons de viande comme ça je prends tous les jours tous les jours ils ont des euh

INF1 **bah oui hm hm**

U1 les magasins ils donnent des cartons quoi oh euh

U1 remplis de brochettes steaks

INF1 **d'accord**

U1 que des bons trucs hein

INF1 **hm hm ouais**

U1 et puis euh bah je remonte ça chez moi puis euh je mange

Puis, l'infirmière propose une mesure d'hygiène de vie permettant à l'utilisateur d'améliorer son état de santé général, en laissant entendre que son mode d'alimentation n'est pas tout à fait adapté :

INF1 **hm d'accord** bon mais tu manges toujours sur le soir quoi

U1 ouais

INF1 trop sur le soir quoi

U1 moi je suis euh

INF1 il faudrait essayer que tu remanges quand même à midi hein un petit peu plus parce que

L'utilisateur se défend en avançant une autre souffrance, la difficulté de mettre en œuvre les soins dentaires essentiels pour lui :

U1 bah faudrait déjà que que je voie pour le dentiste tout pour euh bah j'ai du mal à manger hein je peux pas bien manger

INF1 **hm hm**

U1 en prison on m'a arraché des dents tout euh euh

L'infirmière assure alors le suivi socio-éducatif en rappelant à l'utilisateur la première étape du chantier de reprise en main de sa situation et en lui proposant une aide concrète :

INF1 hm bah oui mais pour faire tout ça hein faut bien que tu commences par ta carte d'identité [rire] on en revient toujours au même [rire] donc euh tu vas le faire tout seul toute façon oui ils te laissent faire tout seul quand même les photos d'identité personne t'a t'a proposé de t'emmener

U1 mais les photos j'en ai des photos c'est pas le problème [i]

INF1 est-ce que tu irais on va demander à on va lui passer un coup de fil à [NOM EDUC] on va lui dire tiens quand tu seras revenu de vacances [rire]

Pendant que l'infirmière étaye le procédé possible, l'utilisateur a déjà changé de cible et thématise un obstacle supplémentaire :

U1 mais les photos c'est pas le problème mais le problème c'est **hm**

INF1 ouais

U1 et euh il faut qu'on redemande pour l'acte de naissance par ordinateur tout

version préliminaire, merci de ne pas citer sans l'accord des auteures

Partant d'une observation d'ordre conversationnel typique dont l'usager est à l'origine, l'élaboration produit des rebondissements incessants qui projettent une situation de souffrance où tout est lié. L'usager se trouve en effet dans une précarité telle que les gestes élémentaires de la vie quotidienne relèvent du combat...

Le deuxième extrait de cette interaction, la suite, constitue une réflexion de la part de l'usager sur son propre fonctionnement relatif aux démarches administratives :

U1 après je me pose des questions je me dis

INF1 elle sera cont- elle sera contente si tu y arrives
hein mais

U1 non mais pourtant c'est des trucs que j'ai déjà faits
mais en ce moment

INF1 **hm**

U1 je sais pas ce que j'ai euh il y a quelque chose qui
me bloque pour faire mes et euh qui m'empêche de tout quoi

INF1 qui t'empêche de faire ces démarches

U1 tout moi je sais pas mais bon euh

INF1 **hm**

Dès lors que l'usager a posé les premiers mots sur son « blocage », l'infirmière le soutient par l'étayage :

U1 [b] après pour en parler c'est pas évident

INF1 tu arrives pas trop à le formuler quoi hm

U1 [b] avec les éducateurs et tout ben mais j'ir- un mais j'irai voir monsieur [NOM DIRECTEUR] et euh hein euh lui parler un peu pas aujourd'hui mais je passerai vite fait un de ces quatre qu'il ait le temps que je lui parle parce que

L'infirmière ne le décourage pas de solliciter le directeur, bien que ce ne soit pas le professionnel le plus à même d'aider l'usager à dépasser l'obstacle pointé, elle se contente là aussi de conseiller la démarche appropriée :

INF1 bah si tu veux mais vaut mieux prendre rendez-vous avec lui hein parce que

U1 voilà euh avec monsieur [NOM DIRECTEUR] on avait déjà parlé un peu

INF1 lui il est de moins en moins euh oui disponible hein comme ça

L'usager ne tient pas compte de ce cadrage et reformule son blocage :

U1 mais que je lui parle il y a il y a rien de

INF1 **hm hm**

U1 c'est des trucs qui qui qui se réparent tout ça mais mais je suis bloqué quand même quoi

INF1 **hm d'accord**

U1 c'est des choses qui qui peuvent s'arranger qui peuvent se réparer euh et c'est pas des conneries que j'ai fait ou quoi que ce soit j'ai tué personne puisque euh des fois on me dit

INF1 **hm hm hm hm**

U1 euh ouais tu as tu as beaucoup de trucs dans la tête allez faut que tu ailles voir des fois j'ai l'impression qu'ils croient que en fait c'est euh c'est pas une connerie ni quoi que ce soit c'est un truc euh ça peut paraître petit mais pour moi non

INF1 **hm hm bah oui** ça a pris beaucoup d'importance enfin on le voit bien non on le réalise

Prudemment, l'infirmière suit l'utilisateur dans son parcours d'élaboration ; de première initiative, elle lui laisse toujours l'espace pour étayer. Ses interventions dans le développement de l'utilisateur manifestent néanmoins qu'elle ne perd pas de vue sa mission d'accompagnement global. Le dernier tour de l'utilisateur est fortement marqué par le travail de formulation, qui n'aboutit pas finalement à nommer ce qu'on a pu lui dire... Pour autant, le parcours accompli lui aura permis de prendre en charge discursivement et socialement, son mal-être. Cette mise à distance contribue sans aucun doute au soin, co-construit avec la professionnelle.

L'on distingue trois types de ressources explorées par la professionnelle :

- les signaux d'écoute, qui peuvent souvent être interprétés par l'utilisateur comme acquiescement ;
- les reformulations, de nature à synthétiser ou à expliciter un état de choses pour soutenir l'utilisateur dans son travail de prise de conscience et de réflexion ;
- les propositions, de nature à cartographier l'espace d'action de l'utilisateur, dans le but de l'accompagner dans la prise de décision.

3.2 La disponibilité : accueillir la souffrance

En focalisant les lieux de connexion entre les thématiques différentes, nous allons observer les ressources qui caractérisent la disponibilité de la professionnelle à thématiser des objets au-delà du soin contractuel.

Dans l'interaction PE90, le premier sujet abordé après l'ouverture est le logement, sur demande de la médecin. Cette ST est relayée par celles concernant les consommations et le dosage du traitement, initiées respectivement par les connecteurs *sinon* et *et puis*. Ensuite, l'utilisateur prend l'initiative d'informer la médecin de son passage récent chez le médecin

traitant pour un problème gastrique. La seule transition vers cette séquence est la petite pause (0.99), comme on peut le voir dans l'extrait qui suit :

Hernie (PE90)

U2 c'est le chauffage au bois et puis moi je pars tôt le matin je rentre tard le soir c'est qui est pas pratique voilà

MED1 ah oui ah oui

U2 c'est surtout ça non non non non ça va pas trop bien quoi

MED1 ah oui non c'est pas très pratique pour vous hm hm hm vous seriez retraité ça irait

U2 ça irait oui [rire] mais là c'est pas le cas

MED1 [rire] c'est pas le cas euh oui bah écoutez oui vous allez

U2 ouais je vais je vais en profiter tout l'été là euh

MED1 prenez le temps de de voir euh

U2 pas de soucis

MED1 sinon au niveau de la consommation

U2 oui oui là c'est

MED1 ça vous laisse tranquille là ça va

U2 oui oui oui

MED1 il y a pas eu trop de soucis

U2 non non

MED1 et puis quatre vingt ça a l'air de vous convenir

U2 oui c'était bien oui oui

MED1 hein donc je continue comme ça

[0.99]

U2 j'ai été au médecin quand euh sam- euh vendredi parce que euh comment on dit

MED1 docteur [NOM]

U2 oui peut-être mais

MED1 hein c'est ça

U2 en fait c'était pas elle c'était pas lui c'était sa remplaçante

MED1 oui

U2 en fait euh comment euh j'ai un souci quand quand j'avale [...]

La médecin (MED1) s'implique dans cette nouvelle thématique en faisant confirmer le nom du généraliste, puis en produisant des signaux d'écoute réguliers pendant l'explicitation des symptômes, et en souscrivant enfin au projet de l'utilisateur à consulter un spécialiste. Les thématiques se succèdent ici avec un rythme soutenu, les transitions sont très faiblement marquées. Il s'agit en effet de trois thématiques médicales prévues au protocole et dont la succession peut être considérée comme non marquée.

Mais plus généralement, la professionnelle laisse l'espace à l'utilisateur pour développer les aspects de sa vulnérabilité :

Collègue (PE14)

INF1 euh on met toujours à mardi prochain le passage ouais on r- on reporte sur le mardi je vais déjà te noter là parce que hier j'ai failli t'appeler

U3 hm ouais ouais

INF1 l'habitude que tu viennes le mardi je dis avant de l'appeler vers une heure je dis je vais aller vérifier sur son dossier il a peut-être un rendez-vous

U3 mon collègue qui est tous les jours avec moi il m'a appelé hier

INF1 ah d'accord

U3 j'ai pas appelé [passage inaudible] dans euh avec la (banque)

INF1 ah d'accord parce que il s'inquiétait aussi non

U3 parce que lui aussi il s'est il s'est fait avoir il devait retravailler au [mot inaudible] puis il est reparti il retravaille pas [passage inaudible]

INF1 oui que t'étais pas là d'accord d'accord

U3 il travaille pas

[1.71]

U3 payé en monnaie de singe comme on dit

INF1 hm hm

U3 au départ ils devaient lui donner cinquante euros par jour avec euh les le repas de payé

INF1 d'accord et puis ça a pas été vraiment ça

U3 hm

[4.58]

INF1 et puis donc on va te donner six jours

L'infirmière ne comprend pas immédiatement que la référence au collègue constitue un changement de thématique : tandis qu'elle évoque sur un ton léger la confusion dans la

programmation des rendez-vous, l'usager souhaite surtout formuler sa désillusion (qui apparaît clairement dans l'expression « monnaie de singe ») qui fait suite à un rendez-vous d'embauche qui n'a pas abouti. Lorsqu'elle comprend, elle le suit, jusqu'à résumer la déception. Un long silence (4.58), qui laissait à l'usager la possibilité d'enrichir la thématique, précède l'initiation d'une nouvelle ST liée au protocole. Ce silence fonctionne comme une « position » ouverte qui laisse libre l'usager d'élaborer l'idée ou de ne pas le faire, comme on peut le voir également dans l'extrait suivant (où la ressource relève du niveau syntaxique) :

INF2 vous prenez des mh

U1 je prends pas de cachets

INF2 rien (PE310).

Les vulnérabilités potentielles des usagers ne sont pas toujours marquées comme souffrance. En particulier, le lien possible entre le mal somatique et un mal-être plus général d'ordre psychique reste souvent implicite ou abordé sur le bout des lèvres, comme nous l'avons vu dans l'exemple *Steaks* (section 3.1) : l'usager parle de blocage (pour solliciter du soutien), mais se débat pour dire, sans le dire, qu'il n'est pas fou (pour éviter le recours à un psychologue). Les professionnel/les de la structure confirment unanimement que le soin psychologique est déconsidéré et souvent rejeté par les usagers.

Après avoir suivi l'usager dans le développement de sa thématique, la professionnelle peut initier un prolongement, sous forme de solution proposée, comme ici, aux accès de violence de l'usager qui lui ont valu une main fort abîmée après avoir cogné dans le mur :

Punching-ball (PE157)

U3 alors au lieu de m'en prendre à ma chérie et bah

INF1 oui vaut mieux tant qu'à faire mais bon faut quand même oui

U3 même euh je p- même pou- même pas même pas m'en prendre avec avec les mêmes

INF1 ouais ouais

U3 je parle hein

INF1 achète-toi plutôt un un

U3 alors euh bah je vais dans la petite pièce à côté une droite une gau- une gauche une droite

INF1 un punching ball hein faudra dans l'autre appartement hein il sera plus grand

U3 la droite elle est elle est vachement plus forte

INF1 tu accrocheras un sac et puis tu iras taper dedans mais a- achète aussi le les gants les gants qui vont avec hein en général il y a des gros gants de boxe pour faire ça [rire]

Le prolongement peut aussi viser un infléchissement de la trajectoire, en profitant d'aborder un point plus problématique pour l'utilisateur, comme dans l'extrait *Steaks* (section 3.1) où l'infirmière renvoie l'utilisateur à son fonctionnement général. Ce type d'acte est conditionné par la possibilité ou non d'établir un lien avec le projet de soin et la situation globale de l'utilisateur. Celle-ci est consignée dans le dossier de soin après avoir été explicitée dans une interaction de soin ou une réunion d'équipe précédentes.

Lorsque la vulnérabilité exprimée est sociale (être seul, incompris, livré à soi-même), l'on observe sa thématisation par un aspect technique, moins menaçant pour l'identité. Devant la montagne de problèmes à résoudre, tous liés, l'utilisateur U1 (PE95 et PE310) ne fait pas toujours la part des choses des priorités et de la méthode à adopter, qui demandent beaucoup (trop) d'énergie et de persévérance. Son discours consiste à se plaindre d'être livré à lui-même dans ces démarches, ce qui est loin d'être le cas du point de vue des soignantes. Or, ressasser ces problèmes (voire éviter de les résoudre) semble lui permettre de faire valoir la souffrance liée à une solitude profonde dont il sait qu'elle ne sera pas résolue une fois qu'il sera en possession de sa carte d'identité...

Dans ce contexte, les demandes ne sont, le cas échéant, pas toujours adressées à la « bonne » personne ou peuvent être non adressées, formulées indirectement. Si les usagers n'ont pas toujours une connaissance précise du fonctionnement interne de la structure et des attributions de chacun, pour les professionnel/les, qui inscrivent explicitement leur mission dans cette prise en charge globale, le repérage de souffrances connexes est partie intégrante de leur mission. L'adaptation aux propositions thématiques de l'utilisateur dont elles font preuve est régie par deux facteurs majeurs : la connaissance globale de la situation de l'utilisateur (évoquée plus haut) et le temps. La professionnelle peut se permettre en effet d'adapter sa conduite du rendez-vous d'autant plus qu'elle n'est pas pressée par une cadence de programmation trop importante. Ces deux facteurs relèvent de deux temporalités de l'interaction de soin, celle du direct de l'interaction, et celle du parcours de soin.

Comprendre ce qu'exprime l'utilisateur suppose une disponibilité certaine pour relier les indices à la situation individuelle globale. Pourtant, la professionnelle accomplit cette performance généralement tout en exécutant le protocole de soin. C'est peut-être précisément cette configuration interactionnelle avec un espace d'« entre-deux » conséquent qui permet à l'utilisateur de relier des fragments de soi.

3.3. Postures d'accueil et d'échange

Lorsque la posologie est inchangée, les ST liées au traitement peuvent être très courtes, closes par la confirmation de la médecin, comme ici dans PE90 :

- le dosage :

MED1 et puis quatre vingt ça a l'air de vous convenir

U2 oui c'était bien oui oui

MED1 hein donc je continue comme ça

- l'ordonnance :

MED1 la deuxième je vais faire que sept jours parce que faudrait qu'on se voie dans trois semaines

U2 oui

MED1 parce qu'il y a pas de consultation dans un mois

U2 d'accord

[7.56]

MED1 j'ai mis pareil hein une gélule de quarante

U2 oui hm

MED1 et puis deux de vingt

U2 ouais c'est bien oui oui

Lorsque l'utilisateur demande une augmentation du dosage, la ST est généralement plus développée. En attendant de connaître les motifs de l'utilisateur, MED2 donne des signaux d'écoute minimaux, mais sans abonder dans son sens :

Moitié (PE69)

MED2 on reste à quatre milligrammes [.]¹⁰ de b- de Sub

U4 ah beh si on mettait cinq ça serait pas mieux un petit peu là juste pour ce mois-ci là et puis le mois prochain à la limite euh ouais

MED2 hm [bruit d'écriture manuelle]

U4 cinq ou je sais pas cinq est-ce que c'est possible il y a des cachets de cinq ou est-ce qu'il va falloir que la pharmacienne elle jongle entre plusieurs boîtes différentes

MED2 euh ça fera la moitié d'un deux

U4 ah ouais alors ça ira peut-être leur causer des problèmes à eux va falloir qu'ils prennent la moitié d'une boîte ou je sais pas euh [...]

Pour argumenter sa demande, l'utilisateur fait ici allusion à une conjoncture difficile, évoquée longuement en début d'interaction. L'on notera que la demande d'augmentation elle-même ne s'étend que sur le premier tour, alors que l'échange se poursuit au-delà de l'extrait pendant deux longues minutes avec des considérations redondantes sur la réaction possible de la pharmacie. Le médecin suit le rythme et commente les conjectures de l'utilisateur de façon à le rassurer (ça se fait quand même hein / c'est sûr que ça les arrange pas / c'est pas c'est pas dramatique pour eux / ils vont pas fermer la pharmacie pour ça hein / normalement ça devrait bien se passer / je pense pas que ça pose de soucis).

¹⁰ Micro pause inférieure à la seconde.

Le caractère excessif de ce développement peu pertinent pour le soin semble destiné à masquer une certaine culpabilité à demander l'augmentation du dosage et à éviter de la justifier davantage.

Un autre type de posture marquant la disponibilité de la soignante à accompagner l'utilisateur dans un parcours co-construit, consiste à accepter le fractionnement fréquent des ST liées au protocole et leur intrication avec des développements annexes, comme dans l'extrait suivant, qui se déroule pendant le recueil de l'analyse d'urine, où l'utilisateur thématise sa vulnérabilité. Dans ce contexte, moins consensuel, la professionnelle fait valoir le cadre institutionnel de la prise en charge par une prise de position assez catégorique :

Surveillance (PE310)

- U1 après ils me connaissent hein ils savent que je viens là tout et ils savent tout hein
- INF2 bah oui mais
- U1 si vous nous faites des prises des analyses euh c'est pas pour rien non ils savent tout eux
- INF2 hm
- U1 parce que les analyses comme on est obligé de les faire forcément il y a quelqu'un qui est obligé de les regarder non ça part pas au tribunal oh je croyais que c'est ce qu'il me dit [i]
- INF2 ah non tttttttt [=bruit de bouche] non ça part euh nullement au tribunal hein ah non ça reste euh votre dossier il est confidentiel hein il reste ici hein c'est pour nous pour euh pour faire un peu le point pour euh pour voir avec vous où vous en êtes euh des choses comme ça hein et puis on est obligé d'en faire c'est dans le protocole régulièrement
- U1 mais ils ont pas le droit normalement de
- INF2 bah il y a que si vous nous demandiez et encore on donne pas les analyses nous
- U1 ouais ou à part si il se passe un truc de grave quoi
- INF2 puis euh puis euh c'est il faut que vous nous le demandiez hein on va pas aller euh ou alors c'est r- un truc extraordinaire quoi
- U1 ouais ouais
- INF2 mais c'est jamais arrivé donc euh mais ça euh d'emblée on va pas faire une analyse et l'apporter au juge hein ça non ça c'est pas notre euh
- U1 ouais mais de toute façon moi j'ai plus de problème de de justice alors plus du tout
- INF2 façon de faire votre dossier il est confidentiel hein oui mais mais mais même on euh votre dossier il est confidentiel hein
- U1 ouais

INF2 il reste euh ici d'accord [PRENOM USAGER]

[5.07]

U1 ouais bah il me semblait bien quand même

INF2 ah bah [bruit d'agrafeuse] sinon euh

U1 de toute façon moi euh j'ai rien à me (reprocher)

INF2 voilà quoi c'est c'est p- ça serait pas correct franchement hein

On note l'évolution de la posture de la soignante lorsqu'elle prend la mesure de la thématique engagée, minimalement impliquée dans un premier temps. La confidentialité totale de la prise en charge est en effet l'un des fondements du fonctionnement de la structure.

4. Interaction verbale et santé globale : conclusions

4.1. Intrication des objets de soin

A travers l'analyse des interactions sélectionnées, le soin contractuel, et notamment la vérification des modalités liées au traitement de substitution, apparaît comme une trame d'interaction à partir de laquelle le soin se construit. En effet, la plupart des interactions se caractérisant par une part temporelle infime accordée au traitement, ces séquences semblent avoir, dans la temporalité de l'interaction, un rôle de colonne autour de laquelle s'articulent les autres séquences thématiques, et un rôle d'embrayeur dans la temporalité longue du parcours, où se construit un soin plus global.

L'intrication des séquences thématiques, et dans certains cas, leur fractionnement, met en intrigue différents aspects de la vulnérabilité et élabore discursivement le parcours de soin, où l'identité de l'utilisateur émerge par à-coups ou en pointillées. Le soin en ressort comme processus complexe, co-construit par deux acteurs. Si nous avons pu exposer ici certaines ressources des soignant(e)s, celles des usagers, dont le rôle n'est pas bordé par une mission professionnelle, restent entièrement à expliciter, le cas échéant, avec d'autres collections (p.ex. autour du refus de consulter un psychiatre).

4.2 Postures des soignantes

Pendant le soin contractuel prodigué en pointillés, les professionnelles du soin en addictologie participent à construire discursivement l'identité de l'utilisateur. Selon le cas, elles contribuent à sortir l'utilisateur de son silence, à faire le tri dans un discours prolifique pour aider l'utilisateur à hiérarchiser les enjeux, ou encore à amorcer un changement de la trajectoire argumentative.

Dans l'ensemble, la capacité d'adaptation dont elles font preuve témoigne d'une disponibilité considérable à « accueillir » (Reichenbach 2018) la personne de l'utilisateur dans son entier. Le soin en ressort comme processus complexe, co-construit par deux acteurs. Si les professionnelles sont à l'initiative des entretiens et en assurent la gestion, les exemples ici traités permettent d'entrevoir comment elles parviennent à laisser la place aux usagers dans

une perspective de partenariat. Les ressources des usagers, dont le rôle n'est pas bordé par une mission professionnelle, restent entièrement à expliciter : quelles initiatives sont prises par les usagers et comment ? Quels types d'expertise et de postures d'expertise construisent-ils et affichent-ils au cours des interactions ?

4.3 Routine(s) : structuration de l'interaction et émergence du soin global

Pour la professionnelle, qui applique un protocole de soin bien précis, l'interaction avec le patient revêt un caractère habituel, marqué par des routines de formulation individuelles. Pour les usagers suivis à l'unité méthadone également, l'interaction est inscrite dans une relation habituelle au sein de la structure, en particulier avec l'infirmière. Une étude complémentaire pourra mettre en évidence les caractéristiques des séquences liées au soin contractuel. Or, le protocole prévoyant de nombreux actes non verbaux : vérifier en lisant la posologie sur l'ordonnance, se déplacer pour aller ranger et chercher les médicaments dans l'armoire et les emballer, renseigner par écrit l'interface informatique.

Ce caractère routinier multimodal associé à une relative disponibilité des professionnels permet de laisser place à l'improvisation par les interactants. L'espace discursif non prédéfini peut être occupé par des étayages relatifs au traitement, mais favorise aussi — qui plus est, avec l'augmentation de l'interconnaissance des locuteurs — l'émergence d'autres thématiques, plus personnelles, en lien (ou pas) avec la prise en charge (ou non). L'utilisateur construit au fil des échanges une cohérence subjective des bribes ainsi élicitées et devient lui-même acteur du soin. Ce processus de co-construction où la parole fait soin, fait comprendre l'intérêt d'appréhender le traitement substitutif dans une perspective de santé globale.

Références bibliographiques

Ardoino J. (2000), « De l'accompagnement en tant que paradigme », *Pratiques de formation / Analyses* 40, p. 5-19.

Bigoni C. & Marchand P. (2012), « Le soin relationnel, un modèle à questionner », *Soins*, 766, p. 16-19.

Buissonnière M. (2012), « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement* [<http://journals.openedition.org/poldev/953>, DOI : 10.4000/poldev.953].

Bulea Bronckart E. (2018), « La relation de soin dans son contexte : un jeu de miroirs », dans Ploog K. *et al.* (éds.), *Quand la parole s'en mêle et s'emmêle. Approche pluridisciplinaire de la relation de soin*, Annales Littéraires de l'Université de Franche-Comté, 29-41.

Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. (éds.). 1993. *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, PU de Lyon.

De Fornel M. & Verdier M. (2014), *Aux prises avec la douleur. Analyse conversationnelle des consultations d'analgesie*. Paris, EHESS Editions.

Drew P. & Heritage J. (eds.). (1992), *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*, Cambridge, Cambridge University Press.

Fassin D. (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La découverte.

Formarier M. (2007), « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers* 89, p. 33-42.

Gajo L. & Mondada L. (éds). (2001), *Communiquer en milieu hospitalier : de la relation de soins à l'expertise médicale*. N° spécial du Bulletin VALS-ASLA 74.

Gil V. & Roberts F. (2013), « Conversation Analysis in Medicine », dans Sidnell, J. & Stivers, T. (eds), *The Handbook of Conversation Analysis*, Oxford, Wiley-Blackwell, p. 575-593.

Greco, L. (2005) Descriptions, catégories et collections de catégories. Le rôle de l'urgence dans les pratiques de catégorisation de la douleur dans les appels au 15. In A. Fasulo, R. & Galatolo (eds) *Studying Social Interaction The contribution of Conversation Analysis. Special Issue Rivista Italiana di Psicolinguistica Applicata*, p. 79-93.

Greco, L. (2004) « Médiation et séquentialité dans les appels au 15 (samu 78) ». In R. Delamotte-Legrand (éd) *Les médiations langagières. Des discours aux acteurs sociaux*. Vol. II, Rouen, Publications de l'Université de Rouen, p. 391-403.

Gülich E. (2012), « Conversation analyse as a new approach to the differential diagnosis of epileptic and non-epileptic seizure disorders », dans M. Egbert & A. Deppermann (eds.), *Hearing Aids communication. Integrating social interaction, audiology and user centered design to improve communication with hearing loss and hearing technologies*, Mannheim, Verlag für Gesprächsforschung, p. 146-158.

Heritage J. & Maynard D.W. (2006), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*, Cambridge, Cambridge University Press.

Kangelari M. (2003), *Toxicomanie, sciences du langage, une approche clinique*, Paris, L'Harmattan.

Labov W. & Fanshel D. (1977), *Therapeutic Discourse*, New York, Academic Press.

Le Blanc G. (2010), « L'expérience de la vie malade », dans Lazare Benaroyo (éd), *La philosophie du soin : Éthique, médecine et société*, Paris, PUF, p. 301-317.

OMS. (2010), *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde.

Morenon J. & Péréa F. (2007), *Langage et clinique de l'alcoolisme*, Montpellier, PULM.

Pedersen L. (2019), *Expertise et addictions*, Paris, L'Harmattan.

Pierron J.-P. (2007), « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé* 25-2, p. 43-66.

Piot T. (2018), « Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin », *Les dossiers des sciences de l'éducation* 39, p. 13-31.

Ploog K., Mariani-Rousset S. & Equoi Hutin S. (dirs). (2018), *Emmêler et démêler la parole. Approche pluridisciplinaire de la relation de soin*, Annales Littéraires de l'Université de Franche-Comté, Besançon, PUFC.

Ploog K., Equoi Hutin S. & Mariani-Rousset S. (2014), *Parole émergée. Corpus d'interactions de soin en structure pluridisciplinaire*, Besançon, Université de Franche-Comté : <http://purl.org/doi/crdo.vjf.cnrs.fr/cocoon-27cbf3df-9c8f-3b14-8ff5-0a428e9ffa79>.

Rossi I. (2011), « La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique », *Anthropologie & Santé* 2. <http://anthropologiesante.revues.org/659>.

Soulet M.-Y. (2014), « Les raisons d'un succès. La vulnérabilité comme analyseur des problèmes sociaux contemporains », dans Brodiez-Dolino A. *Et al.* (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, PUR, p. 59-64.

Ten Have P. (1991), « Talk and institution: A reconsideration of the 'asymmetry' of doctor-patient interaction », Zimmerman, D.H. & Boden, D. (eds), *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis*, Cambridge, Polity Press, p. 138-163.

Traverso V. (2017), « Formulations, reformulations et traductions dans l'interaction : le cas de consultations médicales avec des migrants », *Revue Française de Linguistique Appliquée*, 22, p. 147-164.

Vergely P., Condamines A., Fabre C., Josselin-Leray A., Rebeyrolle J. & Tanguy L. (2009), « Analyse linguistique des interactions patient/médecin », dans C. Felix et J. Tardif (eds.), *Actes éducatifs et de soins* : <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=750> (consulté le 10/11/19).