



HAL
open science

Introduction. Les discours entre soignants et patients. Études contemporaines en Sciences Humaines et Sociales

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk

► To cite this version:

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk. Introduction. Les discours entre soignants et patients. Études contemporaines en Sciences Humaines et Sociales. Éducation, Santé, Sociétés, 2019, 5 (2), pp.7-19. hal-01981619

HAL Id: hal-01981619

<https://hal.science/hal-01981619v1>

Submitted on 21 Jan 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.

Introduction :

Les discours entre soignants et patients

Études contemporaines en Sciences Humaines et Sociales

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk

Maître de Conférences en psychologie
Habilitée en Sciences du Langage
Université Clermont Auvergne
Laboratoire ACTé
EA4281
UCA.

Ce nouveau numéro de la revue *Éducation, Santé, Sociétés* gagne à être situé en échos à deux numéros spéciaux, consacrant pour l'un la rencontre complexe entre sciences biomédicales et sciences humaines et sociales à partir des sciences de l'éducation (Authier et Balcou-Debussche, 2018), l'autre interrogeant le croisement des expertises scientifiques (celle des médecins) et profanes (celle de patients experts de leur maladie) *via* le prisme de la psychologie de la santé (Préau et Siméone, 2018). Il y a intérêt aussi à situer ce numéro dans le ceint de l'histoire de la médecine, où, au gré d'évolutions nationales comme internationales, les enjeux des politiques sanitaires et sociales ont fluctué quant à la place à accorder au patient (Berthod-Wurmser et *al.*, 2017) dans la relation de soin. Mais tout d'abord, pourquoi citer ces deux numéros phares ?

1 Introduction

Par leur récence, publiés en 2018, ces numéros signent, de fait, la convergence d'actualité importante qui se joue au moins à propos : a) de l'émergence des entretiens concernant l'éducation thérapeutique des patients, b) du mouvement de controverse sur *evidence based* médecine, et c) du statut des maladies chroniques envahissant le champ de la santé, ce (*cf.* a) b) et c), donnés pour exemples les plus saillants. Le mouvement engendré par ces deux numéros phares nous éclaire, au sens métaphorique, car au-delà de probables

différences dans les méthodes scientifiques choisies (en éducation *versus* en psychologie), ils aident à repenser, retisser, reconsidérer, décrire le lien patient-médecin ébranlé par les politiques publiques et sanitaires appliquées ces trente dernières années. À l'heure où l'éducation thérapeutique du patient s'installe et se réfléchit (Tourette-Turgis et Thievenaz, 2014), nous vivons une période clef, une sorte de carrefour heuristique pour la médecine. Le soin en santé rencontre des situations singulières. Caractéristique de notre modernité, la géronto-décroissance sonne simultanément l'heure de gloire des âges avancés et le temps des déboires associés de nos vieux et vieillards en matière de dépendance accrue. Des adaptations inédites se font en territoires (Dumont, 2010). L'interaction entre soignants-soignés, pratiquée au nom du soin, se transforme (Thievenaz et Boussal, 2018).

Ainsi face à cette actualité, la question de la formation des professionnels de santé doit se renouveler. Pour le médecin, cet ex- paternaliste/décideur devient un partenaire/délibératif (Fournier et Kernazet, 2007). Car ce sont les systèmes de santé qui ont changé. Le système de soin évolue. Aussi, s'agit-il d'éduquer/former les professionnels de santé, d'éduquer/former le patient ou d'éduquer/réformer nos sociétés? Où placer la focale? Une éducation renouvelée est-elle attendue uniquement de la communauté médicale des soignants? Infirmiers, sages -femmes, médecins, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, *etc.*, la liste est longue pour qui veut circonscrire la profession de soignant. Est-ce que l'injonction à changer de modèle d'interaction n'entre pas en conflit avec les us et habitudes des soignants? La question du métier, des métiers de soin est, de nouveau, et par ce numéro, remise au travail (Clot, 2007).

Or, promouvoir l'éducation en santé touche toujours aux limites d'une implication étatique, qui, surplombante, reste plus ou moins prescriptive, régulatrice ou inquisitrice (Chauvigné, 2018). On sait aujourd'hui que l'éducation du patient prend une place grandissante qui décale le geste d'accompagnement de la périphérie vers le centre (Génolini *et al.*, 2011). Ainsi, c'est ce qui oblige à repenser la communication professionnelle en santé, comme les stratégies pédagogiques pour accompagner efficacement le changement, en situation ordinaire (Richard *et al.*, 2010) ou plus spécifique (Aubry et Mallet, 2008).

Le présent numéro met alors en exergue, de manière originale, sans viser aucunement la complétude, l'intérêt d'analyser les discours entre les soignants et les patients, à partir des sciences humaine et sociale, l'appel à participation de ce numéro ayant fléchi plus prioritairement les sciences du langage. Ces dernières, historiquement contributives pour comprendre le travail en santé (Drew et Héritage, 1992; Grosjean et Lacoste, 1995), se situent ainsi dans ce numéro, comme champ préalable ou complémentaire pour penser la question éducative. Aussi, ce numéro réinterroge les retombées en matière d'éducation professionnelle des soignants à partir de sciences contributives. On a choisi de donner, de confier plutôt la parole des soignants et soignés aux linguistes. Or, bien entendu, chaque science a ses limites, tout particulièrement en matière de langage, y compris les sciences du langage. Chaque contributeur du numéro, aura tenté de mettre à disposition du champ de l'éducation et de la formation, sans négliger sa spécialité, un abord compréhensible des phénomènes que seuls les linguistes peuvent dévoiler. Les auteurs se sont penchés, comme on se penche au chevet du malade, sur les mots, leurs usages, leurs tournures, leurs contextes, les expressions, leurs conséquences, le jeu d'échange, l'interlocution, les proportions d'usages de certains mots, le lexique. Ils dévoilent. Ils lèvent le voile, ce qui

ne signifie pas tout montrer, tout caractériser. Ôter le voile signifie mettre l'accent sur un élément non perceptible par le commun. C'est indiquer dans quelle direction on pourrait en apprendre davantage sur la relation de soin. En sciences du langage, domaine largement sectorisé, le sémanticien n'est pas le lexicographe, ou lexicologue, etc., et la manière d'aborder la langue va diffracter le regard du lecteur sur l'objet choisi. Les *corpus* donnent alors la part belle à la *parole*. Ce numéro, dans son appel à contribution, a incité les contributeurs à s'appuyer sur des paroles *authentiques*. Comment ont-ils procédé et avec quels effets ?

2 Quelles sont les études de ce numéro ?

Les études présentées dans ce volume illustrent ce que l'on peut attendre des spécialistes de la langue, du langage, des mots, de la syntaxe, de la sémantique, de la pragmatique quand ils prennent à bras le corps la matière même des mots échangés. Que se *dit-il exactement* dans les consultations ou les entretiens à caractère médical ? *Comprend-t-on bien* ce qui se joue, se noue, se résout, échoue dans une interlocution patients-soignants ? *Sait-on* découper une consultation en épisodes caractéristiques qui aident à mieux concevoir l'espace interactionnel ? Un mot (*donc*, par exemple) peut-il faire basculer un entretien, le caractériser ? Les médecins *jargonent-ils* ? Les représentations de la *maladie* structurent-elles fonctionnellement les échanges ? Maintes questions peuvent ainsi se poser. Chaque contributeur se les est posées. Parle-t-on d'une épidémie de peste comme on cause dans une réunion en soins palliatifs ?

C'est pourquoi les contributions portées par les auteurs de ce numéro ne sauraient être séparées de la réflexion d'ensemble qui interroge l'efficacité même de la médecine, prise en étau, bien malgré elle, entre le courant de la recherche *d'évidence scientifique*, de la preuve, du programme, de la quantification, sur une échelle technologique, et celui de la recherche de sérénité, de compréhension, de prévention, de qualification, de contact à échelle humaine. Faut-il connaître pour soigner, et/ou soigner pour connaître ? Éternelle question. Ces courants opposés (preuve inféodée à la tekhnè contre épreuve humaine) effleurent sous les mots employés en consultation médicalisée. De quoi fait-on d'ailleurs la preuve quand on s'entretient avec un soignant ? Avec un patient ? À quoi sert d'ailleurs une consultation ?

Les spécialistes en sciences humaines et sociales usent de toutes les méthodologies possibles, qualitative, quantitatives, mixtes : ils décomptent, quantifient, comparent, observent, extraient, dégagent des régularités, interrogent avec (ou sans) le chiffre les fausses évidences. Plus spécifiquement, les spécialistes du langage prennent, pour leur part, parfois, la matière des mots pour se laisser surprendre ; ils décrivent alors au menu des épisodes d'échanges, dénichent les fausses routes interlocutives, scrutent les incidents interactionnels. Loin de l'idée qu'étudier le langage consiste à dénicher des lapsus révélateurs, les spécialistes de la parole sont rodés à voir dans la langue ce que l'on n'entend plus. Issus, eux aussi, d'une opposition méthodologique dans les matières d'aborder les faits, en suivant soit la ligne du *corpus based* soit celle du *corpus driven* (Léon, 2008 ; Cori et David, 2008 ; Cori et *al.*, 2008), leur souci est toujours de faire apparaître, à partir du verbe, de l'enchaînement des mots, ce que des êtres humains, soumis au dialogue, sédimentent en

matière de représentation sur le guérir, ou, activent chez l'un ou l'autre quant aux rôles sociaux respectifs qui les engagent.

2.1 Sur quoi tient un entretien ?

Les linguistes travaillent sur des *corpus*, matériau de choix, et, depuis les quinze dernières années notamment, utilisent des logiciels de fouilles qui les amènent à dévoiler ce que le discours ne révèle pas directement en surface. Ils ont leur charrue. Ils traînent leurs bœufs. Ils utilisent eux aussi de la tekhnê. Mais les logiciels ne font pas tout. Utiliser un logiciel reste à la portée de tout le monde. Encore faut-il, à l'aide du logiciel, savoir interpréter ce qui sort magiquement. L'étude des coïncidences, la connaissance de configurations verbales alternatives (issue de l'expérience scientifique des linguistes que la longueur imposée d'un article permet rarement d'explicitier), la mise à plat de profils d'échanges, etc., amènent les chercheurs à trier leurs variables. Ce numéro reflète, à cet égard, des manières de travailler contemporaines assez complémentaires. À chaque fois, le lecteur sera introduit dans un laboratoire, où s'utilisent des outils différents. Le bricolage du linguiste (bricolage au sens noble donné par Lévi-Strauss dans *la pensée sauvage*¹) est important à considérer. Car, de menus détails feront parfois, parce que la finesse du regard du linguiste est assez grande, échos à des questionnements en santé abordés de manière ordinairement plus macroscopique. Si le linguiste bricole au sens noble, c'est qu'il dispose de la matière langagière brute, et doit s'en arranger pour comprendre son fonctionnement. Le bistouri du linguiste est expert. Une fois le champ opératoire dégagé, certes, il lui est parfois délicat de recomposer pour le lecteur toute la spécificité des gestes techniques qui l'ont amené à la chirurgie du verbe. Chaque auteur aura tenté dans sa contribution d'être cependant suffisamment précis. Et, nous voudrions remercier les chercheurs qui ont expertisé les textes reçus pour ce numéro, qui, par leur vigilance comme par leur exigence, ont amené les auteurs à préciser, reformuler, rendre plus accessibles encore leurs propos de spécialistes.

On doit indiquer encore que la linguistique ne se réduit à une ingénierie qui pourrait, à chaque fois, définir les étapes de son projet (Lévi-Strauss, *op. cit.*). Les corpus, en linguistique, sont importants, car ils contrarient le projet. Le linguiste ne pense pas, de plus, sa technique de manière isolée ; il reste très sensible aux applications que l'on peut tirer, ou qu'il tire lui-même, de son travail. Ici, chaque contributeur aura ouvert ses analyses à la visée éducative, formative, en portant son regard vers des applications en santé.

Par ailleurs, les sciences de l'éducation ont, depuis fort longtemps, investi le langage, dans différents secteurs dont pour exemple l'enseignement (Altet et Chartier, 2006). Poursuivant l'aventure, les sciences de l'éducation ont mis l'accent sur la dimension professionnalisante du langage, noté le caractère expérientiel (Dewey, 1915, 1958, 1953) de tout effort de sens, investi la complexité du lien langage/situation professionnelle, allant peu à peu vers l'ergonomie (Balsev et al., 2015 ; Zeiter et Barbier, 2012). Altet indiquait, déjà pour le secteur scolaire que : « (*l*)'idée, c'est qu'il faut travailler à la fois sur ce que l'on voit [...], sur le choix de ses situations, mais également envisager des entrées

1. « Le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâche diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'elles à l'obtention de matières premières et d'outils, conçus et procurés à la mesure de son projet : [...] il se définit seulement par son instrumentalité, autrement dit et pour employer le langage même du bricoleur, parce que les éléments sont recueillis ou conservés en vertu du principe que « ça peut toujours servir ». (Claude Lévi-Strass (1960). *La pensée sauvage*. Paris : Plon, extraits, p. 27).

par les interactions. [...] Je suis toujours entrée par les interactions [...]. » Ainsi, la notion d'interaction reste-t-elle centrale dans les travaux reliant la formation, l'éducation et le langage, et seule la confrontation de plusieurs approches rend raison (et compte) de la multi-dimensionnalité des pratiques professionnelles (Altet, 2006, p. 14). Une partie des contributeurs, dont l'ancrage est celui des sciences de l'éducation et de la formation, se saisit de cette belle complexité des situations singulières d'enregistrements verbaux médicaux, à partir des sciences de l'éducation et de la formation.

Une partie des contributions de ce numéro prend appui sur un matériau identique. Il s'agit d'un corpus d'échanges patients-soignants, élaboré dans le cadre d'un projet régional, DECLICS², qui propose des paroles vives. Paroles vives et vivantes, non contrôlées *a priori*, au sens où les chercheurs, sortis de leur bureau, ont œuvré sur le terrain hospitalier pour extraire des paroles authentiques qui mettent en exergue les difficultés à communiquer des acteurs. Les patients choisis par les médecins appartenant à des services médicaux divers, sont des patients pour la plupart « résistants » aux traitements, ou aux soins, voire au champ médical, pour des raisons variées : pathologie neurologique évolutive, maladies chroniques, *pour exemple*. Les contributions qui ne prennent pas appui sur les données verbales du projet DECLICS éclairent pour leur part des milieux, des situations singulières : les discussions collégiales en soins palliatifs, la parole posée sur l'urgence d'une épidémie, *pour exemple*. Rien d'innocent dans ces choix faits par les contributeurs, qui rappellent l'actualité médicale du XXI^e siècle, qui reste comme bornée par des représentations passées, voire passistes (cas de la peste) en territoires isolés et des injonctions modernes délicates à respecter (délibérer avec collégialité sur des cas singuliers).

Ce numéro saisit ainsi une forme de contemporanéité que l'on réduira à trois focales : 1. la question bioéthique du rapt médical sur la fin de vie, 2. la douleur due à la dégénérescence mentale et 3. la résistance humaine chronique au soin. Ces combats sont partagés entre patients et soignants du XXI^e siècle. Il ne s'agit pas de savoir si l'on combine, oppose, priorise, ordonne la place dévolue aux sciences humaines et sociales au sein de l'espace biomédical, mais d'embrasser ce qui pose soucis, dans nos sociétés modernisées, quant à la prise en charge de sujets humains réactifs, singuliers, rebelles, parfois perdus. C'est peut-être le patient, plus encore que le médecin, qui est alors le cœur de cible des études de ce numéro. Et, c'est en substance l'éducation thérapeutique du médecin qu'interrogent alors les travaux des linguistes et des chercheurs en éducation.

Les médecins impliqués dans le projet régional DECLICS déclarent sans soucis leurs difficultés. Ils sont à l'origine du projet de recherche, réclamant l'aide, le secours des linguistes, des sciences sociales. Ainsi convoquées à la table de soin, les SHS contribuent, à leur hauteur de vues, pour profiler quelques pistes, pour relever des défis encore très mal couverts par la seule sphère biomédicale du XXI^e siècle : a) bioéthique, b) douleur morale et chronicité, c) champs d'intérêt finalement propres à l'homme, au citoyen plus qu'au seul médecin.

2. Dispositifs d'Étude CLInique des Corpus en Santé.

3 De l'actualité médicale aux enjeux des échanges humains à venir

Au XXI^e, les enjeux éthiques semblent (à nouveau) dominer la réflexion en santé. Mais, l'éthique n'est-elle pas, par essence, au cœur de toute activité soignante? Nous le pensons. Néanmoins, l'arrivée, voire le déboulé, de nouvelles maladies rares, de pathologies neurologiques, l'accroissement du vieillissement de la population, la paupérisation de certains groupes culturels ou sociaux, l'éloignement géographique et culturel de certains territoires, les contagions contemporaines dégagent de nouveaux foyers de préoccupation en santé publique : l'éducation thérapeutique du patient, la médecine narrative, la littérature en santé, pour n'en citer que quelques-uns, auxquels les SHS ont contribué. Alors, des communautés pluridisciplinaires réunissent des chercheurs, connectent entre eux des laboratoires, ce qui peut déstabiliser l'acte biomédical traditionnel. Revisiter l'échange authentique sert alors à renouer profondément avec l'éthique médicale. Comment parler avec les professionnels de santé? Comment aborder les patients? Tout le monde sait, après l'avoir pressenti, que l'acteur principal d'antan, le médecin ne tient plus le pouvoir, le savoir. L'accès à l'information, qu'il ne s'agit pas de confondre avec la connaissance, est libéré grâce aux réseaux numériques. La notion d'expertise se distribue différemment entre les médecins eux-mêmes. Le patient accède à des mots. Le médecin emploie des mots. Mais, les acteurs restent humains, fragiles, surmenés bien souvent, de part et d'autre. Les précautions d'usage ne fonctionnent plus. Diagnostic, taux de glycémie ou anamnèse ne règlent plus, à eux seuls, l'univers parlé autour de la maladie. Au jeu du chat et de la souris, le patient (ses proches) est parfois en avance sur la compréhension des faits, mais ne sait ni l'exprimer, ni l'exploiter au profit de sa santé. Le médecin demeure parfois impuissant faute de moyens thérapeutiques. Comment se fait la délégation vers d'autres soignants, quand la chronicité d'une maladie met en présence médecin démuné et patient surinformé? Nous avons voulu que les contributions s'appuient sur des données attestées, solides, reproductibles pour éviter des discours généraux sur la santé, et prennent le pari de comprendre à quoi servent les mots.

Les enjeux d'une amélioration du soin, face aux montées de maladies rares, envahissantes, éprouvantes pour la société, ou bien l'irruption d'épidémies qui court-circuitent les habitudes, engagent à des études situées sur ce qui fait la cohérence discursive des échanges patients-soignants à court et à long terme. Nous avons souhaité réfléchir et faire réfléchir sur l'activité verbale soignante. L'expertise des SHS appliquées à la santé doit, selon nous, permettre de discuter l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients, voire favoriser l'écoute pluridisciplinaire entre les différents intervenants en santé publique, amener des ressources nouvelles pour penser la formation à l'université comme à l'hôpital.

Mais, la pluridisciplinarité peut-elle se décréter entre médecine et SHS? Le numéro ne tranche pas, et propose plutôt de dévoiler des outils, des faits. Nous avons cependant tenté de privilégier les contributions croisant au moins deux secteurs scientifiques, mêlant par exemple linguistique et neurologie. Le volume n'équilibre pas la part dévolue aux professionnels de santé, de spécialité, et aux linguistes ou chercheurs en éducation. L'actualité médicale peut alors se lire en creux dans ce numéro, car les données sont situées dans des contextes pathologiques contemporains, et l'amélioration de la prise en charge est étudiée

à partir de l'idée d'un dialogue non pas épistémologique (entre disciplines scientifiques) mais réel, authentique entre acteurs, sur le terrain. La médecine est projetée comme discipline humaine, qui gagne à être décrite avec les outils que priorisent les humains : la parole, l'échange, la compréhension mutuelle, le langage.

Si le langage trouve sa place aussi bien dans l'échange ordinaire que professionnel, l'activité de *langage en santé* semble en voie de mutation. Les notions de prise de décision collégiale, l'émergence du droit des usagers dans les institutions de soins, la mise en place d'entretien thérapeutique du patient, voies ou impasses éthiques (Rush, 2017), passent pour des évidences. Est-ce si évident que cela de s'entretenir collégialement autour d'un cas ? Est-ce facile de mener un entretien thérapeutique ? Les notions de personne, d'usager, de patient, de client ne sont-elles pas devenues des objets de discours flous (Grize, 1990), qui bien qu'étiquetés, deviennent paradoxalement vides de sens humain ? À situer les personnes dans des protocoles médicaux, thérapeutiques, administratifs n'oublie-t-on pas l'humain ? Quel impératif préside aux changements éthiques actuels non seulement de soin, mais institutionnels ? A-t-on affaire à un impératif kantien, au sens d'une cohérence à l'œuvre qui saurait s'expliquer rationnellement, ou bien à des choix subis, mal définis qu'aucun des acteurs alors ne peut assumer ? Se poser la question du fonctionnement authentique des échanges humains correspond à travailler cette question de fond.

4 De l'histoire des sciences du discours aux enjeux biomédicaux actuels

Si la rétrospective de Marguerite Altet (voir plus haut. 1.) place l'interaction au cœur des travaux utiles à partir d'un matériau langagier (Alter, 2006), c'est que la pragmatique ne saurait être éjectée ; elle préside souvent à une entrée, en complexité, qui sied à décrire l'expérience professionnelle humaine. La profession de soignant est socialement, ancrée, située, contextualisée, toujours, continuellement. L'école pragmatique d'analyse des discours (Austin, 1962) a révélé qu'un contenu informationnel ne rend pas, seul, compte de la dynamique des discours (Ghiglione et al., 1995) et que la cooccurrence, la syntaxe, les modalités déontiques (*il faut, on doit*) doivent être étudiées. Car, parler n'est pas informer. Parler présuppose d'interagir et les actes de discours, théorisés, sont décrits de longue date en linguistique (Vanderveken, 1992). Des travaux linguistiques ont porté sur le langage en milieu institutionnel, établissant d'abord le genre discursif de la consultation médicale (Cosnier, 1993 ; Have, 2006), puis détaillant le vocabulaire spécifique des professionnels en santé (Chebouti, 2015), enfin débouchant sur des améliorations portant sur les phases aiguës de verbalisation de diagnostics, souvent sévères (Saint-Dizier de Almeida, 1993). Nous n'avons pas cherché ici à être exhaustifs ; il est plus important de mettre en avant que les contributions présentées ne se présentent pas comme de simples applications des SHS à la santé, mais portent en elles la marque d'un souci d'engagement (Mondada, 2006), pour penser des retombées sur la société tant civile, juridique, que médicale, professionnelle.

L'engagement citoyen des linguistes doit alors être rappelé quant au fait que depuis trente ans, leur préoccupation pour la linguistique de *corpus*, ce notamment à partir de l'étude du français parlé dans la lignée du groupe aixois de linguistique (Blanche-Benveniste, 2010) les poussent à des analyses situées de plus en plus expertes, révélant

sur des données orales authentiques ce que les grammairiens ne pouvaient théoriser auparavant à partir de cas inventés. La parole, la véritable parole, surprend. On peut sursauter rien que pour un mot. Et chacun en a sans doute déjà fait l'intime découverte, dans sa propre vie. Mais la parole suspend aussi : les représentations, les places sociales des uns et des autres, certains mots tabous. Elle contrarie aussi, parfois, ou souvent, non pas les interlocuteurs, qui savent soigner depuis leur tendre enfance *via* la civilité (Calistri, 2013) avec tact et précaution oratoire les faces de chacun, les territoires (Kerbrat-Orrecchioni, 1987), l'intimité, et convenir ainsi à une forme de bienséance du dialogue, mais la parole contrarie ce que l'on croit avoir entendu, ce que l'on pense pouvoir mettre à jour.

Nos cerveaux usent de biais, malgré l'idée que nous disposons d'esprits critiques (Gauvrit et Delouvé, 2019). Les hypothèses préalables du chercheur ne sont pas alors toujours les bienvenues. Il faut parfois se laisser porter par le corpus, par les faits langagiers, et miser sur la finesse et la justesse des transcriptions, pour dépasser des représentations surfaites ou de surface, et passer à des faits avérés par d'autres voies que l'habitude. Comment demander à des soignants d'être sensibles à ces voies alternatives ? Nous avons demandé, en ce sens, aux contributeurs de soigner tout particulièrement les données qu'ils exploitaient, ce que le numéro ne pourra mettre en valeur précisément, le travail de linguiste restant pour partie, parce que très coûteux, dans l'ombre du texte de publication. Mais, pour que chaque contributeur illustre au mieux sa démarche méthodologique, et engage des constats, des témoignages ou des résultats qui rendent justice à l'intérêt qu'on attribuera ensuite, en matière d'éducation à la santé, de formation professionnelle des soignants, à la justesse des analyses interprétatives produites, nous avons incité chacun à oser, ne serait-ce qu'en conclusion ou discussion, se risquer à investir le champ de l'éducation, de la formation.

Car le langage s'interprète toujours. C'est même sa raison d'être. L'humain parle pour être compris. Nul locuteur ne peut être, par avance, certain de ce qu'il obtiendra quand il parle. De même, se confronter à des données verbales, c'est toujours opérer des choix, de découpage, d'hypothèses, de description, qui orientent les faits sur un commentaire plus ou moins décisif en matière d'exploitation. Or, comment faire apparaître ce qui peut le mieux contribuer au renouvellement des enjeux sociétaux actuels en matière médicale ? Qu'il s'agisse de *fin de vie*, de *pathologies neurologiques* convoquant d'ailleurs souvent les aidants, de patients désemparés atteints de *maladie chronique*, de patients plus ordinaires avec lesquels il faut tenir un entretien, où se situent les patients dans leurs discours ? Le langage sur fond d'échanges d'informations (qui ne sont qu'un prétexte) sert de mode de transaction quant aux places et postures des acteurs impliqués. Parler sert à aller plus loin, à se chercher, à se trouver comme à se retrancher. La parole peut être un habillage symbolique très puissant. C'est alors moins le contenu que la syntaxe qui parle. Bien souvent les médecins imaginent que le linguiste traque le sous-entendu. Le linguiste traque plutôt l'entendu, ce qui fait l'entente, c'est-à-dire ce qui peut amener l'un (soignant) comme l'autre (patient) à définir la part d'écho, d'égo, ce qui se détecte dans le circuit du dialogue. Le dialogue court-circuite rarement, il sert plutôt de guide pour affirmer ce que chacun est ou pense être. De plus, nombre de situations mettent en présence des discours de patients, rapportés, car ces patients sont parfois absents de la communication, car trop dégradés physiquement. La question est alors de savoir si l'on peut parler à *la place de... ?*

Si la chronicité de la maladie « *oblige à aller plus loin* » (Authier et Balcou-Debussche, 2018, p. 12; Balcou-Debussche, 2016), ce, pour combiner les perspectives biomédicales ou émanant des sciences sociales, elle conduit, selon nous aussi à activer un dialogue réel, un échange verbal authentique. *Aller plus loin*, c'est pousser les acteurs dans leurs retranchements. La figure spatiale d'éloignement, de rapprochement est très utile au linguiste pour traquer ces proximités qui échappent à l'entendement humain en prise avec une situation de dialogue. Quand on parle, on n'entend pas forcément ces déplacements de soi à soi, de soi à l'autre, etc. Le linguiste arrête donc le dialogue, repère, montre ce que l'on croit entendre et qui pourtant se dérobe. Les émois privés affleurent. Le médecin est-il intéressé par ces derniers? Le peut-il? Le doit-il? Ce sera aux médecins de trancher. Si on a demandé aux contributeurs de rester au seuil de la question d'éducation, de formation, d'amorcer leurs avis en conclusion, en discussion, c'est pour mieux monter en quoi le discours permet d'ouvrir ou d'offrir un questionnement, qui tient compte de l'apport de connaissances mais qui dépassent l'écueil de recommandations trop simplistes que l'on ne saurait faire à la communauté médicale. Le linguiste dégage seulement une portée interprétative aux travaux présentés (Fleischman, 2001). Peut-on, en tant que médecin, apprendre à se dégager d'émois privés? Comment conserver une distance à soi qui ne refroidisse pas l'espace interactionnel? La formation des professionnels de santé du XXI^e siècle est en jeu. Mais les sciences sociales ne se feront pas prescriptives, en tout cas, pas dans ce numéro-ci. Outre les maladies chroniques, la *gériatrie* représente sans doute, à cet égard, avec son lot de pathologies de l'ordre de la *dégénérescence* mentale, un espace de soin particulièrement intéressant à explorer. Il est intéressant de voir que les maladies dégénératives peuvent être prises en objet. Dans ce cadre, la domination habituelle du biomédical ne peut être repérée car l'échange est *pris en charge* par l'aidant, les associations œuvrant à accompagner le soin et s'immisçant heureusement dans le circuit communicationnel, quand l'esprit des patients qui devraient communiquer s'embrument... Mais, *qui parle* alors à *qui*? La question reste entière, parfois terrible.

Et puis qu'est-ce qu'une guérison quand les représentations ne sont accessibles que par valeurs interposées (Préau et Siméone, 2018), celle de la mort, de la dégradation, du récit de soi passé? Le diagnostic, le médicament, le traitement, le protocole tiennent-ils face à la mort à venir? Pour accueillir des paroles authentiques, nous avons incité les contributeurs à privilégier la comparaison de situations où l'entretien thérapeutique met en présence un patient rencontrant un ou plusieurs soignants, pour pister les éventuelles distorsions d'emplois langagiers, selon les acteurs impliqués. La situation de discussions collégiales, favorisées par les récentes lois en santé, est à cet égard assez intéressante à considérer : qui délibère, de quoi, pour quels résultats lorsque les patients entrent dans la zone et les soins palliatifs? Qu'apprend-t-on sur les modes possibles, souhaitables, actuels, de délibération en médecine?

5 Des révélateurs verbaux au profit d'une intelligence collective renouvelée

Quand une analyse lexicométrique, sur 159 859 mots issus du corpus DECLICS2016 met en évidence que les *mh* et les *d'accord* dominent en nombre, qu'en conclure? Rien *a priori*. Mais, cela aide à mieux comprendre que les lignes de fracture étudiées en santé, pour exemple la vie ordinaire distinguée du passage à l'hôpital, ou la phase de diagnostic

distingué du suivi au long court, émergent dans un tissu global fait à la fois d'entente explicite (*d'accord*) et de marques ambiguës (*mh*), donc que ces frontières de mondes existent grâce à *ces tous petits mots* que notre mémoire ne retient pas. Sur quelles frontières s'ajustent les soignants pour échanger ? Telle est la question centrale. Qu'ils soient médecins ou psychologues, infirmiers ou proches, sages-femmes ou thérapeutes, il y a intérêt à détecter ce qui sourd dans l'ajustement verbal.

Or, comme rappelé plus haut, c'est l'engagement des linguistes qui est attendu, ce qui présuppose que le discours a à faire avec le monde du travail. Comment délimiter dans le discours ce qui revient à la part professionnelle et à la part humaine ? C'est, là, l'intérêt d'étudier finement le langage. Peut-on définir les profils singuliers de médecins, de psychologues, de patients, d'aidants, avec des distinctions utiles ? Les situations où les symptômes restent diffus, malgré un fléchage sur des services hospitaliers plus ou moins spécialisés (*médecine interne, nutrition, maternité, maladies infectieuses*), sont, en ce cas, intéressantes à contraster avec d'autres situations échanges. Sont-elles transposables aux échanges tenus lors d'accompagnements thérapeutiques faisant suite à une pathologie déclarée et nécessitant un suivi au long cours (*accidents vasculaires, troubles neurologiques, dégénérescence cognitive, maladies rénales, cancers, etc.*) ? Seraient-elles différenciables de situations d'annonce de diagnostics sévères (Colinet et Avenel, 2018) ? Qu'est-ce qui reste de l'asymétrie *présupposée* opérant dans la consultation médicale (Heath, 1993) quand on donne au patient des droits nouveaux, ceux de l'usager, et ceux du patient-partenaire de soin ? Si l'humain remonte en pôle-position, l'asymétrie n'est plus de raison. C'est l'étude de la relation humaine, qui est alors au cœur de ce numéro. Comment se tisse une relation humaine, durable, décisive pour que la santé du patient soit, sinon recouvrée, du moins soignée, considérée, interrogée, mise sur écoute, et que l'expertise biomédicale soit sinon déclarée, du moins préservée, efficiente, considérée, enregistrée ? La notion de soin s'étend ainsi, dans ce numéro, aux dimensions de prise en charge sociale, psychologique, émotionnelle, qui, associées aux informations médicotéchniques, contribuent à l'amélioration de la prise en charge en santé des individus.

Chacun est prêt à l'entendre, le lexique infuse. Ainsi, le *quidam* interrogé sur ce qu'est une consultation médicale, se fera instantanément une représentation autour de mots clefs : cœur urgence, poumon, médicaments, *par exemple*. Mais, lorsqu'un linguiste étudie les univers lexicaux, que découvre-t-il ? Il découvre que les phatiques et les régulateurs ou connecteurs verbaux (*voilà, bon, mh, mais, donc*) par exemple agissent sur la synchronie interactionnelle de manière décisive. C'est paradoxalement quand le malheur, la maladie, la souffrance, l'échec, la peur pointent que les humains réclament une conversation des plus ordinaires, et pas une information médicale obligatoire. N'y a-t-il pas actuellement une impasse à adopter l'obligation de l'information médicale, la transparence des processus, l'investissement obligatoire *via* une personne de confiance ? Que gagne-t-on, précisément, que perd-t-on, précisément ? L'éducation des acteurs médicaux ne doit-elle pas urgemment s'appuyer sur les connaissances des linguistes, sur celles produites par les chercheurs en sciences humaines et sociales ? quant à ce qui fait l'ordinaire de la relation humaine, fondée sur un équilibre entre explicitation et gestion des implicites ? À quoi servent les sous-entendus ? N'y a-t-il pas des implicites porteurs de sens ? N'y a-t-il pas des répétitions saines ? Peut-être alors qu'un peu de syntaxe ne nuirait pas à la santé, la santé mentale de nos sociétés, en promouvant l'intelligence collective qui redonnerait aux mots

leur pouvoir, leur fonction de structuration de nos pensées et de nos actions. Les travaux présentés par chaque contributeur servent cette orientation.

Ainsi, si les données en langue française ont été privilégiées par les coordonnateurs du numéro, dont l'une est syntacticienne, c'est parce qu'il faut pouvoir mesurer que les faits langagiers sont très liés à la structure syntaxique de chaque langue. Les petits troubles de la communication, percés à jour par le linguiste, font écho aux troubles de la communication qui oblitèrent le jeu interactionnel, supposé mener le patient à une plus-value en santé. Encore faut-il pouvoir rendre compte finement des troubles de la communication. L'étude de la syntaxe, qui permet de voir quand les interlocuteurs reprennent, redisent, soit piétinent sur un mot, quand ils allongent leur syllabe au cœur d'un syntagme habituellement quasi automatisé dans des expressions figées, quand ils rajoutent et rajoutent tant et tant d'informations que la cohérence se perd, il y a matière à dévoiler bien des malentendus, mais aussi bien des entendus qui échappent à une seule écoute de bande son enregistrée. La traque du malentendu et le respect de l'écoute restent le cœur de métier de tout linguiste. Ce numéro offre au lecteur un beau travail d'écoute des discours prononcés entre soignants et soignés, au gré de citations très singulières donc très instructives.

6 Pour ne surtout pas conclure

On déclare souvent des chantiers ouverts en recherche, manière de dire que l'entame d'une problématique, si elle vaut, se doit d'être continuée. C'est vrai aussi pour ce numéro. Prenant en étau la sphère biomédicale, entre recherche et formation, souhaitant faire émerger des illustrations de ce que les sciences du langage contemporaines apportent en matière de prétention à réfléchir l'activité soignante future, on sait qu'il y aurait maintes autres pistes complémentaires à étudier : En quoi le discours médical, par exemple, est-il généré ? En quoi est-il et sera-t-il daté ? Peut-on prévoir la structure type d'une consultation du futur entre médecins et patients ? En quoi les dialogues soignant-patient structurent-ils la mémoire des professionnels en santé ? Quelle stéréotypie apparaît ou disparaît au fil du temps dans les dialogues médicaux ? *Etc.* Ces pistes ne pourront être couvertes dans ce numéro, mais ce volume invite justement à situer les contributions contemporaines sur ce temps long de l'histoire de la médecine, signalé dès notre préambule, qui est aussi l'histoire d'une humanité où les uns prennent soin des autres, et finalement se confond avec l'histoire même de l'humanité. Alors, comment font-ils donc, ces humains ? Chaque contributeur répond à cette question majeure. Nous espérons que le lecteur trouvera à l'occasion de chaque contribution une nourriture intellectuelle qui questionnera sa pratique professionnelle ou formative appliquée au champ de la santé. Nous concluons avec cette citation à méditer : « J'aime mieux être un homme à paradoxe qu'un homme à préjugés », parole empruntée à Rousseau, reprise en 2012, à De Lamotte, par François et Porcher, que nous réempruntons donc pour ouvrir sur des suites à donner.

Références bibliographiques

Altet, M et Chartier, A-M. (2006). Entretien de Marguerite Altet avec Anne-Marie Chartier. L'analyse de pratiques : rétrospectives et questions actuelles. *Recherche & Formation*, 51, 11-25.

Aubry, R. et Mallet, D. (2008). Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Revue internationale francophone d'éducation médicale*, 9, 94-102.

- Austin, J.-L. (1962). *How to do things with words*, Oxford : University Press, trad, 1970, *Quand dire, c'est faire*. Paris : Seuil.
- Authier, D. et Balcou-Debussche, M. (dir, 2018). Interventions éducatives et santé : construire le dialogue entre le monde médical et les sciences humaines et sociales, *Éducation, Santé, Sociétés*, 4(2).
- Balslev, K., Fillietaz, L., Ciavaldini-Cartaut, S. et Vinatier, I. (coord. 2015). *La part du langage : pratiques professionnelles en formation*. Paris : l'Harmattan.
- Ghiglione, R., Kekenbosch, C. et Landré A. (1995), *L'analyse cognitivo-discursive*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Vanderveken, D. (1992). La théorie des actes de discours et l'analyse de la conversation. *Cahiers de Linguistique Française*, 13, 9-61.
- Balcou-Debussche, M. (2016). Intervenir auprès des malades chroniques : quels dialogues avec les professionnels de santé ? In L. Pourchez (dir.), *Quand les professionnels de santé et des sciences sociales se rencontrent* (pp. 137-150). Paris : Éditions des Archives Contemporaines.
- Berthod-Wurmsler, M., Bousquet, F. et Legal, R. (2017). Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter. *Revue française des affaires sociales*, 1, 5-19.
- Calistri, C. (2013). L'atelier philosophique comme conversation : quels principes de politesse linguistique et de figuration à l'école ? *Cahiers du LRL*, 5, 159-182.
- Chauvigné, C. (2018). L'éducation à la santé : sens et usages des valeurs dans les établissements du second degré. *Penser l'éducation*, 42, 9-21.
- Chebouti, K. (2015). Le vocabulaire médical du point de vue des trois fonctions primaires. *Linguistique*. Université Paris-Nord - Paris XIII.
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Éducation & Didactique*, 1(1), 83-93.
- Colinet, S. et Avenel, C. (2018). *Pratiques professionnelles et annonce diagnostique*. Clermont Ferrand : Presses universitaires Blaise Pascal.
- Cori, M. et David, S. (2008). Les corpus fondent-ils une nouvelle linguistique ? *Langages*, 3(171), 111-129.
- Cori, M., David, S. et Léon, J. (dir.) (2008). Construction des faits en linguistique : la place des corpus. *Langages*, 3(171).
- Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. In J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste (éds.), *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soin* (pp. 17-32). Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Delamotte, R., François, F. et Porcher, L. (2012) *Langage Éthique Éducation. Perspectives croisées*. Rouen : Publications de l'université de Rouen, et Conseil général de la Seine-Maritime.
- Dewey, J. (1958). *Experience and nature*. New York : Dover Publications.
- Dewey, J. (1963). *Experience an education*. New York : Macmillan Publishing.
- Dewey, J. (1915) Le problème de la méthode. In The public an its problems. Extrait de *The latest Works*, Volume 2, 1925-1927. University Press, Réédition 2010 (pp. 285-323). Paris : Gallimard.
- Drew, P. et Héritage, J. (1992). Talk at Work : Interaction in institutional settings. *Studies in interactional socio-linguistics*, Cambridge & New York : Cambridge University Press.
- Fournier, C. et Kernazet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 5(19), 413-425.
- Dumont, G.-F. (2010). La géographie des territoires gérontologiques, *Gérontologie et société*, 132, 47-62.
- Fleischman, S. (2001). Language and Medecine. In D. Shiffrin, D. Tannen et H.E. Hamilton, *The Handbook of Discourse Analysis* (p. 470-502). Malden, Massachusetts & Oxford, England : Blackwell Publishers.
- Gauvrit, N. et Delouvé, S. (2019). *Des têtes bien faites. Défense de l'esprit critique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Génolini, J.-P., Roca, R., Rolland, C. et Membrado, M. (2011). « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé*, 3(29), 81-122.
- Grize, J.B. (1990). *Logique et langage*. Paris : Ophrys.
- Grosjean, M. et Lacoste, M. (1995/1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.

- Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale : la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin. In J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste (dir.) *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soin* (pp. 65-76). Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Kerbrat Orecchioni, C. (1987). La mise en place. In J. Cosnier et C. Kerbrat Orecchioni, *Décrire la conversation* (pp. 319-352). Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Léon, J. (2008). Aux sources de la « Corpus Linguistics » : Firth et la London School. *Langage*, 3(171), 12-33.
- Mondada, L. (2006). Interactions en situations professionnelles et institutionnelles : de l'analyse détaillée aux re-tombées pratiques. *Revue française de linguistique appliquée*, 2(XI), 5-16.
- Préau, M. et Siméone, A. (2018). *De l'expertise scientifique à l'expertise profane*. Lyon : Éditions Des archives contemporaines, Psychologie du social.
- Richard, C., Lussier M-T., Galarneau, S. et Jamouille, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie médicale*, 11(4), 255-272.
- Rusch, E. (2017), Éducation thérapeutique du patient et éthique : de l'impératif de santé publique aux droits des personnes et des usagers ». *Santé Publique*, 5(29), 601-603.
- Saint-Dizier de Almeida, V. (2013). Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. *@ctivités*, 10(2), 54-81.
- Tourette-Turgis, C. et Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, 35, 9-48.
- Thievenaz, J., et Broussal, D. (2018). Apprendre des interactions de soins. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39.
- Ten Have, P. (2006). On the interactive constitution of medical encounters. *Revue française de linguistique appliquée*, 2(XI), 85-98.
- Zeiter, A. et Barbier, J-M. (2012). La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche et formation*, 70, 107-118.