

POUR UNE CONSIDERATION PLURIDISCIPLINAIRE DES DISCOURS DE L'EXPERTISE DANS LES DOMAINES DE LA SANTE

Marcel BURGER
Université de Lausanne
marcel.burger@unil.ch

Gilles MERMINOD
Université de Lausanne
gilles.merminod@unil.ch

Résumé

S'appuyant sur la variété des expertises en santé et observant leur émergence dans et par le discours, ce numéro des Cahiers de l'ILSL a pour objectif de présenter des outils qui permettent d'en appréhender les contours. Dans cette introduction générale, on envisage les discours de l'expertise en santé relativement à trois cadres d'émergence : la communication privée, la communication organisationnelle et la communication publique, qui se caractérisent par des dispositifs et des finalités différenciés.

Mots-clés : discours de santé, discours d'expertise ; cadre de communication.

1. Une considération pluridisciplinaire sous le signe de l'agir

Le questionnement qui traverse ce numéro a une double origine. Il est d'une part lié à notre engagement récent en tant qu'analystes des discours de communication publique dans un vaste projet interdisciplinaire¹. L'expérience du dialogue entre des chercheurs (psychologues, sociologues, médecins, éthiciens et linguistes) et des acteurs du monde de la santé (professionnels de la santé et du soin, patients, politiques) nous a permis d'observer la variété des expertises en santé et de prendre la mesure de leur complexité. En effet, comme l'expertise en santé se construit, s'affirme et s'exprime par des catégories d'acteurs variées, son appréhension est fonction d'un regard sociologique fin en complément d'une analyse langagière qui est notre domaine de compétence. Par ailleurs, l'expertise en santé se manifeste au travers d'une diversité de ressources. Certes, le verbe y est central, rendant légitime l'analyse linguistique

¹ « La médecine de transplantation entre rhétorique du don et vision biomédicale du corps »

des discours. Les ressources discursives en jeu dans l'expertise sont néanmoins plus variées. Leur analyse implique par conséquent une saisie plus large par la prise en compte de réalités sémiotiques multimodales. A cela s'ajoute la complexité des enjeux qui apparaît évidente dès qu'on aborde des objets sensibles comme la santé : seule une considération transversale – qui admet l'analyse linguistique des discours mais la remet à sa juste place parmi l'analyse éthique, politique, médicale, psychosociologique – permet de mieux comprendre les discours d'expertise en matière de santé.

Le questionnement proposé dans ce numéro a d'autre part été motivé par les discussions tenues lors d'une journée d'études organisée par le Centre de Linguistique et des Sciences du Langage (CLSL) et consacrée au thème « Discours de la santé et communication publique ». La rencontre avait deux buts : premièrement, articuler au plan méthodologique les dimensions langagières et communicationnelles des discours à propos de santé publique ; deuxièmement, envisager des modes d'observation pertinents pour saisir la variété des contextes institutionnels et leurs enjeux. A ce titre, un fil rouge peu exploité, à défaut d'être inédit, nous avait semblé pouvoir être utilisé pour tisser des liens heuristiques : le paradigme praxéologique – celui de l'action – comme point d'ancrage nodal ; ceci pour deux raisons. D'une part, un tel paradigme articule constitutivement des considérations langagières *et* sociales. D'autre part, il associe celles-ci à des agents, c'est-à-dire des acteurs sociaux motivés par des raisons d'agir subjectives. Par le biais de l'agir praxéologique², les sociologues, les linguistes et les analystes de l'argumentation participant à cette journée d'étude avaient pu mettre en commun leurs hypothèses sur le sens des discours de santé publique. Reconduire l'idée d'un tel cadre de réflexion surplombant nous a dès lors paru pertinent pour observer dans un même élan des lieux sociaux et des modes de communication très différents où l'expertise en matière de santé se réalise invariablement.

Dans ce sens, il ne faut se méprendre : ce numéro n'a ni la prétention d'innover ni celle de bousculer les études en matière de discours de santé. Il souhaite de fait prolonger en particulier les réflexions sur la santé menées dans des numéros précédents des Cahiers de l'ILSL (*Langue de l'hôpital, pratiques*

² C'est l'action située dont le sens est négocié intersubjectivement en contexte (et non pas l'action individuelle planifiée psychologiquement, ou l'action socialement normée, acceptable ou non et légitime ou non). Il s'agit de fait de l'agir communicationnel tel que défini dans le cadre philosophique de l'Ecole de Francfort par Habermas (*Théorie de l'agir communicationnel*, 1987).

communicatives et pratiques de soin, édité par Laurent Gajo en 2004 ; *Barrières linguistiques en contexte médical*, édité par Pascal Singy, Céline Bourquin et Orest Weber en 2010) ainsi que celles sur l'expertise dans le *Bulletin Suisse de Linguistique Appliquée (Communiquer en milieu hospitalier: de la relation de soins à l'expertise médicale*, édité par Laurent Gajo et Lorenza Mondada en 2001). C'est dans un tel sillage qu'il convient de placer les remarques qui suivent.

2. L'expertise dans les discours de la santé

L'expertise, en tant qu'elle engage conjointement crédibilité et légitimité, occupe sans doute une place privilégiée dans les domaines de la santé. On peut penser qu'elle y joue même un rôle fondamental. C'est cette hypothèse de sens commun qui guide la réflexion du volume.

Aussi, le numéro met l'accent sur la dimension discursive de la construction de l'expertise dans les domaines de la santé. Plus spécifiquement, nous avons centré l'attention sur trois « lieux » où se tiennent principalement des discours d'expertise et se nouent des enjeux différents relatifs aux domaines de la santé. Il apparaît pertinent en effet de distinguer les discours d'expertise dans l'espace clos du cabinet médical des discours d'expertise dans l'institution hospitalière où les domaines de la santé se pensent et se gèrent collectivement. Si les discours en cabinet et à l'hôpital témoignent bien de la construction du lien entre *expertise* et *soin*, on doit aussi tenir compte, tout à la fois en amont et en aval, de la place et du rôle de *l'expertise* dans les discours de santé publique. De tels discours se matérialisent sur des supports variés, notamment des affiches, des spots télé- et radiodiffusés, des brochures, ou des sites internet, qui s'ancrent dans des espaces publics conçus comme des lieux « ouverts » ciblant la société sous l'angle citoyen de l'intérêt général.

Compte tenu de la variété des discours d'expertise et de la complexité des enjeux qui vont de la prévention jusqu'au soin, on conçoit que la santé n'est pas un objet de discours neutre. Parler ou écrire à propos de santé implique, tant du côté des soignants que de celui des soignés, de marquer des valeurs identitaires sociales et psychologiques spécifiques. C'est en effet toujours la santé d'une *instance singularisée* (une population, un groupe, un individu) qu'on thématise en discours directement ou indirectement. Le rapport au discours d'expertise

occupe alors nécessairement une place importante dans les échanges entre soignant et soigné. Par exemple, dans l’imaginaire socio-communicationnel contemporain, le soignant détient *a priori* une expertise. Celui-ci la manifeste plus ou moins directement en discours dans sa relation au soigné. Dans le même temps, les pratiques de la santé témoignent de plus en plus du fait que le patient lui-même – parce qu’il dispose par le biais d’internet d’un accès non restreint à des informations de santé – se construit par le discours dans sa relation au personnel soignant une identité experte plus ou moins avérée ou prétendue.

Ainsi, « parler de santé » engage des savoirs et des savoir-faire langagiers particuliers. Indépendamment du discours spécialisé jargonnant, l’expertise représente une donnée de la communication qu’il s’agit non seulement de « montrer », mais aussi de « démontrer » pour se définir comme un interlocuteur à la fois légitime et crédible. Cependant, discours de la santé et expertise ne s’articulent pas de la même façon selon les cadres de communication dans lesquels on les mobilise. Par exemple, l’interaction entre un médecin généraliste et un patient dans un cabinet privé n’équivaut pas à celle qui s’instaure entre un spécialiste secondé d’une équipe et un patient dans le bloc opératoire d’un hôpital universitaire ; de la même manière, la communication publique institutionnelle en matière de santé donne à voir des stratégies qui dépendent d’enjeux complexes où se mêlent des discours à fonction de prévention sanitaire, mais aussi à fonction de promotion de l’institution ou de positionnement idéologique en matière de santé.

En abordant les relations entre discours et expertise en matière de santé dans trois lieux sociaux, on peut également poser schématiquement un lien avec trois cadres de communication : privée, organisationnelle et publique. Ces trois formes de communication se distinguent par les valeurs que prennent deux paramètres essentiels : le *dispositif* matériel (ou situation) et la *finalité* de la communication (ou fonction). Sur le premier point, on distingue le dispositif à l’accès restreint d’une institution en distinction du cadre ouvert d’un espace public ; ou le nombre limité de destinataires ciblés en distinction du nombre *a priori* illimité ; ou encore la relation interpersonnelle en coprésence immédiate non médiée en distinction d’une relation en différé, médiée et dépersonnalisée.

Sur le second point, qui touche à la finalité de la communication, on distingue une finalité orientée directement vers la pratique du soin – *soigner* en tant que praticien, *coordonner l'activité de soin* en tant que membre du personnel soignant ou encore *se faire soigner* en tant que patient – et une finalité orientée vers la diffusion d'informations en matière de santé, qu'il s'agisse par exemple d'*informer* d'une réalité sanitaire, d'*inciter* à adopter un comportement ou de *prévenir* en matière de santé publique.

Compte tenu de cet horizon de communication, les contributions de ce numéro thématisent des cadres plus spécifiques qui témoignent tous d'une construction et d'une négociation des savoirs en jeu en matière d'expertise de santé. Les cinq cadres suivants sont les plus représentatifs :

- le cadre pratique des consultations médicales en cabinet. Un enjeu d'expertise se manifeste au plan *institutionnel* de la communication, plus précisément parce que l'horizon d'attentes par défaut place l'une face à l'autre une instance *a priori* experte (le soignant) et l'autre non experte (le patient) ;
- le cadre pratique des consultations médicales à l'hôpital. Un enjeu d'expertise se manifeste au plan *interactionnel* de la communication, plus précisément quand il est nécessaire de faire appel à un interprète pour assurer l'intercompréhension. Ainsi, l'expertise est médiée par un tiers qui se fait le relais tant du médecin que du patient ce qui augmente le risque de malentendu et les enjeux d'identité ;
- le cadre professionnel des rapports de travail entre les praticiens de la santé. Un enjeu d'expertise se manifeste au plan *interpersonnel* de la communication, plus précisément quand une hiérarchisation des rôles s'établit au sein des corporations de la santé. Les identités expertes se font et se défont : elles se négocient par le biais de la maîtrise de savoirs et de savoir-faire médicaux ;
- le cadre organisationnel des décisions en éthique médicale. Un enjeu d'expertise se manifeste au plan *idéel* de la communication, plus précisément celui des représentations en matière de santé où se pense et se négocie le savoir-être en distinction des savoirs et savoir-faire médicaux.

- le cadre institutionnel de la communication en matière de santé publique. Un enjeu d'expertise se manifeste aussi au plan *idéel* de la communication, celui macro-structurel qui touche aux idéologies de la santé et leur communication. L'épidémiologie du corps social et le poids de la loi autorisent les discours experts, qui mobilisent alors les notions de bien commun et d'intérêt général.

On propose pour chacun de ces cadres d'émergence des discours d'expertise en matière de santé les axes de questionnement suivants :

- Comment les discours d'expertise sont-ils construits au plan sémiotique ? Dans quels contextes institutionnels ou organisationnels s'ancrent-ils ?
- Comment les discours d'expertise s'imposent-ils dans un espace public ou privé ? Par le biais de quelles formes de visibilité ?
- Comment les discours d'expertise mobilisent-ils des savoirs pertinents ? Comment ceux-ci sont-ils relayés et ancrés dans les domaines de la santé ?
- Comment les discours d'expertise sont-ils communiqués ? Peuvent-ils être associés à des dynamiques d'interaction et de négociation spécifiques et récurrentes ?
- Quelles sont les formes linguistiques des discours d'expertise ? Observe-t-on des configurations spécifiques de structures, de marques ou d'actes de langage ?
- Quels sont les schèmes argumentatifs sur lesquels les discours d'expertise s'appuient ? Observe-t-on des récurrences ? Dans des genres spécifiques ?

C'est par l'ancrage dans de tels axes de questionnement que la place, le rôle et les enjeux sociaux des discours de l'expertise dans les domaines de la santé peuvent être mieux compris. Pour contribuer à cet objectif, tous les contributeurs ont observé les pratiques langagières en considérant les données dans leur dimension interactionnelle, qu'elle soit effective ou représentée, située ou généralisée, localisée ou globalisée. Par ce regard à la fois croisé et transversal, se dessine, à la lecture du volume, une complémentarité des approches selon les lieux d'observation et les axes de questionnement utilisés.

3. Des interactions de soin à l'action publique

La pertinence d'associer dans le cadre d'un même numéro thématique des terrains d'observation aussi différents repose sur l'hypothèse suivante : malgré l'inscription des discours analysés dans une diversité de contextes, les pratiques langagières de la santé s'articulent les unes aux autres et manifestent une relation de dépendance mutuelle. Plus précisément, les discours de santé sont le fait d'acteurs qui « traversent » et fréquentent plusieurs des cadres d'activité desquels ces discours émergent. Faisant le pari de la perméabilité de ces cadres d'activité, nous cherchons à saisir les discours de santé dans toute l'épaisseur des pratiques qui les instituent et qui les composent. Autrement dit, nous partons de l'idée que c'est précisément la pluralité et la combinaison des pratiques professionnelles et sociales desquelles sont issus les discours de santé qui expliquent et éclairent au moins en partie leur spécificité.

Nous avons choisi de proposer au lecteur une progression allant du cabinet médical aux arènes publiques. Intuitivement, la santé semble d'abord une affaire individuelle et privée. En outre, elle se noue et se joue dans et par des pratiques de communication dans des microcontextes relationnels (en face à face avec un praticien ou entre des praticiens). Cependant, la santé est aussi une affaire publique qui engage le corps social (et non plus seulement le corps individuel et privé). Elle se pense alors à l'échelle des espaces publics nationaux - mais également transverses - dans un monde affecté par la globalisation.

Dans le même ordre d'idées, vu la complexité des contextes et des discours d'expertise en matière de santé, seule une réflexion pluridisciplinaire focalisée apparaît pertinente. Ainsi, toutes les contributions mettent en avant une méthode d'analyse située à l'articulation des sciences du langage et des sciences de la communication. Outre une contribution réflexive sur la place et les méthodologies du linguiste dans le monde de la santé, on peut regrouper les textes du volume en deux ensembles selon les méthodes qu'ils privilégient. Les trois premiers s'ancrent dans les champs de l'analyse conversationnelle et de l'analyse des interactions institutionnelles alors que les trois derniers exploitent les méthodologies de l'analyse des discours. Ainsi, le propos évolue progressivement d'une considération micro des discours d'expertise en matière de santé vers une saisie plus macro, le dernier exposé ouvrant la réflexion sur une appréhension plus globale de l'action publique en santé.

La contribution de Xavier Gradoux explore la gestion des savoirs dans les interactions verbales entre le médecin et le patient. Le linguiste détaille, à partir d'une collection de cas récoltés dans des cabinets médicaux de Suisse romande, les procédures par lesquelles les expertises sont co-construites dans l'interaction. Il montre plus précisément comment les expertises sont distribuées diversement entre médecin et patient selon que l'objet de discours traité est une part du « territoire épistémique » du médecin (le *diagnostic*) ou du patient (le *symptôme*) : si le médecin est l'expert du diagnostic, le patient est l'expert de ses symptômes.

La contribution de Sara Keel et Veronika Schoeb interroge l'événement délicat qu'est la sortie d'hôpital, tant pour le patient que pour les membres du personnel soignant. A l'évidence, planifier, dire et gérer en communication la « sortie » dépend d'enjeux et d'attentes croisées souvent problématiques. Les deux sociologues des interactions analysent le détail séquentiel par lequel se joue de manière collaborative la sortie d'hôpital dans deux types de contextes médicaux : les réunions interdisciplinaires engageant seulement le personnel soignant et les visites médicales où le patient et les soignants se rencontrent.

Dans leur étude, les sociologues et linguistes Cécile Petitjean, Anca Sterie, Carla Vaucher et Esther González-Martínez présentent le cas d'une jeune infirmière adressant par téléphone une demande de conseil à une praticienne plus expérimentée. A travers une analyse séquentielle de leur conversation, les auteures montrent de quelle façon les deux participantes s'efforcent de réduire le caractère asymétrique de la demande de conseil: la jeune infirmière minimise sa position non-experte et la praticienne plus expérimentée assume sa position tout en reconnaissant les compétences de l'autre.

Focalisé sur le contexte hospitalier, l'entretien entre Pascal Singy et Gilles Merminod thématise également la relation entre expérience et expertise. Au travers de son expérience de sociolinguiste au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Singy propose une forme de bilan des objets, des méthodes et des perspectives du linguiste et plus largement du spécialiste de la communication dans le monde de la santé. La discussion pose des jalons pour mieux appréhender les phénomènes communicationnels dans les domaines de la santé et penser intelligemment les rapports que le spécialiste du langage et de la communication construit avec les praticiens du soin à travers son action professionnelle de chercheur et d'enseignant.

Les deux contributions suivantes mobilisent chacune les méthodologies de l'analyse du discours pour traiter des messages de santé publique communiqués par des instances d'Etat. L'expertise et la légitimité à parler de santé se double dans ce cas d'une expertise et d'une légitimité *à-en-parler-publiquement* au plus grand nombre.

Le propos de Marc Bonhomme est consacré aux brochures réalisées en France par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) afin de lutter contre le tabagisme. La contribution du linguiste porte plus précisément sur des stratégies argumentatives très complexes du fait d'être en tension entre expertise médiatique et expertise en santé, cette dernière apparaissant subordonnée à la première. En plus d'analyser ce double cadrage, Bonhomme détaille la mise en scène discursive de l'expertise et les stratégies déployées pour produire un « effet-expert », considéré comme capital pour dissuader le public de fumer.

Quant à la contribution de Gilles Merminod, elle traite des stratégies développées entre 2007 et 2010 par l'Office Fédéral de la Santé Publique en Suisse (OFSP) à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation. Le linguiste montre la coexistence dans ces discours de deux stratégies quasi antagoniques (*informer* et *inciter*) et montre comment celles-ci ne mobilisent pas le même type d'expertise. *Informer* engage une « expertise traditionnelle », celle des professionnels de la santé et des scientifiques, allant de pair avec un travail d'*objectivisation*. A l'inverse, *inciter* mobilise une forme de « non-expertise », celle d'un profane « qui sait comment faire », soutenue par un travail de *subjectivisation*.

Il revient à Hélène Romeyer de clore ce volume. Sa contribution, *Publicisation et médiatisation des sujets de santé*, ouvre la question de l'expertise à l'action publique au-delà des instances étatiques. La sociologue de la communication y interroge les modalités de publicisation des sujets de santé en France. Pour ce faire, elle analyse la construction de la légitimité de problèmes sanitaires en tant que problèmes publics, c'est-à-dire d'intérêt général. Selon Romeyer, qui adopte une conception dynamique de la notion d'espace-s public-s, problématiser la santé, c'est mettre en visibilité tout en mettant en débat. La question de l'expertise constitue précisément le moteur de cette dynamique : publiciser une question revient à publiciser un groupe d'acteurs sociaux et, partant, à entériner une forme de reconnaissance.