

Introduction

Laurent GAJO

Universités de Genève et de Lausanne

Le lien entre langue(s), pratiques communicatives et pratiques professionnelles retient l'attention d'un nombre grandissant de chercheurs et représente un enjeu de plus en plus explicite pour les praticiens eux-mêmes. Si, depuis l'avènement de la pragmatique, de l'analyse conversationnelle, de l'ethnographie de la communication et, plus récemment, de l'analyse du travail, la définition de la langue et de tout système sémiotique s'envisagent dans le cadre de l'usage (analyse en contexte), on explore moins la condition fondamentalement discursive des pratiques elles-mêmes. Ces pratiques, qualifiées de sociales, le sont pour deux raisons au moins : d'une part, elles relèvent de champs d'action particuliers et de cultures institutionnelles et, d'autre part, elles mettent en rapport des acteurs (usagers et/ou professionnels), s'exposent et donnent lieu à négociation.

Quand on parle d'usage de la langue, il faut bien considérer que, dans les sociétés occidentales modernes, cet usage se rattache en bonne partie à des domaines et/ou des réseaux professionnels ou institutionnels. On parlera de « langue au travail ».

L'hôpital constitue un de ces lieux, où s'effectuent des prestations de services et, tout à la fois, se tissent des relations sociales. Ce lieu possède aussi sa langue et ses propres codes et, dans la mesure où les patients se les approprient, on pourra parler de lieu d'apprentissage.

L'hôpital, en tant qu'institution, est porteur d'une culture professionnelle et relationnelle dictée par des codes, des valeurs et des tâches qui lui sont propres. Ces codes et valeurs sont parfois explicités mais restent le plus souvent implicites tant pour les soignants pour qui, comme chaque acteur baignant dans un univers connu, les choses vont de soi, deviennent naturelles que pour les patients, qui

effectuent une sorte de *migration institutionnelle*. Il s'agit littéralement **d'apprendre son métier de patient**. Or, à l'arrivée à l'hôpital, le patient est porteur d'une culture « pré-hospitalière » ainsi que de représentations sur le monde dans lequel il pénètre. A lui, si possible avec l'aide des soignants, de peu à peu décrypter les nouvelles données de son univers.

La culture hospitalière sera d'autant plus opaque que le patient en sera éloigné, une différence de langue de base ou d'origine (dans le cas des patients migrants) pouvant en être la source. Par ailleurs, les diverses catégories d'acteurs professionnels ne partagent pas non plus forcément les mêmes codes ni les mêmes visions des pratiques de soins. Ainsi, l'analyse du processus de régulation entre médecins et infirmiers par exemple fournit de riches indices d'univers de référence parfois divergents.

D'un point de vue plus théorique, l'examen des rapports sociaux entre acteurs d'une institution, en l'occurrence hospitalière, demande un appui sur des notions telles que celles de représentation, d'interaction et de contextualisation, notions travaillées souvent de manière originale par les sciences du langage, mais au carrefour de plusieurs disciplines.

L'analyse des **représentations** sociales constitue un objet de plus en plus interdisciplinaire et s'avère très pertinente pour décrire, d'une part, le point de vue des acteurs et, d'autre part, la charge sociale et/ou symbolique des objets représentés. En effet, les objets relatifs à la santé, à la marginalisation sont particulièrement chargés et animent les discours et les actions aussi bien des professionnels que des usagers. La circulation de certaines représentations, leur saillance dans le discours, leur changement, la catégorisation des problèmes offrent par conséquent des indices importants pour le chercheur.

En ce qui concerne l'**interaction** entre usagers et professionnels, elle doit donner lieu à une analyse fine. L'activité du professionnel est de plus en plus liée à un réseau d'acteurs et donc interactive. Elle implique notamment une coordination, à un niveau intra- ou inter-professionnel, qui mérite une attention particulière. Cette coordination se base sur des outils symboliques et laisse des traces, souvent langagières. La réflexion sur le « collectif » de travail se fait ainsi de

plus en plus pressante. Regarder l'interaction entre professionnels et usagers dans le cadre de ce collectif implique de définir une pratique réelle dans son accomplissement, comme le proposent la microsociologie ou l'ethnométhodologie. Mais cela signifie aussi que cette pratique est située, dans la mesure où elle s'inscrit dans un contexte, qui relève en partie d'une organisation qui la dépasse. L'interaction est donc aussi porteuse d'éléments préfabriqués, de scénarios, de normes, même si elle se formate toujours dans son accomplissement. Il est dès lors intéressant de rendre compte des éventuelles tensions entre les aspects préfabriqués et les aspects plus « bricolés ».

L'idée de situation conduit à la notion de **contextualisation**, centrale pour comprendre l'insertion réelle d'une tâche ou d'une pratique socioprofessionnelle. Si le contexte institutionnel demeure essentiellement défini de l'extérieur, c'est la rencontre concrète d'un usager et d'un professionnel – mais aussi de plusieurs professionnels – qui détermine la contextualisation de l'activité.

En fin de compte, l'observation portera essentiellement sur la **régulation entre les acteurs** qui, même en l'absence de langue commune, passe prioritairement par le discours. Il convient alors d'analyser finement ce discours sur la base de pratiques réelles, enregistrées et transcrites. Il s'agit d'aborder les situations de soins comme des situations en construction et d'observer comment les acteurs (patients et soignants) définissent eux-mêmes ce qu'est la situation dans laquelle ils se trouvent engagés. Les phénomènes suivants deviennent alors centraux :

- **l'ordre et la coordination des actions** (analyse séquentielle des pratiques discursives lors de soins) comme indicateurs privilégiés de la compréhension de la situation par les acteurs, mais aussi d'interprétations divergentes et d'expression de malentendus ;
- la **catégorisation** : comment se définissent les acteurs et comment ils catégorisent leurs partenaires, de même que la situation dans laquelle ils se trouvent, et sur la base de quels indices.

De telles analyses peuvent évidemment être complétées par d'autres types de données, en particulier des données issues d'entretiens avec

les acteurs et permettant d'établir des liens plus explicites avec leurs représentations.

La communication en milieu hospitalier a donné lieu à des recherches récentes en Suisse romande (projets FNS, DORE, thèses) ainsi qu'à des séminaires de 3^e cycle en lettres (Gajo, Mondada & Berthoud, *Communiquer en milieu hospitalier : de la relation de soins à l'expertise médicale*, 2001-02 ; Singy & Windisch, *Sociolinguistique et médecine : apports mutuels dans l'approche du discours*, 2001-02 ; Gajo, Mondada & Berthoud, *Interaction, langues et milieux professionnels*, 2003-04). La présente publication fait état de certaines de ces recherches récentes, mais en particulier des contributions à ce dernier séminaire de 3^e cycle concernant le milieu professionnel de l'hôpital. Le regard proposé ici est avant tout linguistique, mais se veut ouvert à une nécessaire interdisciplinarité. Ainsi, à côté des linguistes, l'on trouvera des psychologues, des sociologues, des pédagogues ainsi que des professionnels de la santé. Tous s'attellent néanmoins à décrire la communication et à conceptualiser le caractère constitutif du langage dans les rapports entre les acteurs de la santé, ou entre ceux-ci et l'institution.

Les quatre premiers articles de ce volume portent sur l'analyse de l'interaction soignant/patient dans différents services hospitaliers ou parahospitaliers. Ils travaillent sur des données issues d'un même projet de recherche DORE (FNS/CTI), présentées et utilisées dans l'un des axes du séminaire de 3^e cycle CUSO mentionné ci-dessus. Le cinquième article se penche, lui, sur l'interaction entre infirmiers et médecins et travaille sur des données issues d'un autre projet DORE, également présenté dans le même séminaire. Le sixième article, issu d'un travail de doctorat, introduit la dimension interculturelle dans la description d'interactions lors de consultations en pédiatrie. Le dernier article examine aussi une situation interculturelle dans les rapports aux soins, et plus particulièrement dans les messages de prévention du sida dans le cadre d'une étude exploratoire menée au CHUV.

Plus précisément, l'article de D'Onofrio, Gajo & Molina pose une réflexion nuancée sur les liens entre interaction verbale et construction du contexte. Par l'analyse de divers indices de contextualisation prélevés dans le discours, il met en contraste les dynamiques à

l'œuvre dans différents services de soins, hospitaliers ou parahospitaliers. Il envisage les pratiques observées comme des scènes et s'emploie à en décrire les scénarios, les rôles et les topics.

Dans son article, Borel met en regard le métier de soignant et celui de patient, et envisage leur relation en termes d'asymétrie, à caractère parfois didactique. Un examen très fin de la circulation et de la confrontation des lexiques expert et ordinaire met en évidence le processus d'interaction soignant/patient et ses enjeux symboliques. Le processus de reformulation y joue un rôle central.

L'article de Yanaprasart se penche sur l'examen d'un service en particulier, les soins à domicile. Par son caractère moins immédiatement défini, celui-ci sert de loupe sur les mécanismes souvent complexes de la régulation entre soignants et patients. Plusieurs outils linguistiques, issus de l'analyse du discours et de l'interaction, sont présentés et utilisés pour rendre compte de ces mécanismes.

Dans son article, Graber se propose, à travers l'examen d'une longue séquence, de décrire les moyens et les enjeux verbaux du travail d'articulation réalisé par l'infirmier en interaction avec le patient. En suivant une analyse de type séquentiel, elle met notamment en évidence les nombreuses traces de discours métalinguistique.

L'article de Lanza et al. porte sur le processus de coordination entre médecins et infirmiers, cela dans deux services très différents, la salle de réveil et un service de médecine de réadaptation. Les auteurs présentent et testent les outils issus d'une pragmatique psychosociale. Leur posture interactionniste les amène à distinguer ce qui, dans les pratiques effectives, est plus ou moins typifié et/ou émergent. On y examine par exemple la notion de rôle praxéologique, en regard d'outils linguistiques comme les voix énonciatives.

Dans son article, Leanza analyse des extraits d'examens de prévention pratiqués en pédiatrie en présence d'un médiateur culturel interprète. Dans une démarche compréhensive et à l'aide de la notion de « voix », il décrit les événements communicatifs comme plus ou moins orientés vers la biomédecine ou le monde vécu du patient. Son but est de décrire la manière dont être traitée la question de la différence culturelle quand elle émerge dans le discours.

L'article de Singy et al. porte sur le rôle du discours et du choix de langue dans les démarches de prévention du sida auprès des

Subsaharien-ne-s de Suisse romande. Selon de premiers constats, le recours unique aux langues africaines et à des agents communautaires comporte des limites. L'alternance codique apparaît en revanche comme un bon moyen, le français (langue souvent non maternelle) créant un effet de distance et permettant une forme d'économie.

Avant d'inviter le lecteur à la découverte de ces différents articles, nous tenons encore à remercier vivement la CUSO et sa Commission des 3^e cycles de lettres pour l'octroi d'un subside de publication. Notre gratitude va aussi à Maria Eugenia Molina, pour sa contribution à l'édition de ce numéro, ainsi qu'à Esther Wagnières, pour le travail de mise en page et de suivi technique.