

**L'expertise
dans les discours de la santé**
Du cabinet médical aux arènes publiques

édité par
Marcel BURGER et Gilles MERMINOD

Cahiers de PILSL, n° 42, 2015

Unil

UNIL | Université de Lausanne

L'expertise
dans les discours de la santé
Du cabinet médical aux arènes publiques

Cahiers de l'ILSL N° 42, 2015

Ont déjà paru dans cette série :

- Lecture de l'image (1992, n°1)
Langue, Littérature et altérité (1992, n° 2)
Relations inter- et intrapredicatives (1993, n° 3)
Travaux d'étudiants (1993, n° 4)
L'Ecole de Prague : l'apport épistémologique (1994, n° 5)
Fondements de la recherche linguistique : perspectives épistémologiques (1996, n° 6)
Formes linguistiques et dynamiques interactionnelles (1995, n° 7)
Langues et nations en Europe centrale et orientale (1996, n° 8)
Jakobson entre l'Est et l'Ouest, 1915-1939 (1997, n° 9)
Le travail du chercheur sur le terrain (1998, n° 10)
Mélanges en hommage à M. Mahmoudian (1999, n° 11)
Le paradoxe du sujet : les propositions impersonnelles dans les langues slaves et romanes (2000, n° 12)
Descriptions grammaticales et enseignement de la grammaire en français langue étrangère (2002, n° 13)
Le discours sur la langue en URSS à l'époque stalinienne (2003, n° 14)
Pratiques et représentations linguistiques au Niger (2004, n° 15)
Le discours sur la langue sous les pouvoirs autoritaires (2004, n° 17)
Le slipping dans les langues médiévales (2005, n° 18)
Travaux de linguistique (2005, n° 19)
Un paradigme perdu : la linguistique marriste (2005, n° 20)
La belle et la bête : jugements esthétiques en Suisse romande et alémanique sur les langues (2006, n° 21)
Etudes linguistiques kabyles (2007, n° 22)
Langues en contexte et en contact (2007, n° 23)
Langage et pensée : Union Soviétique, années 1920-30 (2008, n° 24)
Structure de la proposition (histoire d'un métalangage) (2008, n° 25)
Discours sur les langues et rêves identitaires (2009, n° 26)
Langue et littératures pour l'enseignement du français en Suisse romande: problèmes et perspectives (2010, n° 27)
Barrières linguistiques en contexte médical (2010, n° 28)
Russie, linguistique et philosophie (2011, n° 29)
Plurilinguismes et construction des savoirs (2011, n° 30)
Langue(s). Langage(s). Histoire(s). (2011, n° 31)
Identités en confrontation dans les médias (2012, n° 32)
Humboldt en Russie (2013, n° 33)
L'analyse des discours de communication publique (2013, n° 34)
L'édification linguistique en URSS : thèmes et mythes (2013, n° 35)
Mélanges offerts en hommage à Remi Jolivet (2013, n° 36)
Histoire de la linguistique générale et slave : "sciences et traditions (2013, n° 37)
Ireland and its Contacts/L'Irlande et ses contacts (2013, n° 38)
La linguistique urbaine en Union Soviétique (2014, n° 39)
La linguistique soviétique à la recherche de nouveaux paradigmes (2014, n° 40)
Le niveau méso-interactionnel : lieu d'articulation entre langage et activité (2014, n° 41)
L'expertise dans les discours de la santé. Du cabinet médical aux arènes publiques (2015, n° 42)

Les Cahiers de l'ILSL peuvent être commandés à l'adresse suivante :

CLSL, Faculté des Lettres, Anthropole
CH-1015 LAUSANNE
Renseignements : <http://www.unil.ch/clsl>

L'expertise
dans les discours de la santé
Du cabinet médical aux arènes publiques

numéro édité par
Marcel BURGER et Gilles MERMINOD

Photo de couverture : © Amy Walters - Fotolia.com

Cahiers de l'ILSL, n° 42, 2015



UNIL | Université de Lausanne

Les Cahiers de l'ILSL
(ISSN 1019-9446)
sont une publication du Centre de Linguistique et des
Sciences du Langage de l'Université de Lausanne
(Suisse)

Centre de Linguistique et des Sciences du Langage
Quartier UNIL-Dorigny, Bâtiment Anthropole
CH-1015 Lausanne

Table des matières

Marcel BURGER & Gilles MERMINOD

Pour une considération pluridisciplinaire des discours de l'expertise dans le domaine de la santé _____ 1

Xavier GRADOUX

Expertises partagées en médecine générale : Orientations épistémiques vers le symptôme et le diagnostic _____ 11

Cécile PETITJEAN, Anca STERIE, Carla VAUCHER & Esther GONZALEZ-MARTINEZ

'Je me permets de te déranger pour te demander un petit conseil' : la gestion de l'expertise lors d'un appel téléphonique infirmier au service des Soins intensifs _____ 33

Sara KEEL & Veronika SCHOEB

'When do we want the final discharge?' How the potential tensions between medical expertise and institutional requirements are dealt with in discharge planning séquence _____ 57

Pascal SINGY & Gilles MERMINOD

Expérience et expertise du linguiste dans le monde de la santé _____ 81

Marc BONHOMME

L'expertise médiatisée dans les brochures de prévention contre le tabagisme _____ 99

Gilles MERMINOD

Entre information et incitation. Stratégies et expertises dans les discours publics du don d'organes _____ 121

Hélène ROMEYER

Publicisation et médiatisation des sujets de santé _____ 153

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 (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 *idéal* 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 multi-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. À 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. À 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. À 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-publicquement* 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.

EXPERTISES PARTAGÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ORIENTATIONS ÉPISTÉMIQUES VERS LE SYMPTÔME ET LE DIAGNOSTIC

Xavier GRADOUX
Université de Lausanne
xavier.gradoux@unil.ch

Résumé

Cette contribution, recourant à l'analyse des interactions, envisage l'expertise médicale sous l'angle des savoirs. À partir d'un corpus d'interactions de médecine générale, elle décrit les orientations épistémiques asymétriques entre médecin et patient. Elle a pour objectifs de montrer que ces orientations sont partagées et que l'expertise est répartie différemment selon le domaine notionnel dont il est question. Les analyses sont focalisées sur les cas exemplaires que sont le diagnostic et le symptôme, le premier faisant partie du territoire épistémique du médecin, le second de celui du patient.

Mots-clés: interactions médecin-patient ; asymétrie de savoirs ; diagnostic ; symptôme.

1. Introduction

Dans cette contribution portant sur les interactions médecin-patient, la question de l'expertise est envisagée essentiellement comme une asymétrie de savoirs. La rencontre médicale en tant qu'interaction institutionnelle impliquant une spécialisation des rôles est marquée par différentes asymétries, comme celles liées au système d'alternance des locuteurs ou au format des paires adjacentes (Drew et Heritage 1992). En comparaison avec les contextes judiciaire, scolaire ou médiatique, la liberté des participants à l'interaction médicale évolue au fil de la consultation et nous souhaitons montrer qu'il est fonction des savoirs en jeu: quel est le problème du patient? comment le traiter? quels examens faut-il faire? etc.

Dans cet article, l'accent ne sera pas mis sur les savoir-faire organisationnels, communicatifs ou techniques, mais sur les savoirs conceptuels, dont on peut distinguer trois aspects (Drew 1991 ; Ariss 2009):

- i. *les savoirs effectifs*, auxquels il est difficile d'avoir accès. Dans les données considérées, il n'est par exemple jamais fait référence à des connaissances que le patient pourrait avoir glanées sur internet, mais cela ne signifie pas pour autant que de tels savoirs n'existent pas ;
- ii. *les responsabilités vis-à-vis des savoirs*¹ qui ont trait à la légitimité ou au devoir de posséder certaines connaissances et qui sont en lien avec les identités en présence ;
- iii. *les manifestations de savoirs*, qui sont localement exposées dans l'interaction.

Il apparaît que les savoirs peuvent être appréhendés à deux niveaux: celui des identités (ii.) et celui des manifestations interactionnelles locales (iii.). Cette distinction a été récemment formalisée dans le nouveau champ des *epistemics*² sous les termes respectifs de « statut » et d' « état » épistémiques.

Le statut épistémique (*epistemic status*) renvoie au fait que des connaissances sont attachées aux interactants, de manière relativement stable, concernant leur identité ou l'accès privilégié (ou non) à certaines informations³. Ainsi, Pomerantz (1980) a montré qu'un énoncé portant sur un sujet dont le locuteur a une connaissance limitée et fortuite (« type 2 knowable », selon sa terminologie) et qui s'adresse à un interlocuteur censément bien informé (« type 1 knowable ») fonctionne comme un « fishing device », c'est-à-dire qu'il est traité comme une demande d'information, quand bien même il prend la forme d'une assertion⁴.

Quant à l'état épistémique (*epistemic stance*), il renvoie aux savoirs manifestés par les participants au travers de leurs interventions. Cette notion

¹ « normative entitlements to knowledge » (Drew 1991 : 37)

² Ce champ, développé sous l'impulsion de Heritage et Raymond, consiste en l'étude des façons qu'ont les participants à une interaction de manifester un savoir, pour soi-même ou pour les autres, dans et par leurs prises de paroles (Heritage et Raymond 2005 ; Heritage 2012a, 2013a, 2013b ; Raymond et Heritage 2006 ; Stivers, Mondada et Steensig 2011).

³ L'origine de cette question se trouve chez Labov et Fanshel (1977) qui classent les événements selon la connaissance qu'en ont les participants. Selon leur typologie, les événements-A ne sont connus que du locuteur, les événements-B ne sont connus que de l'interlocuteur, les événements-AB sont connus des deux, les événements-O sont connus de tous les interlocuteurs présents et les événements-D font polémique.

⁴ « In what is called fishing, a speaker makes an assertion of a type 2 knowable that refers to an event about which there is a type 1 knowable for the recipient. The "fishing" assertion is essentially to be recognized as situated – that is, built out of particular, circumstantial details of an other's activity available to the asserter – and as a product of limited access relative to the recipient's type 1 access as subject-actor. » (Pomerantz 1980 : 188)

permet de rendre compte de la gestion locale des savoirs, par exemple la particule « oh » anglaise a été décrite comme un « change of state token », c'est-à-dire l'indication qu'il vient de se produire une modification dans l'état de connaissances du locuteur (Heritage 1984).

Pour ce qui concerne l'interaction médecin-patient, les statuts épistémiques sont à priori asymétriques: le médecin serait globalement en position élevée tandis que le patient serait en position basse. La distinction est moins simple qu'il n'y paraît et il semble qu'il y ait un partage selon les domaines concernés:

Within medicine, patients' and physicians' epistemic domains are complementary [...] : Patients have primary epistemic rights to knowledge about their experience of symptoms, preferences and life-world circumstances, while physicians have primary epistemic rights to knowledge about diagnoses, treatments etc. (Landmark, Gulbrandsen et Svennevig 2014: 55)

C'est sur les modalités d'un tel *partage* que la présente contribution se penche en examinant les savoirs relativement à deux domaines importants dans la consultation: le diagnostic et le symptôme.

Dans notre approche qui est celle de l'analyse conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique (Gulich et Mondada 2001 ; ten Have 2007 ; Sidnell et Stivers 2013), l'attention est portée sur la co-construction locale des statuts épistémiques par des manifestations d'états épistémiques. C'est là le deuxième sens que nous donnons au *partage*: en plus d'être répartis entre médecin et patient selon des domaines, les savoirs sont produits aussi bien par l'un que par l'autre.

Nous étudions en premier lieu le domaine du diagnostic (2.) avant d'aborder celui du symptôme (3.). Plus précisément, nous commençons par examiner les réactions du médecin à des auto-diagnostic (2.1.) pour ensuite montrer la part que prend le patient dans la construction du diagnostic comme propriété du médecin (2.2.). Nous abordons ensuite le symptôme et montrons qu'il est une ressource pour le patient lors de désaccords sur l'évaluation de son problème (3.1.). Pour finir, nous établissons que le médecin attribue lui aussi un savoir spécifique au patient dans le cas des prises de note pendant l'anamnèse (3.2.). Nous récapitulons et examinons les prolongements possibles de cette recherche en conclusion (4.). Le corpus utilisé est constitué de 35 consultations de médecine générale pour un total d'environ 15 heures d'enregistrement audio. Les données ont été récoltées dans cinq cabinets médicaux en Suisse romande, entre 2012 et 2013.

2. Le diagnostic

En médecine générale, la consultation est le plus souvent sollicitée par le patient. C'est en tout cas ce qui se passe lorsque le patient consulte pour un nouveau problème ponctuel (*acute care visit*). Lorsque le patient retourne chez son médecin sur invitation de celui-ci pour une seconde visite (*follow-up*), on peut considérer que la consultation est subordonnée à la première puisqu'il s'agit de traiter la même plainte. C'est aussi le cas, pour les visites de routines, plus distantes. Cette caractéristique à première vue anodine révèle cependant que l'acte de demander l'aide du professionnel « construit » le patient, l'installe dans une position de non-expertise et délègue au médecin la responsabilité d'établir la nature exacte de son problème et de lui proposer une solution⁵. Il lui attribue ainsi une expertise de diagnostic et de traitement, qui constituent les deux finalités de la consultation médicale (voir par exemple, Gill et Roberts 2013: 581).

De fait, les études s'intéressant aux questions d'expertise dans la relation médicale se sont souvent focalisées sur le diagnostic comme manifestation emblématique de l'autorité médicale (par exemple, Parsons 1951). Au plan sémiotique, le symptôme ne devient signe – c'est-à-dire qu'il entre dans une relation de signification avec la maladie – que pour les médecins, dont la capacité à « lire » les symptômes est dépendante du savoir⁶.

Dans les faits, c'est le médecin qui donne en général un diagnostic et les patients ont tendance à ne pas – ou alors de façon minimale – y réagir. Selon Heath (1992: 262), même une réaction d'acceptation trop explicite comme un « oui » est évitée, car elle aurait pour conséquence de mettre le patient dans une position d'expertise trop élevée. Ces recherches ont été précisées par Peräkylä (1998, 2002) qui montre que si les patients traitent le diagnostic comme une

⁵ Ces catégories sont entendues de manière assez large et recourent aussi les cas où le patient a une idée précise de son problème, mais a besoin – par exemple pour des raisons administratives – d'une certification d'un professionnel et les cas où le traitement n'est pas médicamenteux ou est simplement palliatif. Sur l'asymétrie constitutive des consultations médicales, voir (Pilnick et Dingwall 2011).

⁶ « Mais ce qui fait que le signe est signe n'appartient pas au symptôme mais à une *activité qui vient d'ailleurs* [...] le symptôme devient donc signe *sous un regard sensible* à la différence, à la simultanéité ou à la succession, et à la fréquence. [...] Enfin, à l'horizon de l'expérience clinique, se dessine la possibilité d'une lecture exhaustive, sans obscurité ni résidu : pour *un médecin* dont les connaissances seraient portées au plus haut degré de perfection, tous les symptômes pourraient devenir des signes. » (Foucault 1972 : 92-95, nous soulignons)

« propriété » du médecin⁷, celui-ci veille à ce que le diagnostic soit d'une manière ou d'une autre compréhensible⁸. Il est par conséquent intéressant d'étudier les cas qui s'écartent de cette tendance, c'est-à-dire ceux où le patient propose lui-même un diagnostic.

2.1. Auto-diagnostic

Le fait que le diagnostic « appartienne » au médecin est particulièrement visible dans les cas où le patient propose lui-même un diagnostic de son problème⁹. Sur les 35 consultations considérées, on trouve des auto-diagnostics dans seulement trois d'entre elles¹⁰, ce qui indique que ce phénomène est relativement rare. Dans les trois cas, le patient énonce un diagnostic, qui est écarté par le médecin. Celui-ci s'en justifie ensuite d'une manière ou d'une autre. Nous analysons ces trois phases ci-dessous.

2.1.1. Proposition de diagnostic

Les trois interactions analysées présentent la même situation où, à un moment donné pendant l'anamnèse, le patient profite d'une rupture pour s'auto-sélectionner et proposer un diagnostic. Considérons l'extrait 1 où un homme d'âge mûr vient pour un problème de souffle. Un peu avant le début de l'extrait, il évoque les circonstances qui l'ont conduit à consulter et liste les médicaments que la pharmacienne lui a donnés:

⁷ « the patients treated the diagnosis as doctor's "property" and not as a relevant target for their own reflections. » (Peräkylä 2002 : 220)

⁸ Peräkylä montre très bien que le diagnostic est donné sans commentaires (« plain assertion ») uniquement lorsqu'il a lieu directement après l'examen physique. Lorsque le lien (« inferential distance ») entre le diagnostic et ce qui le fonde est moins clair, le médecin donne verbalement, voire explique, les bases de son raisonnement, ménageant ainsi un équilibre entre autorité et *accountability*.

⁹ C'est ce que nous appelons « auto-diagnostic ». Il ne faut pas le confondre avec les cas où le diagnostic est effectué par le sujet lui-même en dehors d'une relation médicale. Cette pratique peut bien sûr influencer les auto-diagnostics produits chez le médecin, mais nous nous intéressons ici uniquement à ce que les participants montrent dans l'interaction. En anglais « self-diagnosis » réfère à la pratique générale de déterminer soi-même son problème médical tandis que les cas que nous décrivons ici sont en général appelés « lay diagnostics » (Sarangi et Wilson 2001).

¹⁰ Les trois cas ont lieu chez des médecins différents. L'un des patients propose deux auto-diagnostics à la suite, seul le premier sera analysé en détail.

Extrait 1¹¹

1 (9.0)
 2 PATa .h c'est elle qui m'a conseillé elle m'a dit faut aller
 3 .h voir (.) j'ai peur qu'on passe à côté de choses plus
 4 GRAves
 5 MEDa oui
 6 PATa .h mais b: (.) genre pneu euh (.) **broncho-pneumonie**
 7 [ou=ou]=ou&
 8 MEDa [oui]
 9 PATa &.h ou **angine de poitrine** ou un truc comme ça=

On observe qu'après une longue pause en 1, il déclare que le choix de venir consulter a été dicté par la pharmacienne craignant des « choses plus graves ». Le médecin acquiesce en 5, mais le patient produit un incrément en 6. Après deux auto-réparations, il produit un premier diagnostic (broncho-pneumonie) présenté comme une possibilité parmi les « choses plus graves ». Le médecin opine à nouveau, puis le patient propose un diagnostic alternatif (angine de poitrine) tout en laissant la liste des possibles diagnostics ouverte (9).

Le cas de figure est similaire dans l'extrait 2 ci-dessous:

Extrait 2

1 (1.4)
 2 PATb .h hi[er je suis] allée travailler à xx ma patronne&
 3 MEDb [et pis:]
 4 PATb &qu'elle est infirmière elle m'avait dit carla vous avez
 5 le m: (...) **une BRONchite**

On observe que la patiente, consultant pour une toux, profite d'une hésitation du médecin dans la production de son tour de parole pour rapporter que sa patronne lui a diagnostiqué une bronchite (5).

Quant à l'extrait 3, il engage un auto-diagnostic de sinusite:

Extrait 3

1 MEDc .h euh:: (...) donc euh::
 2 (...)
 3 PATc mais ça pourrait être c'qu'on appelle **une sinusite**
 4 **bloquée**/ ou 'fin qu'y ait vraiment un (...) parce que
 5 j'ai pas j'ai pas d'symptôme où j'ai vraiment mal là-
 6 d'ssus où je

On a ici le cas d'un patient revenu pour une visite de suivi, son problème – toux et vomissements – ne s'étant pas résolu. Avant l'extrait considéré, le médecin discute du raisonnement clinique avec le patient. Celui-ci profite d'une hésitation du médecin (1) pour proposer un diagnostic à (une partie de) son

¹¹ Les transcriptions suivies des extraits 1 à 9 sont consultables en annexe. Pour les conventions de transcription, voir également en fin d'article.

problème: une sinusite bloquée (3-4), qu'il justifie par son absence de symptômes.

2.1.2. Réponse du médecin

Examinons maintenant les réactions du médecin à ces propositions.

Extrait 4 (suite de l'extrait 1)

9 PATa &.h ou angine de poitrine ou un truc comme ça=
10 MEDa =oh: **angine de poitrine** j'pense pas\

Suite à l'énoncé du second diagnostic, le médecin produit un enchaînement rapide et préface son tour avec la particule « oh », qui, lorsqu'elle se situe en deuxième position d'une paire adjacente, est utilisée pour marquer le fait que l'action initiative modifie le topic en cours et est donc inappropriée (Heritage 1998: 327). Ensuite, le médecin reprend formellement l'auto-diagnostic et le rejette.

Extrait 5 (suite de l'extrait 2)

4 PATb &qu'elle est infirmière elle m'avait dit carla vous avez
5 le m: (...) une BRONchite
6 MEDb OUI ça d'accord (...) mais **une bronchite** voyez c'est vAste

Dans le cas de l'extrait 5, le médecin concède l'auto-diagnostic (« oui ça d'accord »), puis le rejette en introduisant un contre-argument par « mais », marquant le manque de précision (« c'est vaste » avec une emphase prosodique).

Extrait 6 (suite de l'extrait 3)

5 j'ai pas j'ai pas d'symptôme où j'ai [vraiment] mal là-
6 d'ssus ou je
7 MEDc [ouais]
8 (...)
9 MEDc .h °ouais° j- j- moi j'sais pas c'que c'est une **sinusite**
10 **bloquée** [hein donc euh]
11 PATc [ouais donc ça] n'existe pas\
12 MEDc ((rire))
13 PATc c'est des choses que les gens disent ((petit rire))
14 MEDc ((petit rire)) MAIS/ (...) [euh]
15 PATc [des] fois on d'vrait pas trop
16 écouter °c'est vrai que°

Dans l'extrait 6, alors que le patient justifie son auto-diagnostic, le médecin produit une ratification en dehors d'un point de complétude potentiel, interprétée comme une demande de parole par le patient qui s'interrompt (6). Après une pause, le médecin produit plusieurs marques du caractère non préférentiel de sa réponse (*pre-delicate*). Puis il déclare: « moi j'sais pas c'que c'est une sinusite bloquée ». Il semble vouloir formuler une conséquence (« hein donc », 10), mais

le patient s'auto-sélectionne pour fournir une conclusion « donc ça n'existe pas ». Il est notable que le médecin insiste sur sa position de parole avec l'usage du « moi »¹² puisque c'est uniquement en référence à son identité de médecin et au statut épistémique élevé y afférent que cette déclaration de non-savoir (épistémique bas) dénote l'inexistence de la maladie et, par conséquent, la non-validité de l'auto-diagnostic. Cette façon de faire permet peut-être d'atténuer l'attaque à la face du patient, mais elle a surtout cela d'intéressant qu'elle rend visible une orientation des participants vers des identités stables: quoi qu'il en dise, le médecin est l'expert. À la suite de cela, le patient justifie sa proposition (13) et reconnaît son erreur (15-16).

2.1.3. *Justification / explication*

On a vu que le médecin réfutait dans les trois cas le diagnostic proposé par le patient. Une telle réponse désafiliative n'est pas donnée seule, mais incorpore une explication des raisons du rejet. Considérons à ce titre l'extrait 7:

Extrait 7 (suite de l'extrait 4)

10	MEDa	=oh: angine de poitrine j'pense pas\ angine de poitrine / ça
11		s'manifeste plutôt par une douleur (.) au niveau thoracique
12		qui peut aller vers l'épaule=
13	PATa	=non ça j'ai pas
14	MEDa	°voilà° ou vers la mâchoire
15	PATa	non ça j'ai pas [je suis pris] Là
16	MEDa	[des fois vers l'estomac\]
17	MEDa	voilà

Après la réfutation du diagnostic, le médecin répète à nouveau le syntagme « angine de poitrine » et explique qu'il s'agit d'un problème cardiaque produisant des symptômes différents de ceux du patient. En 13, le patient confirme qu'il ne fait pas l'expérience de ces symptômes. Le médecin ratifie minimalement avant de citer d'autres symptômes possibles. Le patient confirme à nouveau et précise l'énoncé des symptômes en 15, mais le médecin interprète son tour comme complet et poursuit sa liste avant de produire un « voilà » conclusif.

Souvent, le médecin caractérise le fait que l'auto-diagnostic manque de précision.

¹² Dans « moi je », le sujet est saisi une fois « comme une entité subjective et active dans une situation d'interaction » et une fois « comme entité objective et distincte d'autrui » (Jacquin 2014 : 194). Cette formule est intéressante dans ce cas puisque le « moi » oppose le médecin au patient en insistant sur son identité, saisie de l'extérieur.

Extrait 8 (suite de l'extrait 5)

6 MEDb OUI ça d'accord (...) mais **une bronchite** voyez c'est vaste ça
7 peut être un virU:s ça peut être un microbe

Dans l'extrait 8, le praticien évoque deux types de bronchites possibles (d'origine virale ou bactérienne) et, dans l'extrait 9, ci-dessous, il reformule l'auto-diagnostic du patient, ce qui revient aussi à en sanctionner l'imprécision:

Extrait 9 (suite de l'extrait 6)

15 PATc [des] fois on d'vrait pas trop
16 écouter °c'est vrai que°
17 MEDc nan c't'à dire que **LA sinusite (.) chronique** c'est
18 généralement ((raclement de gorge)) un sinus qui a d'l'a
19 peine à s'vider
20 PATc mhm
21 MEDc hein effectivement (.) pis normalement quand on donne le
22 l'antibiotique ça se:: ça finit par [se] euh: se résorber se&
23 PATc [mh]
24 MEDc &résoudre et puis les gens vont mieux
25 PATc mh

Le médecin reformule par « c'est-à-dire » l'auto-diagnostic « une sinusite bloquée » en « une sinusite chronique »¹³ dont il détaille les causes et le traitement.

De ce qui précède, nous retiendrons deux éléments en particulier. D'une part, la réaction du médecin à un auto-diagnostic est systématiquement désaffiliative. Dans un cas, le diagnostic est écarté comme n'étant pas le bon (« je pense pas »). Dans les autres, c'est son exactitude qui est mise en question (« c'est vaste », « je sais pas ce que c'est »). D'autre part, si le médecin se désaffilie, il ne se désaligne¹⁴ pas pour autant, car il accepte de prendre en compte la proposition et produit toujours une forme d'explication ou de justification de son rejet. Dans deux cas, le médecin produit en outre une définition qui prend le format syntaxique d'une dislocation à gauche¹⁵ de type [« auto-diagnostic » *c'est* X].

Le caractère systématique de ces réactions de désaffiliation tend à montrer que l'activité diagnostique fait partie du domaine d'expertise du médecin. L'explication subséquente peut, elle, être interprétée comme une légitimation de

¹³ Gail Jefferson (1987) parle dans ce cas de correction intégrée (« embedded correction »), car elle prend place dans une autre activité.

¹⁴ En analyse conversationnelle, on distingue habituellement deux modes de coopération : (i) l'alignement qui consiste à accepter structurellement l'activité proposée par l'interlocuteur et (ii) l'affiliation qui va plus loin dans la coopération puisqu'il s'agit alors de soutenir affectivement la perspective proposée (Steensig 2012).

¹⁵ Ou d'un cas particulier de pseudo-clivée, voir Pekarek et Müller (2009).

ce statut. L'extrait 6 est à ce titre exemplaire puisque le rejet de l'auto-diagnostic est réalisé en référence au statut épistémique du médecin.

2.2. Co-orientation et responsabilité au savoir

Ces résultats évoquent l'étude pionnière d'Elliot Mishler (1984) établissant la suprématie de « la voix de la médecine » sur celle du « monde vécu ». Plus récemment, les descriptions fines de la relation asymétrique entre médecin et patient tendent à prouver qu'il ne s'agit pas tant de domination que d'une orientation commune vers des rôles et des identités complémentaires (voir par exemple, ten Have 1991 ; Maynard 1991 ; Heritage 2005). Dans la lignée de ces auteurs, nous souhaitons montrer que le patient s'oriente lui aussi vers le caractère non préférentiel de l'auto-diagnostic et vers des statuts épistémiques différenciés.

De manière récurrente, le patient présente le diagnostic qu'il propose comme redevable d'une instance tierce (la pharmacienne, la patronne, les gens). Ce savoir « dérivé » (Bergmann 1992)¹⁶ participe d'une tendance générale à l'atténuation de la proposition, qui est produite avec des marques d'hésitation (« .h mais b: (.) genre pneu euh (.) broncho-pneumonie »), comme une possibilité parmi d'autres (« ou un truc comme ça ») ou comme une hypothèse (« ça pourrait être »). Le patient s'oriente donc vers le caractère non préférentiel et non normal¹⁷ de la proposition. Le statut de l'instance à qui est attribué le diagnostic indique assez clairement les raisons de cette non-préférentialité : s'agissant dans deux cas d'instances médicales (la pharmacienne) ou « médicalisées » (« ma patronne qu'elle est infirmière »), l'activité de diagnostic semble être conçue comme réservée à professionnels du domaine. Dans l'extrait 6, le patient fait référence à une forme de sagesse populaire, montrant qu'il estime ne pas avoir les savoirs suffisants pour proposer un diagnostic¹⁸.

Le patient s'oriente donc vers une asymétrie de savoirs par rapport au médecin et il est probable que celle-ci soit fondée sur les connaissances

¹⁶ On cite souvent Bergman lorsqu'il s'agit de faire référence à un tiers pour atténuer son savoir en contexte médical. Notons cependant que dans son étude, il s'agit du médecin (un psychiatre) qui présente un savoir indirect afin de faire parler le patient, à la manière des « fishing device » de Pomerantz (cf. note 4).

¹⁷ Nous avons déjà mentionné qu'il y avait très peu d'occurrences d'auto-diagnostics dans notre corpus.

¹⁸ On note que ces résultats sont congruents avec ceux de Virginia Gill et Douglas Maynard (1998 ; 2006) portant sur les explications étiologiques fournies par les patients américains.

effectives des participants. Pourtant, Drew a clairement montré en analysant l'utilisation de termes médicaux par les patients que les expertises manifestées dans l'interaction n'étaient pas équivalentes aux savoirs réels:

Such cases rather dramatically illustrate that an asymmetry of knowledge is not equivalent to 'not knowing'. Here the patients know what is wrong with themselves, and know the medically appropriate name for their condition. But in the mitigated use of these names they treat such terminology as normatively 'belonging' to the other, and hence orient to their asymmetry with respect to medical knowledge. (Drew 1991: 39)

Dans le cas des auto-diagnostics analysés ici, au moins deux incohérences tendent à prouver que la situation est la même.

On a vu que dans l'extrait 8, le médecin rejette le diagnostic de « bronchite » comme n'étant pas suffisamment précis. Voici pourtant ce qui se passe, à l'issue de l'auscultation:

Extrait 10 (13 minutes après l'extrait 8)

8	MEDb	BON (1.0) écoutez ils vont pas mal ces poumons/ (...) pouvez
9		vous rhabiller
10		(1.1)
11	PATb	((tousse)) j'espère bien (...) [c'matin xx]
12	MEDb	[mais=donc pour] moi c'est une
13		(.) bronchite
14	PATb	ah mon dieu (.) [mais xxxx]
15	MEDb	[comme on vous] a dit

En 8, le médecin signale la fin de l'auscultation et en donne le résultat sous forme d'une évaluation positive. Après une pause et une intervention de la patiente, le médecin produit un nouveau tour qu'il présente comme sa continuation (« mais=donc ») pour délivrer son diagnostic (13). Si la patiente ratifie sur un mode humoristique, le médecin étend son tour en 15¹⁹ et exprime que son évaluation est identique à l'auto-diagnostic de la patiente (« comme on vous a dit »). Le praticien admet ainsi implicitement que le rejet était davantage dû à sa source qu'à son imprécision²⁰.

Deuxième incohérence, dans l'extrait 6, le médecin prétend ne pas savoir ce qu'est une sinusite bloquée (10), mais est capable de reformuler immédiatement l'affection (« sinusite chronique », extrait 9, 17). Il apparaît donc que les savoirs

¹⁹ Cette prise de parole, tout comme celle de la ligne 12, efface la pertinence du tour précédant en se rattachant syntaxiquement au dernier tour du médecin (*skip-connecting*, Sacks 1992 : 349). Ces tours de parole, par ailleurs produits en chevauchement, rendent ainsi visible que le moment du diagnostic est davantage destiné au médecin.

²⁰ Il est également possible que le placement de l'auto-diagnostic avant l'auscultation soit un critère.

en tant que tels sont moins déterminants que la manifestation des droits et obligations y relatifs.

3. Le symptôme

La partie précédente a montré qu'à propos du diagnostic le médecin est davantage placé en position d'expert. De nombreuses recherches ont eu tendance à généraliser cette observation et à placer le médecin dans cette position pour l'entier de la rencontre médicale (voir, entre autres, Frankel 1984, 1990 ; Mishler 1984 ; West 1984). Au contraire, s'agissant non plus du diagnostic, mais des symptômes, c'est le patient qui semble l'expert.

3.1. Symptôme versus diagnostic

Il arrive que le médecin évalue comme peu sérieux le problème du patient. Comme cela peut constituer une menace pour la face du malade supposé légitimer sa venue en consultation (« the patient's problem », Heritage et Clayman 2010 : 119-121), le médecin utilise en général des stratégies de préparation spécifiques²¹. On a déjà dit que le patient avait tendance à ne pas réagir à l'énoncé du diagnostic par le médecin, mais, lorsque c'est le cas, il a été montré qu'il s'agissait presque toujours d'une description de symptôme servant à manifester un désalignement par rapport au diagnostic²², comme c'est le cas dans l'extrait 11.

Extrait 11

1 MEDd alors/ j'vous propose qu'on fasse comme si c'était une: (.)
 2 un simple état grippal hein/=

3 PATd =mhm

4 MEDd et puis à=à tout moment vous avez l'droit de (.) on a l'droit
 5 d'changer d'avis hein c't'à dire si tout à coup .h vous
 6 refaites des pics de fièvre euh là la fièvre ça devrait être
 7 gentiment fini hein maintenant parce que

8 PATd j'en ai encore [fait c't'e nuit alors] j'ai fait une grosse&
 9 MEDd [jeudi: ouais]

10 PATd &trans[pirée c't'e] nuit
 11 MEDd [ouais]

12 MEDd .h mais jeudi vendredi samedi dimanche qu- (.) ça fait QUATRE

²¹ Stivers et Heritage (1999) analysent par exemple l'usage de « commentaires online » qui sont des verbalisations de signes pendant l'examen physique pour prévenir les réactions à un diagnostic non sérieux.

²² « The most common type of patient's extended next action after the diagnosis is symptom description. Usually the postdiagnosis symptom descriptions display some kind of misalignment with the doctor's diagnosis » (Peräkylä 2002 : 227).

13 jours hein
 14 PATd ouais=
 15 MEDd =normalement ah si vous pouvez encore faire un petite pic ce
 16 soir mais si vous r'continuez à r'faire des pics euh dans
 17 l'courant d'la s'maine=
 18 PATd =ouais=
 19 MEDd =faudra p't'être qu'vous r'passiez avant
 20 (...)
 21 PATd ouais avant [les fêtes]
 22 MEDd [avant la fin] (.) avant les fêtes pour qu'on
 23 puisse euh (.) passer à la vitesse supérieure .h LÀ moi j'ai
 24 plutôt confiance parce que (.) franchement vous avez pas du
 25 tout d'fiè- vous avez pas du tout d'fièvre en c'moment (.)
 26 vous avez une auscultation qui est parfaitement normale et
 27 pis vous sentez par vous-même que ça va quand même euh=
 28 PATd =oui=
 29 MEDd =qu'ça va quand même vers le mieux\
 30 PATd ouais\

Dans cet extrait, le médecin vient de terminer l'examen physique et délivre son diagnostic en 1-2 de manière atténuée. Il s'agit d'une proposition (« je vous propose ») d'une chose possible (« comme si ») et le diagnostic est présenté comme anodin (« un simple état grippal »). Au plan linguistique, l'usage de l'adjectif antéposé « simple » est intéressant puisque l'« effet restrictif mis en place par *Dét. simple N* oblige donc à opposer “ce qui n'est que N” à autre chose, et met en place un paradigme contrastif » (Noailly 2002: 43). Ici, le paradigme contrastif est bien sûr une maladie plus sérieuse: une broncho-pneumonie ou une véritable grippe.

En 3, le patient ratifie minimalement ce diagnostic puis le médecin décrit l'éventualité de le remettre en cause si le problème persiste et évoque le pronostic de la maladie en 6-7 (« la fièvre ça devrait être gentiment fini »). En 8, le patient s'auto-sélectionne hors d'un point de complétude potentiel pour contredire son pronostic (et, partant, le diagnostic) en rapportant un symptôme encore inconnu du médecin: « j'ai encore fait une grosse transpirée c't'e nuit ». Cette intervention va conduire le médecin à justifier son diagnostic (« Là moi j'ai plutôt confiance ») en faisant référence à l'examen clinique (25-26) et au ressenti du patient (27/29).

Il est intéressant de voir que le patient utilise spécifiquement un symptôme pour s'inscrire en faux contre un diagnostic et que le médecin fait quant à lui référence à d'autres éléments sans mettre en doute le symptôme. La légitimité

du symptôme postulée par le patient s'oppose ainsi potentiellement à l'expertise du médecin a priori garantie par un statut épistémique élevé (cf. *supra* 2.)²³.

3.2. L'anamnèse

En étudiant la structuration globale des consultations médicales, ten Have (1994) a montré que le discours de consultation peut être ramené à deux formats type: le format d'interrogatoire (*interview format*) et le format de transmission d'information (*information delivery format*). Il associe la deuxième phase de la rencontre, la présentation de la plainte du patient, à un format de transmission d'information où le patient a l'initiative et est écouté par le médecin. Quant à la troisième phase, l'anamnèse, elle relève du format d'interrogatoire où le médecin pose les questions. Ces formats ont été à l'origine proposés par Peräkylä et Silverman²⁴, qui considèrent que le format d'interrogatoire met le médecin dans une position de contrôle interactionnel et de plus grand savoir, tout en admettant que poser des questions souligne un manque de connaissances (Peräkylä et Silverman 1991 : 638)²⁵. De fait, nous estimons pour notre part qu'en l'absence d'évaluation explicite de la réponse comme on en trouve dans les interactions en classe (Mehan 1979), une paire adjacente de type question-réponse place son initiateur en position épistémique basse²⁶.

Dans la phase d'anamnèse, le médecin prend en général bonne note des réponses du patient manifestant ainsi le fait qu'il reçoit de l'information. Parfois, il rend disponible au patient le contenu de ces notes, en certains cas simplement pour ralentir le rythme de l'échange (Vion 2006 : 19) ou pour éviter de trop

²³ Pour des raisons de place, nous n'aborderons pas ici la question du lien causal entre symptôme et diagnostic, qui a pourtant probablement une influence ici.

²⁴ Peräkylä et Silverman (1991) proposent ces formats dans le contexte de séances de conseil sur le sida.

²⁵ « Asking questions e.g. in the context of a diagnostic interview of course entails also lack of knowledge: the P knows his/her sexual history, and information is transferred to the C. But C's questions nevertheless are questions asked by a specialist: A long sequence of questions creates and maintains an expectation of 'a reason for' the questions, which is something the C knows. Moreover, the C's knowledgeability as a questioner is displayed through the lack of 'change of state tokens' (Heritage 1984) when receiving the answers (see excerpts 1 and 2) » (Peräkylä et Silverman 1991 : 649).

²⁶ Pour la conversation ordinaire, Heritage est très clair : « Information requests are actions in which resources for communicating epistemic stance (such as, commonly, interrogative syntax) are aligned with the real-world relative epistemic status of the parties (e.g., knowing [K+] for the recipient, and unknowing [K-] for the requester) to constitute the action » (2012b : 33).

longs silences (Greatbatch 2006). De telles verbalisations, produites avec un débit caractéristique, renseignent sur les variations épistémiques du médecin.

Extrait 12

1 PATE j'toussais toute la nuit j'me suis explosé les abdos et les
 2 muscles deri=du dos euh (1.2) j'toussais toute [la nuit]
 3 MEDe [donc] vous
 4 toussiez toujours passablement/
 5 PATE non euh la toux c'est bon maintenant quoi la toux a passé
 6 (...)
 7 MEDe alors c'est touSSAIT passablement et pis maintenant ça passe/
 8 PATE ouais maintenant ça passé par contre j'ai toujours la
 9 respiration euh le souffle bien court:
 10 (1.7)
 11 MEDe °alors toussait passablement° virgule ça a paSSÉ/ mais garde
 12 souffle (1.1) COUrt/ (1.3) D'ACC\

Dans cet extrait, le patient fournit une réponse complexe à la question inaugurale du médecin (« comment allez-vous ») pendant que le médecin rédige à l'ordinateur. En 3-4, le médecin reformule les dires du patient, lequel ne confirme pas (5). En 7, le médecin rend visible le fait qu'il corrige ses notes en mettant une emphase sur le morphème de l'imparfait du verbe « tousser » qui vient remplacer le présent. Dans un second temps, il sollicite le patient (« pis maintenant ça passe »), qui répond par l'affirmative (8). Après une pause, le médecin verbalise à nouveau le texte qu'il rédige: « toussait passablement virgule ça a passé mais garde souffle court ». Il est notable que les questions soient orientées vers une version stable de l'évolution des symptômes du patient que le médecin corrige au besoin, à la manière d'un secrétaire faisant un procès verbal.

Les verbalisations des prises de notes du médecin rendent possibles des corrections de la part du patient.

Extrait 13

1 MEDf alors/ tousse/ depuis huit jours/
 2 PATf Huit/ (...) DIX\
 3 MEDf DIX/ bon va pour dix=

Dans cet extrait, le médecin verbalise la phrase « tousse depuis huit jours » (1) ce qui conduit la patiente à répéter et corriger un élément (2), hétéro-correction que ratifie le médecin en 3. Non seulement le médecin recueille scrupuleusement les propos des patients, mais les rend disponibles au patient pour validation ou rectification. Dans ce sens, l'orientation est commune vers une expertise du patient à propos de ses symptômes.

4. Conclusion

On a montré par l'étude d'une collection d'auto-diagnostics qu'aussi bien les médecins par leur rejet systématique que les patients par leurs atténuations s'orientent vers le caractère non préférentiel de cette pratique, la non-préférence étant ici fondée sur des critères épistémiques sans liens directs avec les savoirs réels des participants. De cela, il découle une expertise spécifique du médecin à propos du diagnostic. Dans un second temps, nous avons observé des différences notables lorsqu'il est question des symptômes: à ce moment-là, le patient occupe une position experte. À ce titre, les verbalisations d'éléments du dossier médical lors de l'anamnèse sont éloquentes puisque le médecin – tout en dominant sur le plan interactionnel en initiant les questions et en orientant le topic – recueille simplement les informations que le patient lui transmet. Ce dernier exerce ainsi une forme de contrôle sur ces informations qu'il peut corriger, plaçant en cela le médecin dans une position plus basse. D'ailleurs, le symptôme faisant partie du domaine de connaissance du patient, il constitue en soi une ressource pour l'argumentation.

Nos analyses ont fait émerger le fait que dans l'interaction médicale les expertises sont partagées. Elles sont d'une part soumises au principe de primauté de l'interaction: tous les participants co-construisent une asymétrie de savoirs et, d'autre part, elles sont distribuées entre le médecin et le patient. Nous avons mis l'accent ici sur quelques aspects du symptôme et du diagnostic, mais il serait intéressant de poursuivre la « cartographie » des « territoires » épistémiques en étudiant d'autres « régions », comme le traitement, par exemple. De même, étudier des cas où l'état épistémique est discordant avec le statut permettrait d'éclairer les liens complexes entre les actions locales et les identités en jeu. Ainsi, le cas de figure où le patient est par ailleurs un médecin pourrait permettre de montrer comment les savoirs effectifs influencent le statut et l'état épistémique.

Conventions de transcription

/ Intonation montante
 \ Intonation descendante
 : Allongement phonique
 - Troncation
 .h et .hh Aspiration saillante
 ' Élision non standard
 (.) (..) (...) Pauses (1/4, 1/2, 3/4 de sec.)
 (n) Silences (n sec.)
 xx xxx Segment inaudible (x =± une syllabe)
 MAIS Emphase, saillance perceptuelle
 ° ° Baisse du volume de la voix
 [] Segment chevauché
 = Enchaînement
 & Poursuite du tour après interruption
 (c'est) Incertitude du transcrip-teur
 ((rit)) Commentaire

Transcriptions

Extraits 1, 4 et 7

1 (9.0)
 2 PATa .h c'est elle qui m'a conseillé elle m'a dit faut aller
 3 .h voir (.) j'ai peur qu'on passe à côté de choses plus
 4 GRAves
 5 MEDa oui
 6 PATa .h mais b: (.) genre pneu euh (.) broncho-pneumonie
 7 [ou=ou]=ou&
 8 MEDa [oui]
 9 PATa &.h ou angine de poitrine ou un truc comme ça=
 10 MEDa =oh: angine de poitrine j'pense pas\ angine de poitrine/ ça
 11 s'manifeste plutôt par une douleur (.) au niveau thoracique
 12 qui peut aller vers l'épaule=
 13 PATa =non ça j'ai pas
 14 MEDa °voilà° ou vers la mâchoire
 15 PATa non ça j'ai pas [je suis pris] LÀ
 16 MEDa [des fois vers l'estomac\
 17 MEDa voilà

Extraits 2, 5, 8 et 10

1 (1.4)
 2 PATb .h hi[er je suis] allée travailler à xx ma patronne&
 3 MEDb [et pis:]
 4 PATb &qu'elle est infirmière elle m'avait dit carla vous avez
 5 le m: (..) une BRONchite
 6 MEDb OUI ça d'accord (..) mais une bronchite voyez c'est vAste ça
 7 peut être un virU:s ça peut être un microbe
 ((13 minutes non transcrites))
 8 MEDb BON (1.0) écoutez ils vont pas mal ces poumons/ (...) pouvez
 9 vous rhabiller
 10 (1.1)
 11 PATb ((tousse)) j'espère bien (...) [c'matin xx]
 12 MEDb [mais=donc pour] moi c'est une
 13 (..) bronchite
 14 PATb ah mon dieu (.) [mais xxxx]
 15 MEDb [comme on vous] a dit

Extraits 3, 6 et 9

1 MEDc .h euh:: (...) donc euh::
 2 (...)
 3 PATc mais ça pourrait être c'qu'on appelle une sinusite
 4 bloquée/ ou 'fin qu'y ait vraiment un (..) parce que
 5 j'ai pas j'ai pas d'symptôme où j'ai [vraiment] mal là-
 6 d'ssus où je
 7 MEDc [ouais]
 8 (...)
 9 MEDc .h °ouais° j- j- moi j'sais pas c'que c'est une sinusite
 10 bloquée [hein donc euh]
 11 PATc [ouais donc ça] n'existe pas\
 12 MEDc ((rire))
 13 PATc c'est des choses que les gens disent ((petit rire))
 14 MEDc ((petit rire)) MAIS/ (..) [euh]
 15 PATc [des] fois on d'vrait pas trop
 16 écouter °c'est vrai que°
 17 MEDc nan c't'a dire que LA sinusite (.) chronique c'est
 18 généralement ((raclement de gorge)) un sinus qui a d'l'a
 19 peine à s'vider
 20 PATc mhm
 21 MEDc hein effectivement (.) pis normalement quand on donne le
 22 l'antibiotique ça se:: ça finit par [se] euh: se résorber se&
 23 PATc [mh]
 24 MEDc &résoudre et puis les gens vont mieux
 25 PATc mh

Références bibliographiques

- ARISS, Steven (2009), « Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with frequently attending patients: Limitations and opportunities for patient participation », *Social Science and Medicine*, vol. LXIX, n° 3, p. 908-919.
- BERGMANN, Jörg (1992), « Veiled Morality: Notes on Discretion in Psychiatry », dans Paul DREW et John HERITAGE (dir.), *Talk at Work : Interaction in institutional settings*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 137-162.
- DREW, Paul (1991), « Asymmetries of Knowledge in Conversational Interactions », dans Ivana MARKOVA et Klaus FOPPA (dir.), *Asymmetries in Dialogue*, Savage, Barnes & Noble, p. 29-48.
- DREW, Paul et John HERITAGE (1992), « Analyzing talk at work: an introduction », dans Paul DREW et John HERITAGE (dir.), *Talk at Work : Interaction in institutional settings*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 3-65.
- FOUCAULT, Michel (1972), *Naissance de la clinique ; Une archéologie de regard médical*. Paris, PUF.
- FRANKEL, Richard (1984), « From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis » *Discourse Processes*, vol. VII, n° 2, p. 135-170.

- FRANKEL, Richard (1990), « Talking in Interviews: A Dispreference for Patient Initiated Questions in Physician-Patient Encounters », dans George PSATHAS (dir.), *Interaction Competence: Studies in Ethnomethodology and Conversational Analysis*, Lanham, University Press of America, p. 231-262.
- GILL, Virginia Teas (1998), « Doing Attributions in Medical Interaction : Patients' Explanations for Illness and Doctors' Responses », *Social Psychology Quarterly*, vol. LXI, n° 4, p. 342-360.
- GILL, Virginia Teas et Douglas MAYNARD (2006), « Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses », dans John HERITAGE et Douglas MAYNARD (dir.), *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 115-150.
- GILL, Virginia Teas et Felicia ROBERTS (2013), « Conversation analysis in medicine », dans Jack SIDNELL et Tanya STIVERS (dir.), *The Handbook of Conversation Analysis*, Chichester, Wiley-Blackwell, p. 575-592.
- GREATBATCH, David (2006) « Prescriptions and prescribing: coordinating talk-and text-based activities », dans John HERITAGE et Douglas MAYNARD (dir.), *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 313-339.
- GÜLICH, Elisabeth et Lorenza MONDADA (2001), « Konversationsanalyse / Analyse conversationnelle », dans *Lexikon der Romanistischen Linguistik (LRL)*, vol. I, n° 2, p. 196-250.
- HEATH, Christian (1992), « The delivery and reception of diagnosis in the general practice consultation », dans Paul DREW et John HERITAGE (dir.), *Talk at Work: Interaction in institutional settings*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 235-267.
- HERITAGE, John (1984), « A change of state token and aspects of its sequential placement », dans John Maxwell ATKINSON et John HERITAGE (dir.), *Structures of Social Action*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 299-345.
- HERITAGE, John (1998), « Oh-prefaced responses to inquiry », *Language in Society*, vol. XXVII, p. 291-334.
- HERITAGE, John (2005), « Revisiting authority in physician-patient interaction », dans Judith Felson DUCHAN et Dana KOVARSKY (dir.), *Diagnosis as Cultural Practice*, Berlin, Mouton de Gruyter, p. 83-102.
- HERITAGE, John (2012a), « Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge », *Research on Language et Social Interaction*, vol. XLV, n° 1, p. 1-29.
- HERITAGE, John (2012b), « The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge », *Research on Language et Social Interaction*, vol. XLV, n° 1, p. 30-52.

- HERITAGE, John (2013a), « Action formation and its epistemic (and other) backgrounds », *Discourse Studies*, vol. XV, p. 551-578.
- HERITAGE, John (2013b), « Epistemics in Conversation », dans Jack SIDNELL et Tanya STIVERS (dir.), *The Handbook of Conversation Analysis*, Chichester, Wiley-Blackwell, p. 370-394.
- HERITAGE, John et Steven CLAYMAN (2010), *Talk in Action: Interactions, identities, and institutions*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- HERITAGE, John et Geoffrey RAYMOND (2005), « The Terms of Agreement : Indexing Epistemic Authority and Subordination in Talk-in-Interaction », *Social Psychology Quarterly*, vol. LXVIII, n° 1, p. 15-38.
- HERITAGE, John et Tanya STIVERS (1999), « Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations », *Social Science et Medicine*, vol. XLIX, n° 11, p. 1501-1517.
- JACQUIN, Jérôme (2014), *Débattre. L'argumentation et l'identité au cœur d'une pratique verbale*, Bruxelles, De Boeck Supérieur.
- JEFFERSON, Gail (1987), « On exposed and embedded correction in conversation », dans Graham BUTTON et John LEE (dir.), *Talk and social organisation*, Clevedon, Multilingual Matters, p. 86-100.
- LABOV, William et David FANSHEL (1977), *Therapeutic Discourse: Psychotherapy As Conversation*, New York, Academic Press.
- LANDMARK, Anne Marie Dalby, Pål GULBRANDSEN et Jan SVENNEVIG (2014), « Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions », *Journal of Pragmatics*, vol. LXXVIII, p. 54-69.
- MAYNARD, Douglas (1991), « Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse », *American Journal of Sociology*, vol. XCVII, n° 2, p. 448-495.
- MEHAN, Hugh (1979), *Learning lessons: social organization in the classroom*, Cambridge, Harvard University Press.
- MISHLER, Elliot George (1984), *The discourse of medicine : dialectics of medical interviews. Language and learning for human service professions*, Norwood, Ablex.
- NOAILLY, Michèle (2002), « Le cas de simple » *Langue Française*, vol. CXXXVI, n° 1, p. 34-45.
- PARSONS, Talcott ([1951] 1991). *The social system*, London, Routledge.
- PEKAREK, Simona et Gabriele MÜLLER (2009). « “Le problème c’est de les distinguer” : Disloquée à gauche et pseudo-clivée dans la conversation », dans Denis APOTHELOZ, Bernard COMBETTES et Franck NEVEU (dir.), *Les linguistiques du détachement: actes du colloque international de Nancy (7-9 juin 2006)*, Berne, Peter Lang.
- PERÄKYLÄ, Anssi (1998), « Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care », *Social Psychology Quarterly*, vol. LXI, n° 4, p. 301-320.

- PERÄKYLÄ, Anssi (2002), « Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters », *Research on Language and Social Interaction*, vol. XXXV, n° 2, p. 219-247.
- PERÄKYLÄ, Anssi et David SILVERMAN (1991), « Reinterpreting Speech-Exchange Systems: Communication Formats in AIDS Counselling », *Sociology*, vol. XXV, n° 4, p. 627-651.
- POMERANTZ, Anita (1980), « Telling My Side: "Limited Access" as a "Fishing" Device », *Sociological Inquiry*, vol. L, n° 3-4, p. 186-198.
- PILNICK, Alison et Robert DINGWALL (2011), « On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review », *Social Science & Medicine*, vol. LXXII, n° 8, p. 1374-1382.
- RAYMOND, Geoffrey et John HERITAGE (2006), « The Epistemics of Social Relations. Owning Grandchildren », *Language in Society*, vol. XXV, n° 5, p. 677-705.
- SACKS, Harvey (1992), *Lectures on conversation*, vol. II, Oxford, Wiley-Blackwell.
- SARANGI, Srikanth et John WILSON (dir.) (2001), "Lay diagnosis". *Special Issue in honour of the late Robert Hopper. Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, vol. XXI, n° 1-2.
- SIDNELL, Jack et Tanya STIVERS (dir.) (2013), *The Handbook of Conversation Analysis*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- STEENSIG, Jakob (2012), « Conversation Analysis and Affiliation and Alignment » dans Carol CHAPPELLE (dir.) *The Encyclopedia of Applied Linguistics*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- STIVERS, Tanya, Lorenza MONDADA et Jakob STEENSIG (2011), *The Morality of Knowledge in Conversation*, Cambridge, Cambridge University Press.
- TEN HAVE, Paul (1991), « Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction », dans Deirdre BODEN et Don ZIMMERMAN (dir.), *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*, Cambridge: Polity Press, p. 138-163.
- TEN HAVE, Paul (1994), « Formatting The Consultation: Communication Formats And Constituted Identities », *XIII World Congress of Sociology*, Bielefeld.
- TEN HAVE, Paul ([1999] 2007), *Doing conversation analysis. A Practical Guide*, Los Angeles, Sage Publications.
- VION, Robert (2006), « Reprise et modes d'implication énonciative », *La Linguistique*, vol. XLII, n° 2, p. 11-28.
- WEST, Candace (1984), *Routine complications: troubles with talk between doctors and patients*, Bloomington, Indiana University Press.

‘JE ME PERMETS DE TE DERANGER POUR TE DEMANDER UN PETIT CONSEIL’ : LA GESTION DE L'EXPERTISE LORS D'UN APPEL TELEPHONIQUE INFIRMIER AU SERVICE DES SOINS INTENSIFS

Cécile PETITJEAN
Université de Neuchâtel
cecile.petitjean@unine.ch

Anca STERIE
Université de Fribourg
ancacristina.sterie@unifr.ch

Carla VAUCHER
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
carla.vaucher@chuv.ch

Esther GONZALEZ-MARTINEZ*
Université de Fribourg
esther.gonzalezmartinez@unifr.ch

Résumé

Les conversations téléphoniques entre infirmières sont instrumentales dans le sens où elles visent la prise en charge des patients mais constituent également un espace de production et de reconnaissance des expertises des professionnelles qui y sont engagées. Afin de rendre compte des compétences interactionnelles mobilisées dans cette double organisation, à la fois pratique et épistémique, cet article propose l'analyse conversationnelle d'un appel en particulier : une jeune infirmière diplômée contacte le service des Soins intensifs pour demander conseil au sujet de l'administration d'un produit. L'analyse séquentielle de cet appel donne à voir l'interrelation entre l'activité de demande et l'attribution d'expertises.

Mots-clés : infirmières, appels téléphoniques, demande de conseil, expertise, analyse de conversation.

*Auteur correspondant (esther.gonzalezmartinez@unifr.ch).

1. Introduction

Ces dernières décennies, le travail infirmier en milieu hospitalier a été profondément modifié par l'académisation de la formation, la professionnalisation et la spécialisation des soins ainsi que par l'instauration de nouveaux modèles de gestion des institutions de santé (Chaska 2001). L'élargissement du champ d'action des infirmières, le développement du travail en réseau, tout comme l'arrivée de nouveaux moyens de communication, ont également profondément modifié les relations interpersonnelles et interprofessionnelles en milieu hospitalier (Allen 2001). Les infirmières sont amenées à mobiliser des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être ajustés à des activités d'une grande diversité, accomplies avec un nombre important de partenaires également très différents (Nadot 2012). Elles se doivent notamment de témoigner d'une expertise en termes de compétences de communication, leur permettant de se positionner comme des acteurs institutionnellement efficaces et légitimes (Gajo 2004 ; Grosjean et Lacoste 1999).

Dans ce cadre, l'expertise professionnelle des infirmières fait l'objet d'appréciations constantes et changeantes au fil de leurs interactions quotidiennes. Le degré d'expertise attribué fluctue d'une situation à l'autre, une infirmière pouvant se trouver tantôt en position d'experte sur une question précise face à une jeune infirmière moins expérimentée, tantôt dans le rôle de novice face au savoir d'un soignant issu d'un service de l'hôpital dont elle ignore les pratiques. L'expertise se doit donc d'être pensée en termes de co-construction mouvante, n'appartenant pas en propre à une personne ou à une fonction, mais émergeant moment par moment dans le déroulement de chaque interaction. Des compétences interactionnelles permettent justement aux infirmières de réaliser leurs activités de travail tout en gérant la question de l'attribution et de la reconnaissance de leur propre expertise ainsi que celle de leurs partenaires. Ceci est particulièrement important lors de demandes de conseil entre collègues, cette activité requérant une gestion interactionnelle subtile afin d'éviter des déséquilibres prononcés entre les statuts épistémiques des participants.

Par l'analyse d'un appel impliquant deux infirmières travaillant dans des services différents, l'une étant une infirmière en début de carrière et l'autre une infirmière expérimentée, nous mettons en avant la façon dont celles-ci gèrent de manière conjointe la reconnaissance et l'attribution d'expertises professionnelles dans le déroulement d'un appel téléphonique se présentant justement comme une demande de conseil. Nous mettons en avant l'interdépendance de l'activité de conseil et de la gestion des statuts épistémiques en ayant recours à l'approche de l'analyse de conversation (Sacks *et al.* 1974).

2. Conversations téléphoniques en milieu clinique et activité de conseil

La littérature a montré l'importance de la communication entre soignants dans la coordination des soins (Hall et Weaver 2001 ; Woloshynowych *et al.* 2007) ainsi que l'utilisation que ceux-ci font à cette fin de différents dispositifs techniques de communication, dont les téléphones (Coiera et Tombs 1998 ; Tjora 2000 ; Wu *et al.* 2011). Toutefois, le déroulement concret, pratique et séquentiel des conversations téléphoniques entre soignants reste encore aujourd'hui largement inexploré, la recherche en analyse de conversation ayant privilégié jusqu'à présent l'étude d'interactions soignant-client (Sacks 1966 ; Greatbatch *et al.* 2005 ; Weathersbee et Maynard 2009).

Nous retrouvons cette même centration sur les interactions soignant-client dans les travaux en analyse de conversation sur l'activité de conseil en milieu clinique, domaine dans lequel le chapitre de Heritage et Sefi (1992 : 359-417) a joué un rôle fondateur. Les auteurs ont étudié des interactions entre des femmes venant d'avoir leur premier enfant et des infirmières leur rendant visite à domicile. Ces interactions sont traversées par une tension au niveau de la reconnaissance des compétences – la compétence « naturelle » de la mère et la compétence « professionnelle » de l'infirmière – quant aux soins à procurer au bébé. L'activité de conseil est ici particulièrement problématique puisqu'elle est susceptible de laisser entendre que la mère peine à prendre correctement soin du bébé. Dans le même temps, si la mère n'adhère pas au conseil ou le rejette, elle met en cause l'autorité professionnelle de l'infirmière. Heritage et Sefi ont étudié les différents formats de la demande et de l'offre de conseil, ainsi que les formats de la réponse à celle-ci, diversement orientés vers la gestion de cette tension épistémique. Reprenant ce travail, Leppänen (1998) a observé que des infirmières suédoises en soins généraux ambulatoires peuvent présenter leurs conseils comme des propositions d'actions qu'il serait possible d'entreprendre. Ceci est le cas lorsque le patient est encore loin de réaliser le caractère problématique de sa situation et qu'il n'est donc pas prêt à recevoir directement un conseil de la part des infirmières. En étudiant des interactions thérapeutiques dans une consultation HIV, Silverman (1997) a observé que le thérapeute use de différentes pratiques pour donner un conseil au client tout en évitant de lui imposer ses points de vue. Il propose par exemple des conseils non personnalisés en procurant des informations au client. Il peut également lui poser des questions afin d'obtenir que celui-ci exprime son propre point de vue

et pouvoir ainsi avancer ultérieurement un conseil personnalisé adapté¹. Pilnick (1999) se questionne quant à elle sur l'activité principale des consultations en pharmacie, qui peut être celle de conseiller, d'informer ou plutôt d'instruire. En effet, le pharmacien explique au client comment faire précisément pour suivre le traitement prescrit alors que donner un conseil suggérerait une possible manière de faire et que donner simplement des informations ne viserait pas forcément l'adhésion du client. Butler *et al.* (2010) nous rendent quant à eux attentifs au travail de définition des domaines d'expertise lors d'entretiens téléphoniques entre des parents d'enfants rencontrant des problèmes de santé et des infirmières non habilitées à donner des conseils médicaux proprement dits. Enfin, Pudlinksy (2005) a analysé des appels à un service offrant du soutien entre pairs pour des personnes rencontrant des problèmes mentaux, appels au cours desquels l'activité de conseil est fortement mitigée afin de favoriser la symétrie entre les participants, voire une relation d'amitié.

Les travaux en analyse de conversation attestent de différences très importantes au niveau des pratiques et des enjeux interactionnels selon les situations analysées. Ceci rend donc particulièrement nécessaire l'étude de l'activité inédite qui nous occupe, à savoir la production et la gestion d'une demande de conseil entre infirmières en milieu clinique.

3. Recherche, méthodes et données

Cet article présente des analyses réalisées dans le cadre d'une recherche sur les compétences interactionnelles que les jeunes infirmières diplômées mettent en œuvre lors de leurs conversations téléphoniques à l'hôpital. Nous nous sommes concentrées sur les appels de trois jeunes infirmières qui se trouvaient dans leur première année d'engagement dans un hôpital en Suisse romande. Cette recherche fait partie du projet Sinergia *IC-You* sur les compétences interactionnelles que les jeunes personnes déploient dans différents contextes institutionnels où elles évoluent lors de leur trajectoire de l'école au monde du travail².

¹ Sur l'ambiguïté entre « donner de l'information » et « donner un conseil » dans un contexte similaire, voir Kinnel et Maynard 1996.

² Recherche « New on the job. Relevance-making and assessment practices of interactional competences in young nurses' hospital telephone calls », projet Sinergia *Interactional competences in institutional practices. Young people between school and the workplace* (IC-You), subside du Fonds national suisse de la recherche scientifique n° 136291/1 (www2.unine.ch/ic-you). La recherche a été

Dans le cadre de cette recherche, nous avons examiné pendant une durée de 26 semaines consécutives les communications téléphoniques entre le téléphone fixe de deux bureaux d'infirmières d'un même service en soins généraux et des numéros internes à l'hôpital appartenant à 19 services différents (Réception, Nutrition, Salle de réveil, Soins intensifs, etc.). Sur un total de 9'931 appels, nous en avons identifié 374 ayant eu lieu entre les trois jeunes infirmières participant à notre étude et d'autres employés de l'hôpital (infirmières, médecins, transporteurs, personnel administratif, etc.). La durée moyenne de ces appels est de 57 secondes. Ce corpus, appelé NTH-3, a été transcrit selon les conventions de l'analyse de conversation (Jefferson 2004). Nous avons réalisé par la suite un travail ethnographique dans 9 services de l'hôpital, dont celui des trois jeunes infirmières, incluant des observations sur place, le recueil de documentation ainsi que des entretiens au cours desquels nous avons notamment discuté avec les participantes à la recherche de certains appels transcrits.

4. Un appel de demande de conseil

Dans cet article, nous allons nous concentrer sur un appel entre Leandra – une des trois jeunes infirmières participant à notre recherche – et Mylène, une infirmière du service des Soins intensifs³. L'appel est initié par Leandra, qui compose le numéro principal des Soins intensifs à 1 heure 42 minutes du matin.

Au moment de l'appel, Leandra, qui est train d'effectuer le service de nuit, a une question concernant la manière d'administrer à une patiente un produit prescrit par un médecin. Il s'agit du Glucosum 40%, appelé couramment G40, une solution contenant 40% de glucose. Ce produit se présente en ampoules pour des injections ainsi qu'en flacons pour des perfusions. Il peut être administré au travers d'une perfusion ou bien injecté directement dans la voie veineuse. Leandra s'apprête à administrer ce produit sous forme d'ampoules de 10 ml à injecter, dont l'étiquette indique que le produit est à diluer avant usage. Toutefois, selon les situations – l'état du patient, le type de voie, le dosage – ce produit est administré dilué ou non. Par exemple, de faibles quantités non diluées peuvent être administrées lorsqu'un état hypoglycémique nécessite une

réalisée en partenariat avec la Haute école de santé Arc et l'Hôpital Neuchâtelois (Suisse). Nous remercions le personnel de l'hôpital de son inestimable collaboration.

³ Nous avons remplacé les prénoms des infirmières par des prénoms fictifs et indiqué dans des commentaires entre doubles parenthèses la teneur d'autres éléments de l'enregistrement qui n'ont pas été transcrits pour des raisons de confidentialité.

action rapide⁴. Pour des questions d'administration pratique de ce type, les infirmières s'adressent régulièrement aux collègues de leur service, dont les infirmières cliniciennes⁵, ou à la Pharmacie de l'hôpital. Elles peuvent également solliciter l'expertise des infirmières des Soins intensifs, ce que fait Leandra dans cet appel. En effet, les infirmières des Soins intensifs disposent d'une formation spécialisée. Cette formation justifie leur mobilisation, et ce particulièrement en cas de besoin de conseil pendant la nuit lorsque les personnes ressources sont plus difficilement atteignables.

L'appel dure 1 minute et 26 secondes, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de la durée des appels de notre corpus (57 secondes). L'appel présente une structure en trois parties que nous traiterons successivement : la phase d'ouverture (4.1.), la phase centrale (4.2., 4.3., 4.4. et 4.5.) et la phase de clôture (4.6.). L'examen de la phase centrale en quatre étapes s'explique par son organisation particulièrement complexe ainsi que par son importance pour notre analyse. En effet, cette phase centrale est consacrée à une activité de demande de conseil, initiée par Leandra, qui mobilise pour ce faire des pratiques subtiles en termes de gestion des expertises.

4.1. Ouverture de l'appel

L'extrait 1 ci-dessous reproduit la phase d'ouverture de l'appel téléphonique. Celle-ci comprend des actions d'appel et de réponse, ainsi que l'identification et la reconnaissance des interlocutrices (Schegloff 1986), à savoir Mylène et Leandra (respectivement Myl et Lea dans la transcription)⁶.

Extrait 1: C218_LEA_S86_O1_W13D3_0142_0144_N86 (lignes 1-7)

```
-----Début de l'enregistrement-----
1          ((1.0 tonalité téléphonique))
2          (3.5)
3  Myl:    les ↓soins ((My↑lène))?
4  Lea:    ·hh oui c'est ((Leandra)) d'((unité quatre))
5  Myl:    >oui?<
6  Lea:    euh: <je me perm↑ets d'te déranger pour te demander un petit
7          cons↓ei:l
```

⁴ Se référer au *Compendium suisse des médicaments* (<http://www.kompendium.ch/>). Directives d'administration du Glucose 40% (<http://pharmacie.hug-ge.ch>).

⁵ Ces infirmières disposent d'une formation clinique plus poussée dans des domaines spécialisés et s'occupent, entre autres, de la formation de leurs collègues et de la rédaction des protocoles de soin.

⁶ Le lecteur trouvera en annexe une liste des conventions de transcription. Dans la suite du texte, les numéros indiquent celui de la ligne, ou des lignes, de la transcription où est observable le phénomène auquel l'analyse fait référence.

Dans cet extrait, les deux interlocutrices procèdent à une auto-identification institutionnelle et personnelle, chacune produisant dans un ordre différent les composantes y relatives. Mylène répond à l'appel en donnant le nom de son service sous forme abrégée (« les soins », 3) ce qui constitue également un premier élément d'auto-identification qu'elle complète ensuite par son prénom. Leandra s'identifie d'abord par son prénom pour ensuite nommer son unité de rattachement (« unité quatre », 4). Ces identifications font émerger des identités institutionnelles distinctes en rapport aux activités à réaliser lors de l'appel. Mylène prend part à l'appel suite à une interpellation initialement adressée de manière générale à son service. Leandra le fait en tant qu'individu, certes rattaché à une unité de soins, mais qui interpelle un service hospitalier pour une question qui la concerne suffisamment pour justifier le fait que ce soit elle qui appelle. Sur la base de l'identification de Leandra, Mylène produit un « oui » interrogatif (5) qui invite celle-ci à donner la raison de son appel (6-7) et à initier la phase centrale de l'appel où est réalisée l'activité de demande de conseil.

4.2. De l'annonce d'une demande de conseil à la production d'indications sur la procédure de soin

4.2.1. Une demande de 'petit conseil'

L'extrait 2 ci-dessous reproduit la suite de la conversation entre Leandra et Mylène correspondant au début de la phase centrale de l'appel. Leandra initie cette phase en donnant la raison de son appel : « demander un petit conseil » (6-7).

Extrait 2 : C218_LEA_S86_O1_W13D3_0142_0144_N86 (lignes 6-16)

- 6 Lea: euh: <je me permets d'te déranger pour te demander un petit
7 cons_{ei}:l
8 Myl: [oui?]
9 Lea: [_h] euh: je dois: mettre du: g quarante chez une
10 pati_ente,
11 Lea: hh euh: je sais pas comment <vous la mélangez en princ_ipe
12 ↓vous h
13 (0.4)
14 Lea: comment vous la diluez avec ↑quoi: _h
15 (0.8)
16 Myl: la ↑g quarante elle existe en:: bouteilles d'un ↑litre

Dans cet extrait, lignes 6-14, Leandra produit une demande qui constitue la première partie de l'activité principale de l'appel. Le type de demande, une demande de conseil, rendrait possible la satisfaction immédiate de celle-ci (Lindström 1997 sur les « demandes immédiates » dans Schegloff 2007) sous

forme de réponse apportant le conseil demandé, qui constitue la deuxième partie de l'activité. Leandra formate toutefois ici sa demande de manière précautionneuse, ce qui exhibe le caractère dispréférentiel de l'activité tout en le minimisant : elle procède « par étapes », retardant le moment d'articuler concrètement la demande et procure ainsi plusieurs opportunités pour que Mylène puisse la devancer avec une offre. Par ailleurs, les éléments des différentes parties justifient et atténuent la demande au point que son objet finit par n'être jamais véritablement articulé comme tel⁷.

La production de la demande débute avec la présentation de la raison de l'appel, formulée ici comme une demande de conseil (6-7). Le tour est précédé d'un marqueur d'hésitation avec allongement vocalique qui pourrait indexer le caractère potentiellement délicat de l'action à venir. L'énoncé de Leandra « je me permets d'te déranger pour te demander un petit conseil » est clairement orienté vers le caractère exceptionnel de l'appel, réalisé à une heure tardive et susceptible d'interrompre les activités du service contacté. Il est également orienté vers le caractère dispréférentiel de la demande qu'il projette, adressée à un destinataire situé à l'extérieur du cercle premier des personnes ressources pour le type de demande à venir. Annoncer une demande de « conseil », en appuyant sur ce dernier mot, permet à Leandra de minimiser la portée de la demande, tant au niveau de l'action sur le point d'être réalisée qu'au niveau de l'éventuel manque de connaissances que cette demande pourrait projeter. En effet, nous comprenons le conseil comme étant un avis donné à une personne qui est en principe libre de suivre ou non la recommandation proposée, bien que l'adhésion semble être favorisée. Il ne laisse pas entendre une lacune épistémique mais le besoin d'une indication supplémentaire quant à la manière d'opérationnaliser des connaissances déjà disponibles. L'utilisation du qualificatif « petit » renforce encore le caractère consultatif de la demande. Par ailleurs, alors que le début du tour est relativement formel, marquant une distance interpersonnelle entre les interlocutrices, l'emploi de l'expression « un petit conseil » vient moduler ceci pour tendre vers une certaine proximité. Tout en se plaçant dans la position de la demandeuse de conseil, Leandra met donc en

⁷ Se référer à Schegloff (2007) au sujet du statut dispréférentiel des demandes et des phénomènes d'organisation séquentielle – dont la production de *pre-pre sequences* – en rapport avec ce statut. Les travaux en analyse de conversation sur l'activité de conseil se sont concentrés jusqu'à présent sur l'offre de conseil ainsi que sur la réponse subséquente, nous offrant finalement peu d'exemples de situations où un participant demande explicitement conseil ; en soi, ceci pourrait constituer une indication du statut dispréférentiel de l'activité. Ce statut reste toutefois à confirmer ainsi que le fait qu'il soit partagé par les demandes de conseil produites dans les situations du type de celle analysée dans cet article.

scène une symétrie épistémique et relationnelle et invite ce faisant à un traitement de la demande caractérisé par une connivence entre elle et Mylène.

La demande de conseil entraîne de la part de Mylène la production d'un « oui » interrogatif en 8 alors même que Leandra s'apprête à reprendre la parole (9).

Suivant une organisation typique de la production d'actions dispréférentielles, l'énoncé projetant la demande n'est pas immédiatement suivi de celle-ci mais d'une sorte de préliminaire, précédé d'un nouveau marqueur d'hésitation avec allongement vocalique (9). En 9-10, Leandra dessine l'arrière-plan de sa demande – elle doit administrer du G40 à une patiente – posant ainsi des jalons pour la future compréhension de l'objet spécifique de sa demande. Leandra ne donne pas le nom de la patiente en question, ce qui est habituel pour des demandes entre professionnels de la santé ne s'occupant pas d'un même patient, contrairement aux demandes entre soignants au sujet d'un patient commun. Avec l'expression modale « je dois », Leandra signale que l'action à effectuer n'est pas optionnelle, justifiant ainsi son appel. L'intonation continuative de l'énoncé indique que l'intervention de Leandra va se poursuivre, ce que Mylène reconnaît en restant silencieuse.

En 11-12, Leandra progresse dans la production de sa demande. Elle effectue une déclaration de non savoir partiel, puisque portant sur les pratiques spécifiques au service des Soins intensifs quant à la préparation du G40 (« je sais pas comment vous la mélangez en principe vous »). Il s'agit de connaissances portant sur les habitudes spécifiques au service contacté – ce qui est appuyé par la répétition du « vous » à la fin de l'énoncé – que Leandra n'est pas censée posséder *a priori*. Avec cette formulation, Leandra rend une nouvelle fois visible la pertinence de contacter les Soins intensifs en particulier (il s'agit de savoir comment eux-mêmes préparent le produit) ainsi que la dimension consultative de la demande (il s'agit de recevoir un conseil d'un autre utilisateur *versus*, par exemple, des instructions d'un collègue soignant le même patient).

Face au silence de Mylène, Leandra se sélectionne à nouveau pour proposer en 14 une élaboration et une explicitation de son énoncé précédent (« comment vous la diluez avec quoi »). En remplaçant le verbe « mélanger » par celui de « diluer », Leandra privilégie l'usage d'un terme dont on peut penser qu'il est plus technique et qui figure d'ailleurs sur l'étiquette du produit en question. En complétant le « comment » initial par le syntagme prépositionnel « avec quoi », elle indique que sa démarche a trait à l'identification du produit diluant. Elle soutient ensuite un silence prolongé (15) invitant Mylène à lui répondre.

En conclusion, dans cet extrait 2, Leandra annonce la production d'une demande de conseil en esquissant le contexte d'administration du soin concerné, mais sans toutefois véritablement articuler un énoncé qui indiquerait explicitement à Mylène l'action qu'elle lui demanderait d'accomplir. En effet, si Leandra cherche à savoir comment est mélangé le G40 dans le service des Soins intensifs (« comment vous la diluez avec quoi »), elle ne demande pas explicitement à Mylène de lui indiquer s'il faut diluer le produit (comme cela est indiqué sur l'étiquette du produit) ni de lui dire quel est le diluant à utiliser. Leandra ne fait pas non plus référence à des difficultés concrètes ayant pu motiver sa demande⁸. Tout en se présentant comme demandeuse d'un conseil, attribuant ainsi une expertise particulière à Mylène, Leandra minimise la possibilité d'interpréter sa demande comme pouvant être révélatrice d'un éventuel manque de connaissance et fait ainsi en sorte de préserver un équilibre au niveau de leurs statuts épistémiques réciproques.

4.2.2. Un début de réponse et sa problématisation

Dans l'extrait 3 ci-dessous, Mylène initie une réponse à la demande de conseil de Leandra.

Extrait 3: C218_LEA_S86_O1_W13D3_0142_0144_N86 (lignes 14-21)

14 Lea: comment vous la diluez avec ↑quoi: ·h
 15 (0.8)
 16 Myl: la ↑g quarante elle existe en:: bouteilles d'un ↑litre
 17 (0.5)
 18 Lea: euh mais nous i' nous [faut euh::]
 19 Myl: [ou cinq ↑cents.]
 20 (0.2)
 21 Lea: du g quarante i' faut deux ampoules elle a d(h)it.

L'intervention de Mylène en 16 porte sur le conditionnement du G40 en termes de type de récipient/volume, sans qu'il ne soit fait référence aux habitudes propres aux Soins intensifs. A première vue, elle semble négliger la question de la préparation du G40 – à savoir la nature du produit diluant – abordé juste avant par Leandra. La réponse de Mylène est toutefois orientée vers cet aspect puisque la manière de préparer le produit et de l'administrer dépend, entre autres, du dosage prescrit : les flacons sont destinés aux perfusions, les ampoules aux injections. La réponse de Mylène s'oriente donc vers la nécessité d'introduire une information supplémentaire au sujet du dosage prescrit dans l'examen du

⁸ Se référer à Heritage et Sefi (1992) au sujet d'autres pratiques de demande de conseil, comme le fait de poser une question directe sur la manière d'agir convenant à une situation en particulier, le fait de proposer un cours d'action sous forme de question ou d'exposer en détail un problème.

problème faisant l'objet de la demande de conseil. Nous voyons dans ce début de réponse que Mylène initie prudemment l'activité de conseil où il s'agit en premier lieu de « calibrer » la situation et de mettre en place des jalons pour la suite de l'activité (Baker *et al.* 2005).

Après un silence, Leandra produit un marqueur d'hésitation appuyé (18) et commence à problématiser la réponse avec un énoncé prenant la forme d'une contre assertion (« mais nous il nous faut »). En chevauchement partiel de l'énoncé de Leandra, Mylène complète son tour de parole précédent avec un élément additionnel sur le conditionnement du produit (« ou cinq cents », 19). Dans son intervention, Leandra s'oriente certes vers la question du conditionnement/dosage du G40 en indiquant qu'il s'agit de « deux ampoules » (21), mais semble surtout se concentrer sur la correction de la manière dont Mylène pourrait se représenter la situation de soins. Par ailleurs, si Leandra privilégie au départ le « je » dans l'évocation de la situation de soins (« je dois mettre du g quarante chez une patiente », 9-10), elle la dépeint maintenant en attribuant la responsabilité de l'administration du produit à un « nous » soustrait aux ordres d'un tiers (« elle a dit ») habilité à les donner, c'est-à-dire un médecin. Leandra gère ici subtilement un ensemble de tâches fort délicates du point de vue interactionnel : d'une part, réagir à la réponse de Mylène tout en signalant qu'elle ne correspond pas à la situation de soins faisant l'objet de la demande de conseil ; d'autre part, prendre une certaine distance par rapport au soin prescrit dont elle ne partage que la responsabilité de l'exécution. Sont ici en jeu les positionnements épistémiques des participantes, en lien avec leur capacité à présenter et à saisir la situation de soins, voire même à se prononcer sur la pertinence de la réponse initialement apportée au problème médical. La particule d'aspiration qui infiltre le mot « dit » en 21 pourrait rendre visible le caractère problématique de cette dernière action en particulier (Potter et Hepburn 2010).

4.2.3. La poursuite de la réponse et la production d'indications

La problématisation par Leandra, avec le complément d'information concernant le dosage prescrit, des premiers éléments de réponse apportés par Mylène conduit à un reset de la réponse, tel que cela apparaît dans l'extrait 4 ci-dessous.

Extrait 4: C218_LEA_S86_O1_W13D3_0142_0144_N86 (lignes 21-31)

21 Lea: du g quarante i' faut deux ampoules elle a d(h)it.
 22 (0.6)
 23 Myl: ouais? ·hh >al↓ors< ça- ça peut s'passer i v ↑d (.) le tout
 24 >c'est qu'i' faut qu'tu passes tout douce↑ment parce que ça
 25 bouffe les veines.<
 26 Lea: ·h d'acc↑ord, [oké,]
 27 Myl: [hein? donc] ↓ça- ça brûle et puis tu risques
 28 d'flinguer ton venfl↑on,
 29 Lea: [hum hum,]
 30 Myl: [·hh donc] euh:: tu- tu peux l'pousser i v d: ↓euh tout
 31 tranqu↑ille ·hh >c'est quoi c'est< une hypo::>glycémie?<

A la ligne 23, Mylène, après un silence, prend acte des informations données quant au dosage prescrit (« ouais ») et produit un « alors » qui les indexe comme étant déterminantes pour la réponse qu'elle s'apprête à produire. À première vue, il semblerait que la nouvelle réponse de Mylène ne se réfère pas ici non plus à la demande initiale de Leandra, qui portait sur la dilution du G40. Elle s'y oriente toutefois en raison du lien existant entre conditionnement/dosage du produit et mode d'administration. S'agissant d'une petite quantité de produit, Mylène indique la possibilité de l'administrer (« ça peut se passer ») en l'injectant par intraveineuse directe (« ivd »). Elle indique ensuite une précaution à prendre – administrer le produit lentement – puis en explique la raison, à savoir l'effet irritant de celui-ci (« ça bouffe les veines », 24-25).

Par un « d'accord » formulé avec une intonation progressive en 26, Leandra indique sa réception des nouveaux éléments de réponse tout en invitant Mylène à les élaborer. Celle-ci poursuit alors son intervention en reformulant l'effet problématique du produit (« ça brûle ») et en exposant le risque encouru au niveau de son administration : rendre inutilisable le cathéter (« flinguer le venflon ») utilisé pour infuser des produits dans la circulation sanguine de la patiente (27-28). Face à une interlocutrice qui l'invite à poursuivre (comme l'indique le continuateur de Leandra en 29), Mylène indique encore une fois la possibilité d'administration en IVD (« tu peux l'pousser ivd ») et sa modalité (« tout tranquille ») (30-31). Le déséquilibre épistémique lié à l'activité de fournir des indications sur la manière de faire est minimisé par Mylène qui s'adresse à Leandra dans un registre infirmier familial, incluant celle-ci dans sa propre communauté de pratiques et lui présentant la procédure d'administration comme étant à sa portée.

Les extraits 2, 3 et 4 examinés jusqu'à présent contribuent progressivement à un premier mouvement d'organisation de l'activité principale de cet appel qui est déterminant au niveau des statuts épistémiques des participantes. Les

interlocutrices passent d'une « demande de conseil » à la production et à la réception d'indications sur une manière possible d'administrer le produit en question. Au début, Leandra préserve son statut épistémique en minimisant la portée de sa demande qu'elle présente comme celle d'un « petit conseil » sans faire explicitement référence à une situation problématique, mais plutôt aux pratiques du service contacté (« vous »). Toutefois, la manière dont elle façonne sa demande, notamment l'absence d'indication sur le dosage du produit, fait que Mylène ne parvient pas à y répondre immédiatement. En donnant des précisions sur la situation de soin à la base de l'appel (le dosage prescrit), Leandra se distancie progressivement de celle-ci, passant du « je » individuel de la demande de conseil au « nous » des soignants puis au « elle » de l'instance ayant prescrit l'administration du produit. Mylène formule quant à elle des indications adressées directement à Leandra (« tu »). La relation épistémique entre les deux interlocutrices s'en trouve modifiée de par l'attribution d'une expertise accrue à la personne en mesure d'indiquer la manière de procéder. Mylène limite toutefois ce déséquilibre en laissant entendre qu'il s'agit d'indications de possibilités d'actions (« ça peut », « tu peux ») et en s'adressant à Leandra dans un jargon infirmier propre aux échanges entre collègues disposant d'un degré d'expertise similaire.

4.3. 'C'est quoi c'est une hypoglycémie ?'

Mylène fait suivre ses indications sur l'administration du produit d'une question sur le problème médical qui en est à l'origine. C'est le début d'une double séquence interrogative, reproduite dans l'extrait 5 ci-dessous. Ayant considéré le cas clinique, Mylène reconnaît la pertinence du dosage prescrit et apporte une indication supplémentaire à Leandra quant à la procédure de soins faisant suite à l'administration du produit.

Extrait 5: C218_LEA_S86_O1_W13D3_0142_0144_N86 (lignes 30-40)

```

30  Myl:      [·hh donc] euh:: tu- tu peux l'pousser i v d: ↓euh tout
31           tranquille ·hh >c'est quoi c'est< une hypo::>glycémie?<
32           (.)
33  Lea:      oui h [ exa]ctement.=
34  Myl:      [ouais?]
35  Myl:      =et t'es à combien là
36  Lea:      ·h euh: ((taux)).
37           (1.1)
38  Myl:      ouais ben voilà tu vois effectivement deux ampoules et puis
39           tu r'prends d'ici euh: une heure ou deux voir c'que ça donne
40           euh la h g t ↑ouais °>ça m'pa[raît pas mal°<]
```


En 31, Mylène produit une première question, où elle avance le nom du problème médical à l'origine de la prescription du G40, qui donne à voir son expertise sur l'utilisation du produit. En 33, Leandra confirme qu'il s'agit bien d'une hypoglycémie tout en reconnaissant l'expertise de son interlocutrice au travers de la mobilisation de l'adverbe « exactement ».

En 35, Mylène pose une nouvelle question qui porte cette fois-ci sur le taux de glycémie de la patiente. Cette question positionne Leandra comme l'infirmière en charge de la patiente (« t'es à combien là ») et lui offre l'opportunité de rendre visible sa connaissance du cas, qu'elle saisit en apportant l'information demandée. Le silence en 37 est configuré par les interlocutrices comme un moment durant lequel Mylène considère les implications de ces nouvelles informations quant aux indications à apporter à Leandra. Celle-ci soutient ce silence, comme suspendue dans l'attente que Mylène se prononce.

En 38-40, Mylène rend visible le fait qu'elle avait bel et bien identifié la situation de manière adéquate (« ouais ben voilà ») et acte la pertinence de l'ordre donné à Leandra par la médecin (« tu vois effectivement deux ampoules »). Mylène se positionne comme suffisamment expérimentée pour pouvoir se prononcer sur le cas clinique en question, mais aussi pour continuer à donner des indications à Leandra, à savoir contrôler l'hémo-gluco-test après l'administration du G40. Elle clôt son tour de parole par une évaluation litotique (« ça m'paraît pas mal ») de la procédure indiquée, qui lui permet à nouveau de rééquilibrer sa relation épistémique avec Leandra. En effet, en montrant que la procédure qu'elle vient de proposer est évaluable, elle réaffirme le caractère « propositionnel » de sa réponse : il s'agit bien de proposer une procédure de soins qui pourrait convenir et non pas de donner des instructions sur la manière de procéder. Cette autoévaluation lui permet par ailleurs de s'orienter vers une clôture de l'acte consistant à donner des indications et, par là même, vers la clôture de la réponse à apporter à Leandra pour satisfaire sa demande.

4.4. 'Mais je dilue ou bien?'

Toutefois, comme le montre l'extrait 6 ci-dessous, alors que Mylène met un point final à sa réponse (« ouais ça me paraît pas mal »), Leandra revient sur la procédure d'administration du produit (« j'mets deux ivd »), signalant qu'il lui manque encore des indications sur l'élément évoqué au début de sa demande, à savoir la dilution du G40.

Extrait 6: C218_LEA_S86_O1_W13D3_0142_0144_N86 (lignes 38-59)

38 Myl: ouais ben voilà tu vois effectivement deux ampoules et puis
 39 tu r'prends d'ici euh: une heure ou deux voir c'que ça donne
 40 euh la h g t ↑ouais °>ça m'pa[raît pas mal°<]
 41 Lea: [et pis j'mets:] deux:: (.) i v
 42 d mais euh j'dilue avec du n a c [↑l ou bien:]
 43 Myl: [>non non non i v] d.<
 44 (.)
 45 Lea: [i v d tout cou-]
 46 Myl: [i v d. >non non i v] d.< [.hh mais tu]=
 47 Lea: [o:ké.]=
 48 Myl: =passes doucement c'est- c'est: i v d: ↑lent
 49 Myl: j'ai [envie d'te dire.]
 50 Lea: [d'accord.]
 51 Myl: hein?
 52 Lea: o:ké.
 53 (0.2)
 54 Myl: oké?
 55 Lea: et pis après je r'[contrôle.]
 56 Myl: [.h]
 57 (.)
 58 Myl: [voi↓là pis]=
 59 Lea: [↑très bien.]=

Le début du tour en 41-42 « et pis j'mets deux ivd » permet à Leandra de se placer dans la continuité des précédentes indications données par Mylène. Elle se positionne maintenant comme directement impliquée dans l'administration du produit (« j'mets ») consistant à effectuer deux injections, une par ampoule. Leandra opère ici un retour en arrière dans l'ordre temporel de la procédure de soin en revenant sur la phase d'administration du produit qu'elle traite désormais comme résolue. Ce qu'elle problématise à nouveau (remarquons le marqueur d'opposition « mais » en 42) est la phase antérieure de préparation du produit. Leandra revient ainsi sur la question de la dilution évoquée dans la partie initiale de sa demande. Cette fois-ci, elle thématise de manière explicite la nature du produit dans lequel le glucose devrait être dilué en proposant un candidat possible – du liquide physiologique appelé couramment « du nacl » – tout en laissant la place pour une alternative (« ou bien »). Elle se positionne désormais comme l'actrice de la préparation du produit alors que, dans la partie de la demande, elle avait mis en avant les pratiques propres aux Soins intensifs.

Mylène rejette de manière répétée la proposition de Leandra et réaffirme, de manière également répétée, ses indications sur le mode d'administration du produit (en IVD mais en injectant le produit lentement). Le caractère insistant de la réponse de Mylène met en évidence le fait qu'elle estime avoir déjà répondu à la question de la dilution en indiquant, en 23, le mode d'administration en IVD. Le décalage vient du fait que Mylène prend pour acquis un lien automatique

entre l'indication d'administration en IVD et la non dilution du produit, alors que Leandra reste fixée sur l'indication donnée par l'étiquette de celui-ci.

Cette fois-ci, Leandra manifeste sa compréhension du fait que Mylène exclut la dilution du produit en faisant référence à son administration en IVD. En 45, elle esquisse une caractérisation de la procédure d'administration qui mettrait en avant le fait que celle-ci ne comprend pas de dimension supplémentaire : elle semble en effet être sur le point de dire « ivd tout court ». Elle minimise dans le même temps ce qui pourrait être considéré comme une manifestation de non savoir. En caractérisant, même de manière minimale, le type d'intraveineuse directe, elle montre qu'il lui manquait un élément d'information important pour comprendre les indications de Mylène. Son « oké » avec intonation conclusive en 47 témoigne de sa compréhension de la réponse fournie par Mylène bien que celle-ci ne fasse que répéter les indications données précédemment⁹.

En 48, Mylène caractérise l'intraveineuse directe par sa vitesse d'administration (« ivd lent »). Elle semble vouloir s'ajuster à la qualification par Leandra du mode d'administration du produit (« ivd tout court ») pour lui rappeler la précaution à prendre lors de l'administration du G40 par IVD. Le commentaire que Mylène produit en 49 à la fin de son tour (« j'ai envie d'te dire ») indexe rétroactivement l'importance d'adopter cette précaution, en particulier dans une situation où les indications à propos du mode d'administration ont dû être réitérées. De manière partiellement simultanée, Leandra indique à nouveau sa compréhension des indications reçues (50).

En 51, Mylène élicite une confirmation de la part de Leandra quant à sa compréhension de la procédure à suivre. Son « hein » correspond à une demande de confirmation rhétorique qui projette sa validation, ce que fait Leandra en 52. Suite à un silence en 53, Mylène produit un « oké » interrogatif qui pourrait inviter à traiter la demande comme satisfaite, faisant ainsi progresser l'appel vers sa clôture (Schegloff et Sacks 1973). Leandra considère au contraire la demande de confirmation de Mylène comme une opportunité d'afficher sa bonne compréhension de l'ensemble de la procédure en faisant référence à l'étape qui suit l'administration du produit (« et pis après je r'contrôle », 55). Elle revalorise son positionnement épistémique, en montrant qu'elle a bien intégré les indications de Mylène sur l'ensemble de la procédure. Survenant après un échange traversé par des difficultés d'intercompréhension, le tour de parole de

⁹ Pudlinski (2002) propose une analyse très détaillée des pratiques mobilisées pour accepter ou rejeter un conseil, notamment de l'utilisation des *minimal acknowledgments* tels que l'expression en anglais « yeah ».

Leandra, centré sur un élément non problématique de la procédure, fournit une opportunité de clore l'activité de production d'indications sur une manifestation d'accord. Ce mouvement s'accompagne par ailleurs d'une nouvelle reconnaissance de l'expertise de Mylène : Leandra fournit à celle-ci une dernière occasion de proposer une correction ou un complément d'information, opportunité qui va être saisie par Mylène pour confirmer la bonne compréhension de la procédure exhibée par Leandra (« voilà » en 58) et pour lui donner une indication supplémentaire (« pis »).

Cette partie de la phase centrale de l'appel est marquée par le recyclage d'une problématique que l'une des interlocutrices considérait comme déjà résolue. Leandra cherche toujours à résoudre la question à l'origine de son appel – est-ce qu'elle doit diluer le produit ? – sans pour autant faire référence explicitement à l'indication donnée sur l'étiquette. Mylène traite la relance de Leandra comme une marque de non compréhension du lien entre l'indication du mode d'administration du produit en IVD et la non dilution de celui-ci, d'où sa réaction insistante. Leandra trouve finalement une réponse à sa question dans le rejet par Mylène de la proposition de dilution et dans son insistance quant au mode d'administration.

Les deux interlocutrices s'efforcent de minimiser les risques que les difficultés d'intercompréhension ont pu faire planer sur la reconnaissance réciproque de leur capacité à donner des indications compréhensibles et à les saisir correctement¹⁰. Leandra utilise une caractérisation possible de l'IVD comme moyen de montrer qu'elle dispose désormais de l'information nécessaire pour comprendre les indications apportées par Mylène et exhibe sa compréhension de l'ensemble de la procédure. Mylène, quant à elle, œuvre pour obtenir non seulement des signes de compréhension de la part de Leandra mais également une validation du fait que sa demande a bien été satisfaite.

¹⁰ Sur ce point, nous aimerions souligner la correspondance entre les buts de notre analyse et ceux de Baker *et al.* (2005 : 40): « Our analysis is of how the work of the call is accomplished. We show how the technical competence of the caller is displayed to the CT [call taker] and then oriented to, and accommodated for, by the CT. This is one aspect of this project's interest in the social organisation of expert-lay relations. Another dimension of competence that we attend to is the social-interactional competence of both caller and CT to hear and make adjustments to what the other is saying about the problem and indirectly about each other's understanding of the problem ».

4.5. Une dernière indication

Dans la dernière partie de la phase centrale de l'appel, reproduite dans l'extrait 7 ci-dessous, Mylène indique à Leandra un dernier élément à prendre en compte lors de l'administration du soin.

Extrait 7 : C218_LEA_S86_O1_W13D3_0142_0144_N86 (lignes 58-68)

```

58  Myl:      [voi↓là pis ]=
59  Lea:      [↑très bien.]=
60  Myl:      =tu rinces un p'tit coup derrière si t'as rien à faire un
61            truc comme ça histoire qu'ç(h)a: stagne pas dans la veine si
62            ton venflon il est: (h)il est: h >ts-< fer↑mé. ·h
63  Lea:      o[ké.]
64  Myl:      [·h ]
65            (·)
66  Myl:      ↑hein?
67            (0.2)
68  Lea:      ben: j'te r'mercie [>infiniment.<]
```

En 60-62, Mylène indique à Leandra qu'elle doit rincer le cathéter après l'administration du G40. Elle recourt ici à des termes qui minimisent l'importance et la technicité du geste (« un p'tit coup », « si t'as rien à faire », « un truc comme ça »). Toutefois, loin de traiter cette étape comme accessoire, Mylène s'efforce de s'adapter aux contingences de la situation de demande. Si elle s'oriente vers les difficultés exprimées par Leandra au sujet de la manière exacte d'administrer le produit, en lui rappelant une étape de la procédure d'administration de tout produit en IVD, elle continue toutefois à présenter ses indications comme des références à une possible manière de faire, évitant ainsi de s'engager dans la prescription d'un comportement de soin¹¹. Ceci conduit à une relativisation du déséquilibre épistémique entre elle et Leandra que l'activité même de « demander un conseil », *a fortiori* celle de « procurer des indications », auraient pu entraîner. En effet, s'il n'est pas utile de mettre en avant le caractère requis de l'acte de rinçage, admis dans la communauté des infirmières, c'est que Leandra en fait bel et bien partie.

Leandra produit un « oké » conclusif en 63. Le « hein » accentué et produit avec une intonation interrogative de Mylène en 66 s'oriente vers la clôture de l'activité de demande, constituant un pas vers la clôture de l'appel en lui-même, ce qui est accepté en 68 par Leandra au travers de ses remerciements.

¹¹ Voir Garcia (2012) sur les pratiques mobilisées par des médiateurs pour donner un conseil non prescriptif.

4.6. Clôture de l'appel

L'extrait 8 ci-dessous correspond à la phase de clôture de l'appel.

Extrait 8: C218_LEA_S86_O1_W13D3_0142_0144_N86 (lignes 58–68)

```

66   Myl:      ↑hein?
67           (0.2)
68   Lea:      ben: j'te r'mercie [>infiniment.<]
69   Myl:                        [.hh                ] m:ais [de ↑rien  ]
70   Lea:                        [>hihihihi<] bonne
71           soi[rée ]=
72   Myl:      [ciao.]=
73   Lea:      =ciao.
74           ((0.7 manipulation combiné))
75           ((0.4 combiné raccroché))
-----Fin de l'enregistrement-----

```

Leandra accentue son remerciement en utilisant l'adverbe « infiniment » (68) produit rapidement et avec une intonation conclusive. Elle reconnaît ce faisant que sa demande a été traitée de manière particulièrement satisfaisante par Mylène, tout en convenant de la compétence de Mylène dans la gestion de la demande de par la minimisation des difficultés d'intercompréhension advenues. Il s'agit d'un mouvement positif pour le positionnement épistémique de Mylène tout comme pour celui de Leandra : si la première a su saisir ce qui lui était demandé et apporter une réponse adéquate, la deuxième a su présenter sa demande de manière compréhensible et comprendre les indications fournies. Mylène accepte le remerciement en utilisant une forme oppositive qui minimise les raisons pour lesquelles Leandra serait amenée à renforcer ses remerciements (« mais de rien », 69). Mylène participe ainsi au travail de rééquilibrage épistémique, indexant le fait que Leandra n'était pas dans une situation d'absence de connaissances qui auraient pu rendre cruciales les indications qu'elle lui a apportées. Le rire de Leandra en 70, produit en chevauchement partiel avec le tour de Mylène, vient contribuer à cette minimisation de l'importance des événements qui se sont déroulés pendant l'appel. Il dissout les problèmes d'intercompréhension rencontrés, en finissant l'appel sur une note cordiale (González-Martínez et Petitjean, à paraître) qui colore également les salutations de départ.

5. Conclusion

Demander conseil présente le risque d'introduire une asymétrie entre les statuts épistémiques des locuteurs (Heritage 2013), le producteur de la demande positionnant le destinataire comme plus expert que lui. Nous avons montré ici de quelles manières les deux interlocutrices œuvrent conjointement à un rééquilibrage de cette relation épistémique : Leandra fait en sorte de minimiser ce qui pourrait paraître comme un problème de compréhension tout en reconnaissant l'expertise de Mylène, laquelle assume son statut d'experte tout en incluant Leandra dans sa communauté de pratiques. Tout l'art semble être ici de savoir se positionner comme infirmière expérimentée tout en reconnaissant la compétence d'une jeune infirmière, et de se positionner comme jeune infirmière compétente tout en reconnaissant le savoir d'une infirmière plus expérimentée. Ceci semble montrer une orientation dans les interactions entre collègues infirmières pour une dynamique où les différences de statuts épistémiques ne seraient pas exacerbées.

Cet article met ainsi en lumière les enjeux épistémiques émaillant les activités de demande entre infirmières, qui doivent pouvoir réaliser rapidement et efficacement les tâches qu'on leur assigne tout en co-gérant la relation épistémique avec leurs collègues. La difficulté réside dans le fait de demander un conseil et de le prodiguer de manière rapide et intelligible tout en reconnaissant les expertises du demandeur et du demandé ainsi que, de manière interdépendante, leurs limites. Les participants ont à marcher sur une ligne très fine qui sépare des activités proches : donner des instructions, donner un conseil ou bien se limiter à apporter des informations, avec des conséquences très différentes au niveau des expertises reconnues et des droits et obligations à les mobiliser (Raymond et Heritage 2006). Ceci ne fait que confirmer l'intérêt de décrire les compétences interactionnelles grâce auxquelles les jeunes infirmières, en contact avec leurs collègues, parviennent à relever ce défi, dans un minimum de temps et de manière institutionnellement appropriée.

Conventions de transcription¹²

=	enchaînement
[	début du chevauchement
]	fin du chevauchement
(3.4)	silence (absence de parole), durée indiquée en secondes et dixièmes de seconde
(.)	micro-silence (absence de parole)
:	allongement
-	auto-interruption
.	intonation descendante
,	intonation progressive
?	intonation montante
h	expiration
•h	inspiration
<u>bien</u>	appui
↑alors que	le ton de la voix devient plus aigu
↓d'accord?	le ton de la voix devient plus grave
°c'est ça°	segment énoncé plus doucement
<parce que	accélération du débit de parole en début de segment
>alors<	segment concerné par une accélération du débit de parole
<parce que>	segment concerné par un ralentissement du débit de parole
((il lit))	commentaire du transcripteur

Références bibliographiques

- ALLEN, Davina (2001), *The Changing Shape of Nursing Practice. The Role of Nurses in the Hospital Division of Labour*, London, Routledge.
- BAKER, Carolyn, Michael EMMISON et Alan FIRTH (2005), « Calibrating for Competence in Calls to Technical Support », dans Carolyn D. BAKER, Michael EMMISON et Alan FIRTH (dir.), *Calling for Help. Language and Social Interaction on Telephone Helplines*, Amsterdam, John Benjamins, p. 39-62.

¹² Conventions adaptées du système développé par Jefferson (2004).

- BUTLER, Carly W., Susan DANBY, Michael EMMISON et Karen THORPE (2010), « Managing Medical Advice Seeking in Calls to Child Health Line », dans Alison PILNICK, Jon HINDMARSH et Virginia TEAS GILL (dir.), *Communication in Healthcare Settings. Policy, Participation and New Technologies*, Chichester, Wiley-Blackwell, p. 31-47.
- CHASKA, Norma L. (dir.) (2001), *The Nursing Profession. Tomorrow and Beyond*, London, Sage.
- COIERA, Enrico et Vanessa TOMBS (1998), « Communication Behaviours in a Hospital Setting. An Observational Study », *British Medical Journal*, vol. CCCXVI, n° 7132, p. 673-676.
- GAJO, Laurent (dir.) (2004), *Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins*, Lausanne, Université de Lausanne.
- GARCIA, Angela C. (2012), « Advice-giving and Disputant Empowerment in Divorce Mediation Sessions », *Language and Dialogue*, vol. II, n° 3, p. 398-426.
- GONZALEZ-MARTINEZ, Esther et Cécile PETITJEAN (à paraître), « Le rire cordial dans les demandes téléphoniques par de jeunes infirmières à l'hôpital ».
- GREATBATCH, David, Gerard HANLON, Jackie GOODE, Alicia O'CATHIAN, Tim STRANGLEMAN et Donna LUFF (2005), « Telephone Triage, Expert Systems and Clinical Expertise », *Sociology of Health and Illness*, vol. XXVII, n° 6, p. 802-830.
- GROSJEAN, Michèle et Michèle LACOSTE (1999), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, P.U.F.
- HALL, Pippa et Lynda WEAVER (2001), « Interdisciplinary Education and Teamwork. A Long and Winding Road », *Medical Education*, vol. XXXV, n° 9, p. 867-875.
- HEPBURN, Alexa et Jonathan POTTER (2011), « Designing the Recipient. Managing Advice Resistance in Institutional Settings », *Social Psychology Quarterly*, vol. LXXIV, n° 2, p. 216-241.
- HERITAGE, John (2013), « Epistemics in Conversation », dans Jack SIDNELL et Tania STIVERS (dir.), *The Handbook of Conversation Analysis*, London, Blackwell, p. 370-394.
- HERITAGE, John et Sue SEFI (1992), « Dilemmas of Advice. Aspects of the Delivery and Reception of Advice in Interactions between Health Visitors and First-time Mothers », dans Paul DREW et John HERITAGE (dir.), *Talk at*

- Work. Interaction in Institutional Settings*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 359-417.
- JEFFERSON, Gail (2004), « Glossary of Transcript Symbols with an Introduction », dans Gene H. LERNER (dir.), *Conversation Analysis. Studies from the First Generation*, Amsterdam, John Benjamins, p. 13-31.
- KINNELL, Ann Marie K. et Douglas W. MAYNARD (1996), « The Delivery and Receipt of Safer Sex Advice in Pretest Counseling Sessions for HIV and AIDS », *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. XXIV, n° 4, p. 405-437.
- LEPPANEN, Vesa (1998), « The Straightforwardness of Advice. Advice-giving in Interactions between Swedish District Nurses and Patients », *Research on Language and Social Interaction*, vol. XXXI, n° 2, p. 209-239.
- NADOT, Michel (2012), *Le mythe infirmier. Ou le pavé dans la mare!*, Paris, L'Harmattan.
- PILNICK, Alison (1999), « Patient Counselling by Pharmacists. Advice, Information or Instruction? », *The Sociological Quarterly*, vol. XL, n° 4, p. 613-622.
- POTTER, Jonathan et Alexa HEPBURN (2010), « Putting Aspiration into Words. 'Laugh Particles', Managing Descriptive Trouble and Modulating Action », *Journal of Pragmatics*, vol. XLII, p. 1543-1555.
- PUDLINSKI, Christopher (2002), « Accepting and Rejecting Advice as Competent Peers. Caller Dilemmas on a Warm Line », *Discourse Studies*, vol. IV, n° 4, p. 481-500.
- PUDLINSKI, Christopher (2005), « The Mitigation of Advice. Interactional Dilemmas of Peers on a Telephone Support Service », dans Carolyn D. BAKER, Michael EMMISON et Alan FIRTH (dir.), *Calling for Help. Language and Social Interaction on Telephone Helplines*, Amsterdam, John Benjamins, p. 109-131.
- RAYMOND, Geoffrey et John HERITAGE (2006), « The Epistemics of Social Relations. Owing Grandchildren », *Language in Society*, vol. XXXV, p. 677-705.
- SACKS, Harvey (1966), *The Search for Help. No-one to Turn to*, Unpublished PhD dissertation, Department of sociology, University of California at Berkeley.

- SACKS, Harvey, Emmanuel A. SCHEGLOFF et Gail JEFFERSON (1974), « A Simplest Systematics for the Organization of Turn-taking for Conversation », *Language*, vol. L, n°4, p. 696-735.
- SCHEGLOFF, Emmanuel A. (1986), « The Routine as Achievement », *Human Studies*, vol. IX, n° 2-3, p. 111-151.
- SCHEGLOFF, Emmanuel A. (2007), *Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.
- SCHEGLOFF, Emmanuel A. et Harvey SACKS (1973), « Opening up Closings », *Semiotica*, vol. VIII, n° 4, p. 289-327.
- SILVERMAN, David (1997), *Discourses of Counselling. HIV Counselling as Social Interaction*, London, Sage.
- TJORA, Aksel H. (2000), « The Technological Mediation of the Nursing-medical Boundary », *Sociology of Health and Illness*, vol. XXII, n° 6, p. 721-741.
- WEATHERSBEE, Elizabeth et Douglas W. MAYNARD (2009), « Dialling for Donations. Practices and Actions in the Telephone Solicitations of Human Tissues », *Sociology of Health and Illness*, vol. XXXI, n° 6, p. 803-816.
- WOLOSHYNOWYCH, Maria, Rachel DAVIS, Ruth BROWN et Charles VINCENT (2007), « Communication Patterns in a UK Emergency Department », *Annals of Emergency Medicine*, vol. L, n° 4, p. 407-413.
- WU, Robert, Peter ROSSOS, Sherman QUAN, Scott REEVES, Vivian LO, Brian WONG, Mark CHEUNG et Dante MORRA (2011), « An Evaluation of the Use of Smartphones to Communicate between Clinicians. A Mixed-methods Study », *Journal of Medical Internet Research*, vol. XIII, n° 3. <http://www.jmir.org/2011/3/e59/>

‘WHEN DO WE WANT THE FINAL DISCHARGE?’ HOW THE POTENTIAL TENSIONS BETWEEN MEDICAL EXPERTISE AND INSTITUTIONAL REQUIREMENTS ARE DEALT WITH IN DISCHARGE PLANNING

Sara KEEL
Universität Basel
sara.keel@unibas.ch

Veronika SCHOEB
Haute école de Santé Vaud and Hong Kong Polytechnic University
veronika.schoeb@polyu.edu.hk

Abstract

To increase patients' compliance, clinical guidelines insist on their participation in the entire rehabilitation process, including discharge planning (DP). However, very little is known about how this institutional requirement is implemented in the everyday business of a clinic. Adopting a conversation analytic approach, our paper tackles the question of how patients are involved in DP in one particular rehabilitation clinic in French-speaking Switzerland.

Keywords: discharge planning; patient participation; interdisciplinary meeting; medical visits; conversation analysis; video analysis.

1. Introduction¹

Discharge Planning (DP) refers to a large process that involves the development of an individualized plan aimed at facilitating the transition from hospital to home and preventing problems following discharge (Mistiaen, Francke & Poot 2007). Over the last few decades, patients' participation in healthcare interactions in general and discharge planning in particular has been recommended and promoted in both policy papers and professional guidelines: patients are expected to voice their expectations and to be involved in decisions

¹ The study was supported by the Do-RE Funds of the Swiss National Science Foundation (No. 13DPD6_134835) and the Research Funds of the University of Applied Sciences and Arts, Western Switzerland, HES-SO.

regarding their care (DoH 2010; SIGN 2002; WHO 1978, 1984, 2008). In these guidelines, the notion of patient participation has been broadly related to the patients' right to informed consent, i.e. to receive sufficient information on treatment options, potential risks, etc. and to participate in the negotiation of the treatment objectives in an environment that respects the patient's personality, autonomy and dignity (FMH 2008; Physioswiss 2009; ASE 2005).

Although studies on discharge planning have found that most patients wanted to participate in the planning (Anthony & Hudson-Barr 2004), and that participation has delivered positive outcomes (Popejoy, Moylan & Galambos 2009), very little is known about how this institutional requirement is concretely dealt with in rehabilitation settings that usually involve a whole interdisciplinary team (Barnard, Cruice & Playford 2010; Nielsen Beck 2009; Schoeb et al. submitted).

Adopting a conversation analytic approach (CA), our paper tackles the question of how patient participation is dealt with in a rehabilitation clinic in French-speaking Switzerland. For the official organization of discharge planning, the rehabilitation clinic schedules two separate meetings: the interdisciplinary meeting (IM) and the medical visit (MV). Both meetings take place on Mondays. During the IM, patients' discharge planning is discussed by the professionals involved in the patient's care at the clinic, and the patient in question is absent. For the subsequent MV, however, the patient must attend, along with two (or more) physicians and one or two nurses. Our analysis focuses on the medical visits. It examines the way the physician initiates talk regarding a possible discharge date and/or the duration of the stay at the clinic, and how he or she manages to meet the institutional patient-participation requirement. Our paper takes into account the professionals' use of gaze, gesture, body posture, etc., thus offering a multimodal analysis of several initiation practices and showing how each professional handles the institutional patient-participation requirement differently.

Moreover, we explain the way in which the physician initiates the discharge-date talk and involves the patient to achieve a shared agreement regarding a specific discharge date and/or the planned duration of the continued stay with the discussion of these same points by the professionals in the preceding IM, and argue that the former is strongly influenced and/or constrained by the latter. Our analysis suggests that if a *high congruence* between the professionals'

position and the patient's reported expectations is manifested in the IM, the physician's initiation of discharge-date talk in the MV allows for direct and straightforward patient participation (extract 2). After IMs in which there is a *low congruence* between the professionals' and the patient's point of view, the physician's way of initiating discharge-date talk in the MV strongly constrains the patient's participation (extract 3). After IMs in which the *patient's point of view has not been clearly discussed*, the physician's initiation in the MV might be prefaced by the elicitation of this point of view (extract 4) and engender some confusion.

2. Method and Data

Our study adopts a conversation analytic (CA) approach. In the last few decades, CA has been widely applied in examinations of naturally occurring medical (see Heritage and Maynard 2006) and healthcare interactions such as nursing (Jones 2009), pharmacy (Pilnick 1998), physiotherapy (Parry 2004, 2009; Schoeb 2014) and interdisciplinary geriatric case conferences (Beck Nielsen 2009). In CA, a commonly used analytical procedure is *analysis of a collection* (Schegloff 1987: 101). In this approach, a researcher looks at a set of different fragments in which a particular phenomenon, such as discharge-date talk, has occurred. In describing and analyzing the phenomenon's detailed interactive organization across various occurrences, the researcher aims to discover participants' communication patterns, which may involve embodied features (Drew, Chatwin & Collins 2001; Mondada 2010), and to explain the interactive implications of the systematic organizational features he or she has revealed.

In our clinic of focus, 47 interdisciplinary meetings (IM) and 46 medical visits (MV) were video-recorded. In this large corpus, we identified 27 situations in which a discharge date and/or the length of the patient's stay were discussed in the IM and 25 situations in which these topics were discussed with the patient during the subsequent MV. To constitute a mini-collection of the phenomenon examined here, we selected the 13 occurrences of discharge-date talk that occurred in the IM and were initiated by the physician in the subsequent MV. We transcribed these 26 sequences using the conventions developed by Gail Jefferson (2004: 24-31). For the initiation sequences

occurring in the MV, participants' use of other multimodal resources, such as gaze, gesture, posture, etc., were transcribed according to the conventions developed by Mondada (2007). In the original data, participants speak in French. The spoken words were therefore translated according to ten Have's (2007) suggestion: original transcript and a line-by-line translation in English. Ethical approval was granted by the local Ethics Committee and informed consent was obtained from all participants.

3. Organization of discharge-date talk in the interdisciplinary meeting and the medical visit

The IM involves the participation of an interdisciplinary team of medical, healthcare and socio-psychological professionals, but is held without the patient being present. The MV follows the IM, and involves the participation of the patient, two (or more) physicians and one or two nurses. Before looking at physicians' initiation of discharge-date talk in the MV, we will briefly outline the activity structure and the aims of these two different clinical events.

The IM usually requires the participation of two medical doctors, a nurse, an occupational therapist, a physiotherapist, a social worker, a psychologist and, if needed, a vocational trainer, but it is held without the patient being present. The main purpose of the interdisciplinary meeting is to clarify the state of recovery the patient has reached in the clinic thus far, and to discuss questions regarding discharge planning (DP). The IM also serves as an opportunity to achieve shared (interdisciplinary) decisions regarding the adjustment of therapeutic interventions, further medical examinations and/or different discharge planning issues. The head medical doctor acts as the chair of the meeting, whereas the other health-care professionals might be requested to report on the patient's progress so far (in general the physiotherapist and the occupational therapist are asked to do this). They might be asked to evaluate the various issues being discussed *or* they might self-select to do so (for a more thorough discussion of the IM's activity structure and organization, see Schoeb et al. submitted). Indeed, the chair might for example suggest a possible discharge date for the patient, providing a medical line of argumentation. Following this, the chair might ask the other professionals to give their assessment, the professionals

might self-select to do so, or the chair might treat the absence of overt objection to his/her line of argumentation as a tacit agreement with the suggestion.

Before the following extract begins, medical doctor I (MDI) reports on PA10's current health status and recovery so far.

Extract 1: (10_2c EXDPT)

Participants' acronyms: MDS: medical doctor S; MDI: medical doctor I; PSYF: psychologist F; PTC: physiotherapist C; NUR: nurse R; NUW: nurse W.

- 1 MDI Donc on va essayer de commencer à gagner. .h si ça s'passe
PART we are going to begin to win. .h if that goes
 2 bien (1.0) elle peut même sortir e:h la s'maine prochaine.
well (1.0) she can PART leave eh next week.
 3 (1.2)
 4 MDI J'entends médicalement.
I mean medically speaking.
 5 (0.4)
 6 PTC Ouais.
Yeah.
 7 (0.7)
 8 MDI De (te/ton) point de vue.
From your point of view.
 9 (1.5)
 10 MDI Mh:m on lui propose déjà un weekend (0.2) thérapeutique
Mh:m we suggest PART a therapeutic (0.2) weekend to her
 11 pis c'est une femme au foyer alors on n'a pas d'enjeux
PART she's a housewife so we do not have
 12 professionnels. .hh et si ça ça se passe bien
a job to take into consideration .hh and if that that goes well
 13 après on décide eh ((phone ringing)) ensemble.
afterward we decide eh ((phone ringing)) together.
 14 (0.9/((phone ringing)))
 15 MDS Ouais.
Yeah.
 16 (0.4/((phone ringing)))
 17 MDI Selon comment elle se sent (etc.)
Depending on how she feels (etc.)
 18 (1.9/((phone ringing)))
 19 PSYF Juste une chose () (0.2) (mh) par rapport au week-end
PART one thing () (0.2) (mh) with respect to the therapeutic
 20 thérapeutique il faut vraiment voir parc'que (0.4) eh::
weekend we really need to look at that since (0.4) eh::
 21 j'sais qu'elle disait enfin (0.5) si elle so:rt elle aurait
I know that she said PART (0.5) if she le:aves she would have
 22 beaucoup, beaucoup de difficultés à rentr[er.]
lots and lots of trouble coming ba[ck.]
 23 MDI [C'est ce] que je dis=
[That's] what I say=
 24 PSYF =[Hein]] [Do]nc eh:: (0.3) à voir si elle préfère eh une
=[(Huh)] [PA]RT eh:: (0.3) we have to see if she prefers eh one
 25 NUR =[°A:h] oua[is.°]
=[°O:h] yea[h.°]
 26 PSYF semai[ne en plus ici (et pis] s'en) sortir [(tout à fait)]
more wee[k here (and PART] to come to terms with it [(indeed)]
 27 MDS [Sortir directement mhm.]
[Leave right away mhm.]
 28 MDI [Ce- c'est ce qu']
[That- that's what]

29 [on dit.]
 [we say.]
 30 MDS [Ouais.]
 [Yeah.]

Looking at the physiotherapist (PTC), MDI concludes her medical report regarding PA10 by suggesting a possible window of time for the discharge: “next week” (lines 1-2). Her suggestion is first followed by a silence (line 3) that is not treated as agreement-implicative: instead of moving on to another topic, MDI produces an increment (line 4) that retrospectively casts her suggestion as being limited to “her side,” the “medical” point of view, thus potentially inviting/fishing for another point of view on the issue (cf. Pomerantz 1980). However, her increment merely engenders PTC’s agreement (line 6), which MDI does not treat as sufficient grounds for moving ahead in the agenda. Instead, she invokes a supplementary step—“a therapeutic weekend” (line 10)—to assess the patient’s readiness for discharge (line 12) before reaching a joint decision (line 13) regarding a final discharge date. This modified line of action is supported by MDI’s colleague MDS (line 15), whose simple agreement induces MDI to formulate another increment indicating the need to elicit and take into account the patient’s point of view for the final decision (line 17).

Despite MDI’s repeated orientation toward shared decision-making and patient participation in the final decision, the psychologist (PSYF) self-selects in line 19 to invoke first-hand knowledge—“I know...” (line 21)—of PA10’s point of view regarding the discharge planning (lines 21-26). By initiating her turn with “Just one thing” (line 19), PSYF casts what follows as something that has not been considered yet. Furthermore, she formulates the patient’s preference—to stay another week without going home for a therapeutic weekend—as potentially constituting a challenge to MDI’s proposed line of action (lines 24 and 26). However, in overlap with PSYF’s turn, MDI dismisses PSYF’s comment, insisting that her point has already been considered (lines 23, 28-29). Throughout the further interaction (omitted for reasons of space), PSYF’s and MDI’s potential disagreement on the issue is neither clarified nor induces MDI to further specify/clarify the weight given to the patient’s point of view/preference with respect to her initial plan of action. In this extract, the *congruence* between MDI’s final plan of action and PA10’s expectations/preferences as reported by PSYF is potentially *low*, or at least *arguable*.

The analysis of extract 1 shows moreover that in IMs, discharge-date talk involves:

1. medical, healthcare and socio-psychological indications, or contraindications regarding a possible discharge date, a physician's suggestion of a specific discharge date/duration of stay at the clinic and the other professionals' agreement (overt or tacit) with the proposed line of action;
2. a professional's report of the patient's expectations/point of view regarding a possible discharge date/duration of stay at the clinic.

The first dimension is treated as belonging to the medical domain of expertise: the medical doctor suggests a possible discharge date/duration of stay and has the last word on the line of action that is to be taken (see discussion of extract 1). However, in certain cases the medical doctor might request an external doctor or an on-staff professional to give his/her assessment of the matter and/or actively pursue another person's professional agreement (see lines 1-18 of extract 1 above).

The second dimension is oriented to as belonging to the patient's personal realm. Since the patient is not present at the IM, any participating professional might act as a facilitator to bring in his or her point of view (see lines 19-26 of extract 1). However, in certain cases the patient's point of view might merely be touched on, or not mentioned at all during the IM. Furthermore, professionals' understanding of the weight the patient's point of view should have in the IM can differ: As we have seen in extract 1 above, MDI's responses (lines 23, 28-29) to PSYF's report of the patient's preference indicate that the former treats the patient's point of view as being sufficiently oriented to in the suggested plan of action, whereas PSYF treats it as needing more consideration (lines 21-26).

With respect to these two dimensions, the professionals' discussions regarding a possible discharge date/length of stay at the clinic may thus manifest a high congruence (4/13) or a low congruence (2/13) between the professionals' and the patient's respective points of view. With regard to the remaining instances of our mini-collection (7/13), neither the medical professionals' (1/13) nor the patient's point of view (6/13) is overtly stated/discussed. In the analytical section below (4), we will seek to show how these different

configurations affect the way physicians initiate their talk of discharge date/duration of stay in the subsequent MV.

The medical visit (MV) follows the IM and takes place in the patient's room. The aim is to examine the patient's current state of health, discuss therapeutic measures and discharge issues with the patient and eventually reach a joint decision regarding these matters. The MV is composed of six activity phases: 1) the opening, 2) information about IM and test results, 3) history-taking: inquiry/description of symptoms, etc., 4) physical examination, 5) treatment proposal/advice-giving 6) closing. In general, it is the head medical doctor who chairs the visit throughout these six activity phases and thus initiates the talk about the discharge date, for example. The nurses in attendance contribute only peripherally: they take notes and/or lend a hand if the patient's medical examination involves giving him or her some care (for a more thorough discussion of the MV's activity structure and its organization, see Schoeb et al. submitted). It is therefore not surprising that we did not identify an initiation of discharge-date talk by a nurse in an MV. However, in our mini-collection we identified one instance (1/13: PA8_3v) in which the patient initiates the discharge-date talk: the patient asks if he can stay at the clinic some more time. In this case, the patient's question stands in alignment with the agreement reached by the professionals in the preceding IM, and immediately engenders the head medical doctor's agreeing response.

4. Physicians' embodied initiations of discharge-date talk

In the analytical section that follows, we focus on the physicians' embodied initiation of discharge-date talk in the MV (extracts 2-4). The aim is to describe different practices for accomplishing initiations, paying special attention to the way patient participation is dealt with. We argue that depending on the level of congruence—high versus low—between the patient's expectations and the professionals' position as manifested during the IM, the physician's initiation in the MV is organized either in a straightforward, unmarked manner, implying the patient's participation in a direct way (extract 2), or in a mitigated, marked way that makes it (more) difficult for the patient to manifest his or her point of view (extract 3). Moreover, our analysis shows that if the patient's point of view/preference is merely touched on during the IM or not talked about at all,

the initiation of discharge-date talk might not be intelligible as such for the patient and can engender misunderstanding (extract 4).

To make it easier to understand the main argument of the paper—the organization of discharge-date talk during the IM has an impact on physicians' initiations in the MV and on patient participation—we will briefly summarize the discharge-date talk of the IM, referring to the two above-mentioned aspects, before looking at the physician's embodied initiation of discharge-date talk in the subsequent MV in more detail.

4.1. High congruence between medical point of view and patient expectations during the IM

In IM 1, (10_3c), the medical point of view is clear: there are no medical contraindications regarding PA10's discharge on the day of the IM or later. Moreover, for insurance reasons, discharge has to occur at *latest* on the Monday the week after the IM. The patient's point of view regarding a possible discharge date in the near future is invoked by the physiotherapist and the psychologist: using reported speech, they both mention the patient's preference to leave the clinic permanently at the end of the week. Taking PSYF's and PTC's invocation of the patient's point of view into account, medical doctors MDI and MDL agree on "next Friday" as the appropriate discharge date for PA10. In IM 1, *high congruence* between the patient's reported point of view and the doctors' final decision regarding the final discharge date is achieved.

4.2. Physician's initiation of discharge-date talk in the MV: Straightforward question addressed to the patient

After completing her examination of PA10 and assessing her medical status positively, MDI walks away from the patient, then turns around to look at the patient and crosses her arms behind her back. MDI's movement engenders PA10's adjustment of her sitting position on the bed (see multimodal description below) so that she is clearly oriented toward MDI (see image 1) when the latter begins talking:

Extract 2: CRR10_3v_EXDPT

Participants’ acronyms and symbols for multimodal transcription: MDI: medical doctor I (f); MDS: medical doctor S (not visible); MDL: medical doctor L (not visible); PA10: patient 10 (*); NU: nurse (not visible).

- 1 (1.£6*)
*pa10 <<adjusting her sitting position on bed**
mdi flks at PA10, head slightly inclined to the left->>
*pa10 *lks at MDP->>*
2 MDI *Quand est-c’qu’on veu:t* le départ définitif alors?
When do we want the final discharge PART?
*pa10 *retracts lh into her lap**
3 (2.0)
4 MDI (.H)=
5 PA10 =Moi j’aurais en tout cas pas voulu: (0.6) dépasser le
=Me I would’ve in any case not wante:d (0.6) to go past the
6 week-end, j’aurais pas voulu: (0.4) sortir l’week-end et
weekend, I wouldn’t have wante:d (0.4) to leave for the weekend and
7 revenir lundi [prochain.]
come back next [Monday.]
8 MDI [Nous non] plus.
[Us neith]er.



- 9 (#1.0)
im. #image 1
10 PA10 (A) partir de là e[:h ()]
(From) that point onward e[:h ()]
11 MDI [Alors on vous laisse par]tir vendredi?
[PART shall we let you g]o Friday?
12 (0.4)
13 PA10 Alo[rs (ouais.)]
PAR[T (yeah.)]
14 MDI [Fin de] journée?
[End of the] day?
15 (0.3)
16 PA10 (Ouais.)
(Yeah.)

With her embodied orientation, MDI addresses her straightforward question: “When do we want the final discharge?” (line 2), clearly to the patient. At the same time, MDI’s use of the pronoun “we” projects a collective answer, which includes the medical point of view that MDI represents (for a more thorough discussion of participants’ use of personal pronouns, see Bovet 2014: 170-172). As such, it contrasts with MDI’s contained posture: with her arms folded behind her back, looking at the patient, she is displaying *waiting for the patient’s*

answer. Following MDI's question, PA10 does not immediately answer (line 3), thus displaying some reluctance/hesitation to do so. However, latching with MDI's audible inhalation in line 4, which might indicate her readiness to resume talking, PA10 eventually begins her turn, highlighting that what follows constitutes her *personal preference*: "Me, I..." (line 5). As such, the beginning of her answer achieves a distancing move with respect to MDI's "we"-formulated question. Moreover, instead of being formatted positively—as projected by MDI's question—PA10's answer states what she does not want (lines 5-6). Despite these two non-aligning features of PA10's answer, MDI agrees with it even before PA10 completes it (line 8). After a silence (line 9) and PA10's attempt to elaborate on her answer (line 10), MDI resumes talking in overlap with PA10's turn (line 11), regaining control of the conversation and thus of the modalities of the final decision: In line 11, MDI asks PA10 to confirm the previously-agreed-upon discharge day (see discussion of IM): "Friday" (line 11). In overlap with PA10's immediate confirmation (line 13), MDI then asks PA10 to confirm the discharge time of day too (line 14), immediately engendering PA10's confirmation (line 16).

Our analysis shows that after an IM in which a *high congruence* between medical and patient point of view becomes apparent (see section A)), physicians tend to initiate talk about discharge date/duration of stay (in the subsequent MV) in a way that enhances direct patient participation. Patients thus get the opportunity to manifest their point of view/preference directly and to contribute to the final decision. In contrast to this extract (2), the analysis of the next extract (3) will reveal that after IMs in which a *low congruence* between medical and patient point of view becomes apparent, the physician's initiation in the subsequent MV tends to be more complex and thus constrain patients' participation.

4.3. Low congruence between the medical point of view and the patient's expectations during the IM

In IM 2 (4_3c), all the professionals in attendance agree with the head medical doctor's (MDL) suggestion to extend PA4's stay at the clinic for two more weeks. In contrast to this professional agreement, MDL himself reports PA4's expectation of leaving the clinic as soon as possible. The patient's point of view thus stands in conflict with the agreed-upon extension. In IM 2, a *low*

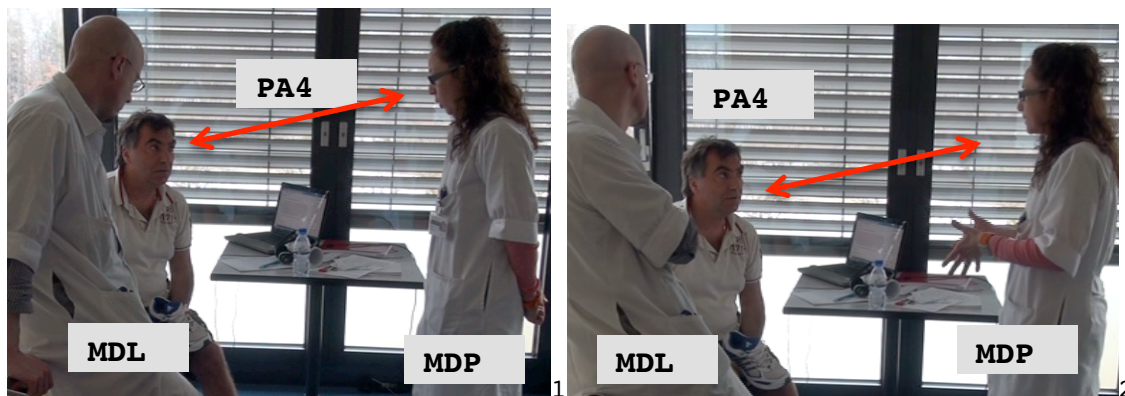
congruence between the professionals' position and the patient's expectations becomes apparent.

4.4. Physician's initiation of discharge-date talk in MV: Prefaced by an account of patient's progress

After examining and discussing PA4's medical problems at length, the medical ward physician (MDP) achieves the initiation of discharge-date talk in two steps: she first accomplishes a rather long preface and then invokes the medical requirement to prolong the patient's stay (see discussion of IM 2 above):

Extract 3a: CRR4_3v_EXDPT

Participants' acronyms and symbols for multimodal transcription: MDL: medical doctor L (£); MDP: medical doctor P (\$); PA4: patient 4 (*)



- 1 MDP #Bo:n en tout cas pour nou::s c'qui:: est important\$ à (p)
(PART) in any case for u::s what is important to (t)
im. #image 1
pa4 << lks at MDP->
mdp << lks at PA4->
mdp \$ra/la forward, up->
- 2 (0.2) parler \$et re#tenir au\$jourd'hui:: (0.3) c'est
(0.2) talk about and remember today:↑ (0.3) it is
im. #image 2
mdp \$ra/la downward stroke\$ra/la twd left/up\$ra/la twd
right->
- 3 qu'on voit que (0.2) y a un processus\$ dé(.) améliora\$tion
that we see that (0.2) there is a process of (.) improvement
mdp \$ra twd right---\$la twd left->
- 4 qui est progress\$[(i:f)]
that is↑ progress[(i:ve)]
- 5 PA4 [*>Beaucoup, beaucoup] beaucoup*<
[>Lots and lots] and lots<
mdp \$ brings rh/lh together in front->
pa4 *rh up: circular movement->
pa4 *lks down at shoe in his lap--*lks twd MDP->
- 6 MDP \$Voilà.\$
There you go.
mdp \$nodding - head slightly inclined to the right\$
- 7 (0.2)

At the beginning of extract 2, MDP stands in front of PA4, who is sitting on a chair (image 1). MDP has her arms behind her back. The head medical doctor, MDL, is standing to PA4's right and leaning against the patient's bed. MDP and MDL are both looking toward the patient. However, given the angle of the camera, it is difficult to identify the precise focus of their gaze. The patient in turn is clearly looking at MDP. In line 1, MDP starts her turn with the particle "Bo:n", which might best be translated as "Oka:y" in this conversational context. It achieves the completion of the previous examination/discussion of the patient's medical problems, and at the same time initiates a new action: the medical doctors' assessment of the patient's progress at the clinic so far (lines 1-4). In contrast to the previous extract (2), in which the medical doctor kept her arms behind her back during the whole extract, thus giving the patient maximum space, here MDP brings both of her hands forward at the end of line 1 to add emphasis to her talk and continue her speakership with stroking gestures (see image 2 and multimodal transcription; for a thorough discussion of participants' use of gestures/pointing to indicate speakership, see Mondada 2007b). MDP's positive assessment is immediately agreed with by the patient, who uses an intensifier (line 5), at the same time accompanying it with circular hand movements that work to further upgrade the assessment's valence. While PA4 agrees (line 5), MDP brings her hands together into "home position" (Sacks & Schegloff 2002), closing the positive assessment with her hand movements and the use of a terminal marker (line 6). Following it, there is a short silence, after which MDP resumes talking (line 8):

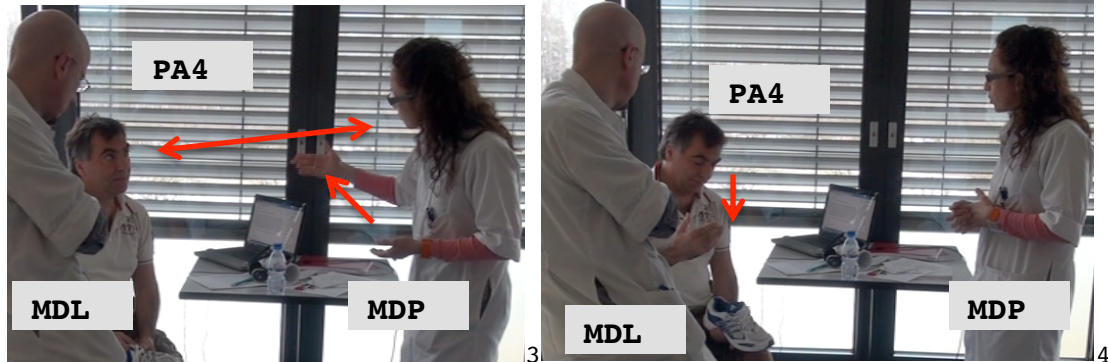
Extract 3b: CRR4_3v_EXDPT

Participants' acronyms and symbols for multimodal transcription: MDL: medical doctor L (£); MDP: medical doctor P (\$); PA4: patient 4 (*)

8 MDP [Et \$que::] pour nous c'est imp\$ortant de continuer dans
[And tha::t] for us it's important to continue in

9 PA4 [Beaucoup]
[Very much]

mdp \$rh/lh palm open up-----\$ra twd right->



10 MDP cette même# voie.
this same direction.

im. #image 3

11 (\$0.*4\$)

mdp \$rh back to middle\$

pa4 *gaze shifts downward; head inclines downward->

12 MDP Donc *[eh] (0.3#) * nous on pen\$s*[e qu']i faudra juste
PART [eh] (0.3) we we thin[k tha]t it is necessary to PART

im. #image 4

pa4 *lifts rh; drops rh*

mdl \$rh/lh open ->

13 MDL [((clears his throat))]

14 PA4 [((click with the tongue))]

15 MDP eh* après\$ (0.4) >parler de\$ cette histoire d'ablation du
eh afterward (0.4) >talk about this topic of ablation of the

pa4 *gaze shifts to MDP->

mdp \$rh/lh come together->

16 MDP matériel<\$.h et pour l'instant n(ous) parlons pas
material< .h and for the moment w(e) won't discuss

17 d'une date de sortie:: on pourrait discuter d'ici deux
a discha::rge date we might discuss it in two

18 semaines (0.3) mais j'pense il faut qu'on on profite (.)

weeks (0.3) but I think it's necessary that we we take advantage

(.)

19 de cette bonne évolution* pour encore continuer dans
of this positive development to PART continue in

pa4 *gaze shifts downward->

20 ce::tte .h >dans cette idée dans cette* façon de< (0.4)

thi::s .h >in this idea in this way of< (0.4)

pa4 *gaze shifts to MDP->

21 dé travailler en (0.3) dans les thérapies les prochaines
of working in (0.3) in the therapies these next

22 deux semaines.

two weeks.

23 (*1.5)

pa4 *gaze shifts downward->

24 MDP ((click with the tongue)) >*j'sais pas c'que vous*
>I don't know what you

pa4 *very subtle head-shake*

- 25 [en pensez↑<]
[think about this↑<]
- 
- 26 MDL EST-C'QUE LES] f biennois ont- ceux qui vous ont opéré#
[DO THE] people in Bienne have- the ones that operated on you
pa4 f gaze shifts to MDL->
im. #image 5
- 27 c'est à Bienne heint vous\$ [()] fBienne ouais#.
- 28 PA4 [Bienne ouais.]
It was in Bienne huh you [Bienne yeah.]
mdp \$ gaze shifts to MDL->>
mdl fgaze shifts downward->>

Beginning her turn with an “And” (line 8), MDP links what follows directly to her preceding talk and thus implies that it may be in line with the preceding positive assessment. PA4’s agreement in overlap with the beginning of MDP’s utterance (line 9) indicates that he understands it in this way. However, in what follows MDP makes it clear that she was using the preceding positive assessment as a preface or a justification to provide a conclusion that “foreshadows” what she knows to be “bad news” for the patient (Maynard & Frankel 2006): “it’s important to continue in this same direction.” (lines 8 and 10), again using her hands to add emphasis to her talk (image 3). After MDP brings her hands together to accentuate the completion (line 10), PA4 immediately displays his disappointment by inclining his head downward and lifting and dropping his right hand in a resigned way (image 4). By doing so, he manifests his understanding of MDP’s turn as projecting a line of action that is not in alignment with his own expectations, eventually glancing back at MDP just in time to receive the “bad news”: “for the moment we won’t discuss a discharge date, we might discuss it in two weeks” (lines 16-18). As is common with dispreferred actions (Heritage 2008; Pomerantz 1984) such as the delivery of “bad news,” this announcement is accompanied by a lengthy account from MDP (lines 18-22), which is followed by a silence (line 23). After this silence, during which PA4 lowers his gaze, MDP, still looking at PA4, eventually tries to elicit the patient’s point of view.

In contrast to extract 2, in which MDI deploys a straightforward question format, here MDP rather “fishes” (Pomerantz 1980) for the patient’s position by stating her own lack of knowledge regarding the issue (line 24). Moreover, MDL comes in in overlap (line 26) with a request for clarification, thus occupying the slot designated for PA4 who, instead of providing his point of view regarding the proposed extension of his stay at the clinic, merely grants MDL’s request in line 28, at the same time shifting his gaze to him. For reasons of space, we are omitting the further interaction. However, it becomes clear at this point that after an IM in which a *low congruence* between medical and patient point of view becomes apparent (see section C)), physicians “forecast” the delivery of what they already know to be “bad news” (Maynard & Frankel 2006) before initiating discharge-date talk in the MV. Moreover, this extract shows how patient participation regarding the discharge date/duration of stay might be strongly constrained by the two physicians’ ways of organizing their talk.

4.5. The medical point of view is clearly set, but no mention of the patient’s expectations regarding the discharge date is made during the IM

In IM 3 (5_2c), the medical doctor (MDI) states her point of view clearly. According to her, there is no reason to keep the patient until the eleventh of March, i.e., the date until which the patient’s stay at the clinic is covered by the insurance. This implies that from her point of view, discharge has to occur sometime before this date. Her colleague MDS agrees with her. No mention, either by the doctors or another professional in attendance, is made of the patient’s expectations, point of view and/or preference regarding the discharge date or duration of stay. However, before moving on to the next topic, the medical doctor mentions that the *patient’s point of view will have to be elicited* in the subsequent MV: “We will see how he sees things.”

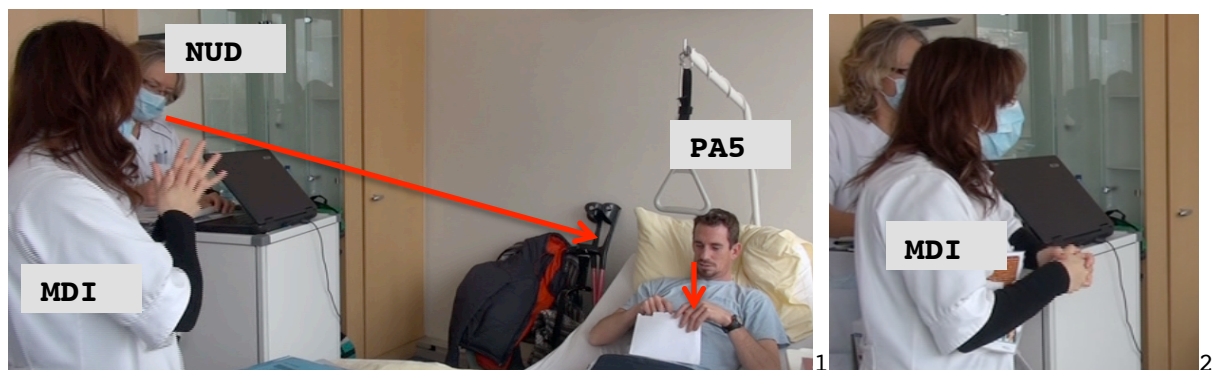
4.6. Physician’s initiation of discharge-date talk in the MV: Open questions are addressed to the patient

After examining PA5’s injured leg and assessing it positively, MDI asks him where he spent the previous weekend. While PA5 answers the question (he spent it in France with a friend), MDI walks away from the bed and toward her

colleague, who is standing at the end of the bed, and invokes the “future development” using a rising intonation which leads MDS to provide her with the date of PA5’s next medical exam: “the eleventh of March.” While acknowledging this information, MDI shifts her gaze toward PA5 in order to look at him:

Extract 4a: CRR5_2v_EXDPT

Participants’ acronyms and symbols for multimodal transcription: MDI: medical doctor I (£); MDS: medical doctor S (not visible); NUD: nurse D; PA5 patient 5 (*)



- 1 (1.9)
 pa5 << lks down at documents->
 mdi << rubbing lh/rh together->
 2 MDI Comment vous fvu::s sente:z†# et quelle suite?f
How do you:: fee:l† and what future developments?
 mdi forients upper body twd PA5f
 im. #image 1
 3 (0.3)
 4 MDI Parc'quef là:† vous ave:z bienf récupéré jusqu'au
Because here:† you've recuperated well until the
 mdi fleans twd her left, placing her elbow on some furniture->
 mdi f-holding lh/rh crossed->
 5 o:nze# *ma:rs†*
e:leventh of Ma:rch†
 pa5 *nods*
 pa5 *rh: removes a post-it from a document*
 im. #image 2
 6 (1.3)

While rubbing her hands together and orienting her upper body toward PA5, MDI addresses two distinct open questions to him: “How do you:: fee:l†”—“what future developments?” (line 2). By connecting them with an “and,” MDI indicates that the projected answer to the latter question is logically linked to the former one. The answers thus need to be in accordance with each other. After a short silence (line 3), MDI resumes talking in order to give her own, positive, appreciation of PA5’s progress so far, and to invoke the above-mentioned date, “the eleventh of Ma:rch†,” as the relevant time period. By deploying rising intonation, she signals to PA5 that a response from him might be expected.

However, he is still looking at his documents, removing a post-it from one of them and nodding very subtly while MDI completes her second turn; he is not displaying any other embodied signs of possible imminent speakership. After another (longer) silence (line 6), it is thus MDI who resumes talking:

Extract 4b: CRR5_2v_EXDPT

Participants' acronyms and symbols for multimodal transcription: MDI: medical doctor I (f); MDS: medical doctor S (not visible); NUD: nurse D; PA5 patient 5 (*)

- 7 MDI O::n va *continuer le même programme de toute façon.
We:: will continue the same program in any case.
pa5 *lks at MDP->
- 8 (0.2)
- 9 PA5 *Ouai:s↑*
Yea:h↑
pa5 *nods*
(1.2)
- 10 MDI E:t puis on va adapter se*lon *le fcontrôle.f
A:nd PART we will adapt it depending on the exam.
pa5 *lh moves post-it to the left side->
pa5 *lks at document->
mdi frubs hands togetherf
- 12 (1**.6)
pa5 *lh puts post-it down on table->
pa5 *lks at MDP->
- 13 MDI Et co*mmment voyez-vous les choses?
And how do you see things?
pa5 *brings lh behind head->
- 14 (0.9)



- 15 MDI *Est-ce qu'o:n peut gentiment vou::s (1.5) vous lâcher?#
Can we gently let you:: (1.5) you go?
pa5 *brings rh behind head->
im. #image 3
- 17 (1.5)
- 18 PA5 >*Je sais pas< c'est vou:s qui*:: >voilà<=
>I don't know< it's you: tha::t >PART<=
pa5 *lks in front of him-----* lks twd MDI->
- 19 MDI =Vous all[ez ren*trer] en Fran*ce?
=You ar[e going back] to France?
pa5 *lks away*lks twd MDI->>
- 20 PA5 [(°Qui dites°)]
[(°That says°)]

As in extract 3 above, MDI says that they will “continue the same program” (line 7). While she is talking, PA5 shifts his gaze in order to look at her and responds to this prospect with a simple acknowledgment token (line 9). In contrast to extract 3, PA5 receives the physician’s information with a kind of indifference instead of manifesting disappointment. After another silence (line 10), and while PA5 moves his post-it to the left, MDI produces an increment referring to the forthcoming medical exam, thus further specifying PA5’s future program (line 11). Following a longer silence (line 12) during which PA5 puts his post-it aside he looks toward MDI again, inducing her to formulate another open question: “And how do you see things?” (line 13). Although MDI deploys a classic question format, and leaves PA5 enough time to respond (line 14), he does not respond. This noticeable absence of an answer induces MDI to produce a request for confirmation, making it clear not only that it is PA5’s discharge date/duration of stay which is at stake, but also that she is expecting PA5 to express his point of view regarding the matter (line 15). While MDI is talking, PA5 brings his left hand behind his neck, thus taking a rather casual posture (image 3). After the completion of MDI’s utterance, another long silence emerges (line 17). Following it, PA5 responds (line 18), invoking a lack of knowledge regarding the matter and delegating his right (and/or obligation) to manifest his point of view to MDI (lines 18 and 20). This delegation induces MDI to move ahead in the discharge planning by producing a series of requests for information regarding the patient’s discharge context without further eliciting PA5’s position on the matter (see for example line 19).

For reasons of space we have opted not to consider the further interaction. However, our analysis indicates that after an IM in which the second dimension—patient point of view—is not elicited (see section E)), physicians might first seek to determine it before they bring forward their “own” plans and ask the patient to state his or her own position. At the same time, our analysis of extract 4 suggests that MDI’s deployment of a series of open questions is not very successful in actually getting PA5’s point of view. In fact, such open and/or vague questions may even engender misunderstanding/confusion on the part of the patient. Indeed, as becomes apparent in the further interaction (omitted for reasons of space), PA5 seems not to understand MDI’s questions as an initiation of discharge date/duration of stay talk, and thus as a moment at which his participation is required: only much later—after MDI has gone through a whole series of questions regarding his discharge context—does PA5 manifest some

resistance, and state his personal preference for staying longer at the clinic instead of going home before the eleventh as suggested by MDI.

5. Conclusion

At rehabilitation clinics, discharge planning requires medical expertise and patient participation. As a result, discharge planning is expected to take into account two factors: 1) medical and healthcare expertise and 2) patients' preference/point of view, and these two perspectives may be either congruent or in conflict with each other. In this paper, our analysis shows that the level of congruence reached between these two factors in the IM strongly influences the way physicians initiate discharge-date talk during the subsequent MV and thus how they involve patients in decisions regarding the planning of their discharge. When congruency between the medical point of view and the patient's point of view becomes apparent in the IM, the physician's initiation in the MV seems to be formatted as a straightforward question that is directly addressed to the patient. This question in turn gives the patient the opportunity (or even obliges him or her) to clearly state his or her point of view (extract 2). When the level of congruency between the medical and patient points of view is low in the IM, or when the patient's point of view is not invoked at all (extract 4), the physician's initiation in the MV tends to be organized in a way that delays and/or otherwise hinders direct patient participation (extract 3) or in a way that engenders misunderstandings regarding the issue (extract 4). More generally, a close examination of how discharge date/duration of stay is discussed in the patient's absence and how discharge date talk is then initiated by the physician during the subsequent MV thus strongly suggests that the former has a direct impact on the level of patient involvement. As such, our analysis shows how potential tensions between medical expertise and the institutional patient-participation requirement might arise in seemingly "banal" actions, such as initiating discharge date/duration of stay talk in the presence of patients, and how they thus might have an impact on how patients are eventually involved in decisions related to discharge.

As mentioned in the section on our data (2), the scope of our study is limited. Moreover, the selected data involves a significant bias: in certain IMs in our collection (N=13), the discharge date/duration of stay issue is discussed for

the first time (5/13), while in others (8/13) the matter has been discussed before. In this second sub-collection (8/13), the patients' expectations may have been reported/invoked previously and the professionals may be aware of them without necessarily restating them in each IM (5/8). However, regardless of these shortcomings, we argue that by rendering explicit practices whose interactive order is tacitly achieved in the daily clinical routine and by revealing the interplay that may exist between them, our study can stimulate professionals' reflection on their own practices, and thus initiate a reflective process for enhancing these practices (Schoeb, Hartmaier & Keel 2015).

References

- ANTHONY, Mark K. & Diane HUDSON-BARR (2004). "A Patient-Centered Model of Care for Hospital Discharge". *Clinical Nursing Research*, 13(2), 117-136.
- BARNARD, Rachel A., Madeline N. CRUISE & Elizabeth D. PLAYFORD (2010). "Strategies Used in the Pursuit of Achievability During Goal Setting in Rehabilitation". *Qualitative Health Research*, 20(2), 239-250.
- BECK NIELSEN, Søren (2009). "Accounts on the Behalf of Patients During Geriatric Case Conferences". *Research on Language and Social Interaction*, 42(3), 231-248.
- BOVET, Alain (2014). "Aperçus d'une sociologie inédite. Analyser les pronoms, les proverbes et les paradoxes". In Alain BOVET, Esther GONZÁLEZ-MARTÍNEZ & Fabienne MALBOIS (eds.), *Langage, activités et ordre social* (pp. 165-186). Bern: Peter Lang.
- DoH (Department of Health) (2010) "Equity and Excellence: Liberating the NHS". Access: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_117353 (Retrieved on August 24, 2010).
- DREW, Paul, John CHATWIN & Sarah COLLINS (2001). "Conversation Analysis: a Method for Research into Interactions between Patients and Health-care Professionals". *Health Expectations*, 4(1), 58-70.
- FMH (Swiss Medical Association). "Deontological Code". Access: www.fmh.ch (Retrieved on August 10, 2010).
- HERITAGE, John (2008). "Conversation Analysis as Social Theory". In Bryan S. TURNER (ed.), *The New Blackwell Companion to Social Theory* (pp. 300-320). Oxford: Blackwell.
- HERITAGE, John & Douglas MAYNARD (eds.) (2006). *Communication in Medical Care. Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press.

- JEFFERSON, Gail (2004). "Glossary of Transcript Symbols with an Introduction". In Gene H. LERNER (ed.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation* (pp. 13-31). Amsterdam: Benjamins.
- JONES, Aled (2009). "Creating History: Documents and Patient Participation in Nurse-Patient Interviews". *Sociology of Health & Illness*, 31(6), 907-923.
- MISTIAEN, Patriek, Anneke FRANCKE & Else POOT (2007). "Interventions Aimed at Reducing Problems in Adult Patients Discharged from Hospital to Home: a Systematic Meta-review". *BMC Health Services Research*, 7(47), 1-19.
- MONDADA, Lorenza (2007a). "Transcript Variations and the Indexicality of Transcribing Practices". *Discourse Studies*, 9(6), 809-821.
- MONDADA, Lorenza (2007b). "Multimodal Resources for Turn-taking: Pointing and the Emergence of Possible Next Speakers". *Discourse Studies*, 9(2), 194-225.
- MONDADA, Lorenza (2011). "L'analyse de 'collections' de phénomènes multimodaux en linguistique interactionnelle: A propos de l'organisation systématique des ressources gestuelles en début de tour". *Cahiers de Praxématique*, 50, 23-70.
- PARRY, Ruth (2004). "Communication during Goal-setting in Physiotherapy Treatment Sessions". *Clinical Rehabilitation*, 18, 668-682.
- PARRY, Ruth (2009). "Practitioners' Account for Treatment Actions and Recommendations in Physiotherapy: When Do they Occur, How are They Structured, What Do They Do?". *Sociology of Health & Illness*, 31(6), 835-853.
- PILNICK, Alison (1998). "'Why didn't you say that?': Dealing with Issues of Asymmetry, Knowledge and Competence in the Pharmacist/Client Encounter". *Sociology of Health & Illness*, 20, 29-51.
- POMERANTZ, Anita (1980). "Telling My Side: 'Limited Access' as a 'Fishing' Device". *Language and Social Interaction*, 50(3-4), 186-198.
- POMERANTZ, Anita (1984). "Agreeing and Disagreeing with Assessments: Some Features of Preferred/Dispreferred Turn Shapes". In Maxwell ATKINSON & John HERITAGE (eds.), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis* (pp. 57-101). Cambridge: Cambridge University Press.
- POPEJOY, Lori L., Kyle MOYLAN & Colleen GALAMBOS (2009). "A Review of Discharge Planning Research of Older Adults, 1990-2008". *Western Journal of Nursing Research*, 31(7), 923-947.
- SACKS, Harvey & Emanuel A. SCHEGLOFF (2002). "Home position". *Gesture*, 2(2), 133-146.
- SCHEGLOFF, Emanuel A. (1987). "Analyzing Single Episodes of Interaction: An Exercise in Conversation Analysis". *Social Psychology Quarterly*, 50(2), 101-114.

- SCHOEB, Veronika (2014). “‘What do you expect from physiotherapy?’ A Conversation Analytic Approach to Goal Setting Physiotherapy”. Unpublished PhD thesis. University of Nottingham.
- SCHOEB, Veronika, Anita HARTMEIER & Sara KEEL (2015). “Reflexion als Sprungbrett für Veränderungen im Praxisalltag”. *Schweizerische Ärztezeitung*, 96(5), 132-135.
- SCHOEB, Veronika, Sara KEEL, Liliana STAFFONI & Peter SCHULZ (submitted). “Influence of Organisational Structure on Patient Participation and Interdisciplinary Collaboration in Swiss Rehabilitation Centers”.
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2002). “Management of Patients with Stroke.” Access: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign64.pdf> (Retrieved on July 1, 2010).
- TEN HAVE, Paul (2007) *Doing Conversation Analysis: A Practical Guide*. London: Sage.
- WHO (World Health Organization) (1978). “Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, URSS.” Access: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (Retrieved on May 21, 2014).
- WHO (World Health Organization) (1984). “Health Education in Selfcare Possibilities and limitations”. *WHO Newsletter*, 1(2).
- WHO (World Health Organization) (2008). “European Ministerial Conference on Health Systems, Health Systems”. *Health and Wealth*, Tallinn Estonia. Access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf (Retrieved on May 21, 2014).

EXPERIENCE ET EXPERTISE DU LINGUISTE DANS LE MONDE DE LA SANTE

Pascal SINGY

Université de Lausanne

pascal.singy@chuv.ch

Gilles MERMINOD

Université de Lausanne

gilles.merminod@unil.ch

Résumé

Cet entretien aborde les objets, les méthodes et les perspectives qui sont celles du linguiste en ancrage dans le cadre hospitalier et, plus généralement, dans le domaine de la santé. Après une évocation des évolutions historiques de ce champ d'investigation, il est proposé d'appréhender les objets que traite le spécialiste de la communication dans le domaine de la santé selon une double dichotomie : *frontstage/backstage* et *communication directe/indirecte*. On discute ensuite la question des méthodes adoptées et des complémentarités possibles entre des approches quantitative et qualitative. Enfin, on traite des rapports qu'entretiennent le linguiste et son terrain: d'une part, la dimension appliquée et l'ancrage social de la recherche ; d'autre part, l'influence réciproque que la médecine et les sciences du langage et de la communication peuvent avoir l'une sur l'autre.

Mots-clés : communication et médecine ; sociolinguistique ; frontstage/backstage ; communication directe/indirecte ; méthodes ; interdisciplinarité ; rapport aux praticiens.

Pascal Singy¹ est l'auteur et le co-auteur de nombreuses publications sur le langage et la santé parmi lesquelles on peut citer : Quand la médecine a besoin d'interprètes (2003), Le sida au cabinet médical (2004), Communication et médecine (2008), The impact of Communication Skills Training in oncology: a linguistic analysis (2012), Beyond the 'dyad': a qualitative re-evaluation of the changing clinical consultation (2014). Il a accepté de répondre aux questions de Gilles Merminod à propos des relations entre linguistique et médecine et, plus particulièrement, de l'expérience et de l'expertise du linguiste à l'hôpital et dans le domaine de la santé.

¹ Pascal Singy est Professeur de sociolinguistique à la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne. Il assure également des cours dans le cadre des cursus d'enseignement de la Section des Sciences du Langage et de l'Information sise en Faculté des Lettres. Les éditeurs tiennent à le remercier chaleureusement de sa participation au numéro.

Un peu d'histoire tout d'abord. Vous avez, Pascal Singy, une longue expérience de ce champ d'investigation et de pratique qu'est la santé. Peut-on situer une époque à partir de laquelle les linguistes se sont intéressés aux questions de santé ?

Il y a longtemps que les linguistes, parmi bien d'autres chercheurs et praticiens, s'intéressent aux faits de langue mis en rapport avec la médecine. De mémoire, il me semble que Georges Mounin est le premier linguiste à s'être frotté à la médecine. A la fin des années soixante, Mounin (1969) écrit un article sur le style de Jacques Lacan. Ce dernier est, on le rappelle, Docteur en Médecine et, par ailleurs, fondateur de l'école freudienne de Paris. L'article de Mounin est en fait très sévère à l'égard de l'utilisation que fait Lacan des concepts développés par la linguistique structurale, la thèse de Lacan posant que l'inconscient est un langage. Selon Mounin, Lacan fait un mésusage complet des notions développées par la linguistique post-saussurienne notamment dans la façon dont il considère et définit le signifiant. Je crois que Mounin dit même, à cette occasion, qu'est ruiné ici quinze ans d'enseignements de la linguistique. Parallèlement à cet article, Mounin (1970) écrit également sur les usages des concepts de la linguistique structurale par Claude Lévi-Strauss, il est dans ce cas beaucoup moins sévère. Pour comprendre la position de Mounin, il faut se replacer dans le contexte des années soixante : le structuralisme est à son apogée, nombre de disciplines s'en prévalent ; et, grâce au travail de Ferdinand de Saussure et à la notion de système, les linguistes estiment que leur discipline est au centre de ce mouvement. Ainsi, sans faire de recherches bibliographiques poussées, il semble que Mounin, avec cette critique très sévère du travail de Lacan, est le premier linguiste qui approche véritablement le discours médical, même s'il le fait d'une certaine façon, de manière très surplombante et à distance.

Ensuite, dans les années septante, émerge vraiment un intérêt grandissant pour le rapport entre faits de langue et médecine. Bien sûr, il y avait déjà eu des articles de médecine qui abordaient la communication. Néanmoins, il s'agissait d'aspects périphériques, et essentiellement tournés vers le lexique, le fameux jargon médical.

Et à quel moment les linguistes sont-ils véritablement entrés dans les établissements de soin ?

Sur ce point, on peut relever qu'à la fin des années soixante, William Labov et David Fanshel débutent les recherches qui aboutiront en 1977 à la publication de leur ouvrage sur le discours thérapeutique (Labov et Fanshel 1977). Dans les années septante, Roger W. Shuy aborde lui aussi la question de la rencontre entre médecin et patient sur le plan communicationnel (1974, 1976). Néanmoins, c'est véritablement à partir des années quatre-vingt que l'on voit un intérêt croissant pour la communication dans le domaine de la médecine. Il faut noter que cet intérêt n'est pas porté par des linguistes à proprement parler mais par un panel plus vaste de spécialistes du langage, comme peuvent l'être les psycho-sociologues, les psychologues ou les sociologues, à l'image de Richard M. Frankel, Aaron Cicourel, Candace West, parmi d'autres ; des chercheurs provenant de l'ethnométhodologie de Garfinkel, mais aussi des théories de l'accommodation développées par Giles. Grandissant à partir des années quatre-vingt, l'intérêt va croissant jusqu'à aujourd'hui.

Y a-t-il des dynamiques propres au champ de la santé qui expliquent cette évolution ?

Cet intérêt grandissant n'est pas seulement du fait des personnes qui ont pour centre d'intérêt la communication. De fait, cela a également été autorisé par l'émergence d'un double paradigme en médecine : celui du modèle bio-psycho-social et celui de la médecine centrée sur le patient. Le modèle bio-psycho-social tend à concurrencer dès la fin des années septante le modèle bio-médical. Au contraire de ce dernier, le modèle bio-psycho-social prend en compte la dimension socio-historique de la maladie. Ne se centrant pas uniquement sur les conditions biologiques du corps du patient, ce modèle tient compte des conditions psycho-sociales dans lesquelles vivent les patients. L'émergence d'un tel modèle a favorisé l'intérêt pour les faits de communication. Quant à l'émergence de la médecine centrée sur le patient, elle est associée à l'émergence du modèle bio-psycho-social. Elle s'oppose à une médecine, dite paternaliste, qui se fonde essentiellement sur une asymétrie, sur le fait qu'on a une voix savante – comme le dit Mishler (1984), la voix de la médecine – face à la voix des profanes, celle des patients.

De fait, l'ancrage disciplinaire des gens intéressés par le rapport entre médecine et pratiques langagières s'avère souvent être davantage entre la sociologie et la psychologie plutôt qu'en linguistique ou en sciences du langage.

Il est vrai que la linguistique n'est pas la discipline la plus représentée dans ce champ qui s'inscrit de manière plus générale dans les sciences de la communication. De fait, cela pose le problème de la frontière entre la sociolinguistique et la sociologie du langage. Il y a ici tout un débat. Et certains nous disent comme Calvet (1993) que ce sont deux expressions équivalentes alors que d'autres – Marcellesi et Gardin (1974), par exemple – insistent sur l'idée qu'en termes de production de connaissances, dans un cas, l'objet langue est la fin et non le moyen et que, dans l'autre, c'est l'inverse.

En plus de l'objet d'étude en tant que tel, la question de l'ancrage disciplinaire permet de soulever un autre aspect essentiel : celui de la perspective avec laquelle on interroge le rapport entre médecine et faits de communication. Mises à part quelques exceptions (principalement des anthropologues de la santé), les scientifiques intéressés au rapport entre communication et médecine restent encore rarement attachés directement à une Faculté de Médecine ou à un établissement hospitalier universitaire. C'est peut-être cet état de fait qui explique le regard surplombant des premières études. Pour un chercheur, être directement attaché à une Faculté de Médecine engage une toute autre perspective : celle d'être immergé dans le terrain qu'il étudie.

On peut imaginer qu'une telle perspective implique pour le chercheur d'établir un nouveau rapport aux objets investigués. Nous y reviendrons, mais, avant cela, peut-on circonscrire les objets traités par les linguistes ou les spécialistes de la communication à l'hôpital ?

Les objets traités par le spécialiste de la communication à l'hôpital peuvent s'appréhender selon deux dichotomies. La première est reprise de la perspective goffmanienne : on considère qu'il y a, du point de vue de l'utilisateur du système de soin, des objets d'étude dans le *frontstage* (la scène, c'est à cette partie que l'on accède en tant qu'utilisateur du système de soin) et dans le *backstage* (les coulisses, les usagers du système de soin n'y ont pas accès). La seconde dichotomie fait s'opposer des situations de coprésence physique (les interactants peuvent s'adapter les uns aux autres, ajuster leurs messages, s'assurer d'une compréhension mutuelle) et des situations d'absence de contact (les interactants n'ont pas la possibilité d'interagir immédiatement les uns avec les autres, de

s'assurer d'une bonne intercompréhension, comme par exemple dans le cas de brochures destinées à telle ou telle population cible) : on parle dans ce cas de *communication directe*, respectivement *indirecte*.

Prenons tout d'abord la première opposition, celle entre frontstage et backstage.

S'agissant du *frontstage*, l'un des objets les plus explorés est celui de la communication médecin-patient. Aujourd'hui, on préfère néanmoins parler de communication clinicien-patient ou soignant-patient. Il n'y a en effet pas que les médecins qui interagissent avec le patient mais également d'autres membres du personnel de santé. Il y a donc toutes sortes d'intervenants, mais également toutes sortes de situations de communication. Parmi celles-ci, c'est la consultation qui a été la plus étudiée. De fait, il y a une grande diversité de consultations, ne serait-ce déjà qu'en raison des pathologies impliquées. En outre, les consultations ont des durées qui varient, de 15 à 20 minutes en médecine générale jusqu'à des consultations de 45 minutes en psychiatrie.

Ce type d'études peut également tenir compte des enjeux sociaux. Certaines études ont en quelque sorte une approche critique. Il s'agit alors souvent de se centrer sur l'aspect asymétrique de la relation soignant-soigné pour tenter de réduire celle-ci. Je pense par exemple aux travaux que l'on peut faire sur la communication avec des patients migrants, avec des patients sourds ou malentendants, avec des personnes âgées, avec des personnes en fin de vie, avec des personnes qui souffrent de cancer. Dans ces situations, la configuration communicationnelle attendue n'est en général pas celle d'une dyade, d'un face à face entre deux personnes. On observe en général plutôt des triades, un troisième participant assurant une forme de médiation entre soignant et soigné : qu'il s'agisse d'interprètes professionnels ou non-professionnels, de membres de la famille ou encore de proches aidants. Le fait d'être plus de deux rend donc les consultations particulièrement délicates. Néanmoins, cela ne signifie pas qu'une consultation où l'on n'est que deux constitue un cas simple. Là également, il faut pouvoir s'assurer d'une compréhension mutuelle, et il peut émerger des problèmes de communication liés, par exemple, à des divergences d'agenda.

Vous parliez d'approches critiques. Est-ce principalement de cette manière que l'on aborde le frontstage, ou y a-t-il d'autres perspectives ?

Comme je l'évoquais, il y a des études qui ont un point de vue critique. Comme le disent Hydén et Mishler (1999), ce sont des études *speaking with patients*. Ce n'est bien sûr pas la seule perspective adoptée. Hydén et Mishler parlent également d'études *speaking to patients*. Dans ce cas, on réfléchit en termes de compétences. On regarde quelles sont les compétences mobilisées par le soignant pour parler au patient. Ce type d'études propose souvent de coder les entretiens : par exemple, combien y a-t-il de questions ouvertes et combien y a-t-il de questions fermées. C'est dans ce type d'approche que l'on a posé l'idée de bons entretiens, de ce qui est convenu d'appeler une *effective communication*, qui n'est d'ailleurs pas toujours bien définie. En effet, si l'on essaie de considérer ce qu'est une bonne communication, on pourrait penser de manière un peu naïve que cela suppose, par exemple, le non-recours au jargon médical. Pourtant, on sait que, pour certaines personnes, ce peut être un plus que le médecin leur dise qu'ils souffrent d'une céphalée plutôt que d'un mal de tête. Il faut donc absolument éviter les simplifications et les généralisations.

Dans le frontstage, on observe donc deux types d'approches: l'une critique, repérant notamment les phénomènes de domination et d'asymétrie ; l'autre en termes de compétences, centrée sur les manières d'améliorer la communication.

On peut encore parler d'une troisième approche davantage centrée sur le patient. Hydén et Mishler (1999) la nomment *speaking by patients*. Cette approche est liée à l'émergence de nouvelles méthodes en médecine. Si l'on parle beaucoup d'*evidence based medicine*, on s'intéresse aujourd'hui également à la *narrative based medicine*. Dans la *narrative based medicine*, on donne davantage d'espace au patient : on lui permet de raconter sa maladie, d'en définir les enjeux. Ce nouveau courant se rend compte de la pertinence de laisser de la place au patient, du fait qu'on ne peut pas réduire sa parole à des réponses à des questions fermées ou ouvertes. Une telle approche s'intéresse également à la littérature, aux productions romanesques des patients. Et là, il me faut rendre hommage à Michèle Grosjean que j'ai connue et invitée dans les troisièmes cycles que j'organisais autrefois en sociolinguistique, dont l'un, notamment, qui portait sur langue et médecine. Elle a beaucoup travaillé sur la relation médecin/patient sur le plan communicationnel. Atteinte du cancer, elle a fait filmer la fin de sa vie par son frère, cinéaste (Grosjean 2012). Le film présente

toutes les phases de la maladie jusqu'à la phase ultime, dans son lit, recouverte d'un duvet où c'est la fin. C'est une patiente, mais spécialiste du langage et de la communication, qui, en termes narratifs, rend compte de sa finitude, et c'est absolument bouleversant. La narration permet donc de prendre en compte le discours des patients d'une autre façon. De même, la narration permet également d'appréhender le discours des soignants. Cet aspect est également essentiel. On entre peut-être à ce moment-là davantage dans les coulisses des établissements de soin.

Justement, qu'en est-il des études portant sur le backstage ?

La grande majorité des études sont faites dans le *frontstage*. Le *backstage* ne reste néanmoins pas inexploré. Les études portant sur le *backstage* peuvent par exemple traiter des enjeux communicationnels dans les échanges entre cliniciens à propos de patients par exemple mais aussi à propos d'autres sujets. Il peut également s'agir de traiter des enjeux communicationnels entre différents corps professionnels qui peuvent témoigner de conflits plus ou moins larvés. Si la structure sociale est bien présente dans la rencontre clinicien-patient, elle l'est aussi dans le *backstage*, c'est-à-dire entre les différents cliniciens. Les enjeux sont d'autant plus importants que le travail interdisciplinaire est quotidien dans les établissements de soin et que, pour fonctionner adéquatement pour le bien de la communauté, il faut interagir à travers le verbal, qu'il soit oral ou écrit. De la même façon qu'on peut analyser les enjeux communicationnels relativement à l'appartenance des interactants à des corps de métiers, on peut également observer comment se distribue la parole selon le genre : l'on constate très schématiquement qu'il y a un style communicationnel genré entre les femmes-médecins et les hommes-médecins (Singy 2005, 2014).

Les études portant sur le *backstage* peuvent également être centrées sur des documents : parmi ceux-ci, les transmissions, le dossier médical ou encore la signalétique à l'intérieur même de l'hôpital. L'étude de ce dernier objet est essentielle pour comprendre comment les patients se déplacent dans l'établissement et comment ils vont se repérer dans ces lieux. Et ces préoccupations sont d'importance pour les établissements. De fait, les hôpitaux se préoccupent des usagers : si ceux-ci ont des plaintes à formuler, elles sont enregistrées et analysées. Dans ce cas, le linguiste peut également intervenir, il peut aussi traiter de ces objets.

On voit que, s'agissant du frontstage comme du backstage, il s'agit de traiter d'objets sensibles. Y a-t-il des objets qui sont systématiquement évités, en raison de leur trop grande sensibilité ou de leur trop grande difficulté d'accès ?

A priori, je pense que tout pourrait être observé du moment que l'on obtient un accord, que l'on peut pénétrer le terrain et que l'on gagne la confiance des personnes qui seraient soumises à enquête. Cela engage évidemment à tenir compte du secret médical. C'est pourquoi tous les protocoles d'enquête sont soumis au comité d'éthique afin que l'on soit assuré que le secret médical puisse être préservé. Bien sûr, certains objets ne peuvent pas être traités pour des raisons de financement ou des questions de priorité de certaines thématiques sur d'autres. Les linguistes, ou les spécialistes de la communication, ne sont pas au-dessus de la mêlée socio-politique. Ils n'échappent pas aux pressions du champ de la demande sociale qui oriente les recherches dans un sens ou dans un autre. De même, on n'échappe pas au champ axiologique. On ne peut pas éviter les valeurs qui traversent la société civile et qui engagent à étudier davantage tel ou tel objet, tel ou tel aspect. Enfin, il ne faut pas oublier les pressions du champ épistémique : on s'inscrit toujours dans un cursus de formation qui participe au choix de certains objets ou de certaines approches.

Vous parliez du découpage entre frontstage et backstage, mais également d'une autre dichotomie, celle qui prévaut entre communication directe et communication indirecte.

En discutant de la dichotomie *frontstage/backstage*, nous avons déjà évoqué un certain nombre de recherches étudiant la *communication directe*, c'est-à-dire des situations où l'ajustement mutuel des interactants est possible. Lorsque l'on s'intéresse à la *communication indirecte*, on étudie des situations où cet ajustement mutuel n'est pas possible. Dès lors, on peut, par exemple, étudier les messages préventifs ou encore la manière dont le *compendium* donne des informations sur les médicaments. Dans le cas de la santé, l'étude de la *communication indirecte* est particulièrement importante : du fait de l'absence de coprésence entre les acteurs de la communication, il n'y a pas moyen de s'assurer d'une compréhension mutuelle. C'est pour cette raison qu'il est important de mener une réflexion sur ces phénomènes, notamment sur la congruence entre le message émis et le message reçu.

Il s'agit donc d'étudier comment sont élaborés les messages et comment ils sont ensuite interprétés.

Exactement. On peut prendre le cas de la prévention sur le sida que nous avons beaucoup étudié (Singy 2004 ; Bourquin, Spencer et Singy 2012). L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) diffusait des messages préventifs dans les espaces publics helvétiques. Ces messages avaient été formulés en partie par des médecins. Néanmoins, au sein même de la population des médecins que nous avons interrogée, il n'y avait pas de consensus complet sur certains des termes utilisés. Je me rappelle que, dans cette étude qui portait plus particulièrement sur les messages préventifs de l'OFSP s'agissant des IST (*i.e.* infections sexuellement transmissibles) : nous avons observé que le choix des mots utilisés était matière à discussion. Il n'y a pas une unité que nous avons investiguée – à la fois par entretien individuel en face à face et par le biais d'une enquête statistique à large échelle auprès de cinq cent ou six cent personnes – où il y avait consensus absolu : qu'il s'agisse des termes de *fidélité*, *relation stable*, *fellation*, *sperme*, *abstinence*.

L'absence de coprésence des interactants doit vraiment nous rendre attentif aux effets de sens possibles. Il n'y a pas de possibilité de contrôler ce qui a été compris ou non. Quand on pense à la campagne sur les IST, cet enjeu est vital car il peut y avoir la mort au bout. Il y avait, par exemple, l'expression, *pas de sperme dans la bouche*, que certaines personnes comprenaient comme le fait qu'il ne fallait pas qu'il y ait de stationnement dans la bouche mais qu'il était possible d'avaler immédiatement. Ce n'est bien sûr pas cette interprétation qui était souhaitée par les promoteurs de la campagne de prévention. Un tel constat nous permet de nous rendre compte que nous n'avons pas tous la même *health literacy* et qu'il n'est pas possible de mesurer ces phénomènes à l'aune de ses propres connaissances. Un regard attentif a donc tout lieu d'être.

Nous nous sommes concentrés jusqu'à présent sur les objets d'investigation possibles pour le spécialiste de la communication dans le champ de la santé. Nous pourrions maintenant aborder la question des méthodes pour nous demander lesquelles sont privilégiées dans ce champ et pourquoi.

On peut aborder cette question telle que j'ai pu la percevoir du point de vue mon expérience personnelle. Tout d'abord peut-être, à travers l'évolution des méthodes : du quantitatif vers des méthodes mixtes. Quand j'ai commencé à travailler sur le discours médical préventif tout au début des années nonante, on

m'avait invité à faire du quantitatif, même s'il me semblait difficile d'aborder de cette manière les messages médicaux préventifs avec toute la finesse souhaitée. La tendance était, à cette époque-là, au quantitatif en adoptant une approche par questionnaire. La place d'une approche qualitative était alors très faible. Et ce n'est qu'avec le temps que des études centrées sur la communication se sont faites en termes qualitatifs. Aujourd'hui, on a des études mixtes où l'on peut avoir à la fois une approche quantitative et qualitative. Il y a plusieurs raisons à cette évolution. On s'est rendu compte que, pour l'abord de certaines thématiques, des approches quantitatives avec groupe de contrôle – comme cela se fait souvent en médecine – n'étaient pas des plus adaptées. Par ailleurs, le modèle d'une médecine centrée sur le patient a incité à faire place à des approches qualitatives. Ainsi, pour étudier le discours du patient et sa satisfaction par rapport au soin, il n'était pas suffisant de lui demander s'il était *très satisfait, satisfait, peu satisfait, pas satisfait*. Néanmoins, on reste limité en forces de travail et il n'est pas possible pour une seule équipe de recherche de réaliser des milliers d'entretiens, puis de les analyser. C'est la raison pour laquelle nous mobilisons tant les méthodes quantitatives que les méthodes qualitatives.

En somme, il s'agit de jouer sur la complémentarité des méthodes et de les mobiliser au gré des objets à investiguer et des populations concernées ?

Oui, les différentes méthodes nous apportent des regards et des informations de nature différente. Ainsi, les résultats d'une étude qualitative peuvent être mobilisés pour conduire une étude quantitative par la suite : si vous mettez quelque chose en évidence sur le plan qualitatif, il vous est tout à fait possible d'imaginer une étude qui va observer de manière quantitative dans quelle mesure le constat opéré est largement partagé ou non. De même, les résultats produits par des études quantitatives peuvent aussi être exploités pour faire du qualitatif : par exemple, des corrélations statistiques qu'il serait intéressant de creuser après coup à l'aide d'une étude qualitative. Il y a donc un jeu entre approches quantitatives et qualitatives qui permet de nuancer les résultats, de démontrer la complexité des phénomènes ou encore de révéler les biais d'une étude.

Au plan des méthodes, il faut encore relever une spécificité de l'approche lausannoise : nous avons toujours été accompagnés par des médecins et des cliniciens dans un esprit pluri- ou interdisciplinaire. Il nous a toujours paru

important de ne pas travailler seul et de bénéficier du point de vue des professionnels de la santé, ne serait-ce qu'en terme de connaissance du terrain.

Cette collaboration privilégiée avec d'autres corps de métier engage-t-elle une forme d'implication différente du rapport qu'a traditionnellement la recherche avec son terrain ?

Il arrive que nous valorisions certaines dimensions de recherche-action. Cela arrive dans les cas où l'on estime qu'il faut que la recherche et les chercheurs produisent le changement : cela s'est par exemple produit lorsque l'on a voulu introduire des médiateurs culturels-interprètes destinés à certains patients allophones. La recherche en question n'était pas à proprement parler une recherche-action mais elle obéissait à certains de ces principes. On pensait que le fait même d'intervenir et de parler de l'existence de ces interprètes communautaires conduirait ensuite au fait que les acteurs des institutions de soin y auraient davantage recours. Il y avait donc là les contours d'une recherche action, tel que Lewin (1948) les avait imaginé autrefois.

Nous évoquions en introduction de cet entretien non seulement l'expérience, mais également l'expertise du linguiste dans le domaine de la santé. Qu'évoque pour vous ce terme d'expertise ? Est-ce la bonne façon d'approcher le rôle possible du linguiste dans le domaine de la santé ?

A dire le vrai, je n'aime pas trop le mot « expertise », le terme ne me dit rien de bon. On sait toutes les errances auxquelles certains experts nous ont conduits. Le linguiste, c'est quelqu'un qui travaille sur les faits de langue. La linguistique offre une formation, un type de profil parmi d'autres. Comme je le disais, et comme l'histoire du rapport entre médecine et science le montre, d'autres chercheurs que les linguistes se sont intéressés à la communication. Les sociologues, les psychologues, les anthropologues, tous se sont également intéressés aux interactions verbales et, plus généralement, aux interactions sociales. Toutes ces spécialités peuvent participer à l'avancement de la recherche sur la communication en santé.

Le rôle de ce spécialiste de la communication qu'est le linguiste est d'engager la réflexion sur des aspects qui pourraient ne pas être pris en compte. Certains sociologues, par exemple, ne mettent pas assez en évidence la variabilité des systèmes linguistiques. Il y a un postulat d'un partage du sens accordé aux unités : comme si chacun se comprenait sans le moindre problème.

Dans ce cas, un linguiste, et notamment celui centré sur l'idée du système comme structure variable, peut avoir une spécificité par rapport à d'autres spécialistes de la communication. C'est ce que nous apportons avec certaines de nos études traitant du sens des mots : lorsque l'on a fait cette étude assez fine sur les traits sémantiques des signifiés d'un certain nombre d'unités utilisées dans la prévention, on a pu mettre en évidence qu'il n'y avait pas de partage complet dans une communauté donnée sur le sens des mots utilisés. Dans ce cas, on ne pouvait pas tabler sur l'implicite. On ne pouvait pas parier sur la portée de l'implicite, compte tenu de dissensions qu'il pouvait y avoir autour de certains termes. C'est probablement ce type d'analyse qu'un linguiste peut amener en plus. Il y a par ailleurs d'autres aspects sur lesquels le linguiste peut avoir un regard spécifique : la prosodie, par exemple.

Et que dire du rôle du linguiste par rapport aux praticiens de la santé ?

Pour le linguiste, il s'agit surtout de montrer aux praticiens quels sont les enjeux de la communication et de les rendre attentifs aux conséquences d'un non-partage du sens ou de la croyance d'un partage du sens. On peut reprendre l'exemple des discours de prévention du sida. Nous avons interrogé six cent médecins généralistes sur le sens de l'expression *relation stable* : la moitié d'entre eux considéraient que *relation stable* supposait une exclusivité en termes sexuels alors que l'autre moitié ne le supposait pas. Un tel constat a des implications directes dans la pratique. Imaginez un médecin en face d'un patient : sur quoi table-t-il ? Le médecin pourrait penser que *relation stable* suppose une exclusivité de partenaire et pourrait partir du principe que son interlocuteur partage la même définition de *relation stable*. Dans un tel cas, si le médecin demande à son patient s'il est dans une *relation stable* et que le patient lui répond par l'affirmative, le médecin lui dira que les problèmes de sida ne le concernent pas. Il se pourrait pourtant que la définition de *relation stable* qu'a le patient n'implique pas l'exclusivité sexuelle. Que se passe-t-il si le patient se trouve ensuite contaminé et qu'il revient vers le médecin en lui disant : « *vous m'aviez dit que je ne risquais rien en étant en relation stable* ».

C'est à ce type de phénomènes que le linguiste peut rendre le praticien attentif : aux enjeux impliqués par le non-partage du sens. De même, le linguiste peut pointer certains usages spécifiques, propres à certaines régions ou cultures, par exemple sur le tabou du non. Dans certaines cultures, il est en effet très difficile de dire non. Ainsi, si un soignant a en face de lui un patient issu d'une

culture où le tabou du non est très fort, il faudra qu'il trouve des stratégies pour s'assurer que le patient dit qu'il a compris parce qu'il a réellement bien compris et non pas pour préserver les faces.

Peut-on penser en termes de prise de conscience des enjeux communicationnels et de prise de distance par rapport à ces enjeux ?

Oui, on peut dire ça. Il y a une forme de sensibilisation sur les enjeux de la communication et sur la définition que l'on peut avoir de la communication. Cela veut dire qu'il s'agit de ne pas se contenter d'une *effective communication* qui serait valable pour tout le monde et dans tous les cas. On souhaite au contraire permettre aux praticiens de se rendre compte de l'importance et du poids des mots et des interactions verbales.

Les médecins sont tenus d'informer pleinement leurs patients. Quelles sont alors les stratégies langagières qu'ils doivent acquérir pour répondre à cette obligation ? Comment le faire tout en préservant les faces, tout en respectant autrui, tout en ouvrant un espace de discussion ? Parmi les problèmes rencontrés par les médecins, on connaît bien le syndrome du pas-de-porte : le patient est en train de s'en aller et il dit « *ah, au fait docteur, je voulais vous dire que...* », pourtant le soignant n'a plus de temps à lui consacrer alors même qu'il s'agissait peut-être d'une chose essentielle. Est-ce que le médecin a bien mené son entretien quand la consultation se termine ainsi ? De la même façon, on rencontre aussi des problèmes d'agendas : ce qui aurait dû être dit n'a pas pu être formulé parce que le médecin n'a pas suffisamment ouvert la discussion. Il y a des stratégies pour dépasser ces problèmes. Je ne dis pas que ce sont des outils très simples, qu'il y a une recette à suivre, comme, par exemple, mener l'entretien en 3 phases. Néanmoins, il y a des approches en termes de *communication skills* qui permettent d'appréhender ces problèmes. Elles sont fondées sur des recherches où l'on code un certain nombre de dimensions : les questions ouvertes, les questions fermées, le temps, les sourires, l'espace laissé au psycho-social, l'espace laissé au biomédical. De nombreuses études sont menées ainsi. Le but n'est alors pas une observation pour une observation. Il est sûr que ce sont des objets intéressants, dignes d'intérêt pour eux-mêmes. Néanmoins, il y a toujours une dimension pratique et appliquée. Nous sommes financés pour tenter d'améliorer le sort des patients et, par là même, d'améliorer la satisfaction du travail que peuvent avoir les soignants.

Par ses recherches, le linguiste essaie de sensibiliser les praticiens à certains aspects de la communication. Il espère avoir un effet sur leurs pratiques. Est-ce qu'à l'inverse, les praticiens du soin ont un effet sur la pratique du linguiste ? Autrement dit, l'expérience de ce terrain spécifique change-t-elle le rapport que le linguiste entretient à la recherche ?

La linguistique n'apporte pas seulement ses modèles et ses outils, elle en emprunte également à son contexte d'étude. Et, en cela, le rapport au contexte de la santé permet de reconsidérer nos modèles et d'interroger notre façon de faire. Le contexte médical nous a fait, par exemple, repenser notre façon d'approcher les terrains, notamment du fait du caractère très délicat de certains d'entre eux. Il y a en Faculté de Médecine un grand souci des questions d'éthique. En linguistique et dans les sciences sociales, pendant très longtemps, cette question n'était pas d'actualité, et l'on a pu interroger sans grande précaution les populations étudiées. Certaines études de faits sociolinguistiques ont été réalisées sans grande considération éthique. On ne pensait pas qu'il pouvait y avoir des enjeux particuliers sur la vie, sur l'estime de soi et sur le profil personnel des personnes soumises à enquête. De ce point de vue-là, le rapport au contexte médical nous a appris des choses et nous a permis de modifier nos propres pratiques sur d'autres objets d'investigation. De fait, ce terrain – comme tout terrain – nous met en contact avec des faits concrets, des gens qui viennent d'horizons divers et qui ont des agendas différents des nôtres. Il convient par conséquent de prendre en compte tous ces paramètres pour améliorer sa pratique.

A ce titre, la linguistique est prêteuse de ses outils et de ses modèles, mais également emprunteuse. C'est la raison pour laquelle je n'aime pas du tout les attitudes surplombantes, où le linguiste voit comment les autres se débrouillent plus ou moins mal, plutôt mal que bien. En outre, éviter une position surplombante permet de voir l'importance du contexte : Comment les gens font-ils ce qu'ils font de la manière dont ils le font ? Pourquoi agissent-ils ainsi ? Il y a nombre de contraintes qui pèsent sur les pratiques langagières. Une contrainte, parmi tant d'autres, est la contrainte temporelle : quand vous avez je ne sais combien de patients dans la journée, il n'est pas forcément possible de faire tout le temps des questions ouvertes qui permettent au patient d'avoir assez d'espace pour s'exprimer et ainsi de traiter des aspects psycho-sociaux.

Dans ce cas, tant la transmission que la discussion du savoir produit par la recherche sont fondamentales dans l'activité du chercheur. Quels sont les lieux dans lesquels le linguiste peut diffuser et transférer les fruits de sa recherche ?

La diffusion de nos résultats de recherche se fait à travers différents canaux. De fait, la transmission du savoir que nous avons produit est l'occasion de rencontrer des partenaires de divers horizons. Nous participons à des conférences internationales et nous nous rendons dans les services, non seulement dans ceux du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) mais également dans d'autres institutions. Dans le cas des nos recherches sur la gestion du secret chez les femmes séropositives (Sulstarova *et al.* 2015), nous avons notamment fait des présentations dans le département des médecines infectieuses des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et dans celui du CHUV. De même, nous avons organisé des tables rondes impliquant des gens qui travaillent avec des migrants. Ainsi, on diffuse le résultat de nos recherches au travers de colloques scientifiques internationaux, de réunions de travail avec des équipes médicales et également dans des formats plus « grand public ». Par ailleurs, nous publions dans les revues médicales ainsi que dans les revues en sciences du langage et de la communication. Il faut observer que la grande majorité des articles qui se font aujourd'hui dans le champ *communication et médecine* sont souvent relatifs à des approches *speaking to patients* (Hydèn et Mishler 2014) dans le but d'améliorer les compétences de communication des équipes médicales.

En conclusion de cet entretien, on ne résiste pas à vous demander quelles sont les pistes de recherche que vous envisagez pour le futur et quels sont les développements que vous souhaiteriez voir entrepris ?

Il nous faut continuer à explorer le rapport entre communication digitale et médecine et l'impact que l'apparition de ces nouvelles sources d'information a sur les relations soignant-soigné. Outre les faits d'addictions pathologiques dans le recours à internet, il y a aussi le fait que les patients vont s'y informer. Néanmoins, est-ce que ces sites sont fiables et quels sont les dangers d'un recours systématique à ce type d'outil ? En outre, il y a maintenant des sites qui évaluent les médecins. Que fait-on de cela ? Il faut par conséquent ouvrir nos perspectives d'investigation et, au travers de cela, être conscient de l'apparition d'une certaine forme d'expertise chez les patients. De fait, l'expertise est concomitante – il est difficile de dire si elle est corrélée – à l'apparition non

seulement d'internet mais aussi du sida. C'est en effet avec le sida que les médecins ont eu à faire à des patients qui en savaient autant qu'eux, voire davantage, sur la maladie. Cela s'explique du fait que cette maladie avait notamment touché une frange de la population extrêmement cultivée, de Michel Foucault à Jean-Paul Aron. Cette communauté s'est mise en réseau pour pouvoir en savoir plus et s'en sortir. Ils allaient mourir, et ils sont morts malheureusement. Il est difficile de savoir si c'est une question de hasard ou non. Néanmoins avec l'émergence d'internet et l'apparition du sida, les soignants ont eu affaire à des patients-experts. Cela change la donne et modifie le schéma de l'asymétrie totale entre le médecin et le patient. Cependant, si celle-ci n'est plus intangible, elle reste présente dans certains – voire de nombreux – cas. Il y a en effet de grandes disparités en matière de littéracie numérique. Je pense, par exemple, aux patients d'âge avancé qui sont au centre de deux études que nous venons de mettre en route, grâce, notamment, à un soutien de la Fondation Leenaards.

Références bibliographiques

- BOURQUIN, Céline, Brenda SPENCER et Pascal SINGY (2012), *Les mots de la prévention du sida en question (Raisons de santé 198)*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- CALVET, Louis-Jean (1993), *La sociolinguistique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- GROSJEAN, Francis (2012), *Le choix de Michèle*, Paris, Point du Jour.
- GUEx, Patrice et Pascal SINGY (dir.) (2003), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Editions Médecine et Hygiène.
- HYDEN, Lars-Christer et Elliot G. MISHLER (1999), « Language and Medicine », *Annual Review of Applied Linguistics*, n° 19, p. 174-192.
- LABOV, William et David FANSHEL (1977), *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*, New York, Academic Press.
- LEWIN, Kurt (1948), *Resolving Social Conflicts*, New York, Harper.
- MARCELLESI, Jean-Baptiste et Bernard GARDIN (1974), *Introduction à la sociolinguistique : La linguistique sociale*, Paris, Larousse.
- MISHLER, Elliot G. (1984), *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, Ablex.

- MOUNIN, Georges (1969), « Quelques traits du style de Jacques Lacan », *La Nouvelle Revue Française*, n° 193, p. 84–92.
- MOUNIN, Georges (1970), *Introduction à la sémiologie*, Paris, Minuit.
- SHUY, Roger W. (1974), « Communications Problems in the Cross Cultural Medical Interview », *Papers of the Second Annual Conferences on Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Key Biscayne, Florida.
- SHUY, Roger W. (1976), « The Medical Interview: Problems in Communication », *Primary Care*, n° 3, p. 365-386.
- SINGY, Pascal (2004), *Le sida au cabinet médical : les mots pour en parler*, Genève, Médecine et Hygiène.
- SINGY, Pascal (2005), « Langue, médecine et genre », dans Christa HEILMANN (dir.), *Kommunikationskulturen. Intra- und interkulturell. Festschrift für Edith Slembek. Sprechen und Verstehen. Schriften zur Kommunikationstheorie und Kommunikationspädagogik*, Sarrebruck, Roehrig Universitätsverlag, p. 87-93.
- SINGY, Pascal (2014), « Langue, genre et place de travail », dans Marilena KARYOLEMOU, Fabienne H. BAIDER et Marianne KATSOYANNOU (dir.), *Actes du 30^e colloque de linguistique fonctionnelle*, Fernelmont, EME, p. 117-120.
- SINGY, Pascal et Patrice GUEX (2008), *Communication et Médecine*, Limoges, Lambert-Lucas.
- SULSTAROVA, Brikela, Francesca POGLIA MILETI, Laura MELLINI, Michela VILLANI et Pascal SINGY (2015), « Disclosing and non-disclosing HIV status among Sub-Saharan migrant women living in Switzerland », *AIDS Care*, vol. XXVII, n°4, p. 451-457.
- SWINGLEHURST, Deborah, Celia ROBERTS, Shuangyu LI, Orest WEBER et Pascal SINGY (2014), « Beyond the dyad : a qualitative re-evaluation of the changing clinical consultation », *British Medical Journal Open*, vol. IV, n°9, e006017.

L'EXPERTISE MÉDIATISÉE DANS LES BROCHURES DE PRÉVENTION CONTRE LE TABAGISME

Marc BONHOMME

Université de Berne

marc.bonhomme@rom.unibe.ch

Résumé

Cet article s'inscrit dans le cadre de l'expertise en matière de santé publique, avec l'examen de brochures diffusées en France par l'INPES contre le tabagisme. S'appuyant sur la méthodologie de l'analyse du discours, cette étude vise un double objectif. D'une part, son propos est de dégager les principales configurations de l'expertise sanitaire dans ces brochures, tant au niveau du scénario développé qu'à celui de l'éthos expert construit. D'autre part, cette étude montre comment, au sein de ces brochures, l'expertise sanitaire est prise en charge par une expertise médiatique encadrante, liée au marketing social de prévention. Une telle expertise dans la médiatisation sanitaire met en œuvre les stratégies rhétoriques les plus efficaces (procédures de vulgarisation, implication du public) pour sensibiliser la population ciblée et la responsabiliser face aux méfaits du tabac.

Mots-clés : dissuasion ; effet-expert ; éthos ; expertise sanitaire ; médiatisation sanitaire.

1. Introduction

Parmi les discours relatifs à la santé publique, ceux traitant du tabagisme ont donné lieu à un certain nombre de recherches récentes. Celles-ci portent notamment sur le contenu médical de ces discours, qu'il concerne l'épidémiologie du tabac (Hill 2012) ou le comportement des fumeurs (Brown *et al.* 2012). D'autres recherches ont pour objet les aspects socio-communicationnels des messages antitabagiques, s'intéressant à leurs modes de mise en ligne sur Internet (Robillard *et al.* 2012) et à leur prise en charge dans les politiques de prévention (Ollivier-Yaniv 2013). Diverses recherches sont plus spécialement consacrées aux aspects linguistiques des productions liées à la lutte contre le tabagisme, qu'il s'agisse des avertissements sanitaires figurant sur les paquets de cigarettes (Bonhomme 2009 ; Azagba & Sharaf 2013) ou des registres discursifs exploités dans les campagnes antitabac (Bonhomme 2015).

Dans cette contribution, nous étudierons le discours antitabagique selon trois perspectives dont la combinaison nous semble devoir donner des résultats

fructueux. D'une part, parmi les supports de prévention contre le tabagisme, nous nous concentrerons sur celui offert par les brochures, du fait qu'elles ont encore alimenté peu de recherches approfondies. Pour des raisons de cohérence dans l'analyse, nous nous limiterons au corpus fourni par les brochures de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) qui constituent un dispositif important pour la lutte contre le tabac en France depuis 2002¹ et qui révèlent toute l'ambiguïté des discours de santé publique à la croisée de stratégies médicales et politiques. D'autre part, nous focaliserons notre examen de ces brochures antitabagiques sur leur dimension essentielle : la posture d'expertise qu'elles mettent en scène, définie par ses composantes cognitives et décisionnelles², l'« effet-expert » étant capital pour leur objectif de dissuasion auprès du public. Cet « effet-expert » dans les brochures antitabagiques de l'INPES sera par ailleurs étudié avec la méthodologie de l'analyse du discours, la plus apte à en dégager les aspects rhétoriques, énonciatifs et argumentatifs. Cette méthodologie nous permettra de mettre en lumière leur articulation fluctuante entre un discours d'expertise sanitaire et un discours d'expertise dans la médiatisation sanitaire.

2. Un double cadrage médiatique institutionnel et sanitaire

Les brochures antitabagiques faisant l'objet de notre étude sont disponibles sur le site Internet de l'INPES³. Fournissant un cadrage qui éclaire leur discours d'expertise, celui-ci nécessite une présentation succincte.

La consultation de la page d'accueil et des principales rubriques de ce site montre sa nature bipolaire, oscillant entre légitimité institutionnelle et expertise en santé publique. Ainsi, dans sa rubrique « Qui sommes-nous ? », l'INPES ne manque pas de souligner sa légitimité législative : « L'INPES est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Sa légitimité politique dans le domaine sanitaire est pareillement mise en avant : « L'INPES est un acteur [...] chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre des orientations de la politique de santé

¹ À cette date l'INPES a pris la succession du CFES (Comité Français d'Éducation pour la Santé).

² « Le discours d'expertise se situe [...] entre savoir et décision » (Disdier et Muni Toke 2012 : 154).

³ Voici ses références : <http://www.inpes.sante.fr>. Les données qui suivent sur l'INPES ont été collectées lors de la consultation de son site le 18 mars 2014.

publique fixée par le gouvernement ». Parallèlement, le site de l'INPES mentionne son statut d'expert lorsqu'il expose sa mission « d'exercer une fonction d'expertise en matière de santé ». Ce statut d'expert sanitaire est corroboré par le mandat de son Conseil scientifique qui « veille à l'établissement de critères de qualité pour la recherche » dans le domaine de la santé. Ce rôle revendiqué d'expertise scientifique se vérifie avec les fonctions de consultant assurées par l'INPES auprès des professionnels de la santé et de la population, avec par exemple la création en 2005 du site complémentaire www.tabac-info-service.fr sur lequel « des spécialistes répondent à toutes les questions que se posent les fumeurs ».

Par-delà l'expertise touchant à la santé, la consultation du site de l'INPES révèle une seconde expertise, cette fois médiatique, confirmée par la composition de ses membres⁴. Cette expertise médiatique de l'INPES se concrétise dans sa revue trimestrielle « de référence » *La Santé en action* et dans son abondante production sur les sujets de prévention sanitaire, laquelle « met à l'honneur son savoir-faire spécifique ». Ces sujets ont trait aux accidents de la vie courante, à la lutte contre le sida et la toxicomanie, ou encore aux problèmes de santé dus à la pollution. Dans le cas de la lutte contre le tabagisme, le marketing social de l'INPES est illustré par un épais dossier intitulé *Les Campagnes CFES-INPES de 2001 à 2011*. Le dossier atteste la diversité des genres (spots radio et TV, affiches, brochures, bannières web...) mobilisés dans ces campagnes ainsi que la maîtrise de l'INPES pour l'évaluation de celles-ci (post-tests, mesures qualitatives et quantitatives des retombées dans les médias, etc.).

Un tel contexte d'expertise sanitaire et médiatique se reflète sous une forme exemplaire dans les huit brochures antitabagiques de l'INPES que nous allons analyser⁵. À travers leur dispositif matériel réduit, celles-ci vont en effet nous apparaître comme une caisse de résonance dans laquelle se fond la voix de différents acteurs (pouvoir politique, autorités scientifiques, spécialistes en marketing...). Plus ou moins anonymisée dans une interaction institutionnelle,

⁴ D'après Ollivier-Yaniv (2013), les collaborateurs de l'INPES sont en partie des diplômés en sciences de l'information et de la communication, avec une expérience dans les agences de publicité.

⁵ Voici les titres de ces brochures qui vont de deux à une vingtaine de pages, avec entre parenthèses leur abréviation dans la suite de cet article : *La composition de la fumée du tabac* (Compos. fumée) – *Grossesse sans tabac* (Grossesse) – *L'industrie du tabac* (Industrie tab.) – *J'arrête de fumer* (J'arrête) – *Une opération se vit mieux sans tabac* (Opération) – *Petite histoire du tabac* (Histoire tab.) – *Le tabac en quelques chiffres* (Tab. en chiffres) – *Le tabagisme passif* (Tab. passif).

cette voix collective propose un contrat de communication complexe, fondé sur un message d'information, de prévention et de dissuasion, dont nous examinerons les principaux axes. Différée dans l'espace ouvert de la transmission médiatique, cette communication complexe s'adresse à un public composite : en priorité les fumeurs, mais aussi les non-fumeurs, suivant une double relation, en même temps dépersonnalisée (ciblage de l'ensemble de la population française) et personnalisée (ciblage de chaque citoyen dans son intimité).

3. Mise en scène d'un discours d'expertise sanitaire

Annoncée par son site Internet, l'expertise sanitaire de l'INPES en matière de tabagisme est mise en scène dans le contenu de ses brochures, que ce soit à travers le scénario qui les structure ou l'éthos de l'énonciateur collectif qu'elles révèlent.

3.1. Présentation d'un scénario d'expertise en santé publique

On retrouve dans toutes les brochures antitabagiques de l'INPES les principales phases du scénario d'expertise appliqué à la santé publique, tel qu'il est esquissé par Garric et Léglise (2012). Ce scénario peut être formulé en terme de macro-actes envisagés dans leur enchaînement progressif.

D'abord, sur la base d'une compétence scientifique reconnue, il s'agit de faire savoir à la population française les méfaits du tabagisme. Reposant sur le registre didactique et sur un macro-acte de langage expositif⁶, cette phase cognitive de l'expertise est particulièrement perceptible dans les sections descriptives des brochures. Ainsi en est-il lorsqu'elles font état de la découverte de la nocivité du tabac (*Petite histoire du tabac*) ou de la toxicité du monoxyde de carbone :

Le monoxyde de carbone est un gaz toxique formé lors de la combustion de la cigarette. Il a la propriété de se fixer sur l'hémoglobine du globule rouge à la place de l'oxygène. Il en résulte un moindre taux d'oxygène dans le sang et les organes. Par manque d'oxygène, ceux-ci travaillent moins efficacement. Pour contrer ce manque d'oxygène, la fréquence cardiaque et la pression artérielle augmentent. (*Compos. fumée*)

⁶ Selon la terminologie d'Austin (1970).

Ensuite, comme l'ont noté Doury et Lefébure (2006), loin d'être seulement expositive, l'expertise s'intègre dans un interdiscours conflictuel contre d'autres prises de position. Cette dimension critique est largement attestée dans les brochures de l'INPES lorsqu'elles traitent de la responsabilité de l'industrie du tabac pour la diffusion du tabagisme. Il s'agit alors de dénoncer cette industrie comme manipulatrice par un macro-acte de langage accusateur. Cette phase de l'expertise est discernable dans les sections polémiques des brochures de l'INPES, surtout quand elles s'en prennent à la tromperie des cigarettes légères (*La composition de la fumée du tabac*) ou quand elles reprochent aux cigarettiers d'avoir dissimulé la nocivité de leurs produits :

Des procès lancés aux États-Unis contre des fabricants de tabac dans les années 1990 ont permis de découvrir des millions de documents confidentiels révélant les comportements délinquants de l'industrie du tabac. Ces documents ont dévoilé les stratégies des industriels du tabac pour contrer les politiques de santé publique. Ils ont en effet délibérément caché qu'ils savaient depuis les années 1960 que la cigarette était nocive et qu'ils jouaient sur la teneur en nicotine des cigarettes pour en augmenter les effets. (*Industrie tab.*)

Par ailleurs, comme l'ont observé Disdier et Muni Toke (2012), le discours d'expertise, singulièrement dans le champ de la santé publique, se distingue du discours scientifique en ce qu'il est toujours dirigé vers la résolution d'un problème concret, ses phases didactique et polémique fonctionnant comme des moyens en vue d'une finalité pratique. Dans cette perspective, l'expertise antitabagique est indissociable de son objectif, fondé sur le macro-acte directif du conseil à l'adresse de destinataires considérés comme des victimes potentielles ou effectives. Actualisé à travers le registre délibératif⁷, le macro-acte du conseil face aux dangers du tabac est omniprésent dans les brochures de l'INPES, leur but étant d'« encourager à l'arrêt du tabagisme et de faire évoluer les représentations sociales de la cigarette » (*Tab. en chiffres*). Le conseil peut être explicitement exprimé (« Voici quelques conseils pour résister à l'envie de fumer. », *J'arrête*) ou prendre des formes que nous préciserons par la suite. De surcroît, cette phase experte du conseil donne lieu à deux ciblage. Soit elle vise un public vu comme victime indifférenciée quand les brochures abordent la question du tabagisme passif : « Pour vous protéger des méfaits du tabac et protéger ceux qui vous entourent, la meilleure solution est encore d'arrêter de fumer. » (*Tab. passif*). Soit le conseil est destiné à un public segmenté, tels que

⁷ Pour la rhétorique gréco-latine de l'Antiquité, celui-ci consiste à conseiller ou à déconseiller en vue d'un bénéfice futur.

les fumeurs avant une opération (*Opération sans tabac*) ou les femmes enceintes : « Des tabacologues vous donnent des conseils et vous proposent un suivi personnalisé. » (*Grossesse*).

Plus spécifiquement, par-delà ce scénario général repérable dans l'ensemble des brochures de l'INPES, plusieurs d'entre elles présentent des variantes séquentielles qui circonscrivent certaines facettes du tabagisme, expertiser consistant aussi à sérier une question précise (Trépos 1996). Ainsi, la brochure *Le tabagisme passif* est composée selon une logique rigoureuse allant du diagnostic aux solutions proposées : la toxicité du tabac, les risques pour le public, les positions de la législation et des cigaretteurs, le comportement à suivre pour le public. Pour sa part, la brochure *Grossesse sans tabac* reconfigure le scénario de l'expertise sur le tabagisme en suivant une subdivision chronologique : fécondation, grossesse, allaitement.

3.2. Construction d'un éthos sanitaire expert

Dans le cadre de leur scénario antitabagique, les brochures de l'INPES développent des procédures de validation garantissant leur légitimité à s'exprimer publiquement sur les questions de santé, de même que leur compétence en matière de tabagisme. Une telle garantie est en effet nécessaire pour assurer le succès du discours de prévention auprès des destinataires. Au cœur de cette validation émerge la construction de l'éthos – ou de l'image – d'un énonciateur sanitaire expert, laquelle comporte trois dimensions.

Sur le plan du *pouvoir-dire* lié à la posture énonciative, ces brochures mettent en avant un énonciateur en position haute. Dans ce sens, chacune d'entre elles renferme trois logos qui fonctionnent comme des marqueurs d'identité experte : ceux du Ministère français de la Santé, de l'Office de Prévention du Tabagisme et de l'INPES. Tout en révélant la nature collective et ambivalente (entre santé et politique) de l'instance énonciative qu'ils marquent, ces logos confèrent une légitimité institutionnelle au discours sanitaire produit. De plus, le dispositif communicationnel des brochures confirme la position surplombante du pôle énonciateur. La majorité d'entre elles s'organisent autour de la figure rhétorique de la subjection, selon laquelle la source énonciative formule les questions et les réponses, à l'instar de la brochure *Grossesse sans tabac* :

Quels sont les traitements d'aide à l'arrêt autorisés pendant la grossesse ?

Les approches psychologiques et comportementales sont privilégiées chez la femme enceinte fumeuse. Il s'agit d'un ensemble de techniques basées sur la discussion et sur des exercices lors d'une consultation avec un professionnel de santé.

[...]

Le tabagisme est-il mauvais pour la fécondité ?

Oui, il peut augmenter le délai nécessaire à la conception. Dès l'arrêt du tabac, tout peut redevenir normal.

[...]

Même si on peut entrevoir dans ces questions une ouverture dialogique vers le public ou un écho aux questions qu'il se pose, le discours reste sous la maîtrise de l'énonciateur sanitaire. En outre, une partie importante des actes de langage émis dans ces brochures consolide cette domination. On a vu que les brochures s'articulent sur le macro-acte du conseil qui instaure une relation hiérarchisée entre la source sanitaire et le public-cible. Mais ce macro-acte du conseil se prolonge à la surface des énoncés par divers actes à portée directive plus ou moins forte :

- La prescription : « Vous devez faire quelque chose afin d'occuper l'instant laissé vide par la non-prise de cigarette. » (*J'arrête*).
- La garantie : « Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une opération et jusqu'à la cicatrisation garantit trois fois moins de complications chirurgicales. » (*Opération*).
- L'aide : « Notre aide peut vous apporter des solutions durables. » (*Grossesse*).
- L'encouragement : « Ne vous découragez pas ! La plupart des anciens fumeurs ont fait plusieurs tentatives avant d'arrêter définitivement. » (*J'arrête*).

À travers les postures de prescripteur, de garant et d'adjuvant tour à tour mises en scène, l'énonciateur endosse un éthos d'autorité qui donne du poids à son discours.

Sur le plan du *savoir-dire*, l'image autoritaire ainsi engendrée se double d'un éthos de spécialiste qui constitue le trait fondamental du discours d'expertise⁸.

⁸ Voir Lebaron (2010).

L'énonciateur crée une image savante de lui-même, de façon à asseoir sa fiabilité aux yeux du public profane. Dans les brochures de l'INPES, une telle image savante se manifeste avec l'aisance à manier les concepts pharmaceutiques se rapportant aux substituts nicotiniques :

La varénicline agit sur les récepteurs au niveau du cerveau en reproduisant les effets de la nicotine [...]. Elle est indiquée dans le sevrage tabagique chez l'adulte. Seul le médecin pourra juger de l'intérêt de ce médicament au cas par cas en raison de la dépendance du patient, des contre-indications éventuelles et des interactions médicamenteuses possibles. (*J'arrête*)

Une image savante similaire apparaît dans la même brochure avec l'établissement de typologies scientifiques, comme celle des deux dépendances, physiologique et physique. Le recours à des listes détaillées contribue aussi à mettre en relief la compétence technique des rédacteurs de l'INPES. En particulier, dans la brochure *Le Tabagisme passif*, les effets de celui-ci sont méthodiquement inventoriés en fonction des pathologies qu'il provoque (accidents cardiaques, cancers du poumon, accidents vasculaires cérébraux...). L'image savante émane encore des évaluations médicales effectuées sur les comportements à adopter envers le tabac :

On entend souvent dire qu'il vaut mieux qu'une femme s'autorise de fumer quelques cigarettes par jour plutôt que d'être stressée par l'arrêt du tabac. C'est une erreur. Il est préférable d'arrêter complètement de fumer car même un petit nombre de cigarettes est mauvais pour la santé de la mère et du bébé. (*Grossesse*)

L'éthos de spécialiste ainsi élaboré est affermi par la convocation de sources expertes externes, soit en citation directe :

Selon l'Académie de médecine, la fumée du tabac constitue « la source la plus dangereuse de pollution de l'air domestique, en raison de sa concentration élevée en produits toxiques, mais aussi parce que l'on y est exposé à tout âge et pendant des périodes beaucoup plus longues que celles où l'on subit une pollution atmosphérique extérieure. » (*Tab. passif*) ;

soit sous la forme davantage intégrée du discours indirect : « Les experts affirment que si le tabac arrivait sur le marché aujourd'hui, il ne serait pas autorisé à la vente en raison des dangers qu'il représente. » (*Histoire tab.*) ; soit sous celle de l'allusion à la recherche médicale : « Les recherches en cours indiquent que le tabac à rouler est plus nocif que les cigarettes en paquet. » (*Compos. fumée*). Connectant le message sanitaire des brochures de l'INPES sur un réseau interdiscursif d'expertises, ces sources autorisées en renforcent la validité et la force de conviction, surtout lorsqu'elles bénéficient d'une grande notoriété comme l'Académie de médecine.

Sur le plan du *dire* à propos du tabagisme, les auteurs des brochures de l'INPES construisent un éthos d'objectivité, ce qui répond à la « rhétorique positiviste » identifiée par Tavernier (2012 : 40) dans les productions expertes. Au niveau argumentatif, le métalangage de la preuve est facilement convoqué : « La preuve est faite de manière scientifique que le tabagisme passif comporte des risques pour la santé. » (*Tab. passif*). Pareillement, l'argumentation démonstrative est très présente, à l'exemple de cet extrait de la brochure *Grossesse sans tabac* :

Plus on fume, plus la toxicité est importante pour le fœtus. Dans l'utérus, le fœtus reçoit de l'oxygène par le sang de sa mère. Par contre, quand elle fume, son sang se charge en monoxyde de carbone, gaz particulièrement dangereux. De plus, la nicotine empêche une bonne circulation du sang. Le bébé ne reçoit donc pas assez d'oxygène.

On constate ici la position d'une règle initiale, sous la forme d'un topos dans l'acception de Ducrot (1995) : + *Fumée*, + *Danger pour le fœtus*. Cette règle est ensuite expliquée par l'exposition de la norme physiologique (alimentation du fœtus en oxygène grâce au sang maternel) et de sa perturbation à cause du tabagisme (sang maternel vicié). Cette argumentation conduit logiquement à la conclusion induisant le manque d'oxygène pour le fœtus. Au niveau référentiel, les auteurs des brochures de l'INPES s'expriment continuellement en termes de vérité : « C'est donc pour permettre à chacun, fumeurs et non-fumeurs, de connaître les vrais risques du tabagisme passif que ce document a été conçu. » (*Tab. passif*), ou de réalité : « Les conséquences pour la santé sont réelles. » (*id.*). Cette élaboration d'une image objective de l'énonciateur se vérifie au niveau syntaxique, avec la récurrence de la matrice *on* + *verbe de certitude*, source d'un « on-vrai » (Berrendonner 1981 : 48) : « On sait que certains cigarettiers ont mis en œuvre des stratégies pour saper l'action de l'Organisation mondiale de la santé. » (*Industrie tab.*). À un degré ultime, le « on-vrai » évolue vers le « ça-vrai » lorsqu'une tournure passive impersonnelle efface l'instance énonciative, ce qui crée un effet de distance et souligne l'évidence du procès⁹ : « Il est démontré qu'un traitement atténue les effets désagréables à l'arrêt du tabac. » (*J'arrête*). À travers ces procédés qui confortent la crédibilité du discours antitabagique des brochures de l'INPES, celui-ci s'impose comme une doxa excluant toute alternative.

⁹ Pour Déchamp-Le Roux *et al.* (2010 : 33), le passif est au cœur de « l'écriture impersonnelle » des discours de prévention en santé.

4. Déploiement d'une expertise dans la médiatisation sanitaire

Loin d'être un but en soi, l'« effet-expert » qui se dégage du scénario des brochures de l'INPES et de l'éthos de leur énonciateur collectif n'est qu'une stratégie pour modifier les comportements du grand public face au tabagisme. Cette stratégie est relayée par le marketing social qui mobilise les ressources rhétoriques les plus efficaces possibles afin de susciter l'adhésion de la population aux valeurs hygiénistes transmises. De ce fait, le discours d'expertise sanitaire se fonde dans un autre type de discours : celui de la médiatisation sanitaire experte à travers le support des brochures qui en ajuste non seulement le contenu informatif, mais aussi les modalités interactives avec les destinataires ciblés.

4.1. Mise en place d'un discours expert en vulgarisation

Le discours savant des brochures de l'INPES est constamment remodelé en un discours de vulgarisation qui met l'information sur le tabagisme à la portée du public le plus large¹⁰. Lié à la « sociodiffusion de la science » (Jacobi 1999 : 34) et courant dans les textes d'expertise sanitaire comme le constatent Disdier et Muni Toke (2012), ce remodelage se traduit globalement par des opérations de schématisation au sens de Grize (1982). Celles-ci consistent à sélectionner et à mettre en relief les aspects les plus notables de la réalité communiquée de façon à éclairer les destinataires sur elle. Le média que sont les brochures offre des conditions matérielles particulièrement adaptées à de telles opérations : une brièveté d'ensemble, une fragmentation en plans de texte aisément perceptibles, un rôle non négligeable accordé au rédactionnel, ce qui permet d'explicitier l'information à la différence des affiches¹¹. Dans les brochures de l'INPES, la vulgarisation de l'expertise savante sur le tabagisme s'effectue suivant deux grandes procédures.

¹⁰ Comme l'écrit encore Authier (1982 : 34), « la vulgarisation scientifique [...] est une activité de diffusion, vers l'extérieur, de connaissances déjà produites et circulant à l'intérieur d'une communauté plus restreinte ».

¹¹ Donnant la priorité à l'image, les affiches visent la sensibilisation instantanée du public, comme le montrent celles de l'INPES contre le tabagisme, avec leurs images-chocs (cigarettes métamorphosées en fûts chimiques, 2003 ; tas de mégots accumulés dans l'espace-détente d'une entreprise, 2005...).

4.1.1. Visualisation du message sanitaire

En premier lieu, les brochures de l'INPES visualisent leur message antitabagique, ce qui en facilite la mémorisation en rendant sa lecture plus synthétique. La visualisation est nette dans la planification et l'agencement des brochures qui présentent en effet un balisage saillant grâce à un titrage abondant et cohérent qui structure les thématiques sanitaires abordées. En majorité interrogatifs et situés sur un seul niveau, les titres successifs rythment clairement l'exploration de ces brochures par le lecteur, à l'instar de la brochure *La composition de la fumée du tabac* : « Que contient la fumée de cigarette ? » – « Quelles sont les substances responsables des cancers ? » – « Quels sont les effets de la nicotine ? » – « Pourquoi la cigarette est-elle irritante ? »... Dans ce cadre paratextuel, chaque section est ordinairement composée en paragraphes courts mettant en évidence un aspect de la thématique sanitaire traitée. Par exemple, dans la brochure *Le tabac en quelques chiffres*, sous le titre « Combien de fumeurs sont dépendants ? » figurent quatre paragraphes de trois à cinq lignes chacun qui découpent les tranches d'âge affectées par la dépendance tabagique (12-15 ans, 16-25 ans, 26-60 ans, plus de 60 ans) en séquences identifiables d'un coup d'œil. Les parcours de lecture sont de surcroît visualisés par la récurrence du soulignement en gras des passages les plus importants et par de fréquents retours à la ligne, assortis de numérotations ou de marquages typographiques (tirets, puces). Le tout donne une mise en page rationalisée de l'information sanitaire communiquée, comme en témoigne la brochure *Grossesse sans tabac*.

Un autre facteur de visualisation du message antitabagique réside dans le recours à des procédés plus directement iconiques. Ceux-ci consistent d'abord en une colorisation significative des pages qui revêt souvent une connotation symbolique. Ainsi, près du tiers des pages de la brochure *Le tabagisme passif* a le fond coloré en rouge, symbole de danger dans notre imaginaire collectif. Par contre, la couverture et plusieurs pages de la brochure *J'arrête de fumer* ont un fond bleu ciel, avec les connotations euphoriques que cette couleur évoque. En outre, les brochures de l'INPES contiennent de nombreuses représentations graphiques qui rendent le message plus facilement compréhensible¹². Soit celles-ci prennent la forme de schémas explicatifs qui offrent une monstration concrète

¹² Comme l'indique Jacobi (1984), si on trouve des représentations graphiques dans le discours scientifique, leur rôle augmente considérablement avec sa vulgarisation.

des concepts techniques exposés, comme le schéma des deux courants créés par le fait de fumer une cigarette (*Tab. passif*) ; soit les représentations graphiques consistent en des dessins qui récapitulent le contenu d'un passage. Entre autres, dans la brochure *La composition de la fumée du tabac*, la toxicité longuement décrite de celle-ci est annoncée visuellement sur la couverture avec la représentation verticale d'une cigarette d'où émane une tête de mort sous forme de fumée. Tous ces procédés relèvent de l'imagerie¹³ qui matérialise dans des configurations iconiques un discours hygiéniste pouvant sans cela être perçu comme trop abstrait.

4.1.2. Clarification du message sanitaire

Mais l'expertise dans la médiatisation des brochures de l'INPES se manifeste avant tout au niveau de leur message antitabagique. Le discours de spécialiste y est clarifié en un discours à visée pédagogique, davantage accessible pour le public, à travers deux démarches conjointes.

D'un côté, on observe une stratégie métalinguistique d'explication du contenu sanitaire des brochures afin d'éliminer toute difficulté d'interprétation. Répondant à un idéal de transparence, une telle stratégie opère selon deux modalités. En général, le langage savant, pris comme pivot du discours, est reformulé en langage commun. Ainsi, on relève des définitions encyclopédiques qui élucident la phraséologie technique utilisée : « Le tabagisme passif, c'est le fait d'inhaler de manière involontaire la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs. » (*Tab. passif*). De même, on remarque une importante activité d'éclaircissement de la terminologie spécialisée employée, qu'elle s'effectue par des outils de reformulation : « La nicotine est une substance psychoactive, c'est-à-dire qu'elle agit sur le cerveau. » (*Compos. fumée*) ou par des propositions relatives : « L'estimation du coût social du tabac, qui correspond à l'ensemble des coûts supportés par la collectivité, est très difficile. » (*Tab. en chiffres*). Avec ces explications, on n'a pas seulement des réénonciations langagières en des équivalents plus familiers, mais de véritables reconceptualisations. Ainsi, dire que la nicotine est une substance psychoactive suppose un point de vue psychologique théorique. Par contre, écrire qu'elle agit sur le cerveau, c'est insister sur son agression organique. Plus rarement, les rédacteurs des brochures

¹³ Théorisée par les cognitivistes et divers psychologues, l'imagerie désigne les effets figuratifs produits par certains signes, verbaux ou non verbaux, en liaison avec la mémoire et l'imaginaire. Voir Denis (1989).

adoptent directement le langage commun, en mentionnant le langage savant entre parenthèses : « La fumée du tabac contient [...] des irritants et des produits toxiques (monoxyde de carbone) qui peuvent provoquer l'apparition de cancers. » (*Tab. passif*). Dans ce cas, la lisibilité immédiate du discours est privilégiée, mais le rappel de son arrière-plan savant garantit le sérieux de la communication instaurée.

Parallèlement, cette stratégie d'explication s'accompagne d'une stratégie de simplification qui filtre les informations les plus susceptibles de produire un effet sur le public pour lequel elles sont médiatisées¹⁴. En ce qui concerne le lexique, la simplification s'effectue par le choix de termes plutôt génériques à la place de termes spécifiques qui pourraient ralentir la transmission du message. Dans cette optique, l'entité institutionnelle est facilement employée pour ses composantes humaines, selon la figure rhétorique de la synecdoque généralisante (Bonhomme 2005) : « La recherche récente a mis en garde contre l'augmentation du tabagisme chez les femmes. » (*Tab. en chiffres*). Plus largement, les auteurs des brochures de l'INPES cultivent les énoncés approximatifs dont Sperber et Wilson (1989) ont montré la pertinence dans certaines situations de communication. En particulier, les approximations chiffrées conviennent parfaitement dans ces brochures, car ce qui compte pour le public, c'est l'ordre de grandeur des données numériques et non leur exactitude : « Un peu moins d'un tiers des femmes enceintes continuent de fumer durant leur grossesse. » (*Grossesse*). De même, les articles indéfinis suffisent pour déterminer certaines notions, du moment que la légitimité de la source énonciative en cautionne la véracité : « Le tabagisme passif aggrave des pathologies existantes et en crée de nouvelles. » (*Tab. passif*). Enfin, les références aux sources scientifiques rapportées sont minimales, comme on a l'a constaté dans la section 3.2 et comme le confirme cette occurrence : « Ce test a été validé par l'ensemble de la communauté scientifique au niveau international. » (*J'arrête*). La seule identité de la source experte citée, gage d'autorité, importe en effet beaucoup plus que ses différentes qualifications.

¹⁴ Pour le rôle de la simplification dans le discours médiatique sur la santé, voir Grison et Jacobi (2010).

4.2. Vers un discours de dissuasion experte

En plus de sa vulgarisation des dangers du tabac, l'expertise des brochures de l'INPES dans la médiatisation sanitaire s'attache surtout à un objectif de prévention : mettre fin au tabagisme en vertu de valeurs hygiénistes, tant individuelles que collectives. On peut parler de dissuasion experte qui opère conjointement selon deux directions.

4.2.1. *Orientation argumentative dévalorisante*

Si les brochures de l'INPES construisent apparemment un discours d'évidence à portée objectivante sur le tabagisme, elles recourent en fait à une rhétorique invariablement disqualifiante qui le dégrade en antivaleur à l'intérieur de ce discours. Apparaît alors l'autre facette du processus de schématisation qui consiste non seulement à sélectionner les aspects du tabagisme les plus éclairants, mais encore à leur conférer une orientation argumentative dévalorisante pour dissuader le public de fumer et l'inciter à adopter une conduite personnelle conforme aux normes sanitaires préconisées au nom de l'intérêt général. Cette orientation argumentative est patente dans les séquences rationnelles des brochures et dans leurs développements impressifs.

S'appuyant sur la force de conviction du *logos*¹⁵, l'orientation antitabagique des brochures de l'INPES peut s'articuler sur un raisonnement serré lorsqu'elles réfutent le point de vue positif des fumeurs dans un dialogisme interdiscursif¹⁶. Soit un extrait de la brochure *J'arrête de fumer* :

Les cigarettes légères ont été créées pour laisser croire qu'elles pourraient diminuer la quantité de produits toxiques inhalés par les fumeurs. Elles restent extrêmement dangereuses. [...] En effet, les taux de nicotine et de goudrons indiqués sur les paquets correspondent au rendement des machines à fumer, mais aucun fumeur ne se comporte comme une machine de référence. C'est pourquoi, dans les pays de l'Union européenne, la mention « cigarettes légères » est interdite.

La quantité de produits toxiques absorbés varie selon la manière dont on fume. Quand une personne dépendante à la nicotine se met aux cigarettes légères, elle modifie automatiquement sa façon de fumer et absorbe la même quantité de nicotine qu'auparavant, puisque son organisme en ressent toujours le besoin.

Enfin, les recherches montrent que les cigarettes légères entraînent des formes nouvelles et plus dangereuses de cancer.

¹⁵ Le terme *logos* signifie à la fois parole et raison en grec.

¹⁶ Dans l'acception de Moirand (2002), le dialogisme interdiscursif désigne les réactions d'un énoncé à des énoncés antérieurement produits.

L'argument en faveur de la non-dangereuse des cigarettes légères est ici infirmé point par point, successivement sur les plans technique, législatif et comportemental. Le raisonnement s'achève par un renchérissement paradoxal sur la plus grande dangerosité de ces produits, le but implicite étant de détourner le public de tout type de cigarette. Le renchérissement contre le point de vue tabagique peut se faire en l'infléchissant, comme dans un autre passage de la même brochure. Le plaisir que trouve le fumeur y est d'abord éclairé négativement dans sa dimension artificielle et fugace en raison de l'effet de drogue de la nicotine. L'énonciateur renchérit ensuite sur l'idée de plaisir, en la réorientant par contraste vers le plaisir naturel et durable causé par l'arrêt du tabac.

L'orientation argumentative contre le tabagisme se dégage aussi de mises en discours davantage impressives. Considérons cet extrait de la brochure *La composition de la fumée du tabac* :

La fumée de cigarette est un aérosol [...] qui contient 4000 substances dont plus de 40 sont cancérogènes. Une cigarette contient du tabac, de la nicotine, des agents de texture. Ce qu'on ne sait pas toujours, c'est qu'une fois allumée, la cigarette devient une véritable usine chimique. Sa combustion provoque la formation de très nombreuses substances toxiques dont les goudrons, des gaz toxiques (monoxyde de carbone, oxyde d'azote, acide cyanhydrique, ammoniac) et des métaux lourds (cadmium, mercure, plomb, chrome).

Le fumeur d'un paquet par jour inhale 250 ml de goudrons par an, soit l'équivalent de deux pots de yaourt. Les goudrons [...] regroupent un très grand nombre de substances (notamment des hydrocarbures comme le benzène). Ils recouvrent les poumons d'une substance gluante brun-noir et ont un effet nocif sur les muqueuses.

Ce passage décrit certes une réalité présentant une toxicité intrinsèque et des risques pour la santé. Mais dans la diffusion de cette réalité à l'adresse du public, l'énonciateur expert en rhétorique médiatique amplifie encore sa négativité, en recourant à des procédés convergents. D'une part, parmi les 4000 substances entrant dans la composition du tabac, celles qui pourraient avoir une valeur positive, comme la vanille ou le cacao, sont délibérément occultées, ce qui ferme le discours sur une isotopie exclusivement dépréciative, elle-même intensifiée en plusieurs points : « dont plus de 40 sont cancérogènes », « de très nombreuses substances toxiques »... D'autre part, tout est fait pour passer du registre didactique de l'expertise vulgarisatrice (voir « ce qu'on ne sait pas toujours ») au registre pathémique sollicitant les affects du lecteur de façon à entraîner sa répulsion. Celle-ci est stimulée par l'accumulation, assez exceptionnelle, des termes techniques issus de la chimie (monoxyde de carbone,

oxyde d'azote, acide cyanhydrique...), dont l'étrangeté formelle peut renforcer l'idée de menace aux yeux du public. La répulsion du lecteur est également activée par les analogies construites ou suggérées. La métaphore de la « véritable usine chimique » disqualifiant la cigarette recatégorise un produit de consommation en une entité dangereuse. L'équivalence posée entre la quantité de goudrons qu'un fumeur inhale par an et « deux pots de yaourt » fournit un repère quotidien frappant pour exprimer l'importance de cette quantité. Les « hydrocarbures » et la « substance gluante brun-noir » apparaissant à la fin du passage évoquent analogiquement la pollution par la marée noire. Entremêlant axiologie négative et dysphorie, toutes ces représentations analogiques convertissent l'information sanitaire en un discours dramatisant qui table sur le rejet du tabagisme en jouant sur la peur.

4.2.2. *Implication du public dans l'expertise antitabagique*

En même temps qu'elles orientent négativement leur communication pour dissuader le public de fumer, les brochures de l'INPES entretiennent un dialogisme interlocutif¹⁷ afin de l'impliquer activement dans le rejet du tabagisme.

De la sorte, tout en préservant leur éthos d'autorité, les brochures s'efforcent d'amorcer une interaction ouverte avec leurs destinataires. Dans ce but, elles estompent autant que possible leur position surplombante, en atténuant la directivité de leur message qui pourrait être perçue comme trop rigide et difficilement acceptable¹⁸. Ainsi, à diverses reprises le discours d'expertise sur les méfaits du tabagisme est modalisé, laissant place à la nuance : « Le tabac serait responsable d'environ 35% des grossesses extra-utérines. » (*Grossesse*), ou à la concession : « Les risques demeurent certes moins importants que chez le fumeur actif. » (*Tab. passif*). Une modalisation similaire concerne l'objectif de ces brochures, à savoir l'arrêt du tabac, de façon à laisser une certaine latitude aux fumeurs ciblés. Un tel arrêt se voit dès lors formulé avec les modalités du préférable (« Il est préférable de ne pas fumer quand on allaite son bébé. », *Grossesse*) ou du souhaitable (« Il est souhaitable d'arrêter le plus tôt possible avant une opération. », *Opération*). Plus rarement, la directivité du

¹⁷ Pour Moirand (2002), le dialogisme interlocutif définit les relations d'un énoncé avec la réaction ou la réponse de ses destinataires, réels ou virtuels.

¹⁸ Robillard *et al.* (2012) font remarquer que les interventions brutales dans la thérapie du tabagisme sont contre-productives, dans la mesure où elles découragent les patients.

discours s'affaiblit jusqu'à laisser totalement l'initiative au lecteur-fumeur, que ce soit dans le choix du non-tabagisme (« Peut-être êtes-vous prêt à changer votre comportement. », *Opération*) ou dans celui du tabagisme, à condition de suivre certaines règles : « Si vous ne souhaitez pas vous arrêter de fumer pour le moment, essayez toutefois de respecter un certain nombre de principes. » (*Tab. passif*).

D'un autre côté, adoptant une « logique de proximation » (Amey & Hammer 2010 : 109), les rédacteurs des brochures de l'INPES s'appliquent à réduire la distance – due à leur éthos d'autorité – avec le public qu'elles cherchent à influencer. Pour cela, elles intègrent son point de vue dans le leur, par le biais d'une énonciation polyphonique. Tantôt les rédacteurs de l'INPES conservent un point de vue expert prédominant, se bornant à insérer un indice fragmentaire du point de vue profane dans leur discours : « L'utilisation des substituts nicotiniques doit cependant se faire sous contrôle médical pour les femmes enceintes ou les mamans qui allaitent. » (*Grossesse*). Ici, le terme « mamans » fait écho au point de vue affectif qui guide les relations familiales entre mères et enfants. Tantôt l'amalgame énonciatif entre le point de vue des rédacteurs de l'INPES et celui du public est davantage égalitaire. Sur le plan psychologique, suite à un *on* syncrétique, les premiers semblent partager les hésitations du second devant l'arrêt du tabac :

Il n'est pas facile d'arrêter de fumer. [...]

- d'abord, on n'y pense pas vraiment, on se trouve bien comme on est ;
- un jour, on commence à se poser des questions [...]
- et puis on se décide. On se renseigne alors sur les différentes méthodes. (*J'arrête*)

Sur le plan pratique, un *nous* convertit les auteurs des brochures et leurs destinataires en victimes à part égale du tabagisme passif : « Comment la loi nous protège-t-elle du tabagisme passif ? » (*Tab. passif*).

Surtout, selon la démarche de la « self-efficacy » (Gallopel-Morvan 2013 : 88), les brochures de l'INPES essaient de faire participer les fumeurs au processus de la lutte antitabagique, les engageant à la responsabilisation. L'expertise savante des rédacteurs institutionnels laisse à ce moment la place à l'« expertise profane » (Blondiaux 2008 : 43) de la communauté des fumeurs, à travers divers rôles. Ainsi, le patient est encouragé à devenir un meilleur connaisseur dans le domaine du tabac, en se procurant de la documentation sur lui : « Recherchez les informations qui peuvent contribuer à renforcer votre

motivation et vous aider à surmonter vos craintes. » (*J'arrête*). De même, le patient est convié à se faire le témoin de son tabagisme et à communiquer son expérience sur le site tabac-info-service.fr : « Vous pouvez aussi déposer votre témoignage. » (*Grossesse*)¹⁹. Il est encore incité à se transformer en évaluateur de sa dépendance tabagique : « L'évaluation de votre dépendance est facilement réalisable à l'aide du test de Fagerström. Le résultat du test va guider votre stratégie de sevrage. » (*Opération*). Cette invitation à l'auto-évaluation caractérise toute une section de la brochure *J'arrête*, avec une série d'examens laissés à la disposition du lecteur-fumeur : grille destinée à faire le point sur son accoutumance, tests sur son addiction, exercices de motivation sur sa volonté d'arrêter le tabac... Au degré fort, le fumeur devient le propre décideur de sa cessation du tabagisme quand des titres à la première personne du singulier en focalisent sur lui les étapes :

1. Je fume
 2. J'hésite à arrêter
 3. J'ai décidé d'arrêter
 4. J'arrête de fumer
- (*J'arrête*)

Au bout du compte, on assiste non seulement à un transfert énonciatif du discours antitabagique, désormais assumé par un fumeur pleinement persuadé, mais aussi à une anticipation du succès de ce discours, formulé dans un présent (« J'arrête de fumer ») qui se veut définitif.

5. Conclusion

L'analyse du discours déployé dans les brochures de l'INPES nous a permis de distinguer en leur sein deux types d'expertises qui sous-tendent leurs campagnes antitabagiques auprès de la population française : d'une part, une expertise sanitaire, basée sur la distance de l'autorité et du savoir spécialisé en matière de tabagisme ; d'autre part, une expertise médiatique dans la sensibilisation et la responsabilisation du public à l'encontre du tabac, laquelle tend à instaurer une proximité avec lui afin de mieux le dissuader de fumer. Si les brochures examinées font voir une tension constante entre ces deux

¹⁹ Amey et Hammer (2010 : 114) parlent dans ce cas de « témoignage performatif », son but étant de faire agir les personnes concernées par le même problème.

expertises, leur contexte institutionnel de prévention gouvernementale subordonne leur expertise sanitaire à leur expertise médiatique, dans la mesure où seule une communication réussie sur les dangers du tabac peut modifier les comportements du public. Par ailleurs, la méthodologie de l'analyse du discours s'est avérée particulièrement efficace pour mettre en lumière les différentes strates d'« effets-experts » produits par ces brochures, ainsi que la polyvalence de leurs domaines d'action (entre politique, santé et médias) et de leurs fonctions (entre information et dissuasion). Toutefois, une telle méthodologie présente certaines limites pour appréhender le cadre idéologique, fait d'un bonheur collectif normalisé, dans lequel baignent ces brochures, de même que leur impact effectif auprès de la population ciblée. En cela, notre étude pourrait être complétée par une recherche davantage sociologique à leur propos.

Références bibliographiques

- AMEY, Patrick et Raphaël HAMMER (2010), « Témoignages et don d'organes : émotions et narration dans la presse suisse romande », dans Hélène ROMÉYER (dir.), *La santé dans l'espace public*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 107-116.
- AUSTIN, John Langshaw (1970), *Quand dire c'est faire*, Paris, Le Seuil.
- AUTHIER, Jacqueline (1982), « La mise en scène de la communication dans des discours de vulgarisation scientifique », *Langue française*, n° 53, p. 34-47.
- AZAGBA, Sunday et Mesbah SHARAF (2013), « The effect of graphic cigarette warning labels on smoking behavior: evidence from the canadian experience », *Nicotine and Tobacco Research*, vol. III, n° 5, p. 708-717.
- BERRENDONNER, Alain (1981), *Éléments de pragmatique linguistique*, Paris, Minuit.
- BLONDIAUX, Loïc (2008), « Le profane comme concept et comme fiction politique », dans Thomas FROMENTIN et Stéphanie WOJCIK (dir.), *Le profane en politique*, Paris, L'Harmattan, p. 37-51.
- BONHOMME, Marc (2005), *Pragmatique des figures du discours*, Paris, Champion.
- BONHOMME, Marc (2009), « Les avertissements antitabac : informer, ébranler, convaincre ? », dans Caroline OLLIVIER-YANIV et Michael RINN (dir.), *Communication de l'État et gouvernement du social*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, p. 123-137.
- BONHOMME, Marc (2015), « L'hétérogénéité des registres dans les annonces sanitaires : le cas des campagnes antitabac », *Études de Lettres*, n° 1-2, p.47-64.

- BROWN, Abraham, Ann McNEILL, Ute MONS et Romain GUIGNARD (2012), « Do smokers in Europe think all cigarettes are equally harmful ? », *European Journal of Public Health*, n° 22, p. 35-40.
- DECHAMP-LE ROUX, Catherine, Ghislaine LOZACHMEUR et Mohamed SAKI (2010), « Approche comparative des discours et des politiques de prévention en santé », dans Hélène ROMÉYER (dir.), *La santé dans l'espace public*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 15-58.
- DENIS, Michel (1989), *Image et cognition*, Paris, PUF.
- DISDIER, Anne-Célia et Valelia MUNI TOKE (2012), « Le discours d'expert dans la gestion du risque alimentaire : l'exemple du méthylmercure », dans Nathalie GARRIC et Isabelle LEGLISE (dir.), *Discours d'experts et d'expertise*, Berne, Peter Lang, p. 153-177.
- DOURY, Marianne et Pierre LEFEBURE (2006), « Intérêt général, intérêts particuliers, la construction de l'éthos dans le débat public », *Questions de communication*, n° 9, p. 47-72.
- DUCROT, Oswald (1995), « Topoi et formes topiques », dans Jean-Claude ANSCOMBRE (dir.), *Théorie des topoi*, Paris, Kimé, p. 85-99.
- GALLOPEL-MORVAN, Karine (2013), « Le paquet de cigarettes : un support de communication au service de l'industrie du tabac ou de prévention des comportements tabagiques ? », *Communications et langage*, n° 176, p. 79-92.
- GARRIC, Nathalie et Isabelle LEGLISE (2012), « Analyser le discours d'expert et d'expertise », dans Nathalie GARRIC et Isabelle LEGLISE (dir.), *Discours d'experts et d'expertise*, Berne, Peter Lang, p. 1-16.
- GRISON, Pauline et Daniel JACOBI (2010), « Manger au moins cinq fruits et légumes par jour : savoirs et discours sur les effets bénéfiques de l'alimentation sur la santé », dans Hélène ROMÉYER (dir.), *La santé dans l'espace public*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 79-89.
- GRIZE, Jean-Blaise (1982), *De la logique à l'argumentation*, Genève, Droz.
- HILL, Catherine (2012), « Épidémiologie du tabagisme », *La revue du praticien*, n° 625, p. 1-5.
- JACOBI, Daniel (1984), « Du discours scientifique, de sa reformulation et de quelques usages sociaux de la science », *Langue française*, n° 64, p. 38-52.
- JACOBI, Daniel (1999), *La communication scientifique*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- LEBARON, Frédéric (2010), *La croyance économique*, Paris, Le Seuil.
- MOIRAND, Sophie (2002), « Dialogisme », dans Patrick CHARAUDEAU et Dominique MAINGUENEAU (dir.), *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Le Seuil, p. 175-178.
- OLLIVIER-YANIV, Caroline (2013), « Communication, prévention et action publique : proposition d'un modèle intégratif et configurationnel. Le cas de la prévention du tabagisme passif », *Communications et langage*, n° 176, p. 93-111.

-
- ROBILLARD, Chantal, Joseph LEVY et Marilyn OUELLET (2012), « Les dépendances et les interventions assistées par les technologies de l'information en ligne », dans Christine THOËR et Joseph LEVY (dir.), *Internet et santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 279-309.
- SPERBER, Dan et Deirdre WILSON (1989), *La pertinence*, Paris, Minuit.
- TAVERNIER, Nathalie (2012), « Une lecture rhétorique de l'expertise. La construction de l'éthos du sociologue dans les médias », dans Nathalie GARRIC et Isabelle LEGLISE (dir.), *Discours d'experts et d'expertise*, Berne, Peter Lang, p. 19-46.
- TREPOS, Jean-Yves (1996), *La sociologie de l'expertise*, Paris, PUF.

ENTRE INFORMATION ET INCITATION. STRATEGIES ET EXPERTISES DANS LES DISCOURS PUBLICS DU DON D'ORGANES

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

Résumé

Cet article porte sur la communication publique du don d'organes et de la médecine de transplantation en Suisse réalisée dans les messages diffusés par l'Office Fédéral de la Santé publique (OFSP). On observe deux stratégies distinctes : dans les *messages permanents*, il est privilégié l'information ; dans les *messages ponctuels*, l'incitation. La stratégie *informative* s'adosse à un travail d'*objectivisation* faisant appel à une « expertise traditionnelle » en santé, celle des professionnels de la santé et des scientifiques. Quant à la stratégie *incitative*, elle s'appuie sur un travail de *subjectivisation* mobilisant une forme particulière de « non-expertise », celle d'un profane qui sait comment procéder pour faire juste.

Mots-clés : communication publique ; don d'organes ; expertise ; information ; incitation.

1. Introduction

L'analyse des discours publics de santé présentée ci-après a été réalisée dans le cadre d'une recherche interdisciplinaire sur la décision de don d'organes et ses représentations¹. Dans ce contexte², il avait été confié au Centre de Linguistique et des Sciences du Langage de l'Université de Lausanne le mandat de travailler spécifiquement sur les messages publics du don d'organes³. Il s'agissait avec ce mandat de cibler des messages émis dans l'espace public en portant tout à la fois l'attention sur les réalisations langagières de la communication publique du don d'organes et ses enjeux psychosociaux. Le présent article s'inscrit dans ce cadre et traite plus particulièrement des

¹ Se référer à Bosisio (2013).

² Pour une présentation du projet *La médecine de transplantation entre rhétorique du don et vision biomédicale du corps* et de ses résultats généraux, se référer à Bosisio, Merminod, Burger, Pascual, Moretti et Benaroyo (2013).

³ Marcel Burger et Gilles Merminod sont les linguistes qui ont participé à cette recherche grâce au soutien de la Faculté de Lettres de l'Université de Lausanne et de la Société Académique Vaudoise. Pour plus d'informations sur le fonctionnement interdisciplinaire de cette recherche, consulter Merminod (2013).

stratégies déployées entre 2007 et 2010 par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) pour parler publiquement du don d'organes et de la médecine de transplantation en Suisse.

1.1. Communiquer publiquement

La communication publique relève de la mise en visibilité de problèmes d'intérêt général (Burger 2013, 2014a, 2014b ; Merminod 2013 ; Romeyer 2010 ; Thompson 2000) et répond dans les discours des institutions d'Etat à deux finalités majeures (Ollivier-Yaniv 2000 ; Demont-Lugol, Scibetta, Rapidel et Kempf 2006) : d'une part, elle vise la légitimation et la justification des actions de l'Etat, notamment par l'explication des droits et devoirs des citoyens ; d'autre part, elle tend à la modification des comportements pour contrôler et réduire les coûts engendrés par les problèmes sociaux. Dans le cas des campagnes de santé publique, on retient plus précisément les trois orientations suivantes (Logan 2010 : 77-78) : agir sur les connaissances et améliorer la prise de conscience à propos d'un objet ; modifier les attitudes par rapport à un objet ; modifier les inclinations comportementales. Les campagnes de santé publique visent ainsi selon les cas à informer la population et/ou à l'inciter à adopter certains comportements. De ce fait, l'instance communicante en charge de ces campagnes doit construire discursivement sa légitimité et sa crédibilité à parler publiquement pour faire connaître ou pour faire agir (Charaudeau 2010 : 7-8).

La légitimité à parler publiquement d'une thématique de santé se fonde sur un mandat social de communication de l'information. Un tel mandat peut être relatif à une charge politique (dans le cas d'une institution publique ou privée mandatée par l'Etat pour communiquer sur une thématique spécifique) ou à une mission démocratique (pour les journalistes, une mission d'information des citoyens ; pour les scientifiques, une mission de transmission du savoir). Outre le mandat qui l'institue, la légitimité à parler publiquement s'appuie également sur le fait de savoir communiquer (*i.e.* savoir sélectionner, sémiotiser et diffuser de l'information).

Dans ce sens, la légitimité à parler publiquement de santé est également relative à la nature même de l'information qu'il s'agit de communiquer. Dans le cas de la santé, la légitimité à parler s'adosse à l'expertise en santé. Celle-ci peut être basée sur des savoirs et des savoir-faire dans le domaine en question ou sur

des expériences vécues⁴. On remarque néanmoins que le fait de parler publiquement de santé échoît le plus souvent à des instances de relais (médias, agences de communication, etc.) et non pas directement aux experts en santé. Il s'agit alors pour les instances de relais de rapporter des expertises en santé : par exemple, rapporter l'avis d'un médecin ou le témoignage d'un malade. S'adosser à ces expertises conditionne ainsi non seulement la légitimité mais également la crédibilité à parler, qui se marquent et se manifestent autant dans le choix des expertises mobilisées que dans la façon même de les mobiliser en discours (Charaudeau 2005 ; Garric et Léglise 2012).

Pour ce qui concerne la publicisation du don d'organes et de la médecine de transplantation en Suisse, la légitimité et la crédibilité à parler se construisent diversement : parler de médecine de transplantation mobilise généralement une expertise basée sur un savoir médical ou scientifique (Hammer 2012 : 61) ; parler du don d'organes convoque, en plus de l'expertise médicale, des formes de témoignage de *profanes directement touchés* par la thématique du fait de leur vécu (Amey et Hammer 2010 ; Hammer 2012 : 61).

Dans les discours publics produits par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation, la légitimité et la crédibilité s'addosent pour partie à ces formes d'expertises. Néanmoins, s'agissant pour l'OFSP d'adopter un positionnement neutre par rapport à la thématique, les témoignages de *profanes directement touchés* par la thématique sont peu nombreux parce que la dimension pathémique pourrait avoir pour effet d'argumenter en faveur ou en défaveur du don d'organes. La figure du profane n'est cependant pas absente des discours de l'OFSP : elle prend la forme d'un citoyen *lambda* qui n'est pas touché directement par la thématique mais qui pourrait l'être dans le futur.

Dans les messages de l'OFSP, la mobilisation de l'expert médical ou du citoyen *lambda* est relative à deux stratégies de communication différentes : une stratégie *informative* pour laquelle on observe un travail d'objectivisation faisant appel à une expertise basée sur les savoirs en santé et une stratégie *incitative* pour laquelle on observe un travail de *subjectivisation* faisant appel à une forme particulière de témoignage où il ne s'agit pourtant pas de partager une expérience vécue mais plutôt de témoigner d'une non-expertise dans laquelle

⁴ De fait, l'expérience est une sorte d'expertise : le malade est l'expert de ses symptômes et du vécu de sa maladie.

tout un chacun peut se reconnaître⁵. Dans notre contribution, nous observons plus particulièrement le rapport entre expertises et stratégies de communication pour saisir la construction de la légitimité et de la crédibilité à parler publiquement du don d'organes et de la médecine de transplantation.

Nous avons choisi une approche « qui porte l'attention sur le fonctionnement et le rôle des marques linguistiques dans la production et l'interprétation des discours » (Burger 2008 : 16). Pour ce faire, nous mobilisons des outils de divers courants de la pragmatique : les descriptions discursives des pratiques d'*information* et d'*incitation à l'action* proposées respectivement par Charaudeau (2011) et Adam (2001) ; la distinction entre *contenu* et *relation* faite par Watzlawick, Beavin et Jackson (1967) ; la tripartition des actes de langage en *dire que*, *dire de*, *demander si* par Sperber et Wilson (1989) ; les notions de *responsabilité* et *configuration énonciatives* inspirées des travaux de Kerbrat-Orecchioni (2009 [1980], 1992) et Maingueneau (2005) ; enfin, les notions de *modulation fonctionnelle* et d'*équivalence sémantique* employées par Bonhomme et Rinn (1997) à propos de la traduction des discours publicitaires.

1.2. Les données de l'analyse

En Suisse, on observe au moins trois lieux d'émergence des messages publics à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation : les institutions, les associations et les médias⁶. Nous nous restreignons ici à l'analyse des messages d'une institution, l'Office Fédéral de la Santé Publique.⁷

Le corpus des messages de l'OFSP à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation manifeste les particularités suivantes :

⁵ Cette stratégie de l'OFSP est originale en regard de la quasi-inexistence de la voix du citoyen *lambda* exprimant son opinion sur le don d'organes observée dans les médias de presse (Hammer 2012 : 60).

⁶ D'importantes recherches ont été réalisées sur le don d'organes dans les médias : sur le don d'organes dans la presse suisse-romande (Hammer et Amey 2009 ; Hammer et Amey 2010 ; Hammer 2009 ; Hammer 2010) ; sur les effets de la mise à l'agenda médiatique du don d'organes et de la médecine de transplantation (Schultz 2008).

⁷ Il existe un autre émetteur institutionnel dont la mission diffère de celle de l'OFSP : Swisstransplant est responsable de la coordination des attributions d'organes en Suisse et gère la liste des receveurs en attente d'organes. Dans ce cadre, Swisstransplant émet un certain nombre de messages publics d'information et de promotion du don d'organes.

- Les messages sont soumis à des contraintes juridiques et politiques relatives à un mandat d'information à la population⁸ ;
- Les messages sont délivrés sur une diversité de supports de communication (carte de donneur, brochures, dépliants, affiches et annonces, spots audio-visuels, sites internet) ;
- Les messages évoluent au fil du temps pour des motifs *tactiques*⁹ et *logistiques*¹⁰ ;
- Les messages sont émis dans trois langues officielles de la Confédération suisse : l'allemand, le français et l'italien.

Parmi les catégorisations possibles des messages de l'OFSP à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation, deux critères ont été retenus : d'une part, leur statut de *discours* (discours à propos de la thématique) ou de *méta-discours* (discours sur des discours réalisés ou à réaliser à propos de la thématique) ; d'autre part, leur *inscription temporelle* dans l'espace public. Cela mène à l'établissement de trois grandes catégories de messages publics produits par l'OFSP à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation :

- le *méta-discours de l'institution* au sujet de ses activités de communication : des messages diffusés via *Spectra*¹¹, le *Bulletin de l'OFSP*¹² et certaines pages de *bag.admin.ch/transplantation*¹³ ;
- les *discours de diffusion permanente* : des messages diffusés via les pages de *bag.admin.ch/transplantation* mais également via la carte de donneur, une brochure d'information générale et des outils didactiques ;

⁸ Il s'agit de la Loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules. Les limites et l'interprétation du mandat donné par la loi font l'objet d'une discussion par les juristes et le milieu de la transplantation (Mader 2010, 2011 ; Flückiger 2010 ; Perret 2010 ; Hauger 2009).

⁹ La volonté de privilégier tel ou tel angle de traitement de la problématique.

¹⁰ Par exemple, le changement d'agence de publicité travaillant avec l'OFSP pour la campagne 2011 par rapport à celui travaillant avec l'OFSP pour les campagnes 2007-2010 se marque par une modification de l'identité visuelle des campagnes.

¹¹ Le magazine bimestriel publié par l'OFSP en allemand, français et anglais.

¹² La publication hebdomadaire de l'OFSP, en allemand et en français.

¹³ Le site internet de l'OFSP *bag.admin.ch* propose une section complète, *bag.admin.ch/transplantation*, consacrée au don d'organes et à la médecine de transplantation.

- les *discours de diffusion ponctuelle* : des messages diffusés lors des campagnes annuelles ou bisannuelles via des communiqués de presse, des annonces et affiches, des spots audio-visuels, des bannières internet et le site *transplantinfo.ch*¹⁴.

Pour cet article, nous centrons l'attention sur les messages *permanents* et *ponctuels* émis par l'OFSP entre 2007 et 2010¹⁵.

2. Informer la population et inciter à l'expression de la volonté

Comme posé en introduction, les campagnes de santé publique sont mises en place pour réagir à des problèmes d'intérêt général. La communication publique à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation ne fait pas exception à la règle, s'ancrant dans une situation sociale en tension définie par une pénurie d'organes transplantables (Hammer 2012 : 4-16). Cette situation de pénurie aux causes multiples (Herpin et Paterson 2000) - notamment l'accroissement de la demande d'organes transplantables (Bosisio 2013 : 21-23) – est largement relayée par les médias qui participent à sa visibilisation et à sa construction comme problème public (Hammer 2008 : 220-224). Le manque d'organes transplantables fait peser dès lors « une pression toujours plus forte [...] sur les acteurs sociaux de la transplantation [afin qu'ils] cherche[nt] des solutions pour augmenter le nombre d'organes disponibles, dans le respect du cadre éthique et juridique » (Benaroyo 2009 : 4).

On peut penser que, dans une telle situation, les messages de l'OFSP se positionnent en faveur du don d'organes et de la médecine de transplantation, confortés en ce sens par le fait qu'on n'observe pas dans l'espace public suisse de discours en défaveur du don d'organes (Hammer 2010, 2012). Tel n'est pourtant pas le cas. Les messages de l'OFSP s'inscrivent dans un cadre juridique et éthique qui recommande la liberté de choix quant à la décision de donner ou non ses organes. L'OFSP a par conséquent l'obligation d'éviter toute argumentation en faveur ou en défaveur du don d'organes : il ne s'agit pas de faire la promotion du don d'organes mais d'*informer sur les questions liées à la*

¹⁴ Le site *transplantinfo.ch* est un site internet de l'OFSP spécifiquement dédié au don d'organes et à la médecine de transplantation : il présente tout d'abord les mêmes pages que celles disponibles sur le site *bag.admin.ch* ; puis, à partir de 2011, il est dédié à la diffusion de campagnes ponctuelles.

¹⁵ La campagne 2011-2012, et notamment le site internet créé pour l'occasion, a déjà fait l'objet d'une analyse détaillée dans Merminod 2013.

médecine de transplantation et de donner à chacun la possibilité d'exprimer sa volonté concernant le don d'organes en toute connaissance de cause (Loi sur la transplantation, article 61). A ce titre, on conçoit que les messages publics émis par l'OFSP à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation s'inscrivent dans un espace de tension où s'opposent, d'une part, l'obligation légale et, d'autre part, les attentes des milieux de la transplantation (Hammer 2012 : 12) et d'une partie de la classe politique (Perret 2010) qui souhaiteraient que les messages émis par les institutions fassent malgré tout la promotion du don d'organes.

En raison de cette situation sociale en tension, respecter l'obligation d'un positionnement neutre n'est pas une entreprise aisée pour l'OFSP (Flückiger 2010 : 148-149). Comme objet de discours, le « don d'organes » est relatif à des préconstruits culturels qui contraignent argumentativement le message (Grize 2005 : 42). La dénomination¹⁶ même de l'*action de donner* – le « don » – implique en langue une valeur positive associée aux notions de générosité et d'altruisme (Godbout et Caillé 1992). Il est par conséquent d'autant plus difficile pour l'OFSP de garder une position neutre. A cette difficulté s'ajoute que l'institution doit diffuser le même message dans trois langues pour informer semblablement chaque citoyen¹⁷. Or, en Suisse, il y a en fonction des aires linguistiques une forte variabilité culturelle des attitudes et des croyances par rapport au don et à la transplantation d'organes (Schultz 2006).

¹⁶ Dans le cas des campagnes de santé publique, le champ lexical mobilisé est essentiel pour garantir une interprétation convergente des messages par la population, comme l'ont démontré Singy (2004) et Bourquin, Spencer et Singy (2012) pour le cas du sida et de sa prévention.

¹⁷ La diffusion du même message « se heurte » à la diversité des langues, qui agit comme un révélateur de l'opacification inévitable de toute mise en mot (Récanati 1979, Gajo 2003). Pour exemple, on peut prendre l'une des notions centrales de notre problématique: l'expression *don d'organes*, qui se trouve être *Organspende* en allemand et *donazione di organi* en italien. L'expression allemande *Organspende* et l'expression française *don d'organes* correspondent assez bien. *Don* et *Spende* se distinguent en langue de *donation* et *Schenkung* qui signifient tous deux l'*acte de donner régie contractuellement*. Néanmoins, l'italien diffère. On trouve en effet dans les textes officiels suisses non pas *dono di organi* mais *donazione di organi*, cela même si l'on observe de nombreuses occurrences de *dono di organi* dans l'usage courant (une recherche de l'expression *dono di organi* sur Google.ch effectuée le 16 juillet 2014 donne 221'000 résultats contre 164'000 pour *donazione di organi*). *Donazione* signifie – contrairement à *donation* et à *Schenkung* – non seulement l'*acte de donner régi contractuellement* mais également l'*acte de donner dans le cas du don d'organes*. Une telle description pointe qu'il n'est pas indifférent d'employer l'une ou l'autre langue, cela d'autant plus en regard des débats sur les rétributions financières du don d'organes (Mader 2011) : ces variations d'une langue à l'autre influent-elles les représentations du public ? est-ce que la qualification de « donner un (des) organe(s) » comme *Spende* ou *don* aurait tendance à renforcer l'idée qu'il s'agit d'une décision altruiste et personnelle alors qu'une expression telle que *donazione* légitimerait une intervention de forces extérieures à l'espace privé ?

2.1. De la volonté politique aux réalisations pratiques

L'OFSP a reçu de la part de l'Etat suisse un *mandat d'information publique sur les questions liées à la médecine de transplantation* via l'article 61 de la Loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (RS 810.21). Cette information doit « donner à chacun la possibilité d'exprimer sa volonté concernant le don d'organes, de tissus ou de cellules en toute connaissance de cause » et « faire connaître la réglementation et la pratique, notamment [...] présenter les conditions de prélèvement, d'attribution et de transplantation d'organes » (*Loi sur la transplantation*, article 61, alinéas 2a et 2b). Cet article de loi traduit ainsi une volonté politique d'information pour accroître les connaissances du public et accompagner un choix éclairé quant à la décision de don¹⁸. S'il s'agit bien d'*informer* la population, la communication est cependant dirigée pour partie vers une *incitation* spécifique : prendre une décision (*donner ou non ses organes*) et communiquer celle-ci (*le dire à ses proches*). Dès lors, se pose la question suivante : comment informer à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation tout en incitant à communiquer une décision de don sans pour autant inciter au don d'organes lui-même ? L'OFSP y répond en proposant une articulation particulière entre information et incitation selon les messages émis :

- les *messages permanents* informent à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation et visent pour partie l'incitation à l'expression de la volonté ;
- les *messages ponctuels* incitent à l'expression de la volonté, le plus souvent sans qu'aucune information ne soit donnée à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation.

Ces deux stratégies – privilégiant soit l'information, soit l'incitation – mobilisent dès lors des formes de crédibilisation et de légitimation de la parole publique qui sont de nature fort différente.

¹⁸ Dans ses *méta-discours*, l'OFSP légitime ses choix de communication par référence à cette base légale.

2.2. De quelques traits distinctifs entre *informer* et *inciter*

On peut établir, à la suite de Charaudeau (2011) et Adam (2001), les distinctions suivantes entre *informer* et *inciter* :

L'acte d'informer [...] en tant qu'il doit décrire (identifier-qualifier des faits), raconter (rapporter des événements), expliquer (fournir les causes de ces faits et événements) [...]. L'acte d'informer participe de ce processus de transaction en faisant circuler entre les partenaires un objet de savoir que l'un est censé posséder et l'autre pas, que l'un est chargé de transmettre et l'autre est censé recevoir, comprendre, interpréter, subissant du même coup, une modification par rapport à son état initial de connaissance. (Charaudeau 2011 : 30-31)

[Les textes d'incitation à l'action] prétendent tous diriger nos actions en nous disant quoi faire et comment le faire, en nous assurant de ce qui adviendra si nous suivons ou ne suivons pas leurs consignes et recommandations. [...] Conseiller, c'est indiquer à quelqu'un ce qu'il doit faire ou ne pas faire et ce guidage va de suggérer, recommander et proposer à presser, inciter, pousser (à), en passant par avertir, aviser, conduire, persuader, convaincre, diriger. Un très large éventail d'actes de langage – du conseil-recommandation à l'ordre – peut être regroupé dans la catégorie du *dire de*, que D. Sperber et D. Wilson (1989) considèrent fort justement comme une des trois catégories d'actes de base, à côté de *dire que* et *demandeur si*. (Adam 2001 : 8-12)

Schématiquement, on peut par conséquent poser qu'*informer* revient à *dire que* et qu'*inciter* revient à *dire de*.

Si toute activité de communication verbale est dépendante d'une mise en œuvre simultanée du fait de représenter et d'interagir, *dire que* revient spécifiquement à *dire pour représenter* (on construit un monde représenté par la parole) alors que *dire de* revient à *dire pour faire faire* (on agit sur l'autre par la parole). Dans nos données, l'*information* et l'*incitation* se réalisent de la manière suivante :

- *Informer* revient à parler à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation : il s'agit de décrire, de raconter et d'expliquer ce qu'engagent le don d'organes et la médecine de transplantation (qui sont, de ce fait, les objets sur lesquels porte le discours) ;
- *Inciter* revient à parler pour inciter à l'expression de la volonté à donner ou non ses organes¹⁹ : il s'agit de dire quoi faire (exprimer sa volonté) et de dire comment le faire (par exemple, en complétant une carte de donneur).

¹⁹ Ce n'est plus tant le don d'organes et la médecine de transplantation sur lesquels porte le discours mais plutôt sur l'expression de la volonté à donner ou non ses organes.

Pour comprendre les dynamiques *informatives* et *incitatives* à l'œuvre dans les *messages permanents* et *ponctuels* de l'OFSP, il convient de s'interroger, d'une part, sur *ce qui est dit* et, d'autre part, sur *comment cela est dit*.²⁰ A cet effet, nous mobilisons la distinction entre *contenu* et *relation* proposée par Watzlawick, Beavin et Jackson (1967) : nous considérons *ce qui est dit* – le *contenu* du message – et *comment cela est dit* – la *relation* qui est établie entre l'émetteur et le récepteur du message – pour saisir de quoi se composent les stratégies de communication relativement au fait d'informer ou d'inciter.

Nous nous contentons d'une brève analyse des aspects les plus saillants des *messages permanents* en séparant le *contenu* et la *relation*. Nous proposons une analyse plus détaillée des *messages ponctuels* qui – malgré leur inscription temporaire dans l'espace public²¹ – bénéficient d'une plus grande visibilité du fait de leur diffusion plus large. Pour les *messages ponctuels*, l'analyse envisage simultanément les niveaux du *contenu* et de la *relation*.

3. Les messages permanents

Les *messages permanents* se caractérisent généralement par un *contenu d'information* explicite sur la médecine de transplantation et le don d'organes. Le *contenu informatif* se module selon trois types de supports de diffusion :

- a. La carte de donneur (accompagnée d'un feuillet explicatif) et la brochure se caractérisent par la réunion des informations nécessaires à la compréhension de la thématique du don d'organes et de la médecine de transplantation. Ainsi, la brochure comprend les entrées suivantes : *la loi sur la transplantation, médecine de la transplantation, les donneurs*²², *les receveurs, faits et chiffres, foire aux questions* et *glossaire*.
- b. Les pages disponibles à partir de *bag.admin.ch/transplantation*²³ proposent une information exhaustive sur les aspects juridiques, éthiques, médicaux, psychologiques, historiques de la médecine de transplantation

²⁰ Nous nous inspirons en partie d'une formulation de Sophie Moirand (in Burger 2008 : 16).

²¹ Un ancrage temporaire tout relatif puisqu'on les retrouve sur le site de l'OFSP dans les sections « Campagne » et « Archive des campagnes précédentes ». Les *messages ponctuels* bénéficient d'une double visibilité.

²² Il faut remarquer que la section *donneurs* de la brochure fait s'associer *information* et *incitation à l'action* par l'usage d'un *exemplum* (Perelman et Olbrecht-Tyteca 1988), une histoire qui encourage à prendre la décision de don avant qu'il ne soit trop tard.

²³ Etat du 4 septembre 2014.

et du don d'organes : la section du site *bag.admin.ch* consacrée au don d'organes et à la médecine de transplantation compte deux cent cinquante-six pages – nombre qu'il faut tripler du fait de versions en allemand, français et italien²⁴ – pour un total de 2'336'745 caractères. Chaque thème est longuement traité et divisé en de nombreux sous-chapitres. La prééminence du site internet comme vecteur de l'information est d'ailleurs maintes fois rappelée dans les *messages ponctuels* qui indiquent explicitement *bag.admin.ch/transplantation* comme la source première pour s'informer.

- c. Les outils didactiques²⁵ reprennent les mêmes thèmes et sont de structure semblable à la brochure. Néanmoins, on observe un plus grand travail d'explication des termes et concepts liés à la médecine de transplantation, notamment via des glossaires, des schémas ou des jeux qui permettent, par exemple, de déconstruire ou de s'approprier la terminologie de la médecine de transplantation.

Sans aller plus loin dans la description des données au plan du *contenu*, on peut déjà constater qu'il est question dans les *messages permanents* de donner – plus ou moins exhaustivement – des informations sur ce qu'engage le don d'organes et la médecine de transplantation. S'agissant d'informer, on remarque des configurations d'actes et de séquences textuelles relevant de la description, de la narration et de l'explication. Pour exemple, on peut considérer un extrait tiré de la brochure (section « *les receveurs* ») :

« Les receveurs

Comment un patient obtient-il un nouvel organe?

Les organes disponibles sont peu nombreux aujourd'hui. C'est pourquoi il faut veiller à respecter une procédure d'attribution équitable.

Pour le receveur, la procédure d'obtention d'un nouvel organe débute généralement dans le cabinet de son médecin. Si ce dernier constate qu'une transplantation est indiquée, il en avise un des six centres de transplantation en Suisse. Après étude du dossier, une équipe médicale du centre détermine si les conditions pour l'inscription sur la liste d'attente du service d'attribution sont réunies. Après accord

²⁴ Et l'on ne compte pas ici les documents rendus disponibles par hyperlien : articles scientifiques, articles de loi, etc.

²⁵ Il s'agit de présentations et d'exercices mis spécifiquement à la disposition des professionnels de l'enseignement. L'OSFP précise sur son site internet qu'ils sont destinés aux « élèves de niveau secondaire II, [aux] étudiants des hautes écoles spécialisées et [à] toutes les personnes intéressées ». L'OFSP met également à la disposition des enseignements des *cahiers didactiques* qui ne sont accessibles que sur commande.

du patient, les données nécessaires à l'attribution d'organes (organe, groupe sanguin, taille, poids, etc.) sont enregistrées sur support informatique afin que les organes disponibles puissent être attribués aussi vite que possible.

Les critères pris en compte dans l'attribution d'organes sont les suivants :

L'urgence médicale : selon ce critère, l'organe est d'abord attribué à la personne exposée à un danger de mort immédiate si elle ne bénéficie pas d'une transplantation.

L'efficacité du point de vue médical : selon ce critère, l'organe est attribué au patient pour lequel la transplantation est présumée la plus efficace ou pour lequel elle a les plus grandes chances de réussite. La compatibilité du poids et des caractéristiques tissulaires est notamment prise en compte.

Le délai d'attente : ce critère permet de déterminer depuis combien de temps un patient attend un organe.

L'égalité des chances : ce critère permet de compenser certains déséquilibres. P. ex. les patients ayant un groupe sanguin plus rare sont désavantagés parce qu'ils doivent attendre longtemps avant de recevoir l'organe adéquat. Pour leur offrir les mêmes chances de se voir attribuer un organe, la loi prévoit des mesures compensatoires. »

Dans cet extrait, on remarque en premier lieu une séquence explicative construite sous une forme minimalement dialogale faisant se suivre une question et sa réponse. La question est introduite par un adverbe interrogatif et porte sur les moyens par lesquels un patient peut obtenir un organe. La réponse est ensuite construite en deux temps : tout d'abord, deux assertions en rapport de cause-conséquence qui servent à poser l'enjeu de la procédure d'attribution ; puis, la suite de la réponse consiste en une séquence narrative²⁶ rendant compte de la chronologie et des liens causaux entre les différentes étapes conduisant à l'attribution d'un organe. A la suite de cette séquence explicative dialogale, on observe la description (par mentions successives) des critères mobilisés pour l'attribution d'un organe et l'explication des raisons sur lesquelles ils se fondent.

Si l'on considère ensuite les *messages permanents* au plan de la *relation* qu'ils instaurent, on observe une stratégie d'objectivisation qui sert à légitimer et à crédibiliser la parole de l'OFSP. La stratégie d'objectivisation se marque par exemple par une *écriture impersonnelle* (Déchamp-Le Roux, Lozachmeur et Saki 2010 : 32-35), comme le montre cette brève analyse d'une page extraite de *bag.admin.ch/transplantation*.

²⁶ Une « relation » au sens de Revaz (2009) qui distingue trois modes de textualisation du raconter : le « récit » (mise en intrigue des événements), la « relation » (connexions causales et temporelles entre les événements) et la « chronique » (connexion temporelles entre les événements). Cette acception de « relation » est sans lien avec la distinction entre *relation* et *contenu* proposée par Watzlawick, Beavin et Jackson (1967).

Fig. 1 : Page du site internet *bag.admin.ch/transplantation*

Médecine de la transplantation

Expression de la volonté
 Don d'organes
 Personnes décédées
 Critère du décès
 Constat du décès
 Non heart beating donors (NHBD)
 Mesures médicales préliminaires
 Donneurs sous-optimaux
 Le déroulement d'un don d'organes
 Entretien avec un expert
 La recherche nous informe
 Don par des personnes vivantes
 Aspects psychologiques
 Recevoir un organe
 Savoir
 Ethique
 Bases légales
 Campagne
 Outil didactique

Page d'accueil > Don d'organes > Personnes décédées > Critère du décès
[version imprimable](#)

Critère du décès

Quand une personne est-elle considérée comme morte ? Aujourd'hui, on sait que le cerveau est l'unité centrale de l'être humain ; il détermine la personnalité et contrôle les fonctions vitales de l'organisme, par exemple, la respiration. Si l'ensemble du cerveau cesse de fonctionner, la personne décède. Aussi, le critère du décès est désormais l'arrêt irréversible et complet des fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral. En pareil cas, on parle parfois de « mort cérébrale ». Ce concept peut toutefois prêter à confusion, laissant entendre qu'il existerait plusieurs types de morts – ce qui n'est pas le cas. Seules diffèrent les causes entraînant l'arrêt du cerveau, et donc le décès de la personne :

- Grave lésion cérébrale**
 La mort peut survenir après une lésion directe du cerveau. Ce peut être le cas après une grave hémorragie cérébrale consécutive à la rupture d'un vaisseau sanguin ou à un accident (lésion de la boîte crânienne, traumatisme crânio-cérébral). L'hémorragie cérébrale fait augmenter la pression dans la boîte crânienne, ce qui peut entraîner, dans le pire des cas, un arrêt complet des fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral, et donc le décès de la personne. On parle de « mort cérébrale » primaire lorsque l'arrêt du cerveau et du tronc cérébral est entièrement dû à la lésion cérébrale.
- Arrêt cardiaque et circulatoire**
 Dans la plupart des cas, les personnes décèdent en raison d'un arrêt cardiaque et circulatoire. Les raisons peuvent être multiples : infarctus du myocarde, infection grave ou blessures graves. Comme la circulation sanguine ne fonctionne plus dans ces cas, le cerveau n'est plus irrigué. La personne perd connaissance ; l'arrêt des fonctions cérébrales intervient rapidement et de manière irrémédiable. On parle de « mort cérébrale » secondaire, car l'arrêt du cerveau et du tronc cérébral est dû à la défaillance cardiovasculaire.

Disparités des conditions de don

Lorsqu'une personne décède d'une grave lésion cérébrale dans une unité de soins intensifs, il est parfois possible de maintenir la respiration artificielle au-delà du décès. Les conditions sont ainsi réunies pour que le don d'organes puisse être réalisé en cas de consentement correspondant. Le respirateur artificiel permet l'approvisionnement des organes en oxygène jusqu'au prélèvement en vue d'une transplantation.

Fiche d'information

- [Critères du décès et constatation du décès](#)
 Fiche d'information
 01.09.2011 | 27 kb | PDF

Glossaire

- [Mort cérébrale](#)

FAQ

- [Peut-on maintenir artificiellement en vie le corps d'une personne ?](#)
- [Y a-t-il plusieurs sortes de mort ?](#)
- [Peut-on être sûr qu'une personne est réellement décédée avant de procéder à un prélèvement d'organes ?](#)
- [Qu'est-ce que la « mort cérébrale » ?](#)
- [Quelle est la différence entre le coma et la « mort cérébrale » ?](#)

L'écriture impersonnelle se marque ici par l'effacement du sujet parlant : l'absence de pronom de première et de deuxième personne dans le corps du texte²⁷, l'emploi du pronom « on » qui renvoie à une instance de parole floue se rapportant à la communauté médicale ou aux chercheurs (« on sait que » ; « on parle de ») ou encore l'usage de tournures passives (« quand est-elle considérée comme morte ? » ; « les conditions sont réunies pour que le don d'organes puisse être réalisé en cas de consentement correspondant »). Plus généralement, les configurations d'unités observées dans cet extrait se rapprochent de celles documentées par Bronckart (1996 : 173-175) pour décrire le *discours théorique* qui, s'il porte sur le monde, s'autonomise de l'acte de locution s'attachant ainsi à une forme d'énonciation objectivante. On observe simultanément la présence marquée de formes verbales au présent générique (« il détermine la personnalité et contrôle les fonctions vitales de l'organisme » ; « si l'ensemble du cerveau cesse de fonctionner, la personne décède »), la faible présence de déictiques

²⁷ On remarque l'occurrence d'une première personne du pluriel dans le titre d'une des sous-sections : « La recherche nous informe ».

spatio-temporels²⁸, les occurrences du verbe *pouvoir* (« ce concept peut toutefois prêter à confusion » ; « les raisons peuvent être multiples ») et – comme nous le relevions plus haut – l’absence de pronoms de première et de deuxième personne et la présence de tournures passives.

Cette stratégie d’objectivisation s’appuie également sur un processus de délégation de la parole à des instances expertes, par exemple par le renvoi à des travaux reconnus (des articles scientifiques notamment) : dans l’extrait présenté ci-dessus, la sous-section « La recherche nous informe ». La délégation de la parole à un tiers expert peut également se réaliser par la mise en scène d’instances (du monde scientifique et médical, pour la plupart) qui répondent à des questions formulées par l’OFSP : dans l’extrait ci-dessus, c’est le rôle de la sous-section « Entretien avec un expert »²⁹. La construction d’un discours objectivant et la délégation de la parole à des experts participent à fonder une légitimité destinée à asseoir la crédibilité du propos tenu par l’OFSP.

4. Les messages ponctuels

Si l’OFSP traite exhaustivement du don d’organes et de la médecine de transplantation dans les *messages permanents*, il n’en est pas de même pour les *messages ponctuels* dans lesquels l’OFSP a davantage tendance à parler « autour » ou « aux abords » du don d’organes plutôt qu’à l’aborder de front. Une observation attentive des campagnes fait remarquer une évolution au fil du temps : la première campagne (2007) informe à propos de la loi alors que les suivantes (2008-2010) incitent à l’expression de la volonté à donner ou non ses organes. Schématiquement, l’on peut dire qu’en 2007, l’OFSP parle de la loi entourant la médecine de transplantation alors que, dans les campagnes suivantes, l’institution aborde la thématique du don d’organes à travers la perspective de la prise de décision de don et de son expression aux autres³⁰. Ne présentant que peu de *contenu* informationnel, les *messages ponctuels* voient la prééminence de l’*incitation* : à partir de 2008, il est davantage question d’inciter

²⁸ La présence d’« aujourd’hui » doit probablement se comprendre relativement à la question rhétorique « quand une personne est-elle considérée comme morte ? » qui rappelle – par l’effort d’interactivité dont elle témoigne – l’inscription du message dans la finalité pratique d’informer le public en lui donnant à comprendre les tenants et les aboutissants de la thématique.

²⁹ Nombre de sections et de sous-sections du site se concluent par un entretien avec un expert.

³⁰ Le slogan répété de campagnes en campagnes est assez représentatif de cette perspective : « Don d’organes : oui ou non ? ».

à l'expression de la volonté de don d'organes que d'informer à propos de la médecine de transplantation.

Ayant proposé l'analyse des stratégies de communication déployées dans les spots audio-visuels dans un précédent article (Merminod 2013), nous nous concentrons ici sur les stratégies observées dans les affiches. Elles sont par ailleurs identiques à celles employées dans les annonces et les bannières internet. Considérons successivement la campagne 2007, la campagne 2008-2009 et la campagne 2010.

Au plan méthodologique, si l'on a séparé l'analyse du *contenu* et celle de la *relation* pour les *messages permanents*, on saisit ces deux dimensions simultanément dans l'analyse des *messages ponctuels*. Un tel choix répond à une particularité de l'*incitation* qui peut *dire que pour dire de* en s'appuyant pour cela sur un jeu de distribution des *responsabilités* et *configurations énonciatives*.

4.1. La campagne 2007

La campagne 2007 voit la diffusion d'affiches présentant des articles tirés de la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules.

Fig. 2 : Campagne 2007



Cette campagne – la première au niveau fédéral sur le sujet du don d'organes et de la médecine de transplantation – informe à propos de la loi entrée en vigueur cette année-là. La campagne consiste en trois énoncés³¹ tirés d'articles de la nouvelle loi:

- (a) Art. 7¹ Il est interdit de faire le commerce d'organes, de tissus ou de cellules d'origine humaine en Suisse ou à l'étranger, à partir de la Suisse.
- (b) Art. 8⁵ La volonté de la personne décédée prime celle des proches.

³¹ Du point de vue sémiotique, il faut noter la proximité iconique – la ressemblance – de la mise en page et de la typographie choisie avec celles des textes de loi.

- (c) Art. 11¹ Le médecin qui constate le décès d'une personne ne peut participer ni au prélèvement ni à la transplantation d'organes, de tissus ou de cellules.

Dans ces énoncés, le locuteur *dit que*. Il est par conséquent question d'informer. L'intention d'information est même mentionnée explicitement sur le bandeau noir qui borde le bas des trois affiches : « Nouvelle loi sur la transplantation : l'Office fédéral de la santé publique vous informe ». On remarque ainsi que, dans ces affiches, le locuteur prend en charge explicitement le propos et s'identifie à une instance de l'appareil d'Etat³² informant la population. Néanmoins, il s'agit d'un geste d'information particulier : comme tout règlement, un texte de loi fait partie des genres de textes qui *disent de*³³, des textes dont la fonction – et même la raison d'être – est de prescrire ce qui est à faire ou à ne pas faire. Aussi, en informant à propos du contenu d'une loi promulguée par lui-même, l'Etat incite le destinataire du message – le citoyen – à suivre ses directives. On observe donc ici un *dire que* particulier puisqu'il ne se comprend comme inclus dans un *dire de*.

En usant de cette stratégie, l'OFSP intervient comme un énonciateur légitime et surplombant dont l'expertise s'adosse à un cadre légal : il ne s'agit ici ni de démontrer une expertise construite sur des connaissances et des compétences dans le domaine de la santé, ni de démontrer une expertise basée sur l'expérience vécue (de la maladie ou du don).

Les campagnes suivantes vont faire place à d'autres stratégies de communication dans lesquelles la légitimation à parler ne passe pas uniquement par une position de surplomb mais est adossée à une forme de non-expertise des sujets représentés comme prenant la parole : les campagnes 2008-2009 et 2010 voient dès lors l'émergence d'une stratégie incitative particulière que l'on pourrait définir comme la mise en scène d'un citoyen *lambda* exemplaire, une stratégie où l'on *dit que* pour *dire de* en déchargeant une partie de la *responsabilité énonciative* sur une autre instance que l'émetteur des messages.

³² La présence d'un timbre officiel rappelle l'inclusion dans l'administration fédérale en précisant son attachement au Département de l'intérieur. La légitimité de l'institution se marque par son rattachement à l'administration fédérale : en faisant figurer ces informations sur son timbre, il s'agit de montrer que les messages sont adressés à la population par une institution d'Etat qui tire son pouvoir d'agir d'un mandat public.

³³ *En disant que* « il est interdit de », on est dans la prescription d'action.

4.2. La campagne 2008-2009

La campagne 2008-2009 voit la diffusion de messages visant à inciter la population à s'informer, se positionner et exprimer sa position quant au don d'organes.

Fig. 3 : Campagne 2008-2009



Les messages de la campagne 2008-2009 *disent de* par une stratégie particulière : les énoncés mis en exergue dans les trois affiches n'incitent pas directement à l'action comme le montre leur forme propositionnelle (déclarative et interrogative) et l'acte de langage qu'ils réalisent (assertion et question). De fait, si on peut poser que les énoncés – (a) « c'est moi qui décide » ; (b) « je sais ce que je veux » ; (c) « qui d'autre sait ce que tu veux ? » – sont incitatifs³⁴, c'est que cette dimension apparaît linguistiquement dans les énoncés au second plan des affiches :

- « Informez-vous et parlez-en ! ». Deux propositions coordonnées dont les formes impératives (*informez-vous* ; *parlez-en*) marquent la valeur directive de l'acte de parole.
- « Don d'organes : oui ou non ? ». Une proposition interrogative, dont la valeur de question – une question fermée (à laquelle on ne peut répondre que par *oui* ou par *non*) – conduit à prendre une décision.

³⁴ Ils incitent à (a) s'informer, (b) se positionner, (c) exprimer sa décision.

Les énoncés au second plan – ceux *disant explicitement de* – ne semblent pas pris en charge par le même énonciateur que les énoncés au premier plan. Si le contexte soutient assez bien l'hypothèse que les énoncés au second plan sont assumés par l'OFSP, on peut se demander qui prend en charge la *responsabilité énonciative* des énoncés au premier plan. D'une manière générale, pourquoi *dire de* par le biais d'une assertion (*dire que*) ou d'une question (*demandeur si*) ? Soumettons les énoncés (a) et (b) à une série d'opérations interprétatives comme en (a') et (b') puis (a'') et (b'') :

(a) « c'est moi qui décide »

(b) « je sais ce que je veux »

(a') on fait l'hypothèse que quelqu'un *dit que* « c'est moi qui décide ».

(b') on fait l'hypothèse que quelqu'un *dit que* « je sais ce que je veux ».

? (a'') étant le seul locuteur identifié sur l'affiche, on fait l'hypothèse que *l'OFSP dit que* « c'est moi qui décide ».

? (b'') étant le seul locuteur identifié sur l'affiche, on fait l'hypothèse que *l'OFSP dit que* « je sais ce que je veux ».

L'interprétation (') n'apparaît ni acceptable ni pertinente. En effet, on ne peut envisager que l'OFSP publicise sa propre liberté de décision³⁵. Il y a donc non-correspondance entre le locuteur réel – l'émetteur du message dans l'espace public, explicitement identifié par la présence d'un timbre officiel³⁶ – et l'énonciateur mis en scène dans les deux énoncés, un énonciateur non identifié qui prend en charge localement la parole. En termes de *configurations énonciatives*, on peut dire qu'il y a un énonciateur *configurant* (l'OFSP) et un énonciateur *configuré* (dont l'identité est inconnue).

³⁵ Au sens technique de Sperber et Wilson, il est non pertinent d'attribuer à une institution d'Etat des traits biologiques qui l'humanisent et l'individualisent. L'effort interprétatif est trop important pour un bénéfice de sens qu'on peine à envisager (1989 : 219-237).

³⁶ Le timbre officiel donne les informations suivantes : « [écusson suisse] Confédération suisse. Département fédéral de l'Intérieur. Office fédéral de la Santé Publique ».

L'interprétation de l'énoncé (c) pose un problème différent comme le montre les manipulations ci-dessous :

- (c) « qui d'autre sait ce que tu veux ? »
- (c') on fait l'hypothèse que quelqu'un *demande si* « quelqu'un d'autre sait ce que tu veux ».
- ?(c'') on fait l'hypothèse que l'OFSP *demande si* « quelqu'un d'autre sait ce que tu veux ».

Cette dernière hypothèse peut sembler acceptable si l'on ne prête pas attention au pronom « tu ». Considérons en effet attentivement l'usage des pronoms dans les énoncés au premier plan des affiches. « Je » et « tu » sont des pronoms particuliers par leur rapport à l'acte d'énonciation. « Je » est un pronom vide tant qu'il n'est pas actualisé par un énonciateur, il n'a pas de sens hormis celui de renvoyer à celui qui parle et qui a en charge l'énonciation du propos (*i.e.* l'énonciateur). De même, « tu » est également dépendant de l'énonciation, il renvoie à celui à qui parle à l'énonciateur (*i.e.* le co-énonciateur). S'il y a présence des pronoms « je » et « tu » dans les affiches, l'énonciateur et le co-énonciateur ne sont néanmoins pas donnés comme identifiés³⁷.

Le cadre communicationnel global des discours de communication publique – qui sont élaborés et énoncés par une instance collective ancrée dans les sphères politiques et médiatiques pour un destinataire collectif citoyen (Burger 2014a, 2014b) – permet de faire l'hypothèse suivante : « je », de par sa fonction déictique (c'est-à-dire comme renvoyant à la situation de communication), peut correspondre à n'importe quelle personne qui lirait l'affiche. Autrement dit, toute personne – par son acte de lecture – peut prendre « je » à son compte sous le régime du monologue intérieur³⁸. Aussi, dans un dispositif de communication publique³⁹, un énonciateur non identifié – et dans lequel n'importe qui peut par conséquent se glisser – implique généralement une identité de citoyen, *i.e.* tout un chacun en tant qu'il est concerné par l'intérêt général.

³⁷ « Je » et « tu » peuvent cependant renvoyer aux silhouettes discrètement représentées en arrière fond de l'affiche. S'agissant néanmoins de la suggestion de silhouettes à forme humaine plutôt que de sujets humains représentés, le renvoi ne permet pas leur identification. En outre, au vu de l'effacement des silhouettes, on peut douter que ce renvoi soit repéré par le destinataire du message.

³⁸ Au-delà d'un quelconque monologue intérieur, la présence d'une telle marque identifiante de la personne fait résonner chez chacun son propre soi dès qu'elle est proférée.

³⁹ Entendu comme un espace de parole ouvert dont les messages sont destinés à tout un chacun.

Quant à l'emploi de « tu », il marque explicitement un rapport de proximité, voire de familiarité à l'énonciateur (Kerbrat-Orecchioni 1992). Dans le cas de la communication d'une instance d'Etat à un destinataire-citoyen, on peut penser que c'est le « vous » – davantage que le « tu » – qui serait de rigueur. On note d'ailleurs dans les énoncés au second plan la présence de formes impératives à la deuxième personne du pluriel : « Informez-vous et parlez-en ». Cette distinction entre les marques de personne de l'énoncé de second plan avec celle de l'énoncé au premier plan pointe assez bien que l'énonciation n'adopte pas dans ces deux cas la même *configuration énonciative* quant au rapport de distance/proximité qu'elle instaure avec le co-énonciateur. Au regard de ces analyses, on peut penser qu'il y a dans l'énoncé (c) la mise en scène du premier temps d'un échange entre le destinataire de l'affiche et un énonciateur qui lui est familier. Admettre cette hypothèse, c'est alors poser qu'une telle mise en scène sert probablement à représenter le comportement encouragé par l'énoncé « Parlez-en »⁴⁰.

Ainsi, que ce soit par le *dire que* ou le *demander si*, les messages de cette campagne s'adressent à leur destinataire au travers de la mise en scène d'un citoyen *lambda*. Cependant, il s'agit d'un citoyen exemplaire du fait que la campagne incite non seulement en *disant de faire* mais également en *disant comment faire* (Adam 2001). La campagne 2009-2008 présente de fait un processus en trois temps qui fait référence à un modèle cognitif de décision par planification d'actions successives : il est détaillé par quelles étapes il faut passer – *s'informer, se positionner, parler à ses proches* – pour exprimer sa décision de donner ou non ses organes.

⁴⁰ L'expression de la volonté aux proches est un des enjeux essentiels dans la problématique du don d'organes (Morgan et Miller 2001 ; Steiner 2004), d'autant plus dans les pays – comme la Suisse – qui ne sont pas sous le régime du consentement présumé à prélever les organes d'une personne décédée dans le cas où celle-ci n'a pas, de son vivant, exprimé le refus de donner ses organes.

4.3. La campagne 2008-2009 au travers des langues⁴¹

Comme nous le disions en introduction, les *messages* de l'OFSP doivent être diffusés en trois langues. Tout d'abord conçus en allemand⁴², la traduction des messages en français et en l'italien peut modifier la manière dont les messages procèdent à l'*incitation*. La campagne 2008-2009 illustre ce problème de manière intéressante.

Se posant la question de la traductibilité de la publicité, Bonhomme et Rinn (1997) observent, d'une part, des phénomènes d'*équivalence sémantique* qui se définissent comme une conformité de sens entre les versions en différentes langues du même texte et, d'autre part, des phénomènes de *modulation fonctionnelle* où l'on remarque une adaptation du « *message au public visé, de sorte que celui-ci puisse y adhérer* » (Bonhomme et Rinn 1997 : 23). Le risque de l'*équivalence sémantique* étant de « conduire à des calques idéologiques bloquant certains calculs de sens » (Rinn 2002 : 46), c'est probablement pour cette raison que les traductions⁴³ des messages de la campagne suisse « Stop Sida. Love Life » se trouvent être plus souvent le fait de *modulations fonctionnelles*⁴⁴ (Rinn 2002 : 30-46) : pour faire la promotion du port du préservatif, ces messages utilisent des procédés difficilement traduisibles, du type de la métaphore, de l'analogie ou du détournement humoristique. En revanche, s'agissant des messages diffusés par l'OFSP au sujet du don d'organes et de la médecine de transplantation, il semble que souvent ait été préférée l'*équivalence sémantique* à la *modulation fonctionnelle*, comme dans le cas de la campagne 2008-2009.

⁴¹ On trouve une analyse détaillée du choix des langues dans cette campagne dans Berthoud *et al.* (2013) à propos de l'incidence du plurilinguisme dans la diffusion des savoirs. L'analyse proposée ici en est à la fois la synthèse et le prolongement.

⁴² Les affiches sont d'abord créées en allemand dans le cadre d'un groupe de travail germanophone avant d'être traduites en français et en italien.

⁴³ Il faut noter que, comme dans le cas des campagnes sur le don d'organes et la médecine de transplantation, l'élaboration des campagnes « Stop Sida. Love Life » se faisait d'abord en allemand, puis les campagnes étaient traduites en français.

⁴⁴ « En fait, dans le domaine de la traduction publicitaire, il vaut mieux parler de « modulation fonctionnelle », comme nous l'avons fait, ce qui compte en publicité, c'est beaucoup plus la fidélité au concept commercial sous-jacent et l'adaptation aux communautés discursives visées par chaque version, les Romands ou les Alémanique en l'occurrence, que la conformité entre deux états d'une même annonce » (Bonhomme et Rinn 1997 : 23).

Fig. 4 : Campagne 2008-2009 en allemand, français et italien



D'une traduction à l'autre, les actes de langage et les contenus représentés sont sensiblement les mêmes. La préférence vers l'équivalence sémantique n'empêche néanmoins pas certaines modifications structurelles essentielles des énoncés. L'énoncé est la seule trace de l'acte d'énonciation, une modification de sa structure modifie aussi l'information saillante pour l'interprète du message. Ici, le changement de langue influence la distribution des unités dans l'espace de la page. Les versions en allemand, français et italien ne mettent pas en valeur les mêmes unités : en allemand, l'attention est portée sur « Ich », « Ich », « Du » ; en français, sur « Moi », « Je », « veux » ; et en italien « Io », « So », « cosa ». Les divergences observées marquent alors une disparition partielle au plan visuel du projet communicationnel général de la campagne qui – on le rappelle – est d'inciter à suivre un schéma décisionnel en trois étapes : s'informer, se positionner, exprimer sa position à d'autres.

La mise en page des affiches en allemand présente bel et bien ces trois étapes : les deux premières centrées sur la réflexion personnelle par la mise en évidence de « Ich » et la dernière centrée sur la relation aux autres avec « Du ». Associée à l'action de *demander si*, la présence de *Du* dans la dernière affiche fait passer d'une sorte de monologue intérieur à une relation de dialogue. En français, cette stratégie communicationnelle n'est pas aussi claire : les deux premières affiches sont bien centrées sur l'énonciateur (« Moi » et « Je ») mais la troisième propose une concentration typographique sur le verbe *vouloir* dont la forme *veux* est valable pour la première personne du singulier comme pour la deuxième. On passe d'une centration sur la personne à une centration sur la modalité, le *vouloir*. En effet, contrairement à l'allemand, on ne voit plus de mise en évidence graphique du passage de l'énonciateur au co-énonciateur, *i.e.* du passage de la centration sur soi au dialogue avec l'autre. Dans le cas des affiches en italien, la stratégie communicationnelle initiale s'efface encore davantage. En effet, après la première affiche, on quitte la logique de centration sur la seule personne pour mettre en évidence la personne compte tenu de l'action avec « so » et, de cette manière, se concentrer sur le savoir de l'énonciateur. Dans la troisième affiche, le pronom relatif « cosa » est mis en évidence alors que l'ensemble du texte est à peu près de la même taille, rompant avec la logique signifiante des mises en page proposées en allemand et en français.

Cette analyse montre que, dans le cas de la campagne 2008-2009, le changement d'une langue à l'autre ne modifie pas profondément la façon dont les messages procèdent à l'*incitation* : il s'agit toujours de *dire de faire* et de *dire comment faire* de manière indirecte. Néanmoins, la symbolisation graphique du passage d'un *dire réflexif* (un *dire que* centré sur soi) à un *dire interactif* (un *demander si* centré sur les autres) est amoindrie par le processus de traduction.

4.4. La campagne 2010

La campagne 2010 voit la mise en place d'une stratégie similaire à celle observée dans la campagne 2008-2009.

Fig. 5 : Campagne 2010



De même qu'en 2008-2009, l'énoncé mis en exergue en 2010 – « je l'ai en main » – est relatif à un *dire que*. Le *dire de* est, quant à lui, rendu manifeste par les énoncés au second plan :

- « Don d'organes : oui ou non ? ». On observe la même question fermée qu'en 2008-2009 conduisant à prendre une décision ;
- « Les disparus n'ont plus leur mot à dire. Voilà pourquoi la carte de donneur est nécessaire. Informez-vous et prenez une décision ». Un enchainement argumentatif dont la relation entre argument et conclusion est marquée par l'association d'un présentatif et d'un adverbe interrogatif de cause, l'enchainement argumentatif menant à deux propositions coordonnées incitant à l'action « Informez-vous et prenez une décision » ;
- « Carte de donneur sur www.transplantinfo.ch ». Un élément d'information qui signale à quel endroit la carte de donneur est accessible et qui, de ce fait, rend tendanciellement préférentielle ou attendue l'option de prendre une telle carte⁴⁵.

⁴⁵ La carte de donneur – comme sa dénomination ne l'indique pas – permet aussi d'exprimer que l'on ne souhaite pas être donneur.

Comme dans la campagne 2008-2009, l'énonciateur du *dire que* et du *dire de* n'est pas le même : la prise en charge du *dire de* semble bien être le fait de l'OFSP alors que l'énonciateur du *dire que* est cette fois-ci identifié visuellement. L'hypothèse interprétative la plus pertinente amène en effet à dire que le « je » renvoie par anaphore – c'est-à-dire du fait d'une co-présence dans un même dispositif communicationnel – au personnage largement représenté sur l'affiche. Il semble par ailleurs qu'on ait voulu déléguer la parole à un « échantillon » d'énonciateurs censés être représentatifs de la population suisse en symbolisant des catégories : jeunes / aînés, femmes / hommes⁴⁶.

La stratégie mobilisée en 2010 pour fonder la légitimité et la crédibilité à parler publiquement du don d'organes est semblable à celle de la campagne 2008-2009. Dans ces campagnes, l'incitation se fait à travers une stratégie de subjectivisation: on laisse à l'énonciateur – identifié ou non sur l'affiche – la responsabilité du propos. Plus encore, cette stratégie de subjectivisation fonctionne comme une sorte de *mise en sujet* puisqu'on fait du destinataire de la communication le sujet de l'énonciation. Ce n'est donc plus une instance collective qui s'exprime (comme en 2007), ni même un expert (comme dans les *messages permanents*) mais des sujets issus de la collectivité. Une telle configuration énonciative – dans laquelle on simule le fait de donner la parole à tout un chacun – a pour rôle de justifier et de légitimer l'incitation à l'action : en faisant de sa voix celle du destinataire, l'OFSP joue sur la représentation d'un citoyen *lambda* (ce peut être tout un chacun) mais *idéal* (du fait de son comportement exemplaire), c'est-à-dire un non-expert dont l'intuition et le sens commun suffisent pour faire juste.

5. Conclusion

La considération de l'ensemble des messages émis par l'OFSP à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation entre 2007 et 2010 révèle que les *messages ponctuels* incitent à un comportement particulier (en proposant des méthodes pour *exprimer sa volonté*) sans davantage informer à propos du don d'organes et de la médecine de transplantation. Les *messages permanents*, quant à eux, informent exhaustivement à propos de la thématique pour inciter à

⁴⁶ Sur la simulation d'un espace national par ce type de stratégie (Merminod 2013).

l'expression de la volonté. Ces deux stratégies correspondent à deux formes de légitimation de la parole : l'une *objectivant* la parole, l'autre la *subjectivant*.

Les messages *ponctuels* et *permanents* fonctionnent de manière complémentaire. Les *messages ponctuels* assurent la captation et les *messages permanents* l'information, répondant de cette manière à une double logique médiatique de formation de l'opinion publique qui associe séduction et éducation des destinataires (Charaudeau 1997 : 73-80). Un tel fonctionnement s'appuie sur les théories cognitivo-comportementales en psychologie de la prise de décision où il s'agit d'associer l'incitation à un comportement particulier à la transmission d'un grand nombre d'éléments d'informations (Bosisio 2013 : 15-16)⁴⁷. La co-présence de ces deux stratégies de communication révèle qu'il s'agit pour l'OFSP certes d'*informer* mais toujours d'*informer pour*, voire d'*informer pour inciter à*.

Plus généralement, l'analyse a permis de saisir la réalisation du projet de communication d'une institution, l'OFSP, compte tenu du champ de tension contraignant dans lequel ce projet se déploie. Dans l'impossibilité d'appuyer ses messages sur un consensus général⁴⁸ du type « donner ses organes, c'est donner la vie »⁴⁹, l'OFSP doit trouver d'autres moyens de légitimer sa parole : c'est ce qu'il fait en mobilisant une expertise traditionnelle en santé, dans les *messages permanents*, et en exploitant, dans les *messages ponctuels*, la figure d'un citoyen-modèle se définissant par sa capacité et son désir à exprimer sa volonté.

⁴⁷ L'OFSP se base ainsi sur l'hypothèse d'un destinataire idéal faisant l'effort de se rendre sur le site internet de l'institution pour se renseigner sur la problématique.

⁴⁸ Rinn, à propos des campagnes de prévention « Stop Sida. Love Life » en Suisse, observe que « le publicitaire institutionnel, exerçant son rôle de porte-parole de la majorité politique, véhicule un certain nombre d'idées toutes faites, fournissant au public des formules prêt-à-penser et prêt-à-faire susceptibles d'accroître l'acceptabilité des messages de prévention. [...] [I]l s'agit d'opinions sanctionnées par un consensus général : les endoxa [lieux communs] de la théorie aristotélicienne » (2002 : 103). Dans le cas du don d'organes et de la médecine de transplantation, l'orientation argumentative de ces *lieux communs* pose problème.

⁴⁹ Sur la représentation du don d'organes comme *gift of life*, se référer à Moloney et Walker (2002) et Morgan et Miller (2002).

Références bibliographiques

- ADAM, Jean-Michel (2001), « Entre conseil et consigne : le genres de l'incitation à l'action », *Pratiques*, n° 111/112, p. 7-38.
- AMEY, Patrick et Raphaël HAMMER, « La sensibilisation au don d'organes dans la presse : récits et expériences vécues », dans Marcel BURGER, Jérôme JACQUIN et Raphaël MICHELI (dir.), *Les médias et le politique. Actes du colloque « Le français parlé dans les médias » - Lausanne, 1-4 septembre 2009*, Lausanne, Centre de Linguistique et des Sciences du Langage. [En ligne : <http://www.unil.ch/clsl/page81503.html>].
- AMEY, Patrick et Raphaël HAMMER (2010), « Témoignages et don d'organes : émotion et narration dans la presse suisse romande », dans Hélène ROMÉYER (dir.), *La santé dans l'espace public*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 107-116.
- BENAROYO, Lazare (2009), *La médecine de transplantation entre rhétorique du don et vision biomédicale du corps. Une étude interdisciplinaire des diverses rationalités à l'oeuvre dans le don et la transplantation d'organes*. Université de Lausanne, Plateforme Interdisciplinaire d'Ethique (Ethos).
- BERTHOUD, Anne-Claude, Lazare BENAROYO, Jacques DIEZI, Jacques DUBOCHET, Gilles MERMINOD, Alain PAPAUX, Françoise SCHENK, Jean-Claude USUNIER et Henri VOLKEN (2013), « Plurilinguisme et construction des savoirs sous l'angle de diverses disciplines », *Synergie Europe* (GERFLINT), n° 8, p. 29-51.
- BONHOMME, Marc et Michael RINN (1997), « Peut-on traduire la publicité? L'exemple des annonces romandes et alémaniques », *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, n° 65, p. 9-24.
- BOURQUIN, Céline, Brenda SPENCER et Pascal SINGY (2012), *Les mots de la prévention du sida en question (Raisons de santé 198)*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- BOSISIO, Francesca, Gilles MERMINOD, Marcel BURGER, Manuel PASCUAL, Dianne MORETTI et Lazare BENAROYO (2013), « Approche interdisciplinaire de la décision de don d'organes: l'expérience lausannoise », *Revue Médicale Suisse*, n° 9, p. 2249-2253.
- BOSISIO, Francesca (2013), « La transplantation d'organes entre rhétorique du don et vision biomédicale du corps. Une étude de la décision de don d'organes ». Thèse de doctorat, Lausanne, Université de Lausanne.

- BRONCKART, Jean-Paul (1996), *Activité langagière, textes et discours*, Lausanne/Paris, Delachaux & Niestlé.
- BURGER, Marcel (2008), « Une analyse linguistique des discours médiatiques », dans Marcel BURGER (dir.), *L'analyse linguistique des discours médiatique. Entre sciences du langage et sciences de la communication*, Québec, Nota Bene, p. 7-38.
- BURGER, Marcel (2013), « Pratiques du débat: la constitution d'un espace public par le discours », *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, n° 98, p. 1-17.
- BURGER, Marcel (2014a), « Qu'est-ce qu'un discours de communication publique? », *Cahiers de l'ILSL*, n° 34, p. 3-33.
- BURGER, Marcel (2014b), « Analyser des discours de l'intérêt citoyen: mises plurilingues et pluriculturelles et enjeux de recherche », *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, n° 100, p. 147-152.
- CHARAUDEAU, Patrick (1997), *Le discours d'information médiatique. La construction du miroir social*, Paris, Nathan.
- CHARAUDEAU, Patrick (2005), *Le discours politique. Les masques du pouvoir*, Paris, Vuibert.
- CHARAUDEAU, Patrick (2010), « Une éthique du discours médiatique est-elle possible ? », *Communication*, vol. XXVII, n° 2. [En ligne : <http://communication.revues.org/3066>].
- CHARAUDEAU, Patrick (2011), *Les médias et l'information : l'impossible transparence du discours*, Bruxelles, De Boeck.
- DÉCHAMP-LE ROUX, Catherine, Ghislaine LOZACHMEUR et Mohamed SAKI (2010), « Approche comparative des discours et des politiques de prévention en santé », dans Hélène ROMÉYER (dir.), *La santé dans l'espace public*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 15-58.
- DEMONT-LUGOL, Liliane, Charles SCIBETTA, Martine RAPIDEL et Alain KEMPF (2006), *Communication des entreprises. Stratégies et pratiques*, Paris, Armand Colin.
- FLUECKIGER, Alexandre (2010), « Promouvoir le don d'organes par des campagnes d'information pour mieux respecter le droit à la vie des receveurs », dans Alexandre FLUECKIGER (dir.), *Emouvoir et persuader pour promouvoir le don d'organes*, Genève, Schulthess, p. 121-150.
- GARRIC, Nathalie et Isabelle LÉGLISE (2012), « Analyser le discours d'expert et d'expertise », dans Isabelle LÉGLISE et Nathalie GARRIC (dir.), *Discours d'experts et d'expertise*, Berne, Peter Lang.

- GODBOUT, Jacques et Alain CAILLÉ (1992), *L'esprit du don*, Paris, La Découverte.
- GAJO, Laurent (2003), « Pratiques langagières, pratiques plurilingues: quelles spécificités? Quels outils d'analyse? Regards sur l'opacité du discours », *Travaux Neuchâtelois de Linguistique*, n° 38/39, p. 49-62.
- GRIZE, Jean-Blaise (2005), « Le point de vue de la logique naturelle : démontrer, prouver, argumenter », dans Marianne DOURY et Sophie MOIRAND (dir.), *L'argumentation aujourd'hui*, Paris, Presses de la Sorbonne Nouvelle, p. 35-44.
- HAMMER, Raphaël (2009), « Le traitement médiatique de la pénurie et du don d'organes. Variations normative et discursive dans la presse francophone suisse », dans Marie-Jo THIEL, *Donner, recevoir un organe (droit, dû, devoir)*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, p. 216-229.
- HAMMER, Raphaël (2010), « Persuasion et don d'organes. Les émotions dans la presse écrite et leur réception par la population », dans Alexandre FLUECKIGER (dir.), *Emouvoir et persuader pour promouvoir le don d'organes*, Genève, Schulthess, p. 71-96.
- HAMMER, Raphaël (2012), « La représentation médiatique du don et de la transplantation d'organes dans la presse suisse romande », *Communication*, vol. XXX, n° 1. [En ligne : <http://communication.revues.org/index2884.html>].
- HAUGER, Sébastien (2009), « De l'information à la promotion du don d'organes dans la législation suisse », dans Marie-Jo THIEL, *Donner, recevoir un organe (droit, dû, devoir)*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, p. 230-237.
- HERPIN, Nicolas et Florence PATERSON (2000), « La pénurie et ses causes », dans Robert CARVAIS et Marilyne SASPORTES (dir.), *La greffe humaine*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 321-356.
- KERBRAT-ORECCHIONI, Catherine (1992), *Les interactions verbales*, tome II, Paris, Armand Colin.
- KERBRAT-ORECCHIONI, Catherine (2009 [1980]), *L'énonciation. De la subjectivité dans le langage*, Paris, Armand Colin.
- LOGAN, Robert (2010), « Health campaign research », dans Massimiano BUCCHI et Brian TRENCH (dir.), *Handbook of Public Communication of Science and Technology*, Londres/New York, Routledge, p. 77-92.

- MADER, Mélanie (2011), *Le don d'organes entre gratuité et modèles de récompense. Quels instruments étatiques face à la pénurie d'organes*, Bâle, Helbing Lichtenhahn.
- MAINGUENEAU, Dominique (2005), *Analyser les textes de communication*, Paris, Armand Colin.
- MERMINOD, Gilles, (2013), « (Re)constituer un espace public et promouvoir le débat sans prendre position », *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, n° 98, p. 129-153.
- MOLONEY, Gail et Iain WALKER (2000), « Messiahs, pariahs, and donors: the development of social representations of organ transplant », *Journal for the Theory of Social Behavior*, vol. XXX, n° 2, p. 203-228.
- MOLONEY, Gail et Iain WALKER (2002), « Talking about transplants: social representations and the dialectical, dilemmatic nature of organ donation and transplantation », *British Journal of Social Psychology*, n° 41, p. 299–320.
- MORGAN, Susan E. et Jenny K. MILLER (2002), « Communicating about gift of life : the effect of knowledge, attitudes, and altruism on behavior and behavioral intentions regarding organ donation », *Journal of Applied Communication Research*, vol. XXX, n° 2, p. 163-178.
- MORGAN, Susan E., Tyler R. HARRISON, Lisa CHEWNING, LaShara DAVIS et Mark DICORCIA (2007), « Entertainment (mis)education: the framing of organ donation in entertainment television », *Health Communication*, vol. XXII, n° 2, p. 143–151.
- MORGAN, Susan E., Lauren MOVIUS et Michael J. CODY (2009a), « The power of narratives: the effect of entertainment television organ donation storylines on the attitudes, knowledge, and behaviors of donors and nondonors », *Journal of Communication*, n° 59, p. 135–151.
- MORGAN, Susan E. (2009b), « The intersection of conversation, cognitions, and campaigns: the social representation of organ donation », *Communication Theory*, n° 19, p. 29–48.
- OLLIVIER-YANIV, Caroline (2000), *L'État communicant*, Paris, Presses Universitaires de France.
- PERELMAN, Chaïm et Lucie OLBRECHT-TYTECA (1988), *Traité de l'argumentation*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles.
- PERRET, Virgile (2010), « La législation suisse sur la transplantation. Le rôle des facteurs émotionnels dans sa genèse », dans Alexandre FLUECKIGER (dir.),

- Emouvoir et persuader pour promouvoir le don d'organes*, Genève, Schulthess, p. 97-120.
- RÉCANATI, François (1979), *La transparence et l'énonciation: pour introduire à la pragmatique*, Paris, Seuil.
- REVAZ, Françoise (2009), *Introduction à la narratologie. Action et narration*, Bruxelles, De Boeck.
- RINN, Michael (2002), *Les discours sociaux contre le sida. Rhétorique de la communication publique*, Bruxelles, De Boeck.
- SCHULTZ, Peter J., Kent NAKAMOTO, David BRINBERG et Joachim HAES (2006), « More than nation and knowledge: Cultural micro-diversity and organ donation in Switzerland », *Patient Education and Counseling*, n° 64, p. 294-302.
- SCHULTZ, Peter J., Kent NAKAMOTO, Uwe HARTUNG et Carmen FAUSTINELLI (2008), « The death of Rosemarie Voser: the not-so-harmful consequences of a fatal medical error », *International Journal of Public Opinion Research*, vol. XX, n° 3, p. 386-397.
- SINGY, Pascal (2004), *Le sida au cabinet médical : les mots pour en parler*, Genève, Médecine et Hygiène.
- SPERBER, Dan et Deidre WILSON (1986), *La pertinence : communication et cognition*, Paris, Minuit.
- THOMPSON, John B. (2000), « Transformation de la visibilité », *Réseaux*, vol. XVIII, n° 100, p. 187-213.
- WATZLAWICK, Paul, Janet H. BEAVIN et Donald D. JACKSON (1967), *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.

PUBLICISATION ET MEDIATISATION DES SUJETS DE SANTE

Hélène ROMEYER

Université de Franche Comté¹

helene.romeyer@univ-fcomte.fr

Résumé

Ce texte s'interroge sur l'impact de la publicisation des sujets de santé quant à la construction de nouvelles expertises. S'inscrivant dans une tradition habermasienne de l'espace public, il sera question dans un premier temps de saisir les modalités de cette publicisation, c'est-à-dire les acteurs, les outils, les formes d'écriture. On montrera sur ces bases que les processus à l'œuvre mettent clairement en évidence la construction de formes d'expertises professionnelles, scientifiques, médiatiques et sociétales, dans l'espace public contemporain. Dans une deuxième partie, il s'agira d'interroger les conséquences de la publicisation des sujets de santé. S'il est indéniable que certaines thématiques de santé ont pu émerger dans l'espace public, la maîtrise de ces processus a non seulement restructuré l'écriture, la communication et la législation autour des sujets de santé, mais aussi installé des formes de concurrence des discours et des expertises dans l'espace public.

Mots-clés : publicisation ; santé ; discours ; témoignages ; experts ; lanceurs d'alerte ; reconnaissance.

1. Introduction

Cette contribution entend interroger les modalités de publicisation des sujets de santé en France, c'est-à-dire les modalités de l'émergence des questions de santé dans l'espace public. Ce faisant, elle met en évidence le processus ayant restructuré les expertises en matière de santé, tant du point de vue des acteurs que de celui des discours. L'hypothèse de fond qui guide le propos repose sur la compréhension des processus de publicisation et le rôle qu'y occupe l'information-communication. La publicisation est entendue ici comme un processus mêlant conjointement mise en visibilité et mise en débat, dans une tradition habermasienne de l'espace public. C'est le fonctionnement de ces deux éléments indissociables qui assurent le déroulement du processus. Notons qu'il ne s'agit pas de contourner la complexité de la notion d'espace public en

¹ Laboratoire ELLIADD (EA 4661), pôle Discours, Textes, Espace Public et Société (DTEPS).

changeant de terme, mais au contraire, d'en restituer toute la complexité et la dynamique à travers une approche processuelle.

Le statut d'espace public n'est ni pérenne ni homogène dans le temps et dans l'intensité de sa réalisation. Pour autant, c'est sur ces seules dimensions des espaces publics que des enquêtes empiriques peuvent réellement s'expérimenter. Il en va ainsi des sujets de santé. Les formes de publicisation de la santé sont des productions discursives à la fois *de* la santé (émanant du champ lui-même) et des discours *sur* la santé (extérieurs au champ). Si les thématiques de santé sont prégnantes dans l'espace public avec des formes de mise en visibilité et de débats nombreuses et complexes, toutes les thématiques ne sont pas visibles de la même façon, sans que cela ne relève d'un lien direct avec une quelconque actualité scientifique et/ou médicale. La notion de processus prend donc toute sa pertinence : quelles sont les étapes ou les phases de l'accession des thématiques de santé dans l'espace public ?

Dans un premier temps, il est nécessaire de saisir les modalités de cette publicisation – c'est-à-dire les acteurs, les outils, les formes d'écriture, *etc.* – afin d'en proposer une approche processuelle : peut-on distinguer des phases et des stratégies de publicisation ? S'il est indéniable que certaines thématiques de santé ont pu émerger dans l'espace public, la maîtrise de ces processus a non seulement restructuré l'écriture, la communication et la législation autour des sujets de santé, mais aussi installé des formes de concurrence des discours et des expertises. Ainsi, une concurrence accrue se développe pour l'accessibilité à l'espace public. En outre, les discours produits poursuivent des objectifs différenciés : reconnaissance professionnelle, émergence de sujets délaissés, progrès de la recherche, affichage médiatique, *etc.* A ce titre, notre deuxième partie interrogera les modalités de la médiatisation contemporaine des sujets de santé. La santé est présente sur l'ensemble des supports médiatiques mais sa représentation a évolué : elle a évolué de l'information médicale *stricto sensu* à l'information de santé. S'élargissant, les sujets de santé dans les médias ont délaissé la vulgarisation par les experts au profit des témoignages et récits de vie ; enfin, la volonté de gérer les situations de crise ont amené les médias à aborder les questions de santé essentiellement sous l'angle du risque.

Notre contribution s'appuie sur un ensemble de travaux que nous avons menés portant sur le cancer, la maladie d'Alzheimer, les allergies respiratoires et sur les thématiques liées à l'alimentation. Ces travaux, ancrés en sciences de

l'information-communication, se fondent à la fois sur de l'analyse de corpus (rapports publics, textes officiels, corpus médiatiques, etc.), de l'analyse de contenu (campagnes officielles, rapports publics, sites gouvernementaux, sites internet, fils de discussion, etc.) et sur des entretiens semi-directifs. En effet, la triangulation méthodologique est la seule façon d'aborder les discours *de* et *sur* la santé, la diversité des acteurs et celle des modalités discursives. Ces travaux se sont déroulés durant une dizaine d'années dans le cadre d'abord d'un post doctorat mené de 2005 à 2007 à l'Institut National du Cancer (INCa) et des publications en ayant découlées, puis d'un programme régional de recherche visant à une analyse comparative de la publicisation du cancer, de la maladie d'Alzheimer et des maladies respiratoires (2008-2011), et enfin, d'un projet de recherche interdisciplinaire et interlaboratoire à propos de l'alimentation (2013-2015).

Afin de mettre en exergue les modalités de fonctionnement du processus de publicisation, d'un point de vue méthodologique, c'est l'analyse de stratégies d'acteurs qui permet de saisir certains rapports de force. L'objectif poursuivi est de définir le fonctionnement du processus de publicisation : comprendre comment et pourquoi des thématiques jusque-là considérées comme étant la prérogative de quelques-uns sont portées à l'attention et à l'appréciation de tous. Et comment et pourquoi elles sont discutées publiquement. En effet, le processus de publicisation ayant débordé du champ politique, les phénomènes de publicisation des questions sociales sont désormais nombreux. Ce sont même les questions sociétales qui assurent à la fois le dynamisme et une forme de renouvellement de l'espace public. Comme l'a souligné Beaud (1986), nous sommes passés « (...) *d'un espace public dominé par le politique, avec pour lieux d'objectivation le système parlementaire et la presse, à un espace public dominé par la question sociale, le contournement de ces rapports par de nouvelles catégories d'organisation de la représentation de la société* » (Beaud 1986 : 126). Le dynamisme de l'espace public contemporain est ainsi entretenu par des acteurs tirant une légitimité de leur activisme sociétal, voire qui légitiment des formes d'expertises à travers ces expériences, et notamment celle d'être malade.

2. Le processus de publicisation

La dimension « publique » des questions s'étend au-delà du seul caractère médiatique et revêt une pluralité de significations : ce qui est visible, ce qui est notoire, ce qui a trait à l'État, *etc.* Les thématiques n'étant pas par essence publiques, diverses modalités d'activation du processus de publicisation sont engagées pour couvrir l'ensemble des dimensions de l'acception « publique ». Dans un premier temps, nous aborderons la transformation d'un problème jusque-là social en une question publique, c'est-à-dire les modalités d'une labellisation « public ». Les stratégies des différents acteurs pour déclencher l'attention publique et éventuellement déboucher sur une action publique seront ensuite mises en exergue.

À ce stade, il est tout d'abord nécessaire de définir plus précisément le terme « public ». Deux grandes acceptions peuvent être ainsi admises. En premier lieu, est public ce qui a trait à l'autorité ou l'organisation de l'État, ce qui est au service et exercé en son nom. Dans ce sens, le terme « public » s'oppose au particulier et au privé et s'intéresse à la chose publique (*res publica*), ainsi qu'à des questions d'intérêt général, c'est-à-dire considérées comme essentielles pour une société donnée. Mais le terme « public » recèle également une dimension d'observabilité, de descriptibilité et de diffusion des phénomènes ou des informations. « Public » peut ainsi signifier ce qui est notoire, qu'il s'agisse d'une opinion ou d'une information, mais aussi ce qui s'effectue en présence d'une assistance, ou encore ce qui a été publié par les médias, une maison d'éditions, une revue savante ou le journal officiel. Dans la phase de mise en visibilité, les deux ensembles de signification sont concernés. Se préoccuper uniquement de la première (ce qui a trait à l'État) enferme l'espace public dans la sphère politique, se contenter de la seconde (ce qui est visible et partagé), réduit la publicisation à la dimension de médiatisation. En considérant les deux acceptions dans toute analyse d'un processus de publicisation, non seulement les deux écueils précédemment énoncés sont contournés, mais il devient possible d'envisager les liens entre ces deux significations. Le public qui a trait à l'État entretient en effet un rapport d'interdépendance avec le public au sens de visible.

2.1. D'une question sociale à une question publique

Les travaux ayant étudié des phénomènes de publicisation, comme la sociologie des problèmes publics par exemple, se focalisent sur la « construction des problèmes publics » ou sur l'étude des processus amenant une situation de crise. La définition et la maîtrise des problèmes publics se font à travers des actions s'exerçant sur des scènes publiques : politiques, judiciaires ou médiatiques². Se créent ainsi des lieux de débat, de polémique ou de controverse, lieux où s'expriment des témoignages, des expertises, des délibérations entre participants. Progressivement émergent des problèmes publics. Le qualificatif « public » pour ces auteurs renvoie vers l'intérêt général et en appelle à des modalités de règlement par des dispositifs d'action publique. Dès lors, la conception de l'espace public y est fondamentalement politique.

D'autres auteurs se sont détachés des échanges communicationnels et du débat public pour analyser des processus d'institutionnalisation de crise, notamment à travers des dispositifs de vigilance et d'alerte (Chateauraynaud et Torny 1999). Dans cette approche, c'est la constitution d'une crise qui contribue à focaliser l'attention des médias, puis des pouvoirs publics. C'est donc le rôle de la médiatisation qui est central, notamment dans sa faculté à déclencher l'attention des pouvoirs publics. Si la notion d'alerte et l'étude de ceux qui endossent le rôle de lanceurs d'alerte entre pleinement dans le processus de publicisation, la médiatisation est loin de créer systématiquement (c'est-à-dire mécaniquement) l'attention des pouvoirs publics. Ainsi l'étude de la mise en place du plan cancer en France nous a permis d'affirmer que c'est bien « la politisation qui a induit une médiatisation accrue et non l'inverse (...) en la diversifiant et en la transversalisant à l'ensemble des rubriques d'information » (Romeyer 2008 : 69). La publicisation ne se réduit donc pas à la manière dont la communication accompagne l'action publique.

De plus, la focalisation sur la configuration d'un problème public ou d'une crise occulte la concurrence entre les différentes thématiques pour accéder et se maintenir dans l'espace public. L'utilisation des termes de « problème » et « crise » est connotée négativement et induit l'idée que ne sont publicisées que des choses qui posent problème. Cette idée est discutable à plusieurs titres. En

² Nous reprenons ici le terme de « scène » à Quéré (1992 : 77) dans sa distinction entre sphère et scène publique.

premier lieu, il s'agit là d'une vision naïve et idéalisée des rouages de la communication publique. Ensuite, nombre de thématiques qui font ou qui peuvent faire problème ne sont pas publicisées.

La dynamique de construction et de réception de ces questions publiques ne peut donc être restituée uniquement par une analyse de contenus médiatiques. L'intérêt général se mesure moins à l'échelle de sa généralité qu'à sa capacité à être reconnu comme un intérêt défendable. Le passage d'une question sociale à une question publique se joue ainsi dans jeu d'étiquetage et dans la capacité des différents acteurs à faire admettre et reconnaître leur définition de la question. Il s'agit de rendre sensibles et dicibles des thèmes pour le plus grand nombre, particulièrement pour les thématiques de santé.

Ainsi, l'étude des phases d'émergence de trois pathologies dans l'espace public, telles que les allergies respiratoires, la maladie d'Alzheimer et le cancer a révélé que les opérations de sélection et de focalisation servent à déclencher et à maintenir l'attention publique. Il apparaît que pour être défini et inscrit dans une action de publicisation, un groupe particulier doit en assumer la charge et celui-ci doit bénéficier d'une forme de légitimation (reconnaissance). Deux types de reconnaissance émergent : professionnelle et médiatique. En effet, dans le champ de la santé, l'engagement d'une pathologie dans un processus de publicisation revêt des enjeux professionnels qui participent de la reconnaissance à la fois de la question dans l'espace public et de ceux qui en ont la charge. Ainsi, *« la première étape pour pouvoir lancer un processus de publicisation semble être une définition claire de la thématique et admise par tous les acteurs concernés »* (Romeyer 2011 : 19).

La comparaison³ des trois pathologies que nous avons étudiées fait apparaître trois cas de figure différents que l'on peut relier à trois stades de publicisation. Les allergies respiratoires ne parviennent pas à être définies comme une maladie ni même comme une pathologie. Elles sont qualifiées dans les discours de « gênes » le plus souvent « occasionnelles ». De plus, elles ne bénéficient d'aucune spécialité médicale dédiée et ne constituent donc pas un enjeu professionnel de reconnaissance. Dès lors, elles peinent à trouver des

³ L'ensemble des conclusions sur la comparaison des trois pathologies est issu du programme de recherche collectif « Communication, médias et santé », cluster 14, ERSTU, mené au sein du laboratoire GRESEC, Université Stendhal, Grenoble 3, et du rapport de recherche éponyme écrit par l'auteur, à partir d'un travail collectif de recueil des données.

professionnels prêts à s'engager dans la reconnaissance publique de cette question.

La maladie d'Alzheimer, de son côté, présente un stade intermédiaire de définition (et d'émergence) dans l'espace public. Si les associations de malades et leurs familles sont parvenues à en faire reconnaître l'aspect médical, aucune spécialité ne lui était consacrée, ce qui rendait difficile toute reconnaissance pour les professionnels la prenant en charge. La situation évolue depuis les années 1980 : après la psychiatrie, c'est en gériatrie que les malades d'Alzheimer ont été orientés à partir des années 1980. Les anciens médecins des hospices se trouvèrent ainsi revalorisés socialement et professionnellement en intégrant les unités de gériatrie. Ce qu'il faut noter surtout, c'est l'inscription de la maladie d'Alzheimer dans un acte médical et non plus dans la gestion de la démence. Enfin, avec les premières thérapeutiques dans les années 1990, c'est la prestigieuse neurologie qui prend en charge les malades (Ngatcha-Ribert, 2007). La reconnaissance professionnelle est donc acquise à ceux qui œuvrent médicalement contre la maladie d'Alzheimer. Cette évolution a facilité les engagements individuels et collectifs dans des formes de publicisation. De plus, contrairement aux allergies respiratoires, Alzheimer bénéficie d'une forme d'institutionnalisation de son statut de question publique grâce au plan Alzheimer initié par le président de la République en 2007.

Le cancer représente, lui, la thématique la plus aboutie en termes de labellisation et de publicisation dans notre étude. En effet, la maladie est définie et établie scientifiquement de longue date. L'oncologie est la spécialité médicale qui lui est dédiée (depuis 1988 en France, et reconnue au niveau européen depuis 1997). Depuis 2005, l'Institut national du Cancer regroupe l'ensemble des acteurs scientifiques et associatifs concernés par le cancer. Sa prise en charge médicale est organisée à travers tout le territoire français. En quelque sorte, le plan cancer porté par Jacques Chirac en 2002 est venu parachever la constitution de la pathologie en question publique. Il n'y a plus aucune nécessité pour les malades ou les médecins de se battre pour une quelconque reconnaissance : elle leur est acquise. La question est désormais visible, sa mise en débat est partagée, et une action publique est engagée et pérennisée.

Fig. 1 : Tableau de synthèse de l'analyse comparative

	Groupes particuliers	Appellation	Enjeux de reconnaissance
Allergies respiratoires	Non	Ni « maladie », ni « pathologie », dénommées « gênes occasionnelles »	Aucun Pas de spécialités médicales identifiées
Alzheimer	Associations de malades et leurs famille, (ex: France Alzheimer) Emergence récente de la thématique au cinéma et théâtre.	Maladie chronique dégénérative	<u>Sociale</u> : prise en charge fin de vie <u>Scientifique et professionnelle</u> : passage de la psychiatrie, à la gériatrie puis à la neurologie <u>Politique</u> : Plan Alzheimer lancé par l'Etat
Cancer	Milliers d'associations de malades ou de recherche Depuis 2004 : Institut national du cancer Portés de longue date par la fiction, le théâtre et les romans.	Le mot Cancer se suffit à lui-même. A atteint une valeur métaphorique pour qualifier un fléau. Oncologie = spécialité médicale depuis 1988	<u>Sociale</u> : prise en charge d'une pathologie élevée au rang de « priorité nationale » depuis 2002 ; 1 famille sur 2 concernée en France <u>Scientifique</u> avec oncologie comme spécialité et prestige d'arriver un jour à éradiquer cancer. <u>Politique</u> : Plan Cancer de J.Chirac renouvelé par ses successeurs

Si la question publique doit être reconnue, il apparaît à l'aune de ces trois exemples que la légitimité – au moins professionnelle – de ceux qui la portent joue également un rôle dans le processus de publicisation. Cette reconnaissance professionnelle stabilise la nomination et la définition de la question, et facilite ainsi le partage par le plus grand nombre de l'idée que cette notion est d'intérêt général. Elle peut être assimilée à une expertise professionnelle, et en l'occurrence scientifique. Cette première phase de labellisation est importante pour pouvoir ensuite continuer la mise en visibilité et entraîner la mise en débat. Notons toutefois que la concurrence entre groupes professionnels existe et que les rapports de force ne débouchent pas systématiquement sur une mise en visibilité ou une configuration publique du problème. Les enjeux et tensions peuvent en effet scléroser le processus et certaines pathologies peuvent rester dans un état de confinement si certains acteurs y trouvent un intérêt. Henry (2007) l'a montré pour l'amiante, c'est le cas aussi des cancers liés aux risques industriels. Ce qui se construit à travers ces rapports de force et les modalités de reconnaissance autres que professionnelle, c'est une véritable expertise sociétale.

Une fois la question sociale avérée, définie et estampillée « publique » pour les différents acteurs concernés, l'enjeu se concentre sur les moyens pour rendre visible cette question et provoquer sa mise en débat.

2.2. Créer l'attention publique

Les capacités à se mobiliser et à mobiliser constituent un élément important des phases de publicisation. Nous empruntons ici le terme « d'attention publique » à Cefaï (1996) avec une acception plus large du qualificatif « publique », c'est-à-dire en intégrant les deux sens définis plus haut : ce qui a trait à la chose publique et, ce qui est observable, notoire et visible.

L'attention publique est par définition orientée vers des thèmes qui sont l'enjeu d'opérations de sélection et de focalisation, d'argumentation et de dramatisation qui les hissent à un certain degré de généralité. De fait, la création d'une attention publique demande à la fois une mobilisation d'acteurs s'engageant individuellement ou collectivement dans la publicisation d'une question, et une capacité à capter l'attention du plus grand nombre par le relais notamment des médias.

La publicisation d'une question est ainsi facilitée par la présence d'acteurs civils, regroupés ou non dans des collectifs, et qui engagent des actions collectives diverses : de la simple pétition à la manifestation et jusqu'au mouvement social. Les différents acteurs se retrouvent alors dans des collectifs aux statuts variés : des associations (de victimes, humanitaires, caritatives, professionnelles), des agences (professionnelles ou administratives), des groupes d'intérêt, des communautés religieuses, des organisations syndicales, des partis politiques, des réseaux sociotechniques, *etc.*

De ce point de vue, la comparaison des trois pathologies précédemment évoquées sur une décennie a bien mis en évidence l'importance de l'existence de « lanceurs d'alerte » ou d'acteurs s'engageant dans la publicisation d'une question. Ainsi, l'association France Alzheimer ou la Fondation Médéric ont su se mobiliser et mobiliser pour la maladie d'Alzheimer. La publicisation de cette dernière a bénéficié par ailleurs de la volonté de personnalités qui ont rendu publique leur maladie (c'est le cas de l'actrice Annie Girardot en France). Le cancer, de son côté, connaît de nombreux lanceurs d'alerte (personnalités, association, un institut national, *etc.*) à toutes les échelles du territoire. C'est le

cas notamment des associations nationales comme l'Arc ou la Ligue contre le cancer, mais aussi d'une multitude d'associations régionales ou engagées par rapport à un type de cancer, présentes sur tous les supports et même au cœur des établissements de soins. Il existe un tissu très dense d'associations ainsi qu'un véritable maillage territorial opéré par les différents organismes publics comme les cancéropôles ou les Offices départementaux de lutte contre le cancer (Romeyer 2008). Si la présence de ces acteurs collectifs est importante pour la publicisation, pour autant, ils ne pré-existent pas – en dehors des structures institutionnelles – aux questions publiques. Ils se constituent eux-mêmes dans des agencements d'actions à travers leur confrontation les uns aux autres, en relation avec des objets et à des institutions, à des discours et à des pratiques.

La publicisation d'une question entraîne donc la publicisation d'un groupe d'acteurs et une forme de reconnaissance. La mobilisation éventuelle d'acteurs collectifs ou individuels a plus de chances de s'installer dans l'espace public si des controverses l'accompagnent. C'est, en partie, ce qui explique qu'Alzheimer ne soit pas tout à fait publicisée alors que le cancer l'est pleinement. En effet, la maladie d'Alzheimer ne connaît pas de débats ou de controverses – qu'elles soient de nature politique ou scientifique – qui permettraient de produire plus d'informations vers le grand public et de faire émerger plusieurs enjeux publics. *A contrario*, plusieurs controverses ont agité soit le traitement de certains cancers, le risque de maladie, soit les différents acteurs concernés tels que les antennes relais, la légitimité du premier président de l'INCa, David Khayat, l'utilisation de l'amiante, *etc.* Quant à la lutte contre le cancer, elle connaît également des controverses politiques : le plan cancer de Jacques Chirac est sujet à débat (Lafon et Romeyer 2008), en raison de l'utilisation communicationnelle de ce que nous avons qualifié de cause légitimante. La caractéristique de ces causes étant de ne pas permettre d'opposition, le bénéfice communicationnel était évident pour un président élu dans des conditions particulières en 2002. Par la personnalisation de cette action en faveur de ces causes, s'opérait tout autant un travail sur l'image du président. Des controverses sociales ont également émergé à propos du cancer, notamment avec les problèmes rencontrés par les malades au niveau de leur travail ou vis-à-vis des banques, *etc.*

De telles controverses ont contribué à faire exister la thématique à la fois scientifiquement, politiquement et médiatiquement. La publicisation par la

controverse a surtout favorisé une diversification des discours jusque-là « banalisés » sur la maladie, c'est-à-dire normalisés par la répétition d'un même type de discours (Romeyer 2008). La même conclusion peut être faite sur les questions relatives aux allergies respiratoires et de la maladie d'Alzheimer. Une diversification des discours est observée avec des aspects scientifiques et publics désormais complétés par une « socialisation » (Romeyer 2008 : 10), c'est-à-dire les éléments plus sociaux et humains de la maladie, et une « transversalisation » (Romeyer 2008 : 27) de la thématique, c'est-à-dire le fait que la notion soit désormais transversale aux différentes rubriques du journal.

La distribution de l'attention publique étant inégale et sélective, les acteurs, pour faire connaître et reconnaître les préjudices qu'ils condamnent ou les revendications qu'ils avancent, entrent en concurrence en vue d'imposer la publicisation de leur question aux dépens d'autres. Les conflits autour de la formulation des définitions, de la pertinence des arguments, de la vraisemblance des dénonciations, se redoublent de conflits entre acteurs collectifs pour se constituer une aire de visibilité et d'audience. Des conflits s'engagent par conséquent autour de l'occupation de supports de publicisation et de la mobilisation des médias. La mise en visibilité de nouveaux acteurs peut parfois interroger les plus anciens. Ainsi, si la Ligue contre le cancer se félicite de la création de l'INCa, de l'importance prise par la lutte contre le cancer, elle n'en cherche pas moins à se (re)positionner. La Lettre du Président⁴ du 26 février 2006 s'interrogeait par exemple ouvertement : « *Quelle est la place de la ligue aujourd'hui avec l'arrivée de nouveaux arrivants : l'INCa, les cancérôpôles, les pôles régionaux de cancérologie, les plans régionaux de Santé quotidienne : il ne faut pas attendre qu'on vous donne toujours votre place, il faut parfois aller la chercher quand elle est légitime. Quand on l'a, il faut parfois la défendre*⁵ ».

La profondeur historique du corpus est ainsi riche d'enseignements pour l'étude du rapport au temps de l'espace public. À la fragmentation et donc à la disparité thématique de l'espace public, s'ajoute ainsi la variabilité dans le temps. L'hypothèse de l'existence de stades de publicisation - incarnés par les trois pathologies étudiées - a pu être bien vérifiée sur une décennie.

⁴ Newsletter de la Ligue à diffusion interne, signée par président de l'association.

⁵ *La Lettre du Président* n°86, Février 2006.

2.3. Déclencher ou modifier l'action publique

La façon dont l'action publique se déclenche et les modalités de sa mise en œuvre est un autre facteur de publicisation. Le rapport entre médiatisation et action publique est fluctuant : dans certaines situations, la médiatisation entraîne l'action publique. Il en va ainsi quand les questions posées dans les espaces publics partiels parviennent à un certain niveau d'expression médiatique, elles commencent alors à interroger les pouvoirs publics. La judiciarisation et le travail des associations constituent deux leviers importants de cette expression médiatique, comme l'ont montré par exemple les cas de l'amiante et de la maladie d'Alzheimer. Dans d'autres situations, l'action publique, lorsqu'elle est intense et plus ou moins soudaine, peut modifier la forme et le volume de la médiatisation d'une question. C'est ce que l'on observe à propos du plan cancer initié par Jacques Chirac (Romeyer 2008). Enfin, dans certains cas, action publique et médiatisation sont réduits au minimum. Ainsi, la question des allergies respiratoires n'a déclenché ni attention, ni action publique. Elle se réduit à un « marronnier » médiatique au moment de la pollinisation et des pics de pollution. Après avoir poursuivi l'étude comparative des trois pathologies sur dix ans, nous pouvons établir que les allergies respiratoires constituent une thématique qui n'a pas émergé dans l'espace public et qui représente le processus de publicisation le plus faible.

La maladie d'Alzheimer, qui représente un degré intermédiaire de publicisation, connaît une action publique plus franche, mais également moins cohérente que celle portant sur la question du cancer. Il s'agit bien d'une question publique reconnue, mais le message public est en quelque sorte brouillé par la persistance à vouloir traiter le sujet d'abord comme un problème économique en lien avec les personnes âgées et leur autonomie (plutôt que comme un problème médical). Nous avons ainsi constaté que les discours étaient portés prioritairement par les secrétariats d'État aux personnes âgées ou celui de la famille afin de souligner le coût de la prise en charge. Dès lors, l'action publique est importante, notamment en termes législatifs, mais elle est desservie par une communication publique floue et par un engagement présidentiel qui souffre de la comparaison avec l'action du précédent Président à propos du cancer. De plus, contrairement à l'INCa qui a associé les scientifiques à l'action publique, le plan Alzheimer a tenu les scientifiques à l'écart de sa

mise en œuvre. Le problème que rencontre le processus de publicisation est celui de l'hésitation de l'action publique sur les objectifs et le ministère de tutelle. S'agit-il d'œuvrer à la prise en charge de la lutte contre la maladie d'Alzheimer ou de mettre en place un dispositif de gestion des personnes âgées et de la dépendance ? Pour l'État français, la maladie d'Alzheimer est moins un problème médical ou scientifique qu'un problème économique.

A contrario, le cancer est le cas qui a vu la mise en place de l'action publique la plus importante et la médiatisation la plus aboutie en termes de volume et de diversification. L'aspect novateur de l'action publique est double : d'une part par les modalités d'action et de financement du plan, et, d'autre part, par l'engagement fort et personnel du président de la République. Surtout, l'action publique a organisé la collaboration de l'ensemble des acteurs en associant les agences de recherche, les scientifiques et les associations au sein même de l'institut national créé à cet effet. Une telle action publique est à la fois volontaire et claire. Elle est portée par un Président de la République ou un ministre, avec un seul ministère concerné (celui de la santé), un financement conséquent et accompagnée d'une importante communication publique autour du plan cancer 2002-2005 : spots tv, site Internet dédié (e-cancer), discours politiques, presse nationale, presse régionale, *etc.* La conclusion qui s'impose est celle d'un processus de publicisation abouti. Pour autant, il ne s'agit pas d'un état figé. On note ainsi que la publicisation du cancer se relativise à partir de 2006-2007 (avec conjointement la fin du plan Chirac et le début de l'action sur Alzheimer). Ce relatif effacement se traduit par une médiatisation moins importante, par des interventions ou annonces publiques qui s'estompent et par une certaine discrétion des associations sur la scène publique. Cela pourrait être révélateur du caractère évolutif et non définitivement acquis du processus de publicisation et des effets de concurrence au sein de l'espace public.

Le processus, qui amène une question à être qualifiée de « publique » et reconnue comme telle, est donc long et complexe. Toutes les facettes que revêt le terme « public » sont concernées et interagissent entre elles. La médiatisation ne saurait à elle seule constituer la publicisation. Trois éléments, moins cloisonnés que ne le laisse penser cette présentation, sont en interaction permanente :

- la définition et la reconnaissance « publique » d'une question, reconnue d'intérêt général et devant être traitée publiquement ;

- la mise en intrigue opérée par des collectifs divers et qui peut prendre un ton alarmiste pour créer l'attention ;
- l'action ou la réaction des pouvoirs publics.

Le procès de publicisation se joue dans le passage de l'un à l'autre de ces éléments et les rapports qui s'instituent entre eux, c'est-à-dire dans un jeu de cadrages et de re-cadrages successifs de la question publique. Ceux-ci sont révélateurs de rapports de force complexes et se soldent par des phénomènes de reconnaissances à la fois professionnelle et médiatique. Or, le processus de publicisation entraîne une multiplication des acteurs comme des thématiques en débat. Ces acteurs, en recherche tant de visibilité que de légitimité, développent des stratégies différenciées qui exacerbent les aspects concurrentiels des espaces publics partiels. Dès lors, le degré ou le stade de publicisation est modulable dans le temps. Non seulement le processus de publicisation progresse de champ à champ, mais le degré de publicisation d'une question évolue dans le temps. Cette conclusion introduit l'idée d'espaces publics partiels non pérennes.

3. La médiatisation et ses caractéristiques contemporaines

A partir des données de l'Institut National de l'Audiovisuel, l'étude de l'évolution de la présence des questions de santé à la télévision nous autorise à proposer quelques grandes tendances de la médiatisation des questions de santé, et à questionner les liens qu'entretiennent médiatisation et publicisation.

3.1. Une médiatisation généralisée et complète

La première remarque qui s'impose sur la médiatisation de la santé est son importance quantitative et sa répartition sur l'ensemble des supports. La santé est ainsi présente à la fois dans les grands médias généralistes (presse d'information générale, télévision, radio), sur les supports spécialisés (presse magazine spécialisée, émissions spécialisées, presse professionnelle) et sur internet. Les discours médiatiques sur les questions de santé sont donc diversifiés qualitativement et importants quantitativement.

Trois grands types de discours sur la santé dans les médias d'information générale sont repérables : les discours scientifique, public et sociétal. Le discours le plus ancien sur la santé (circonscrite alors au domaine de la

médecine) est le discours scientifique, en lien avec la tradition de vulgarisation des sciences. L'objectif est de relater les différents progrès médicaux ou les dernières grandes découvertes. Le discours scientifique est la plupart du temps pris en charge par des médecins-journalistes ou des scientifiques-journalistes. Ce type de discours est toujours présent mais son importance tend à s'effacer au fur et à mesure que la santé remplace la médecine, entraînant son autonomisation du champ scientifique (Romeyer 2008 : 63-64).

La deuxième dimension discursive présente est la dimension publique et politique. Sa présence et son importance sont liées au statut de la santé en France. En effet, si la maladie (le vivre avec) est du domaine privé et renvoie à des aspects médicaux et scientifiques, la prise en charge de la santé, les politiques et l'organisation de la santé sont, en France, publiques. Dès lors, les différents organismes et agences publics, les responsables politiques communiquent et sont relayés par les médias. Les alertes, les décisions politiques, les plans, les lois, les mesures pour réduire le coût de la santé, *etc.* sont annoncés et commentés abondamment dans les médias donnant au discours sur la santé une coloration politique et publique. L'existence de ce deuxième grand type de discours permet aussi à la santé de gagner les pages politique et économique des grands quotidiens nationaux, et d'être servie par des journalistes professionnels et non plus uniquement par des journalistes-médecins. En cela nous pouvons parler de transversalisation (Romeyer 2008 : 27-28).

Enfin, à partir de la fin des années 1980, en raison de la multiplication d'affaires et de scandales, mais aussi par le développement de l'expression des malades, un discours plus social sur la santé émerge dans les médias généralistes. Les malades font ainsi leur apparition dans les émissions de télévision et leurs témoignages se multiplient également dans la presse. Le développement de l'expression testimoniale, l'émergence des récits de vie interrogent les modalités de l'utilisation des témoignages, notamment à la télévision. Pour la télévision, ces trois discours peuvent se lire à travers l'évolution des émissions où il est question de santé. On note ainsi qu'après les premières *émissions médicales (Sciences d'aujourd'hui)* dans les années 1970-80, la santé est abordée dans des *émissions dites de société (Ça se discute)* dans les années 1980-90. Puis, sous l'effet de mutations structurelles de l'industrie de la télévision et de ses audiences, un troisième type d'émission voit le jour : des

émissions dites de santé (Le Magazine de la santé), sorte d'hybridation des deux autres. Comme le montre le tableau qui suit, l'utilisation des témoignages dans ces émissions illustre parfaitement le passage des émissions médicales aux émissions de santé par un phénomène d'hybridation des dispositifs entre émissions spécialisées et émissions de société (Romeyer 2007).

Fig. 2 : Utilisation du témoignage à la télévision, de l'illustration à l'argument⁶

	Acteurs	Ligne éditoriale	Ton	Image de la science	Valeur du témoignage
Émissions médicales	Médecins Scientifiques Journalistes	Informative Scientifique	Consensuel	Positive Optimiste	Néant
Émissions de société	Malades Association Animateurs	Empathie Divertissement	Compassionnel Polémique	Négative Les échecs de la médecine	Argument
Émissions de santé	Médecins Malades Journalistes	Informative Empathie	Critique	Au travail pour des malades en souffrance Nécessité d'aboutir	Illustration

Ainsi, l'évolution de la valeur du témoignage met parfaitement en exergue une des modalités de construction de l'expertise. Désormais, le malade est expert de sa maladie et l'assume à travers le développement des récits de vie. Et cette expertise accède au rang d'argument.

Outre le volume et la coexistence de trois types de discours, la diversification du traitement médiatique constitue le troisième élément caractéristique de la médiatisation de la santé. Plus une pathologie est à un stade avancé de publicisation, plus les discours sont diversifiés et plus ils sont présents simultanément et de façon équitable. Pour le cancer, les différents types de discours sont présents sur l'ensemble de la décennie, attestant de l'ancienneté de la mise en visibilité de la thématique. La répartition est même parfaite durant trois années (2001 à 2003) période durant laquelle chaque type de discours représente au moins 10% de l'univers discursif du cancer. Cette répartition atteste de la mise en débat de la thématique et de la pluralité d'acteurs y prenant part. Le cancer connaît donc une visibilité médiatique quantitativement attestée. Si celle-ci est assurée sur toute la période, la pluralité et la mise en débat ne se vérifient qu'entre 2001 et 2003. La prégnance d'une thématique dans l'espace

⁶ Tableau extrait de Romeyer (2007 : 64).

public n'est donc pas figée mais elle évolue dans le temps. Concernant Alzheimer, la dimension scientifique est la plus présente jusqu'en 2000, puis la dimension publique prend le dessus très nettement et a même tendance à évincer les autres types de discours. Les années 2004 puis 2006 à 2008 révèlent un discours médiatique complet, c'est-à-dire avec une représentation de l'intégralité des types de discours. Nous avons donc bien une émergence en cours dans l'espace public, marquée par une mise en visibilité importante mais une diversification des discours (et donc des acteurs) encore timide, ce qui signifie que la mise en débat n'existe pas encore. Enfin la médiatisation des allergies respiratoires est réduite à son expression la plus simple : celle d'un « marronnier » pour l'ensemble des médias généralistes, ce qui atteste d'une publicisation non encore engagée.

L'importance du rôle des médias dans la publicisation des questions, et plus précisément des formes de mobilisation, est partagée par les différents acteurs. Ainsi, Arlette Meyrieux de l'association France Alzheimer souligne avoir « *de plus en plus de contacts avec la presse écrite (...)*. Et précise : « *Il y a encore pas longtemps, on nous appelait pour obtenir les coordonnées d'un neurologue. Aujourd'hui, c'est nous qui sommes interviewés*⁷ ». Dans la plupart des cas, œuvrer à la publicisation d'une thématique participe de sa propre publicisation et de formes de reconnaissance professionnelle et personnelle. De fait, pour entretenir l'attention publique et s'assurer du leadership en matière de visibilité, un artifice est couramment utilisé : la notion de risque.

3.2. État de crise permanent

Dans le champ de la santé, la focalisation sur des « affaires » ou des « scandales » depuis les années 1990 amène un état de crise sanitaire quasi permanent. La fin du XX^{ème} siècle est en effet marquée par plusieurs esclandres, ce qui induit des questions nouvelles dans l'approche des crises et la volonté de les gérer. Ainsi, la France se dote, avec les lois du 1^{er} juillet 1998 puis du 9 mai 2001⁸, d'un véritable dispositif de gestion de la sécurité sanitaire. Celle-ci s'organise désormais entre plusieurs agences dans le domaine du médicament

⁷ Entretien réalisé dans le cadre du programme « Communication, médias et santé », le 6 avril 2010 (Romeyer 2011).

⁸ La loi du 1er juillet 1998 est relative au « renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme » et la loi du 9 mai 2001 crée une « Agence française de sécurité sanitaire environnementale ».

(Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé), de l'alimentation (Agence française de sécurité sanitaire des aliments), de l'environnement (Agence française de sécurité sanitaire environnementale) et de surveillance de l'état de santé de la population (Institut de veille sanitaire). Cette prolifération d'agences plus ou moins reliées à la gestion de crises potentielles s'inscrit dans un contexte de « culture du risque » (Le Breton 2012). Depuis les années 1980, l'utilisation de la sémantique du risque s'est développée chez tous les acteurs : politiques, scientifiques, activistes, etc. Tout est risque et il s'agit désormais de l'anticiper et de le gérer. Pour autant la notion n'est pas sans poser question.

La notion de risque est utilisée dans de nombreux domaines d'activités (finance, médecine, assurance, ingénierie, politique, *etc.*) où elle recouvre des significations différentes. En sécurité civile⁹, elle implique la présence de deux éléments fondamentaux, l'aléa et la vulnérabilité. L'aléa désigne la probabilité que surviennent un événement ou un phénomène pouvant engendrer des dommages (sécheresse, accident industriel, *etc.*) ; la vulnérabilité représente la prédisposition à subir des préjudices ou dommages engendrés par un événement aléatoire. Le risque résulte donc de l'interaction entre un aléa et la vulnérabilité du milieu exposé (personnes, habitations, activités économiques, *etc.*) et implique la potentialité de dommages ou de préjudices. Appréhendé sous cet angle, le risque apparaît comme un danger probable, un « aléa anticipable » (Lascoumes 1993), qui peut donner lieu à des mesures et à des calculs probabilistes. Le risque et la sécurité sont deux notions très présentes dans les discours médiatiques et politiques en France depuis les années 1980. Appliquée au champ de la santé, la notion de risque devient l'outil organisateur des politiques de santé publique. Ce que nous souhaitons souligner ici, c'est l'emboîtement entre un contexte de crise sanitaire basé sur nombreuses affaires politico-sanitaires, l'opération de « mise en risque » de la santé à des fins de publicisation et les modalités d'une médiatisation où la prégnance de l'épidémiologie a fait émerger des expressions telles que « facteurs de risque » ou « comportements à risques ». Un état de crise sanitaire, réel ou entretenu, associé à la mise en risque des politiques de santé publique, sert ainsi une

⁹ L'article 1 de la loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile définit que « la sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres personnes publiques ou privées. »

médiatisation particulièrement entretenue par la multiplication de discours alarmistes.

Les différents dossiers sanitaires de la fin du XX^{ème} siècle et du début du XXI^{ème} ont contribué à ce que l'on associe la notion de crise à l'émergence et la médiatisation dans l'espace public de problèmes nouveaux. Plusieurs éléments concourent à cette éclosion des crises sanitaires par médias interposés. Tout d'abord, la multiplication des controverses scientifiques (trait typique de la société du risque selon Ulrich Beck) et les succès des « lanceurs d'alerte » (Chateauraynaud et Torny 1999) qui entretiennent l'idée de crise. En tentant de mieux anticiper les situations critiques, la société française est en état de crise sanitaire quasi permanent, ce qui dilue celles-ci dans le temps. Les crises commencent avant et se poursuivent après les épisodes de pandémie. Cela est bien illustré par le cas de la grippe H1N1 : en France la phase d'alerte pré-pandémique a été déclenchée dès avril 2009, soit 5 mois avant que l'épidémie n'atteigne réellement le pays, et, en mai 2011, le gouvernement publiait encore un « point sur la situation épidémiologique » de la grippe H1N1¹⁰.

Outre l'état de crise, les actions en justice – courantes dans ces dossiers sanitaires – révèlent au grand jour les intérêts particuliers et notamment marchands du champ sanitaire et construisent une image du « scandale » par dessus celle de crise. Si la question de la responsabilité a émergé dans le débat public c'est parce que des actions en justice ont été entreprises. En France, ces actions ont concerné, pour l'essentiel, les décideurs publics. Enfin, la médiatisation, centrée sur les uniques aspects de scandale ou d'affaire (Marchetti 2010), ancre durablement l'idée d'une crise sanitaire quasi permanente.

Pour le sens commun, une crise est la situation dans laquelle une menace de grande ampleur surgit brusquement et bouscule tout sur son passage, créant de la confusion. Pour autant, bon nombre de ce qui est présenté comme des crises sanitaires contemporaines n'ont provoqué aucune hécatombe (l'eau Perrier ou la vache folle par exemple). Si l'urgence est un élément constitutif de toute crise, c'est moins une urgence imposée par l'événement (flambée épidémique, catastrophe naturelle, anomalie climatique) qu'une urgence déclenchée par les acteurs sociaux, y compris les institutions.

¹⁰ Source : <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr>

C'est une caractéristique des crises sanitaires que de devenir un risque social, économique et politique par-delà et au-delà le (du) sanitaire. Pour poursuivre l'exemple de la grippe H1N1, le plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale » a été élaboré sous l'égide du secrétariat général de la défense nationale. Depuis 2006, la gestion gouvernementale de la grippe prévoyait que la conduite des opérations de l'action gouvernementale serait transférée du ministère de la santé vers celui de l'intérieur, « dès lors que les questions de sécurité civile, d'ordre public ou de continuité de la vie collective deviennent prédominantes »¹¹.

Gérer la crise ne se réduit donc plus à gérer des secours, mobiliser et coordonner des moyens ou informer. Les crises sanitaires obligent les autorités et leurs experts à faire preuve d'une grande réactivité. Ils doivent appréhender la crise dans ses dimensions techniques, scientifiques et organisationnelles, mais également anticiper la possible éclosion d'affaires ou de scandales résultant en partie de la médiatisation et de la juridicisation des problèmes. Dès lors, la gestion des crises est devenue inséparable d'un traitement de la part politique qu'elles comprennent, en raison de la prégnance de la notion de risque et du devoir de sécurité des citoyens qui incombe aux autorités.

3.3. Mise en risque

Un processus de « mise en risque »¹² a été mis au jour par différents travaux. Cette expression recouvre l'opération par laquelle un danger est transformé en risque. Les causes peuvent être identifiées, la probabilité qu'un risque survienne peut être calculée et des dommages éventuels peuvent être évalués. Le rôle de la communication des pouvoirs publics vise notamment à éduquer, à sensibiliser les populations et à accompagner les actions préventives. Néanmoins, avec l'émergence de nouveaux dangers, cette manière traditionnelle de gérer les risques a été bousculée. Gilbert (2002) décrit ainsi trois phases de rupture en matière de gestion des risques :

- à la fin des années 1970, c'est l'introduction de la notion de « risques majeurs » (Lagadec 1981) dans le domaine des risques industriels. Les secteurs du nucléaire ou de la chimie avec les catastrophes ou accidents

¹¹ Extrait du plan gouvernemental de prévention et de lutte « pandémie grippale », secrétariat général de la Défense nationale, n°1700/SGDN/PSE/PPS du 6 janvier 2006, p.9.

¹² Expression introduite par Ewald (1986) et citée par Gilbert (2003 : 57).

comme ceux de Three Mile Island, Tchernobyl ou l'usine AZF de Toulouse en fournissent des exemples concrets.

- Au cours des années 1980-1990, les risques liés à la gestion des problèmes de santé publique apparaissent. Ils mettent en exergue les vulnérabilités propres au système de santé français. A cet égard, l'épidémie du Sida a été à l'origine de ruptures dans l'approche de la gestion des risques. Une remise en cause de la « *compétence du corps médical, des experts scientifiques et, au-delà, de la capacité de l'administration et des autorités politiques à assumer leurs fonctions et responsabilités* » (Gilbert 2002 : 116) s'est imposée ;
- à la fin des années 1990, des ruptures encore plus nettes apparaissent avec l'émergence de dangers marqués par de fortes incertitudes comme ceux liés aux OGM, à la téléphonie mobile ou aux pollutions environnementales. Ces dangers menacent la santé et suscitent des situations de crises où les acteurs économiques, les politiques et les professionnels de l'expertise se trouvent en difficulté.

Aussi, certains auteurs ont-ils fait du risque un élément constitutif des sociétés. Giddens (2007 : 15) souligne que les sociétés sont aujourd'hui confrontées à des risques créés par l'homme, lesquels ont supplanté les risques naturels. Beck surenchérit en insistant sur le fait que les sciences sont confrontées aux problèmes qu'elles causent : « la science devient *cause (partielle), médium de définition, et source de solution* des risques » (Beck 2001 : 341). Il y a donc, depuis les années 1980, une prégnance de la notion de risque, qui s'applique à un nombre croissant de domaines, et notamment à celui de la santé qui est, de surcroît, marqué par la multiplication des affaires politico-sanitaires. Un tel contexte sécuritaire et la recherche du risque concourent à mettre en accusation des facteurs de risques dans un premier temps, puis des comportements à risques.

La volonté de contrôler le développement apparent des risques sanitaires a accompagné l'expansion des études épidémiologiques. En se basant sur ce qu'on a appelé la « transition épidémiologique », c'est-à-dire la résorption de la mortalité imputable aux maladies infectieuses et l'accroissement de celle due aux maladies dites « chronique dégénératives », les épidémiologistes ont mis en accusation nos « styles de vie » (Berlivet 2000). Les techniques de prévention classiques (vaccination, hygiène, etc.) n'ayant pas de prises sur ces

comportements, il fallait persuader le plus grand nombre de changer de style de vie. L'élargissement du champ de l'épidémiologie aux maladies chroniques dégénératives et sa refondation disciplinaire autour des techniques d'objectivation statistiques ont profondément transformé le champ de la prévention à travers une re-problématisation dans les catégories du « risque ».

Certaines manières de vivre sont décrites comme des vecteurs de comportements à risques ou jugées anormales. L'effort de la politique publique de santé va consister à tenter de ramener ce pourcentage de comportements « déviants » au niveau le plus faible possible. À partir de ce qu'on identifie comme les causes sociales du phénomène jugé indésirable, les spécialistes de la prévention et de la communication publique vont rechercher des leviers symboliques dans les représentations qui sous-tendent les pratiques « à risques » pour tenter d'en renverser la balance et, ce faisant, promouvoir « un style de vie plus sain ». C'est ainsi qu'émergent les « images sociales » du buveur, du fumeur, du malade en chimiothérapie, *etc.*

Puisque les comportements à risques sont mis en accusation, désormais, l'objectif de l'ensemble des acteurs est de persuader les Français de la nécessité d'adopter d'autres comportements, les rendant individuellement responsables. Que ce soit le tabac, l'alcool, la nutrition, il s'agit de risques individuels liés à des choix individuels eux-mêmes remis en question. Il en va ainsi du cancer des poumons désormais appelé cancer du fumeur : « *Cancer des fumeurs, de plus en plus de victimes* », dans *Le Monde* du 3 février 2002 par exemple. De même, *Le Figaro* du 29 novembre 2004 précise à propos du décès de Philippe De Broca qu'il s'agit « *des suites d'un cancer du fumeur* ».

L'étude de ces expressions, souvent accompagnées de formes de responsabilisation individuelle nous amène à mobiliser les travaux de Michel Foucault. Le philosophe fait une distinction entre les « disciplines » et ce qu'il désigne comme « *des dispositifs de sécurité* » (Foucault 1978). Dans le cas des dispositifs de sécurité, à la différence des mécanismes disciplinaires, il est vain de prétendre édicter une norme (la santé, le sain, *etc.*) qu'il s'agirait ensuite d'imposer. Au contraire, la caractéristique de ces dispositifs résiderait dans leur capacité « [à] *prendre appui sur le processus même (...) sur la réalité du phénomène, de ne pas essayer de l'empêcher, mais au contraire de faire jouer en rapport à lui d'autres éléments du réel de manière que le phénomène*

s'annule et en quelque sorte s'annule de lui-même » (Foucault 1978 : 17). Et l'auteur de préciser :

« Dans les disciplines, on parlait d'une norme, et c'est par rapport à ce dressage effectué par la norme que l'on pouvait ensuite distinguer le normal de l'anormal. Là, au contraire, on va avoir un repérage des différentes courbes de normalité, et l'opération de normalisation va consister à faire jouer les uns par rapport aux autres ces différentes distributions de normalité, et de faire en sorte que les plus défavorables soient ramenées à celles qui sont le plus favorables » (Foucault 1978 : 24).

De cette première distinction opérée par Michel Foucault entre « dispositifs de sécurité » et « mécanismes disciplinaires » découle une seconde opposition, relative à l'actualisation de la relation au pouvoir. Tandis que le projet disciplinaire vise à établir un dispositif agissant « de l'extérieur » sur un sujet, un dispositif de sécurité ne peut s'instituer qu'à la condition de faire jouer « de l'intérieur » certains aspects du phénomène considéré, de manière à neutraliser les plus délétères. C'est pour cette raison que l'axe pertinent de la discipline est « l'axe du rapport souverain-sujet », tandis que la sécurité s'obtient par un mouvement interne à la population considérée. C'est exactement ce à quoi travaillent les concepteurs des « messages de prévention » : à partir de ce qu'ils identifient comme les causes sociales du phénomène jugé indésirable, ils cherchent des leviers symboliques dans les représentations qui sous-tendent les pratiques « à risque », et souhaitent promouvoir un style de vie plus sain. Il s'agit désormais d'amener la population à évoluer sur tel ou tel « comportement à risque » et de l'aider ainsi à acquérir un plus haut niveau d'auto-contrôle. Chacun est responsable de sa santé :

« les stratégies de santé publique produisent du contrôle et de l'auto-contrôle grâce à une culture de la responsabilité. Il faut être responsable pour soi-même en évitant les comportements « à risque ». Il faut être responsable pour les autres en ne les exposant pas à ces risques » (Razac 2006 : 10).

Auto-contrainte et accomplissement de soi vont donc de pair et, en rupture avec la logique des dispositifs disciplinaires, la prévention vise désormais à aider les individus à trouver la motivation nécessaire pour se libérer des pratiques « à risques ».

« Au lieu de rappeler à l'ordre des individus infantiles oublieux des nécessités de l'ordre biosocial, il convenait désormais d'éveiller des acteurs dotés d'autonomie, à leurs potentialités. Et il fallait tous les convaincre de ce qu'une vie saine, libérée de l'emprise de comportements pathogènes, n'est pas moins pleine et entière » (Berlivet 2004 : 51).

Néanmoins, cette imputabilité peut être remise en cause. D'une part, elle ne peut être mise en avant pour toutes les pathologies ; d'autre part, la pertinence de l'édition de facteurs ou de comportements à risque est problématique pour les individus qui se trouvent ainsi plus culpabilisés que responsabilisés. Les spécificités prises par la communication autour des politiques de santé invitent à les penser également en termes de régulation du social. La multiplication des dispositifs visant à accroître, sauvegarder ou soigner la population a été identifiée par Foucault comme l'émergence et le développement d'une biopolitique au service du renforcement des États et du maintien de l'ordre social (Foucault 1976). De plus, les institutions de santé ont souvent constitué non seulement des lieux d'acculturation mais aussi de domination des classes populaires, considérées par leur comportement comme ne répondant pas aux normes nouvelles de l'hygiène. Par exemple, les consultations de nourrisson ont été les lieux d'apprentissage des bons soins à prodiguer aux bébés, mais elles ont aussi été dans le même temps des moments de stigmatisation publique des mères (Rollet 1990). Les bureaux municipaux d'hygiène, qui se multiplient en France à partir des années 1880 surveillent non seulement la régularité des vaccinations des enfants, mais instaurent aussi des conférences médicales dans les écoles afin d'éduquer les parents. La dimension sociale du développement des dispositifs liés à la santé publique ne peut donc être ignorée (Bourdelaïs 2003) et une réflexion sur les mutations des discours de prévention, la mobilisation de la notion de risque et les formes de responsabilisation, à partir des travaux de Foucault reste à mener.

3.4. L'imposition de discours

En faisant entrer des éléments la vie biologique dans la politique, les actions et les discours en matière de santé publique se sont multipliés. De tels discours établissent une sorte de référent commun par un phénomène de mémoire discursive (Sophie Moirand 2007) qui se construit par la répétition de certains thèmes, voire une focalisation sur ceux-ci comme les comportements à risques, les risques, les crises sanitaires, la prévention, *etc.* De la sorte, un cadre de lecture – consciemment ou pas - se crée autour de thématiques plus ou moins reliées à la santé mais n'ayant pourtant que peu de rapport (vache folle, cancer, sang contaminé, sida, Grippe A, *etc.*). « Les discours médiatiques par la constitution d'univers de référence construisent par sédimentation une mémoire,

un référentiel commun » (Moirand 2007 : 5). Tout cela vient tour à tour conforter ou combattre des *habitus* anciens en jouant sur des mécanismes d'autocontraintes. « Ces faits divers devenus politiques, sont même des faits de mémoire collectifs auxquels on fait appel et que l'on rappelle constamment » (Moirand 2007 : 2). En matière de santé, la prégnance de la notion de risque est largement entretenue par les médias. Ainsi, à propos de la couverture médiatique du cancer : 23,58 % en moyenne des articles du journal *Le Monde* entre 2000 et 2005 aborde le cancer en évoquant la notion de risque (Romeyer 2010 : 38).

Les travaux de Luc Berlivet ont montré comment l'importation de la notion « d'image sociale » (du buveur, du fumeur, *etc.*) a modifié les campagnes de prévention. Désormais, pour se réaliser pleinement les individus doivent adopter un style de vie faisant l'économie des « comportements à risques », dangereux pour l'organisme ou aliénant. Ce discours est repris massivement par les médias. Communications publique, politique et médiatique se donnent pour objectif de persuader le plus grand nombre de la nécessité de changer de comportements, responsabilisant chacun individuellement. Ainsi, à propos du discours médiatique sur le cancer, dans le journal *Le Monde*, de 2000 à 2005, la mise en cause de comportements jugés à risque s'accroît chaque année. À l'inverse, les risques collectifs, liés au développement industriel ou énergétique par exemple, ne sont pas concernés par ce discours individualisant et responsabilisant.

Il existe donc un enchaînement conjoncturel entre la prégnance de la notion de crise dans le champ de la santé, le recours à l'épidémiologie statistique (notamment à la notion de risque) et les modalités de médiatisation des questions de santé. Le risque, bien que peu définissable, est devenu une catégorie de discours pour les médias comme pour les hommes politiques sur les questions de santé. Ainsi, des expressions telles que « comportements à risque » ou « facteurs de risque » se multiplient. Il est désormais plus souvent question de risque de santé que de santé tout court. Par ailleurs, les « affaires » sanitaires sont privilégiées. La notion de risque présente deux avantages pour la publicisation de telle ou telle question : elle facilite les controverses scientifiques par son caractère incertain et potentiellement alarmiste. Elle est également facile d'utilisation pour les médias car elle recèle des scoops potentiels et suscite la recherche de scandales ou d'affaires.

La santé, enjeu de société et sujet d'intérêt général, se prête bien aux mécanismes de l'imposition de discours et de normes. En France par exemple,

toute une production discursive sur l'alimentation se développe : trois « plans nationaux nutrition santé » (PNNS) se sont succédés entre 2001 et 2015. Il est intéressant de noter les étapes de publicisation de la thématique à travers ces plans. Ainsi, une analyse de discours informatisée nous révèle que le champ lexical de l'urgence et de l'angoisse prédomine dans le premier plan national. Cette première action publique d'envergure doit en effet légitimer son existence en cherchant à créer le choc et à étiqueter la thématique. Il suffit de lire quelques lignes de l'éditorial signé du ministre de la santé de l'époque, Bernard Kouchner, pour s'en convaincre :

«Pays de la gastronomie heureuse, des restaurants étoilés et des repas dominicaux, la France est aujourd'hui plongée dans l'angoisse et la confusion.

Faut-il désormais sacrifier au tout-puissant principe de précaution le si doux principe de plaisir ?

La rumeur gronde, inquiète, sur les marchés et derrière les caddies : que pouvons-nous encore manger ? Dans le même temps, aux grandes pathologies de carences heureusement presque totalement disparues, succède désormais l'envolée des déséquilibres alimentaires et des pathologies liées à l'excès, que révèle cet inquiétant 12% d'enfants obèses parmi les cinq-douze ans. ... » (Plan National Nutrition Santé 1 : 2)

Une fois le problème public bien installé dans l'espace public, il faut l'y maintenir en tentant de convaincre le plus grand nombre. Le PNN2 déploie ainsi le champ lexical de la conviction. Son rôle est d'assurer l'ancrage de la politique publique en cours de mise en œuvre et de convaincre les Français d'abandonner des comportements jugés à risques, avec les campagnes : « Manger/bouger », « Manger 5 fruits et légumes par jour », « Moins salé, moins sucré ». Labelliser, créer l'attention publique, médiatiser une action publique, nous retrouvons pour l'alimentation les mêmes étapes que pour le cancer ou Alzheimer. Toutefois, à l'imposition de discours vient s'ajouter ici l'édiction d'une norme : la définition du corps sain et, parfois même, du corps beau.

4. Conclusion

L'objectif de ce texte était d'éclairer le fonctionnement du processus de publicisation. Le terme public revêtant une polysémie problématique, cela nous a obligée à décomposer artificiellement le mouvement qui amène une question à devenir publique, c'est-à-dire notoire, visible et ayant trait à l'intérêt général.

Trois étapes semblent nécessaires à la labellisation « publique » de questions jusque-là « sociales » :

- D'abord, les différents acteurs collaborent (consciemment ou non) à une définition commune de la question, permettant qu'elle soit reconnue comme étant d'intérêt général. Ce faisant, la question voit son traitement public acceptable par le plus grand nombre.
- Ensuite, pour créer l'attention publique en rendant visible, une véritable mise en intrigue s'opère, notamment par divers collectifs ou lanceurs d'alerte. Bien que ce ne soit pas l'objectif de leur démarche, ces actions collectives aboutissent à des formes de reconnaissance professionnelle, sociale et/ou médiatique, qui s'avèrent importantes dans l'engagement des processus de publicisation.
- Enfin, l'action de ces collectifs, l'utilisation d'outils comme la mise en risque et le raisonnement en termes de crise assurent une couverture médiatique plus importante. D'abord quantitative, cette évolution du discours médiatique devient qualitative avec une diversification des discours qui va de pair avec celle des acteurs. La diversification du discours médiatique sur une question est un indice important de son degré de publicisation. *In fine* l'action ou la réaction des pouvoirs publics ancre définitivement le caractère public de la question.

Concernant le champ de la santé, en raison de ses spécificités, un enchâssement se produit entre un contexte de crise permanent, une mise en risque des questions de santé et une médiatisation focalisée sur les « affaires ». Dès lors, cette publicisation engendre des modifications de l'objet publicisé lui-même. La définition de la santé et les représentations qui lui sont liées semblent se modifier avec une extension du côté du bien être (« care ») et surtout avec l'introduction de catégories de discours telles que « comportements à risque » ou « facteurs à risque ». Il est de moins en moins question de santé ou de médecine dans le discours médiatique de la santé, et de plus en plus de gestion de crise.

Références bibliographiques

- BEAUD, Paul (1986), « Médias, médiations et médiateurs dans la société industrielle ». Thèse de doctorat d'État en sciences de l'information et de la communication, Grenoble, Université Stendhal.
- BECK, Ulrich (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- BERLIVET, Luc (2000), « La santé publique face aux accusations de moralisme », dans A. GARRIGOU (dir.), *La santé dans tous ses états*, Paris, Atlantica, 2000, p. 243-270.
- BERLIVET, Luc (2004), « Une biopolitique de l'éducation pour la santé », dans Didier FASSIN et Dominique MEMMI (dir.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Presses de l'EHESS, p. 37-75.
- BOURDELAIS, Patrice (2003), *Les épidémies terrassées, une histoire de pays riches*, Paris, La Martinière.
- CASTELLS, Manuel (2002), *La galaxie Internet*, Paris, Editions Fayard.
- CEFAÏ, Daniel (1996), « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, vol. XIV, n° 75, p. 43-66.
- CHATEAURAYNAUD, Francis et Didier TORNÉ (1999), *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Presses de l'EHESS.
- EWALD, François (1986), *L'État providence*, Paris, Grasset.
- FLICHY, Patrice (2004), « L'individualisme connecté entre la technique numérique et la société », *Réseaux*, vol. II, n° 124, p. 17-51.
- FOUCAULT, Michel (1976), « Cours au collège de France en 1976 : Il faut défendre la société ». Tapuscrit, Bibliothèque du Saulchoir, Centre Michel Foucault.
- FOUCAULT, Michel (1978), « Cours au collège de France en janvier 1978: La population ». Tapuscrit, Bibliothèque du Saulchoir, Centre Michel Foucault.
- GIDDENS, Anthony (2007), « Une nouvelle gamme de risques spécifiques de la modernité », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 941, p. 15-17.
- GILBERT, Claude (2002), « La fin des risques ? », *Quaderni*, n° 48, p. 111-120.
- GILBERT, Claude (2003), « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. I, n° 114, p. 55-72.
- LE BRETON, David (2012), *Sociologie du risque*, Paris, PUF.

- HENRY, Emmanuel (2007), *Un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- LAFON, Benoit et Hélène ROMEYER (2008), « Le cancer à la télévision : enjeux médiatiques et politiques d'une cause légitimante », *Politique et sociétés*, vol. XXVII, n° 2, p. 73-104.
- LAGADEC, Patrick (1981), *Le risque technologique majeur*, Paris, Pergamon.
- LASCOUMES, Pierre (1993), « Construction sociale des risques et contrôle du vivant », *Prévenir*, n° 24, p. 23-36.
- MARCHETTI, Dominique (2010), *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, Grenoble, PUG.
- MOIRAND, Sophie (2007), *Les discours dans la presse quotidienne, Observer, analyser, comprendre*, Paris, PUF.
- QUERE, Louis (1992), « L'espace public : de la théorie politique à la métaphore sociopolitique », *Quaderni*, n°18, p. 75-92.
- RAZAC, Olivier (2006), *La grande santé. Bien être médical ou vitalité philosophique*, Paris, Climats.
- ROLLET, Catherine (1990), *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, INED-PUF.
- ROMEYER, Hélène (2007), « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communication*, n° 11, p. 51-70.
- ROMEYER, Hélène (2008), « Les discours médiatiques du cancer en France (2000 et 2005) », Rapport de recherche GRESEC. [Document non publié].
- ROMEYER, Hélène (2010), « Discours médiatique et cancer en France entre 2000 et 2005 », dans Agnès d'ARRIPE et Cédric ROUTIER (dir.), *Communication et santé. Enjeux contemporains*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, p. 109-120.
- ROMEYER, Hélène (2011), « Médias, communication et santé ». Cluster 14 ERSTU, [Document non publié].
- WOLTON, Dominique (2001), « La communication, un enjeu scientifique et politique majeur du 21^{ème} siècle », *L'année sociologique*, vol. LI, n° 2, p. 309-326.

