



Correspondances corps -corpus : recherche de symptômes linguistiques des pathologies

Michaël Grégoire

► To cite this version:

Michaël Grégoire. Correspondances corps -corpus : recherche de symptômes linguistiques des pathologies. Parler à l'hôpital : écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit, inPress. hal-03470385

HAL Id: hal-03470385

<https://hal.science/hal-03470385>

Submitted on 8 Dec 2021

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

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

Michaël Grégoire

Correspondances corps - corpus : recherche de symptômes linguistiques des pathologies¹

ABSTRACT

The aim of this chapter is to demonstrate that verbal language (sometimes in association with non-verbal language) may contain traces of the patient's perception of his or her own pathology or state of health. These linguistic traces are detectable in the morphology of words. We place our approach within the framework of embodied and enacted cognition (*enaction*, cf. Varela *et al.* 1991), which allows us to articulate the bodily dimension of cognition and the emergence of linguistic meaning. According to this postulate, the choice of the words themselves, the repetition of words containing these traces make it possible to indicate the patient's willingness to express a message which is sometimes unconscious, unstated (due to personal, societal, cultural, emotional constraints, etc.) or stated differently, in a complementary way. Our analysis is at the level of the submorphemes (see Tournier 1985; Philips 2002; Bottineau 2010, 2012a,b; Grégoire 2012 ; Bohas 2016), that is to say those minimal non-autonomous units of meaning such as, for example, the phonetic group [st] linked to the concept of "stability", and which is found in French in etymologically unrelated terms such as *stoïque*, *stable*, *stop*, *insister*, *situer*, *rester*, *stèle*, *stationner*, *stocker*, etc. (see Tournier 1985 ; Bottineau 2010). We postulate here that the use of embodied and enactive cognition as a way of taking charge of bodily elements allows us to apprehend the linguistic exchanges between patients/doctors or psychoanalysts because the subject of the conversation is precisely the state of the body. We will apply the proposed protocol to two cases of patients with multiple symptoms.

RESUME

Ce travail a pour objet de démontrer que le langage verbal (parfois en association avec le langage non verbal) peut contenir des traces de la perception du patient de sa propre pathologie ou de son propre état de santé. Ces traces *linguistiques* s'avèrent décelables dans la morphologie des mots. Nous inscrivons notre démarche dans le cadre de la cognition incarnée et énoncée (*enaction*, cf. Varela *et al.* 1991), ce qui nous permet d'articuler la dimension corporelle de la cognition et l'émergence du sens linguistique. Selon ce postulat, le choix des mots eux-mêmes, la répétition des formes contenant ces traces permettent d'indiquer la volonté du patient d'exprimer un message parfois inconscient, non énoncé (du fait de contraintes personnelles, sociétales, culturelles, émotionnelles, etc.) ou encore énoncé différemment, de façon complémentaire. Notre analyse se situe au niveau du *submorphème* (cf. Tournier 1985 ; Philips 2002 ; Bottineau 2010, 2012a,b ; Grégoire 2012 ; Bohas 2016), soit ces unités minimales de sens non autonomes comme, par exemple, le groupe phonétique [st] lié au concept de « stabilité », et que l'on retrouve en français dans

¹ Ce travail s'inscrit dans le cadre du projet DECLICS (Dispositif d'Etudes CLIniques sur les Corpus Santé) Projet Région AURA-UCA 2016-2021.

des vocables non liés étymologiquement tels que *stoïque*, *stable*, *stop*, *insister*, *situer*, *rester*, *stèle*, *stationner*, *stocker*, etc. (cf. Tournier 1985 ; Bottineau 2010). Nous postulons ici que le recours à la cognition incarnée et énactive en tant que prenant en charge les éléments corporels permettent d'appréhender les échanges linguistiques patients / médecins ou psychanalystes en ce que le sujet de la conversation porte précisément sur l'état corporel. Nous appliquerons le protocole proposé à deux cas de patients évoquant des symptômes multiples.

1. Cognition incarnée, énaction, expérience et langage

1.1 L'énaction et la cognition incarnée

L'énaction, de l'anglais *to enact* (« faire émerger, mettre en scène ») est un courant récent en sciences cognitives (Varela *et al.* 1993) qui repose sur le fait que la cognition émerge à travers les interactions sensorimotrices. Ainsi, pour l'énaction, l'accès à la connaissance se fait exclusivement par le corps et par (et pour) le mouvement. Par exemple, un enfant en très bas âge accordera un certain sens à un objet inconnu selon ce que sa relation audit objet aura fait émerger par l'intermédiaire de ses sens : une forme arrondie (oculomotricité), une certaine rugosité (oculomotricité et toucher / préhension), une température élevée (toucher / préhension), etc. Comme le soulignent Varela *et al.*, l'expérience est donc une notion fondamentale dans l'apprentissage et dans l'évolution de la cognition :

[...] la cognition dépend des types d'expériences qui découlent du fait d'avoir un corps doté de diverses capacités sensori-motrices ; [...] nous voulons souligner une fois de plus que les processus sensoriels et moteurs, la perception et l'action sont fondamentalement inséparables de la cognition vécue. (Varela *et al.* 1993 : 234)

Le corps est ainsi considéré tout à la fois comme le moteur de l'émergence cognitive et perceptuelle au sein d'un contexte donné mais également comme le résultat de l'historique des interactions vécues. Plusieurs expérimentations ont du reste été menées par des chercheurs en psychologie et en neurosciences cognitives démontrant que faire des gestes aide les enfants à apprendre (cf. Cook *et al.* 2008) ; que l'injection de Botox dans les muscles oro-faciaux empêche de ressentir certaines émotions (cf. Davis *et al.* 2010 ; Havas *et al.* 2010) ; que les personnes ont plus confiance en leurs propres capacités quand elles se situent à un étage plus élevé (cf. Sun, Wang et Li 2011) ou encore que passer une porte incite à oublier (cf. Radvansky *et al.* 2011). Tous ces travaux consolident la thèse selon laquelle le corps en mouvement engagé dans un environnement donné intervient au premier chef dans la construction polysensorielle de la perception et de la cognition.

1.2 Le langage, des actions et des expériences corporelles

Dans ce cadre, la parole apparaît comme une perturbation de l'air ambiant reconnue et sémiotisée par les membres d'une même communauté linguistique. Les formes linguistiques sont ainsi considérées comme des (inter)actions et des expériences sensorimotrices parmi d'autres, des processus incarnés et dotés d'une fonction phénoménologique qui préfigurent

les actions du monde selon des pratiques culturelles données, nommées *affordances*. Les *affordances* (Gibson 1979) sont les différentes utilisations (et conceptualisations) que l'on peut faire d'un objet donné mémorisées par associations d'actions corporelles et reconnues comme culturellement pertinentes. Ces *affordances* peuvent être retracées dans le lexique grâce à des groupes phonétiques, nommés *submorphèmes*, des matrices situées en amont de l'unité minimale de sens, le morphème. Pour Bottineau (2012 : §31), « ces marqueurs spécifient, pour la communauté qui pratique la langue, une classe d'expérientiation sensori-motrice prévisible et typique pour l'objet, l'évènement ou l'action considéré par la notion. » Par exemple, le submorphème {fricative dorso-dentale x occlusive dentale}² est associé à l'idée de « stabilisation » selon Bottineau (2010) dans les vocables anglais **stop, start, step, stay, still, stand**. Cette correspondance morphosémantique est également opérante en français avec **stop, insister, situer, rester, stèle, stationner, stocker, stable, stoïque**, notamment. On reconnaîtra dans le processus articulatoire donnant naissance au groupe [st] le mouvement de friction de la fricative [s] stoppé par l'occlusive dentale [t], ce qui est propre à évoquer un processus de stabilisation. Ainsi, tous ces mots évoquent une expérience du natif anglophone ou francophone en lien avec ce processus et a été collectivement institué et transmis comme tel. La forme apparaît donc comme émergeant corporellement par sa dimension articulatoire de même que le sens qui repose sur une expérience corporelle mémorisée de stabilisation en lien avec des circonstances ou des objets désignés par les vocables mentionnés dans la pratique du sujet. Soit un autre exemple : le submorphème {fricative dorso-dentale x occlusive bilabiale} est associé à l'idée de « rotation / éjection » selon Bottineau (2010, 2012a,b) dans ang. **sponge, spill, spit, spout, spray, sprinkle, speak**. Là encore on retrouve la même cohérence en français mais dans des vocables distincts : **spasme, asperger, spolier, spirale, spatule**, etc., ainsi que, métaphoriquement, **spartiate, spécial, spécifique, splendide** caractérisant une démarcation. Il est là aussi possible d'opérer une corrélation analogique entre le processus articulatoire et le concept car le mouvement corporel à l'origine de la prononciation du groupe [sp] correspond à un mouvement de friction dû à la sifflante [s] par un phonème qui sollicite un organe externe (labial) [p], soit un « processus d'éjection ». Ce processus implique alors potentiellement une pratique vécue d'éjection directe du corps : **speak, spit** en anglais (**spasme** en français) ou bien émanant d'un objet externe : **sponge, spray**, pour l'anglais et **asperger, spatule, spirale** pour le français, notamment. Enfin, ils se trouvent sous forme de « traces fossiles » dans le lexique (Bottineau 2013) héritant des concepts de synchronies plus anciennes et toujours susceptibles de générer des associations morphosémantiques.

Toutefois, ainsi que le précise Bottineau à nouveau, les submorphèmes ne sont pas utilisés à dimension égale par tous les sujets parlants et le lexique

² Nous formalisons le submorphème par une combinaison de traits phonétiques car il peut donner lieu à plusieurs réalisations en mot contenant ces traits sans qu'ils soient nécessairement ordonnés à l'instar de la *matrice* au sens de Bohas (2016).

n'apparaît donc pas comme un modèle collectif suscitant ou non l'appropriation par le sujet :

Le lexique propose ainsi un modèle apparent de conceptualisation notionnelle ancré dans la gestualité qui ne doit être pris pour autant pour le reflet de la cognition individuelle en général : le lexique n'encode pas la cognition du sujet ; il propose au sujet un modèle collectif adoptable et opératoire, mais non nécessaire pour tous. (Bottineau 2012 : 35)

Dans le cadre d'un suivi pathologique, notre hypothèse de départ est que les patients sont susceptibles d'opter pour ce type de marqueur de manière spécifique, orientés par le contexte et leur expérience de vie qu'ils retracent au cours des entretiens avec le médecin ou le psychanalyste.

1.3 Constat de départ et protocole utilisé

Cette étude repart du paradoxe selon lequel les médecins ne portent la plupart du temps leur attention que sur le contenu du message énoncé par le patient alors que le langage, *dont les formes et les sens linguistiques*, relève du corps et de son expérience au même titre que la pathologie elle-même. Cette démarche repose sur un postulat de co-émergence de la forme et du sens selon lequel, dans les situations présentées, le sens souhaitant être évoqué par le patient sur sa propre maladie, soit la perception qu'il en a, préside au choix des formes linguistiques choisies au cours de l'entretien parmi d'autres facteurs contextuels. Aussi, nous proposons-nous de retracer dans et par les formes incarnées elles-mêmes des messages sur la pathologie du patient susceptibles d'échapper à l'équipe soignante en y repérant des submorphèmes liés à telle ou telle expérience/conceptualisation. Nous viserons donc dans un premier temps à détecter et identifier les émergences de submorphèmes par le pointage des emplois de mots spécifiques, peu habituels et/ou récurrents (considérés comme des « événements saillants »). Ces analyses pourraient s'assortir le cas échéant de la caractérisation de la gestualité non verbale et co-verbale. Nous analyserons ensuite ces submorphèmes à l'échelle du double entretien (psychanalyste / médecin)³, si disponible, dans les propos du patient en nous appuyant sur ce les déductions de la littérature linguistique sur le sujet. Nous tenterons par la suite d'établir une cohérence entre ces submorphèmes et le propos et la perception du patient (pathologie vécue par le prisme des symptômes). Enfin, nous tirerons les conséquences d'une lecture submorphologique pour chaque cas de patient étudié en vue de préciser le message qu'il transmet.

2. Cas n°1 : Femme de 40 ans, sous insuline (service nutrition) souffrant de pathologies multiples

L'observation de cette patiente a permis d'établir le fait qu'elle prend souvent la parole dans le but de verbaliser sa colère face au monde médical. Elle dit se

³ Nous avons utilisé le Logiciel Notepad ++ pour la collection des groupes consonantiques dont les membres sont parfois éloignés (expressions régulières des mots du corpus).

plaindre et ne pas être écoutée/entendue mais possède une bonne connaissance de la terminologie médicale. Des respirations profondes ponctuent régulièrement son discours, chacune avant l'énumération des symptômes (entre aide à la remémoration et anticipation sur l'évocation de faits regrettables. Sa gorge est étriquée, régulièrement nouée.

2.1 Observation du corpus : les termes choisis

Nous avons extrait les propos qui semblent être les plus caractéristiques au regard de leur force expressive dans les deux types d'entretiens (avec le psychanalyste ou avec le médecin). Soit les énoncés suivants :

Entretien patiente / médecin

PATIENTE: [...] j'ai + j'ai des **douleurs** le matin je me lève je roule par terre quoi + tout à l'heure en venant avec euh le truc euh le tram + bah j'étais assis euh pendant quarante minutes

MEDECIN: mh

PATIENTE: et bah quand je me suis levée j'ai marché **courbée** (303-309)

PATIENTE: #1 je vais en faire des [...] **crimes** si je trouve: + si je m'apprête je vais en faire des **crimes** parce que je peux vous + vous savez que entre les médecins et moi + c'est la **guerre** (323-328)

PATIENTE: [...] mon s- mon **sucre** il monte (466)

PATIENTE: [...] ben sur le coup je regarde pas mon **sucre** parce que j'ai pas bah je suppor- je supporte pas la machine tous les jours sur moi + euh + là je me sens faible comme là euh [...] là j'ai un **creux** ça me **gratte** dans l'estomac [...] (496-501)

je peux pas + non plus mettre le salaire de mon mari rien que dans l'alimentation pour pouvoir **maigrir** [...] (634-636)

Vous pouvez pas changer le monde [...] (272, 277-278)⁴

Entretien patiente / psychanalyste

j'ai fait euh + une grosse **crise** + néphrétique + crise néphrétique (189-190)
je **criais** [...] (230)

j'ai envie de **cracher** ça [...] (422)

j'avais envie de **crier** à vous aussi [...] (444)

pas spécialement je peux pas nommer ça ça peut être mon **corps** + mais la **la médecine m'a trop trahie** [...] (374-376)

je veux dire tout ce qui est recherche médicale + qui peut aujourd'hui déterminer beaucoup de choses + on trouve des solutions + à soigner des **cancers** + Dieu merci j'ai pas le **cancer** mais avec tout ce que j'ai on on a pas pu me dire ce que j'ai + [...] (387-395)

PATIENTE : neuf lithotripsies c'est c'est très **risqué** pour les reins + au-delà de trois lithotripsies c'est **embêtant** + moi j'ai fait neuf lithotripsies + (444-447)

[...] c'est un **cercle vicieux** (523-524)

[...] c'est un **cercle vicieux**, ce que je vis (533-534)⁵

⁴ [DECLICS2016-EC-NUTRITION- F- 40-Tung-Laff- pathologies multiples]. L'entretien de cette patiente avec le médecin sera extrait de cette référence. Les lignes citées apparaissent entre parenthèses.

⁵ [DECLICS2016-PC-NUTRITION- F- 40-Tung-Prit- pathologies multiples]. L'entretien de cette patiente avec le psychanalyste sera extrait de cette référence.

Les termes en gras ici que nous considérons comme « saillants » en tant que caractéristiques du propos de la patiente ne relèvent paradoxalement pas d'un champ sémantique particulier bien qu'ils puissent tous être rattachés à des expériences négatives relationnelles à elle-même explicitant des douleurs intérieures (*maigrir, gratte, creux, sucre, courbée, cancer(s), douleurs*) ou aux médecins (*crimes, crier, guerre, trahie, crise, cracher*) manifestant une extériorisation des symptômes. Toutefois, sur un plan submorphologique, il est possible de relever de nombreux termes contenant le groupe phonétique composé d'une vélaire sourde [k] ou sonore [g] et de la fricative uvulaire [r] qui servent à la construction du discours de la patiente. On retrouve même ce groupe dans la phrase prononcée en fin d'entretien qui récapitule la ligne de pensée de la patiente : « c'est un **cercle** vicieux, ce que je vis » alors que sur le plan du morphème aucune corrélation n'est visible. Or, cela correspond à un groupe connu en submorphologie lié à la notion de « fragilité/cassure ».

2.2 Le submorphème récurrent {occlusive vélaire x fricative uvulaire}: les groupes [kr] ou [gr] et leurs variantes

En anglais, le submorphème {occlusive vélaire x fricative uvulaire} souvent linéarisé [kr] ou [k-r] s'avère lié aux concepts de « craquement, crissement » (**crack** « fissure », **creack** « craquer », **cricket** « cricket », **croak** « croasser ») et de « non-rectiligne » (**crok** « crochet », **cross** « croix », **crutch** « béquille », **crank** « manivelle ») (Tournier 1985 : 146-162). Chadelat (2008 : 79ss) a quelque peu affiné le périmètre conceptuel et a proposé celui de « fragilité » / « cassure » présentant des corrélations inscrites dans la mémoire acquise des sujets anglophones entre la « fragilité/cassure »⁶ et l'idée de « non-rectiligne » : e.g. **crab** (« crabe »), **crack** (« rupture d'un objet »), **crick** (« torticolis »), **crock** (« objet fourchu »), **cranny** (« crevasse »), **creek** (vx « lézarde, fissure »), tous pouvant référer à une cassure et à un résultat non rectilinéaire. Il est également possible de rapprocher [kr] de [gr], sa variante voisée, qui est liée selon Tournier (1985 :146-162) au concept de « saisir » (**grap, grisp, grasp** « saisir, agripper »). En effet, agripper suppose de rompre le caractère rectilinéaire de la main pour former le geste nécessaire à la préhension. Nous pourrions à ce titre rajouter certains vocables dotés de [gr] et correspondant à une expérience ou à l'autre : **grainy** (« granuleux »), **gradient** (« dénivellation »), **gravelly** (« pierreux, graveleux »), **to grave** (« graver »), **grating** (« grincement »), **graze** (« écorcher »), notamment.

En nous appuyant sur les déductions de ces chercheurs sur l'anglais, nous avons établi une liste de vocables en français comprenant ces groupes phonétiques et instaurant une correspondance sémantique avec la notion de « fragilité, cassure » ou de « non-rectiligne » :

- « **Fragilité** » / « **cassure** » : **croquer** (dont **crocodile**), **craquer** / « **crac** », **crier**, **crampe**, **crise**, **crisser**, **cancer**, **écrouler**, **fracture**, **crever**

⁶ Notons que le mot *fragile* lui-même contenait ce submorphème en latin car il provient de lat. FRAGILIS [fragilis], lui-même du radical *frag* ou *frac* qui est dans FRANGERE, « rompre ». *Frag* ou *frac* équivaut au grec ῥήγ-νυμι, « briser », et au gothique *brik-an*. (cf. Littré, sv. *fragile*). <https://www.littre.org/definition/fragile>, URL consultée le 30/04/2020.

(< lat. CREPARE), **grever** (< lat. GRAVARE), **carie**, **escarre**, **corrosion**, **écorcher**, **squirre** (tumeur), **rauque**.

- **Non-rectiligne** » : **crabe**, **crick**, **carré** (« rupture des lignes »), **accroupi**, **crochet** / **accrocher**, **crâne**, **créneau**, **agripper**, **cranter**, **graveleux**, **cartilage**, **escarpé**, **couronne**, **écorce**, **écorner**, **cursives**, **croix/croiser**.⁷

2.3 Interprétations possibles en lien avec le submorphème {occlusive vélaire x fricative uvulaire} : l'état émotionnel et des symptômes pathologiques de la patiente

Il est possible en l'occurrence d'observer une cohérence entre les termes **crier**, **crime**, **crise**, **gratter**, **creux**, **maigrir**, **guerre**, **cancer**, **courbée** et le champ de la fragilité corporelle de la patiente elle-même et la cassure ou rupture qu'elle assume avec les médecins, présentés comme ne lui venant pas suffisamment en aide. C'est du reste ce que confirme de manière synthétique l'énoncé doublement répété « vous ne pouvez pas changer le monde » dans l'entretien avec le médecin. Elle semble ne plus croire dans la médecine quant aux possibilités d'être guérie. L'échange avec le psychanalyste est du reste particulièrement révélateur de cette fragilité que le thérapeute explicite de lui-même après qu'elle ait évoqué ses fausses couches répétées :

PSY: si si je vous dis encore une fois vous vous me dites si si ça résonne ou si ça résonne pas pour vous + c'est un peu comme si vous /me, O/ disiez au fond j'ai l'impression que + je ressens cette **fragilité** et j'ai l'impression que mon **corps** me trahit tout le temps + enfin qu'il **risque** d'y avoir quelque chose tout le temps + est-ce que c'est ça ? (363-370)

Le psychanalyste ajoute même deux autres vocables impliqués par le submorphème {occlusive vélaire x fricative uvulaire}, **risque** [r-k] et **corps** [k-r], souhaitant ainsi synthétiser en reformulant les propos de la patiente sur la base des déclarations qu'elle a faites. Le terme **risque**, tout d'abord, est un lexème inséré à la ligne 335 et repris à son compte par la patiente à la ligne 409, ce qui dénote une certaine adhésion au sens :

parce que j'avais envie de crier à vous aussi en disant que voilà + euh neuf lithotripsies c'est c'est très **risqué** pour les reins + au-delà de trois lithotripsies c'est embêtant + moi j'ai fait neuf lithotripsies + on m'a fait une opération par laser + (443-447)

Ce lexème fait suite à d'autres termes en [kr] « j'ai envie de **cracher** ça », « j'avais envie de **crier** » au sein du même tour de parole (l. 382-420) et semble relever de la même défiance envers la médecine. En effet, le vocable **risque** introduit par le psychanalyste portait sur la permanence des symptômes corporels de la patiente et de leurs conséquences imprévisibles sur la vie au quotidien, mais la patiente l'a réutilisé pour l'appliquer à son rapport à la médecine.

⁷ Soulignons que les linéarisations de ce submorphèmes peuvent être aussi bien synthétiques [kr], voisées [gr], analytiques [k-r] ou [g-r] ou encore inversives [rk] / [r-k] ou [rg] / [r-g].

Par ailleurs, le **corps** [k-r] lui-même est présenté comme l'objet de la fragilité/cassure. Il est le siège de toutes les douleurs et désagréments vécus par la patiente et entre en cela en cohérence avec les autres vocables du paradigme submorphémique en {occlusive vélaire x fricative uvulaire}. C'est ainsi que dans les propos de la patiente face au médecin, par ce méta-regard qu'elle porte sur son propre état corporel, elle a tendance à associer ce vocable à la douleur ou à la fragilité :

PATIENTE : elle qui va travailler euh sur mon: les douleurs de **corps** (114-115)

PATIENTE : parce que le matin en- euh en fin de compte j'ai pas l'habitude de manger à midi c'est du vite fait mais à [laraj] le soir c'est parce qu'on est en famille on est stable on est

MEDECIN: bah oui [...]

PATIENTE: enfin là c'est pour ça que on mange normalement

MEDECIN: #1 c'est plus convivial #

PATIENTE: #2 et mon **corps** # s'est habitué comme ça

MEDECIN: ouais

PATIENTE: et là si je me force à manger le matin je vais vomir (410-424)

Dans l'entretien avec le psychanalyste, cette patiente oppose clairement le corps, support de cette fragilité, et la médecine considérée comme inapte à la réduire, ce qui confirme le double lien entre fragilité/cassure du corps et cassure entre elle et le monde médical. Le corps apparaît en l'occurrence comme une « victime » de la médecine et non comme « victime » :

PATIENTE: #1 mon **corps** #

PSY: #2 est-ce que # XX

PATIENTE: pas spécialement je peux pas nommer ça ça peut être mon **corps** + mais la la médecine m'a trop trahie

PSY: c'est la médecine qui vous trahit

PATIENTE: ouais

PSY: c'est pas votre corps c'est la médecine

PATIENTE: pour moi c'est la médecine + je pense qu'aujourd'hui je suis dans une + je vis dans une ville où que: + qui a les capacités + au niveau des universitaire + je pense que il y a assez de: + de médecins + de: de tout + quoi je veux dire tout ce qui est recherche médicale + qui peut aujourd'hui déterminer beaucoup de [...] j'ai un hernie disco-cervicale un blocage cervical un blocage de nerfs cervical + il y a des moments que j'arrive pas à utiliser mon bras droit + et j'ai des picotements des fourmillements + ils: estiment que c'est ça doit venir de: de ce nerf /// je veux dire euh + quand vous mangez et que la cuillère vous tombe de des mains + ça fait mal /// ça fait mal + ça c'est pas m- c'est pas mon **corps**. (371-408)

Le corps est également présenté comme fragilisé par une colère caractérisée comme omniprésente lorsque la patiente reprend l'adverbe *partout* employé par le psychanalyste :

PSY: cette cette colère qui est en vous + vous la ressentez où dans votre corps Tongul + partout

PATIENTE: partout là là

PSY: est-ce qu'elle est

PATIENTE: **dans le corps entier** (512-519)

A cette liste de termes, on pourrait ajouter le vocable *sucre*, qui concerne la principale des pathologies évoquées, le diabète, et celle qui semble être une des plus mal vécues au quotidien par la patiente :

PATIENTE j'ai ma tête qui tourne euh je tremble je: + et là je sens quoi + ben sur le coup je regarde pas mon **sucre** parce que j'ai pas bah je suppor- je supporte pas la machine tous les jours sur moi + euh + là je me sens faible comme là euh + là j'ai un **creux** ça me **gratte** dans l'estomac + quand je montais sur l'ascenseur j'ai failli tomber sur un monsieur quoi (494-502)

La perception du sucre construite par la patiente sur la base de son expérience vécue s'avère donc spécifique. Le sucre est une tentation à éviter, ce qui génère une frustration, soit une fragilité à la source d'autres maux (nécessité de *maigrir*, *crier*, *crimes*, etc.) Or la cassure/rupture avec le monde médical est à la hauteur de la frustration de cette patiente qui ne parvient pas à rompre avec cette fragilité. On perçoit ici une certaine littéralité du langage où la correspondance concept-submorphème est respectée par-delà le sens du mot dans les énoncés les plus usuels. Si le champ lexical des vocables employés permet de rendre compte explicitement d'une perception nettement orientée, le croisement avec l'analyse du réseau submorphologique rend possible l'émergence de nouvelles corrélations qui autrement auraient échappé à l'expertise : e.g. *corps*, *sucre*, *crimes*. Or soulignons que, physiologiquement, au-delà de cet entretien particulier, la forte consommation de sucre et l'hyperglycémie qui en résulte sont bien en lien avec un comportement agressif selon certaines études telles que celles menées par Solnick et Hemenway (2013) ou Suglia, Solnick et Hemenway (2013) au sujet des conséquences des boissons sucrées chez les enfants et adolescents. En lien avec le sucre, le *creux* et l'action de *gratter* mentionnés et fédérés par le même submorphème explicitent aussi une souffrance provoquant une certaine fragilité corporelle et comportementale qui vont au-delà du symptôme évoqué.

2.4 L'apport complémentaire de l'observation directe : le langage non verbal

Nous avons pu relever des énoncés précis qui récapitulent l'état d'esprit et le message souhaitant être transmis par la patiente et qui se retrouvent toujours vers la fin de l'échange avec le médecin ou avec le psychanalyste :

Entretien patiente / médecin

PATIENTE: parce que la dernière fois quand euh c'est ce que j'en parlais tout à l'heure + euh elle m'avait sorti le: le mot euh madame Tongul **vous pouvez pas changer le monde** + /je dis, j'ai dit/ euh s'il vous plait c'est ce mot-là qui m'a éloignée des psychologues j'ai dit je ne veux plus jamais entendre ça

MEDECIN: quel mot

PATIENTE: bah le mot c'est **vous pouvez pas changer le monde**

MEDECIN: d'accord cette d'accord

PATIENTE: c'est ça qui m'avait éloignée des: des: enfin après c'est ce que j'ai vécu à côté aussi qui m'avait éloignée des infirmières

MEDECIN: mh

PATIENTE: euh des infirmières des psychologues

MEDECIN: des psychologues

PATIENTE: j'ai eu du mal à m'adapter j'ai dit ce mot je ne peux pas su- le supporter + elle m'a dit pourquoi j'ai dit j- **je peux je demande pas à changer le monde** + je je demande à changer ce que je vis actuellement (269-291)

Entretien patiente / psychanalyste

PSY: est-ce qu'elle est est-ce qu'elle [la colère] est de façon plus privilégiée à un endroit

PATIENTE: non **c'est un cercle vicieux**

PSY: qu'est-ce que vous voulez dire par cercle vicieux

PATIENTE: parce que l'angoisse que je vis + sans compter la confiance /en moi, hein/ + l'angoisse que je vis actuellement /// attaque mes nerfs + mes nerfs attaquent la mala- la mala- la maladie attaque le sommeil + le sommeil attaque mes enfin **c'est un cercle vicieux + ce que je vis** (520-534)

Or il est possible d'y voir une cohérence avec le langage non verbal, car cette patiente se présentait continuellement les mains croisées. Au cours de la présentation clinique, lorsque le psychanalyste l'a invitée à mettre ses mains en parallèle pour la détendre en l'hypnotisant, elle a alors immédiatement croisé les pieds. Ce geste primitif de protection face à un danger et de non-prise en compte des propos de l'interlocuteur (cf. Messinger 2005) atteste non seulement sa défiance vis-à-vis du corps médical, voire de la société, mais peut-être également un raisonnement circulaire, en boucle, dont le corps se faisait le relais en formant un cercle permanent par les membres supérieurs ou inférieurs. Par là-même, aucun raisonnement externe ne peut y pénétrer. Ainsi, les phrases advenant en fin d'échange avec le médecin « vous ne pouvez pas changer le monde » ou avec le psychanalyste, « c'est un cercle vicieux, ce que je vis » énoncées à chaque fois à plusieurs reprises ne sont que des réalisations verbales de ce que le corps de la patiente exprime non verbalement par la concrétisation d'un cercle. Ce geste défensif pourrait aussi peut-être illustrer le fait qu'elle se sente obligée de se soigner par elle-même sans aide extérieure, ce qui entrerait en cohérence avec le fait qu'elle maîtrise la terminologie médicale. Les circonstances de l'interlocution (une douzaine d'observateurs présents dans la pièce, un psychanalyste, l'enregistrement de l'échange) ont certes également pu concourir à cette attitude défensive mais l'a priori de cette patiente semblait fondé depuis une date relativement ancienne au vu de l'historique des soins qu'elle a retracé au cours des deux entretiens et de la montée progressive du sentiment de trahison. En l'occurrence, il est possible d'en déduire que la souffrance de la patiente est globale et la distinction entre les pathologies n'est plus de mise à ce stade, alors qu'elle a déjà eu plusieurs entretiens depuis des mois avec plusieurs médecins.

2.5 Synthèse

Ce premier cas analysé peut n'apparaître que comme une confirmation du message transmis consciemment par la patiente mais cela peut également laisser à penser qu'il peut se retrouver dans les formes (sub-)linguistiques. Nous avons choisi à dessein un cas où le message était explicite afin de démontrer la cohérence entre l'expérience vécue, le sens des vocables au niveau morphématique et les submorphèmes. Cependant, l'analyse submorphologique en permet une lecture complémentaire. La représentativité du submorphème {occlusive vélaire x fricative uvulaire} ici nous semble en effet caractéristique et nettement conditionnée par la double cassure du corps et de sa relation aux médecins. En somme, le corps de cette patiente l'empêche de vivre au même titre que la médecine qui ne parvient pas à la soigner, selon ses dires. Cette première observation permet par ailleurs d'établir des liens entre les termes *guerre*, *crimes*, *crier*, d'une part et *corps*, *sucre*, *gratter* ou *creux* d'autre part, qui s'avèrent fédérés par le même submorphème car ils entrent en résonance pour la patiente dans sa construction de sa perception alors qu'ils ne relèvent pas nécessairement en langue du même champ lexical.

Enfin, soulignons que les vocables construits par le submorphème {occlusive vélaire x fricative uvulaire} se trouvent représentés à peu près équitablement dans les échanges patients/médecin ou patient /psychanalyste alors que la patiente s'exprime beaucoup plus longuement dans l'entretien avec le psychanalyste :

Echange patient/médecin	Echange patient/psychanalyste
<i>crimes</i> (x2)	<i>crise</i>
<i>guerre</i>	<i>je criais</i> (expérience passée avec la médecine)
<i>Sucre</i> (x2)	<i>cracher</i>
<i>Ça me gratte</i>	<i>crier à vous aussi</i> (moment présent)
<i>creux</i>	<i>corps</i> (x5)
<i>maigrir</i>	<i>cancer(s)</i> (x3)
<i>Corps</i> (x2)	
<i>courbée</i>	

Tableau 1. Vocables construits par le submorphème {occlusive vélaire x fricative uvulaire} dans les propos de la patiente (cas n°1)

Par ailleurs, hormis le renvoi au *corps* qui apparaît comme prépondérant dans l'expérience de vie et dans la pathologie de la patiente, ce ne sont pas les mêmes lexèmes que l'on retrouve de part et d'autre. Ainsi, si l'entretien avec le médecin relève de l'exposé des symptômes et de leur non-accalmie, celui avec le psychanalyste, certes beaucoup plus exceptionnel pour la patiente, apporte des éléments complémentaires où elle livre davantage son état d'esprit et la perception de sa pathologie.

3. Cas n°2 : Homme de 33 ans souffrant de pathologies multiples (service médecine interne)

3.1 Observation du corpus : description par le patient de ses propres pathologies

Etant donné que ce patient fait état de pathologies multiples, nous avons pensé récapituler de façon synthétique les énoncés retraçant les expériences corporelles vécues et décrites en mettant en gras les lexèmes qui nous semblaient là encore les plus saillants selon les critères établis en début de travail⁸.

— Perte de tonus musculaire (absence de raideur / perte de tonus)
« **arthrite** » (19, 503), « je **tombe** tous les jours » (90), « **perte** de tonus musculaire **partout** » (92).

— Dérèglement du transit :
« **tourista** » (24, 101, 559), « **perturbé** » (151), « **diarrhée** » (553, 562),
— Troubles oculaires (vision court-circuitée : « un voile noir au niveau des yeux »)

« j'avais déjà eu une fois un peu ça en deux mille huit en **m'étirant** » (95-96)

— Absences et pertes de mémoire (mémoire non linéaire, court-circuitée)
« non pardon mais je **perds la mémoire** en même temps » (175)

— Troubles du sommeil : somnambulisme et apnée du sommeil (sommeil non linéaire, court-circuité)

« [...] avec donc des **crises de somnambulisme** à côté + à des heures euh vraiment répétées euh fixées au même **endroit** » (99)

— Dyskinésie **trachéo**-bronchiale (déglutition court-circuitée)
« la dyskinésie euh **trachéobronchiale** » (408-409), « c'est les mouvements anormaux de la **trachée** + qui feraient **tousser** » (414)

— **Arthrite** temporo-mandibulaire et douleurs oro-faciales
« est-ce que je suis **hypocondriaque** ? » (865-866), « vraiment euh visage **dur** j'arrive pas à **décontracter** euh » (1399)

— **Stress**
« MEDECIN: vous êtes un peu **stressé** alors + non ? PATIENT: #2 mais tout le monde est stressé # » (1403-1412)

— **Phrase récapitulative**
« voilà + et: ben + bon bah voilà je sens un **fardeau** en moi. » (1402)

Dans le cas présent, on constate une grande stabilité submorphologique dans terminologie médicale convoquée, dans l'évocation des symptômes et leurs conséquences ou encore dans la métaphore employée (« fardeau »). En effet, la plupart des vocables utilisés contiennent le groupe [tr], [dr] ou leurs variantes rattachés inversives : *perte du tonus musculaire*, *arthrite*, *partout*, *diarrhée*, *tourista*, *perturbé*, *en m'étirant*, *mais je perds la mémoire*, *fixées au même endroit*, *décontracter*, *fardeau*. Etant donné que le patient mêle les pathologies et les symptômes (e.g. *arthrite* / *perturbé*) dans son échange global, il est peu étonnant que l'on y retrouve cette analogie. Or on note que

⁸ Précisons que nous ne disposons que de la transcription de l'entretien avec le médecin. Les propos sont extraits de [DECLICS2016- PC-MEDECINE INTERNE- M- 33- VERI-RICH- pathologies multiples].

les termes techniques et médicaux tels que *arthrite* ou *trachée* / *trachéobronchiale* sont faiblement représentés et que l'ensemble des vocables employés sont choisis par le patient⁹. Du reste, ces vocables ne sont pas nécessairement repris parmi les propos du médecin lui-même et pourraient donc constituer une émergence *originale*.

3.2 Le submorphème récurrent {occlusive dentale x fricative uvulaire} : les groupes [tr] ou [dr] et leurs variantes

Le submorphème {occlusive dentale x fricative uvulaire} est relativement connu en submorphémique de l'anglais sous différentes formes (Tournier 1985 ; Bottineau 2010, 2012b). Il est associé par l'expérience vécue au parcours d'une rectitude (cf. Bottineau 2012b : §30). Les réalisations en mot peuvent être linéaires, inversives, synthétiques ou analytiques, voisées ou non, soit : [tr], [dr], [t-r], [d-r], [rd], [rt], [r-d], [r-t]. Bottineau (*ibid.*) donne les exemples en anglais de *tree* (« arbre »), *tower* (« tour »), *direct* (« direct »), *train* (« train »), *attract* (« attirer »), *road* (« route »), *to read* (« lire »), *to drive* (« conduire »). Cette cohérence peut également s'observer dans le lexique français comme l'illustrent les vocables suivants :

- « **Rectitude** » : *Tour* (monument), *entraver* (mettre une rectitude en travers), *traverser*, *droit*, *traîner*, *tirer*, *raide*, *route*, *rigide*, *articuler*, *poutre*.
- « **Non-rectitude** » / « **privation de rectitude** » : *tour* (faire un tour) et *tourner*, *train*, *tramway*, *métro*, *rotondité*, *rotule*, *perturber/turbine*, *tordre*, *tromper*, *troubler*.

La présence des mots de sens opposés au concept de rectitude ne doit pas nous étonner. En effet, un submorphème peut être rattaché aussi bien à un concept qu'à son exact contraire, car en tant qu'entités incarnées, les submorphèmes se chargent des caractéristiques du corps, dont les mouvements naturels sont souvent doubles : une inspiration génère nécessairement une expiration, une ouverture de la main part nécessairement d'un état de la main fermé, ou encore un muscle agoniste sera contracté lorsque l'antagoniste sera décontracté et inversement. Ainsi, au niveau submorphologique, l'acte de conceptualisation s'opère en construisant potentiellement un sens et son contraire car ils participent tous deux d'un même mouvement corporel (cf. Grégoire 2017b). S'y ajoutent les associations ancrées à grande échelle dans la mémoire des sujets parlants par l'expérience vécue. En l'occurrence, les actions impliquant une rotondité s'avèrent rattachées à la rectitude par l'usage dans les cas, par exemple, des roues qui permettent de parcourir une distance ou des turbines qui permettent de faire avancer un moyen de locomotion donné. A cet égard, dans notre contexte, l'*articulation* associe bien la rotondité et la rectitude.

3.3 Interprétations possibles des symptômes en lien avec le submorphème {occlusive dentale x fricative uvulaire}

⁹ Il est difficile ici d'évaluer l'influence morphosémantique / submorphologique de la terminologie médicale sur le discours de ce patient et le choix des autres termes mais, de notre point de vue, elle pourrait ne pas être nulle.

Nous nous proposons de commenter un par un les énoncés du patient où il évoque directement ses symptômes ou leurs conséquences sur son quotidien dans l'ordre chronologique de leur évocation. Le patient commence par mentionner ce qui est plus saillant çà ses yeux, soit les chutes imputables selon lui à l'arthrite et au manque de tonus :

euh le **l'arthrite** XX qui fait son retour + ça fait deux trois semaines euh que je **tombe euh tout le temps** + avec **perte du tonus euh musculaire** et des absences de deux trois secondes (19-25)

Dès l'abord, le patient met en exergue la duplicité du submorphème en {occlusive dentale x fricative uvulaire}. En l'occurrence, les symptômes peuvent s'avérer paradoxaux dans la mesure où l'arthrite correspond à la raideur de certaines articulations et la perte de tonus, au contraire à un manque de vivacité des muscles concernés (cf. *infra* 3.2). Or précisément le submorphème prenant en charge comme précisé plus haut et le patient par l'usage proche de *arthrite* et de *perte de tonus* les met en regard et les place dans un même réseau cohérent du point de vue de son expérience et des submorphèmes qui leur correspond. En langue, arthrite provient du grec *arthron* (« articulation »), perte n'est pas en lien avec la rectitude mais a été replacé en lien avec elle dans cet énoncé, la conséquence principale étant bien l'entrave au parcours.

Le submorphème {occlusive dentale x fricative uvulaire} peut par ailleurs se trouver dans des vocables exprimant l'idée d'empêchement ou d'entrave dans la mesure où il peut s'agir d'une rectitude horizontale entravant une action. C'est ce que l'on constate en langue, notamment dans les formes *entrave/travers*, *dur*, *batardeau* (« barrage »), *perturber*, *contrainte*, *obstruction*, *restreindre* ou *arrêter*. Or ici l'action de trébucher ou de chuter est exprimée comme expérimentiellement associée à l'arthrite handicapante et à la perte de tonus musculaire. Dans la cause de la chute (« je tombe tout le temps »), on distingue bien la perte de rectitude dans la trajectoire et/ou l'explicitation d'une rectitude entravante.

Ensuite, dans l'évocation des troubles de la déglutition, le patient recourt au même submorphème pour expliciter ses gênes :

PATIENT: à la rigueur la dis- il y a un problème aussi qu'on a du mal à poser le diagnostic c'était la **dyskinésie** euh **trachéobronchiale**

MEDECIN: #1 euh je ne sais pas ce que #

PATIENT: #2 euh tous les #

MEDECIN: c'est ça

PATIENT: euh c'est les mouvements anormaux de la **trachée** + qui feraient **tousser** + /et, mais/ tous les examens + sont normaux. (406-415)

La rectitude ici est doublement présente en tant qu'entrave et en tant que verticalité de la trachée. Les « mouvements anormaux de la trachée qui feraient tousser » sont en effet présentés comme autant d'obstacles au parcours de la déglutition ici. On perçoit en effet le même parcours, cette fois vertical, parasité là encore dans son cheminement normal.

Poursuivons avec les symptômes liés au dérèglement du transit sur lesquels le patient revient de manière insistante et qu'il évoque sous différents équivalents :

[...] maintenant c'est vraiment la *tourista* tous les jours plusieurs fois par jour j'ai la **tourista** tous les jours (23-25)

[...] c'est ça mais c'est ça qui me pose le pl- voyez par e- je vais prendre l'exemple des **diarrhées** (551-553)

Sans le savoir, le patient utilise deux termes qui sont liés tous deux à la notion de rectitude. L'euphémisme *tourista* et le terme commun **diarrhée** sont tous deux présentés ici comme une entrave (cf. *perturbé*) au bon déroulement de vie du patient mais également comme une rectitude manifestée par l'accélération du transit. On retrouve donc ici deux constructions sémantiques de ce submorphème pour une même action/symptôme évoqué. Peut-être est-ce parce qu'elles vont de pair dans la perception et la pathologie décrite : la perturbation comme processus et la rectitude comme résultat.

Le patient évoque par ailleurs les symptômes de façon entremêlée :

voilà donc euh ça fait euh deux trois semaines que je tombe tous les jours + des fois plusieurs fois par jour + avec euh vraiment euh **perte de tonus** musculaire **partout** + avec des + **des absences de deux trois secondes** ou un **voile noir** au niveau des yeux /// et j'avais déjà eu une fois un peu ça en deux mille huit en **m'étirant** mais ça a été passager et là c'est + c'est vraiment fréquent plusieurs fois et : tous les jours + avec donc des **crises de somnambulisme** à côté + à des heures euh vraiment répétées euh fixées au même **endroit**

PATIENT: [...] pardon pour ma comparaison mais des f- quand je le prends pas j'ai un regard assez valsien {approx.} vraiment euh **visage dur** j'arrive pas à **décontracter** euh. (89-102)

La rigidité ou, au contraire, la perte de tonus musculaire apparaissent ici encore comme les deux versants conceptuels d'un même submorphème. Cela serait à rapprocher de notre point de vue à l'arthrite [temporo-mandibulaire] qui rend le visage du patient dur. Dans les deux cas, la rectitude est à la fois recherchée par le patient : la rectitude dans le parcours pour pouvoir se déplacer plus aisément sans risque de chute et une moindre rectitude représentée par la rigidité musculaire empêchant la mastication aussi bien que la marche.

Par ailleurs, le submorphème {occlusive dentale x fricative uvulaire} permet ici au patient d'articuler le symptôme du trouble oculaire et celui de la condition musculaire ou du tonus par la mention *en m'étirant*. On relèvera également le substantif **endroit** qui articule là aussi le symptôme du somnambulisme et ses conséquences à la rectitude ou plutôt l'empêchement du parcours. Il n'est donc pas anodin que tous ces symptômes soient évoqués à la suite les uns des autres et dans une même phrase, car ils sont certes vécus comme mêlés par le patient mais également corrélés corporellement et submorphologiquement.

Enfin, le *fardeau* évoqué comme ressenti par le patient et la question du stress sont également des notions importantes et font suite à cette question de la rigidité musculaire :

PATIENT: [...] pardon pour ma comparaison mais des f- quand je le prends pas j'ai un regard assez valsien {approx.} vraiment euh **visage dur** j'arrive pas à **décontracter** euh

MEDECIN: les dents

PATIENT: voilà + et: ben + bon bah voilà **je sens un fardeau en moi**

MEDECIN: vous êtes un peu **stressé** alors + non

PATIENT: peut-être (1396-1405)

Cet énoncé récapitule de façon synthétique les conséquences des symptômes de la pathologie au quotidien. Il s'agit certes de l'expression d'un poids mais surtout de la déclaration d'une maladie entravante qui empêche le bon déroulement de la vie du patient. L'occurrence *fardeau* advient en dernière partie d'échange, au tour 1268/1637, soit après que le patient ait énoncé la majorité de ses symptômes. Elle advient également après plusieurs apparitions du submorphème {occlusive dentale x fricative uvulaire} dans *dur*, *décontracter*. Et c'est ce qui a amené le médecin à réorienter l'entretien à partir de ce moment-là sur la thématique du stress, qui entre aussi dans le champ de ce submorphème :

Si la rigidité musculaire des muscles mandibulaires ou oro-faciaux est effectivement un symptôme du stress (< lat. STRINGERE « rendre raide », « serrer », « presser »), le submorphème que nous explorons ici en établit un lien linguistique et analogique. Les termes contenant ce submorphème ne cessent d'émerger car il s'agit bien ici d'un état généralisé d'anxiété que manifeste la raideur corporelle. Or, le médecin ne semble pas avoir pris la mesure de ces faisceaux convergents car entre le symptôme et le diagnostic délivré par ce dernier, le patient énonce une phrase très importante pour l'ensemble de l'entretien et dont le vocable principal *fardeau* s'avère participer de ce réseau submorphologique, comme nous l'avons vu. Il ne s'agit pas d'un manque d'écoute de la part du médecin mais peut-être d'expertise linguistique. Le *fardeau* ici n'est pas que l'expression d'un poids mais aussi d'une *entrave*.

3.4 Emergence du submorphème {occlusive dentale x fricative uvulaire} lié au concept de « stabilité » : un réseau complémentaire ?

Nous avons mentionné en début de travail, en guise d'illustration, l'exemple du submorphème {fricative dorsodentale x occlusive dentale} lié au concept de « stabilité ». En l'occurrence, le processus articulatoire de ce submorphème se compose du flux continu généré par la fricative stoppé par l'occlusive au niveau coronal, ce qui rend propre à évoquer cette notion. On constate dans le lexique des variantes synthétiques [st] **stable**, **stopper**, **stoïque**, **statuer** ; analytiques [s-t] **site** / **situation**, mais aussi inversives [t-s] **tousser**, **tasser**, **tasseau**, quoique dans des proportions moins élevées.

Dans le corpus, une phrase prononcée par le patient a tout particulièrement attiré notre attention : « je vais pas vous demander une

ordonnance pour plus être **stressé** ». Comme nous l'avons précisé plus haut, le stress constitue une rectitude/raideur musculaire mais il apparaît également comme l'entrave (ou rectitude entravante) à la vie quotidienne par excellence générée par l'individu lui-même. Le terme *stress* fait sens avec les autres vocables employés par le patient bien qu'il ait été introduit par le médecin. Il fait partie de ce réseau submorphologique en {occlusive dentale x fricative uvulaire} qui émerge progressivement dans le discours du patient. Or, en sus, ce vocable entre dans le réseau submorphologique en {fricative dorsodentale x occlusive dentale}. Le stress peut en effet aussi provoquer un tremblement, soit une déstabilisation. On le rapprochera alors de *tourista*, également considérable sous cet angle, le verbe *tousser* [t-s] suite à l'entrave de la trachée, ou encore la perte de *tonus* [t--s] également prononcés par le patient. On constate même que plusieurs symptômes énoncés par le patient : *mouvements de la trachée qui feraient tousser* ; *perte de tonus* ; *tourista* et **stress** prennent linguistiquement en charge les deux réseaux submorphologiques en {occlusive dentale x fricative uvulaire} et en {fricative dorsodentale x occlusive dentale}. Nous pourrions alors envisager que la déstabilisation (ou privation de stabilité) et la rectitude sont présentées comme liées par le patient, soit pour synthétiser, une entrave déstabilisante ou bien une déstabilisation empêchant la rectitude du parcours. On notera alors la définition donnée en introduction du tonus musculaire par des neurologues du Centre Hospitalier Régional de Liège :

Le **tonus** musculaire répond à une définition clinique opérationnelle. Il est défini comme la **sensation** de **résistance** qu'apprécie classiquement l'examineur lorsqu'il mobilise passivement, à **vitesse** moyenne, un segment de membre en l'absence de **résistance** volontaire du patient. On l'apprécie également en observant comment un membre répond à un balancement ou après qu'on l'ait **laissé tomber**. Par extension, on désigne sous le nom de **tonus postural** la **tension** musculaire nécessaire au maintien d'une **posture**, tout particulièrement la **station** debout contre la **pesanteur**. (Maertens de Noordhout et al. 1998 : np)¹⁰

Les termes que nous avons mis en gras sont employés au titre de leur lien expérimenté usuellement avec le concept de « stabilité » ou de « stabilisation ». On constate qu'ils sont relativement nombreux et que l'identification du tonus musculaire en passe par le recours récurrent à la stabilité bien que l'une des conséquences soit souvent un défaut de *mobilité*. Pour notre patient, l'association entre la stabilité et la rectitude entravée ou réduite est donc cohérente avec les symptômes habituellement constatés par les chercheurs.

3.5 Synthèse

On perçoit dans les propos de ce patient la difficulté de se déplacer (parcourir une rectitude) ou encore l'évocation du stress comme remise en cause de la

¹⁰ Dans le cas de la tournure factitive *laisser tomber*, du fait de son haut degré de lexicalisation, nous pourrions envisager que le submorphème soit réalisé de façon distribuée sur ces deux lexèmes dans le cadre d'une réanalyse submorphologique. Voir à ce sujet Poirier et Bottineau (2018).

linéarité de sa vie ou de son fonctionnement vital. Mais on perçoit aussi dans son discours les contraintes de la rectitude envisagée comme résultat pathologique faisant partie intégrante de l'expérience de vie du patient (*diarrhée / turista*), raideur musculaire (*dur, décontracter*), déglutition (*trachée*), rigidité musculaire (*perte de tonus*). On retrouve ici la duplicité du submorphème {occlusive dentale x fricative uvulaire} et la raison de sa présence aussi récurrente. L'idée de « rectitude » apparaît donc comme fédératrice pour ce patient, qu'elle s'applique au système musculaire, cartilagineux, gastrique, oculaire (vue troublée) ou psychologique (stress). Par ailleurs, le réseau submorphologique en {fricative dorsodentale x occlusive dentale} vient compléter le concept évoqué par le premier submorphème en contribuant à exprimer l'entrave sous l'angle de la déstabilisation qu'elle génère ou comme une recherche de stabilité. Ce dernier submorphème est certes moins représenté, ce qui lui confère un taux de saillance moindre pour la caractérisation de la perception du patient. Il permet pour autant d'affiner l'analyse et de montrer que la perte de stabilité dans la construction cognitive de la pathologie par le patient est également importante à ses yeux. Les termes de *stress*, *tousser*, *tonus*, *tourista*, ne seraient pas nécessairement liés au champ lexical de la « stabilité » dans d'autres contextes mais ils font sens ici avec les autres conséquences de la pathologie relatées et gravitant autour de la notion de « rectitude ».

4. Dédutions sur les deux cas abordés et ouverture

4.1 Des pathologies multiples pour un corps unique

Les deux patients dont nous avons étudié les échanges avec les soignants ont été choisis ici car ils exposent précisément plusieurs symptômes et relèvent d'une perception complexe de leur propre pathologie. Nous nous attendions au départ à ce que du simple fait de la pluralité des symptômes, les submorphèmes incarnés concourant à la construction du discours soient également variés. Or, ce n'est pas le cas et les réseaux submorphologiques mis au jour ne rendent compte que d'une perception et d'un état globaux. En revanche, les submorphèmes décelés semblent retracer l'historique des interactions corporelles dans l'environnement et fonder sur cette base *sens* attribué aux pathologies par le patient. Une des conséquences de tout cela est qu'il s'avère difficile, malgré les cohérences observées, d'attribuer directement un réseau submorphologique à une pathologie ou à des symptômes cliniques donnés. Il demeure possible toutefois d'observer la saillance de tel ou tel submorphème et en tirer des conclusions quant au message complémentaire transmis par le patient (voir à ce propos notre autre chapitre en fin d'ouvrage proposant une grille de lecture).

4.2 Ouverture à un autre cas de pathologie polysymptomatique : la maladie de Parkinson

Nous avons observé les entretiens patients-soignants du corpus DECLICS2016 qui étaient tous suivis pour la maladie de Parkinson. Nous

avons pu constater que l'expérience de la pathologie diffère nettement selon les patients, le degré d'avancement de la maladie, l'âge ou encore l'importance (ou saillance) de tel ou tel symptôme. Par exemple, les demandes – et donc les entretiens menés par les soignants – portaient sur des thématiques et des besoins très variés. Aussi retrouve-t-on l'évocation des symptômes (chutes, trébuchements, tremblements, raideur musculaire, des difficultés de déplacement ou d'articulation), mais également des douleurs, des troubles de la concentration, des difficultés à se relever, qui constituent autant de facteurs de variations dans les expériences de la pathologie et donc dans la construction même de la perception qu'en ont les différents patients. On aurait pu s'attendre, par exemple, selon le postulat que nous suivons, que la racine [t-k] (ou ses variantes) décelée par Guiraud (1986) en tant que liée au concept de « frapper » ou de « petits coups répétés »¹¹ soit surreprésentée dans les discours des patients parkinsoniens. Or ce n'est pas nécessairement le cas et les proportions varient largement selon nos observations. Par ailleurs, nous avons parfois rencontré le submorphème {occlusive dentale x fricative uvulaire} [tr] visant à exprimer la quête de rectitude dans la trajectoire et le rejet de la rectitude entravante comme pour le patient n°2. Nous avons également constaté dans certains cas la présence du submorphème {fricative dorso-dentale x occlusive dentale} [st] évoquant alors la quête d'une stabilisation physique ou psychologique, le tout dans des proportions restant à évaluer pour chaque patient.

Conclusion

Ce travail ne prétend pas dresser un protocole systématiquement applicable d'interprétation des énoncés émergeant dans le cadre des échanges patients-soignants. Cela nécessiterait de mener plusieurs études longitudinales ainsi que des analyses statistiques des comparutions de submorphèmes selon les pathologies et surtout selon les perceptions que les patients en ont. On constate pour autant ici que le niveau submorphologique pourrait apporter une lecture différente, parfois subconsciente (cf. Pagès 2017) de l'état du patient perçu par lui-même. Si cette hypothèse s'avérait exacte, l'interprétation des marqueurs par les soignants pourrait à terme permettre notamment d'évaluer les souffrances somatisées mais non nécessairement énoncées de manière consciente par le patient. Les submorphèmes lexicaux, du fait de leur lien avec l'engagement du corps dans l'environnement et l'expérience sensorimotrice, pourraient favoriser le choix de certains termes. Ajoutons, bien que nous n'ayons pas rencontré de cas dans les entretiens étudiés, que ces

¹¹ Guiraud (1986 : 110) écrit à propos de la racine [t-k] qu'elle « combine une occlusion apico-dentale avec une occlusion dorso-vélaire. Il y a donc une première plosion suivie d'un brusque retrait de la langue, propre à exprimer l'image d'un coup brusque, bien détaché et qui rebondit en arrière. » Après avoir regroupé environ 400 mots répartis en 150 formes sémantiquement convergentes, l'auteur en arrive à la conclusion que « *tic*, *toquer*, *picoter*, *taquiner*, *tracasser*, *asticoter*, *hoqueter*, *estoc*, *truc* (« coup, choc » en ancien français), *tricot* (« gros bâton »), *trique* / *estrique* (« bâton »), *taquer*, *toquer* (« heurter ou frapper ») ou encore *détraquer*, sont tous rattachés de près ou de loin à l'idée de « frapper » (cf. Guiraud 1986 : 96-104), et pour certains de « petits coups répétés » (Guiraud, 1986 : 174).

submorphèmes peuvent également émerger dans le cadre de lapsus en des positions particulières ou relever de stratégies d'évitement précises. Tout cela constitue autant d'événements « saillants » donnant à l'observation des formes linguistiques motivées que le linguiste doit pouvoir analyser.

Ce travail pourrait donc ouvrir quelques perspectives non encore explorées à notre connaissance sur l'application croisée des submorphèmes et de l'expérience pour mettre en lumière la perception même du patient en sus des symptômes relevant de la nomenclature médicale. Or, appréhender la perception du patient au moment de l'entretien peut s'avérer d'un certain intérêt pour les soignants au vu de son rôle dans la construction cognitive du monde, et notamment de la pathologie.

Références

Bohas, Georges (2016) : *L'illusion de l'arbitraire du signe*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Bottineau, Didier (2010). "L'émergence du sens par l'acte de langage, de la syntaxe au submorphème". *La Fabrique du signe. Linguistique de l'émergence entre micro- et macro-structures*. Éd. par Michel Banniard et Dennis Philips. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, pp.299- pp.325.

Bottineau, Didier (2012a) : "Le langage représente-t-il ou transfigure-t-il le perçu?". *La Tribune internationale des langues vivantes*. N° spécial : pp.73- pp.82.

Bottineau, Didier (2012b) : "Submorphémique et corporéité cognitive". *Miranda*. Vol. 7 : np.

Bottineau, Didier (2013) : "Pour une approche enactive de la parole dans les langues". *Langages*. Vol. 192 : pp.11- pp.27.

Caruso, Eugene M. / Van Boven, Leaf / Chin, Mark / Ward, Andrew (2013). "The Temporal Doppler Effect: When the Future Feels Closer Than the Past". *Psychological Science*. Vol. 24 : pp.1-pp.23.

Chadelat, Jean-Marc (2008) : "Le symbolisme phonétique à l'initiale des mots anglais : l'exemple du marqueur sub-lexical <Cr->". *Lexis. La submorphémique lexicale*. Vol. 2 : pp.77-pp.104.

Cook, Susan Wagner / Mitchell, Zachary / Goldin-Meadow, Susan (2008) : "Gesturing makes learning last. *Cognition*. Vol. 106 : pp.1047-1058.

Davis, Joshua I. / Senghas, Ann / Brandt, Frederic / Ochsner, Kevin N. (2010) : "The effects of BOTOX injections on emotional experience. *Emotion (Washington, D.C.)*. Vol. 10 : pp.433- pp. 440.

Corpus DECLICS2016 établi dans le cadre du Projet DECLICS (**D**ispositif d'**E**tudes **CL**iniques sur les **C**orpus **S**anté) financé par la Région AURA et l'UCA, 2016-2021.

Gentilucci, Maurizio / Benuzzi, Francesca / Gangitano, Massimo / Grimaldi, Silvia (2001) : "Grasp with hand and mouth: a kinematic study on healthy subjects". *Journal of Neurophysiology*. Vol. 86 : pp.1685-pp.1699.

Gibson, James J. (1979). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston : Houghton Mifflin.

Grégoire, Michaël (2012) : *Le lexique par le signifiant. Méthode en application à l'espagnol*. Sarrebruck : Presses Académiques Francophones.

Grégoire, Michaël (2017a) : "Towards an enactive lexicology : from muscle salience to signifying". *Signifiances (Signifying)*. Vol. 1 : pp.67- pp.88.

Grégoire, Michaël (2017b) : "Enantiosemy as semantic (en)action". Colloque International *LangEnact II. Meaning without representation: grounding language in sensorimotor coordination*. Coorg. Stephen Cowley, Sune Vork Steffensen, Didier Bottineau, Michaël Grégoire et Alexander Kravchenko. University of Southern Denmark.

Guiraud, Pierre (1986) : *Structures étymologiques du lexique français*. Paris : Payot.

Havas, David / Glenberg, Arthur / Gutowski, Karol / Lucarelli, Mark / Davidson, Richard (2010) : "Cosmetic Use of Botulinum Toxin-A Affects Processing of Emotional Language". *Psychological science : a journal of the American Psychological Society*. Vol. 21 : pp.895-pp.900.

Littré, Émile (1873-1874) : *Dictionnaire de la langue française*. Paris : Hachette. Version électronique par François Gannaz. URL : <http://www.littre.org>.

Maertens de Noordhout, Alain / Delvaux, Valérie / Delwaide, Paul J. (1998) : "Le tonus musculaire et ses troubles". *Traité EMC neurologie*. Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier.

Marques, Ana (2017) : "La maladie de Parkinson, les patients et les neurologues. *Journée d'études DECLICS 2*. Org. par Mylène Blasco, 14-15 décembre 2017. Université Clermont Auvergne / CHRU de Clermont-Ferrand.

Messinger, Joseph (2005) : *Ces gestes qui vous trahissent*. Paris : First Editions.

Pagès Stéphane (2017) : "Introduction". *Submorphologie et diachronie dans les langues romanes*. Éd. par S. Pagès. Aix-En-Provence : Presses de l'Université de Provence, pp.5-pp. 22.

Philps, Dennis (2002) : "Le concept de marqueur sub-lexical et la notion d'invariant sémantique". *Travaux de linguistique [revue internationale de linguistique française]*, Vol. 45 : pp. 103-pp. 123.

Poirier, Marine / Bottineau, Didier (2018) : "Les submorphémies fantômes. Fausses coupes, liaisons dangereuses et autres réanalyses submorphémiquement motivées en espagnol et en français". *Signifiances (Signifying)*. Vol. 2 : pp. 171-pp. 206.

Solnick S.J / Hemenway D. (2013) : "Soft Drinks Aggression y Suicidal Behaviour in US High School Students". *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. Vol. 21 : pp. 266-pp.273.

Suglia, Shakira / Solnick, Sarah / Hemenway, David (2013) : "Soft Drinks Consumption Is Associated With Behavior Problems in 5-Year-Olds". *The Journal of Pediatrics*. Vol. 163 : pp.1323-pp.1328.

Sun, Yan / Wang, Feng / Li, Shu (2011) : "Higher height, higher ability: judgment confidence as a function of spatial height perception". *PloS one*. Vol 6 : np.

Tournier, Jean (1985) : *Introduction descriptive à la lexicogénétique de l'anglais contemporain*. Paris-Genève : Champion-Slatkine.

Toussaint, Maurice (1983) : *Contre l'arbitraire du signe*. Paris : Didier Erudition.

Logiciel utilisé

Don, Ho (dévelop.) (2003-2020) : *Editeur de texte générique Notepad++*. Licence GPL. URL : <https://notepad-plus-plus.org/>.