



HAL
open science

Interactions médecins/patients : pratique discursive et transmission des savoirs

Aurore Famy

► **To cite this version:**

Aurore Famy. Interactions médecins/patients : pratique discursive et transmission des savoirs. Journées thématiques 2017 école doctorale Cognition, Comportements, Langage(s), Ecole doctorale Cognition, Comportements, Langage(s), Jun 2017, Poitiers, France. hal-01732135

HAL Id: hal-01732135

<https://unilim.hal.science/hal-01732135>

Submitted on 14 Mar 2018

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.

Interactions médecins/patients : pratique discursive et transmission des savoirs

Résumé :

La consultation médicale incarne de manière exemplaire une situation d'interaction verbale complexe. Il s'agit, d'une part, d'une pratique discursive intersubjective possédant ses propres codes, où coexistent une formation discursive spécifique et la langue ordinaire, et où le sens est négocié au gré des tours de parole, largement ponctués de phatiques. D'autre part, c'est aussi une pratique sociale précise qui impose des rôles prédéfinis, des conventions sociales implicites entre les protagonistes identifiés, des anticipations, des stéréotypes, etc. Enfin, elle incarne une pratique de transmission de savoirs en tant que moment privilégié de vulgarisation des savoirs scientifiques par la parole experte elle-même, contenant son lot de reformulations, métaphorisations, et autres marqueurs métalinguistiques que nous avons pu relever et identifier.

La recherche que nous nous proposons de présenter trouve son ancrage théorique en Sciences du langage, plus spécifiquement en sémiotique et en analyse de discours. En utilisant la méthodologie de l'analyse des interactions, il a fallu récolter, retranscrire et analyser un corpus de discours authentiques, pour comprendre les mécanismes linguistiques mis en œuvre dans la transmission de savoirs lors de cette interaction médecin/patients. La communication médecin/patient, se trouve au cœur d'enjeux thérapeutiques et sociaux importants, de ce fait, sa compréhension et son optimisation font l'objet d'une réelle demande sociale et peut en cela intéresser un large public.

Abstract :

The medical consultation embodies in a remarkable way the situation of a complex verbal interaction. Firstly, it is about an intersubjective discursive practice with its own codes, where a specific discursive formation and the ordinary language coexist, and where the meaning is negotiated to the discretion of speaking slots, highly punctuated by phatics. Secondly, it also is a specific social practice which enforces preset roles, implied social conventions between identified characters, anticipations, stereotypes, and so on. Lastly, it embodies a practice of knowledge transmission as privileged outreach moment of scientific

knowledge by the expert speech itself, with many reformulations, metaphors, and other metalinguistic markers that we could notice and identify.

The research we aim to present finds its theoretical anchor in Science of Language, more specifically in semiotics and in speech analysis. By using the methodology of interactions analysis, one had to collect, transcribe, and analyse a corpus of authentic speeches, to understand the linguistic mechanisms executed in the transmission of knowledge during the doctor/patient interaction. The doctor/patient communication is at the core of important therapeutic and social stakes, hence, its comprehension and optimisation constitute a real social demand and can thus engage a large audience.

Mots-clés : interaction – linguistique – vulgarisation – médecin – patient

Key-words : interaction – linguistics – vulgarization – doctor – patient

Interactions médecins/patients : pratique discursive et transmission des savoirs

Aurore Famy, CeReS, Limoges.

1. Introduction et enjeux :

Les interactions constituent un objet d'étude polymorphe particulièrement intéressant pour les sciences humaines et sociales dans une perspective pluridisciplinaire. Le point de vue interactionniste permet de soulever certaines problématiques et apporte un éclairage opportun pour nos travaux de recherches. La consultation médicale incarne un type d'interaction précis qui se prête de manière privilégiée à l'analyse, à l'aune des différentes disciplines composant le champ des sciences humaines et sociales, telles que la sociologie, la psychologie cognitive, l'histoire de la santé, la sémiotique, les sciences de l'information et de la communication, la linguistique, l'analyse du discours, l'analyse des interactions, etc.

La consultation médicale incarne de manière exemplaire une situation d'interaction verbale complexe. En guise d'introduction, quelques traits définitoires peuvent être succinctement présentés comme suit :

- Il s'agit, premièrement, d'une **pratique discursive intersubjective** où interviennent donc deux personnes *a minima*, deux locuteurs différents. Cette pratique discursive intersubjective possède ses propres codes, où coexistent *une formation discursive* (Maingueneau, 2011) *spécifique* (celle du médecin spécialiste qui possède ses propres règles) et la *langue ordinaire*, et où le sens est négocié au gré des tours de parole, largement ponctués de phatiques.
- D'autre part, c'est aussi une **pratique sociale** précise qui impose des rôles prédéfinis, des conventions sociales implicites entre les protagonistes identifiés, des anticipations, des stéréotypies, etc. En effet, trivialement, l'un des locuteurs va jouer le rôle de médecin, et l'autre un rôle de patient. Ces deux rôles sont normés socialement, sont connus de tous, et ces normes entraînent par extension des attentes normatives, qui provoquent un certain phénomène d'*anticipation*.
- Enfin, elle incarne une pratique de **transmission de savoirs** en tant que moment privilégié de *vulgarisation* des savoirs scientifiques par la parole experte elle-

même, contenant son lot de reformulations, métaphorisations, médiations discursives et d'assomptions plus ou moins fortes envers l'univers de référence (la science). Cette interaction est communicative, dans le sens où elle possède un faisceau d'objectifs particuliers travaillant de conserve pour une transmission d'information (ou plus largement des savoirs). L'information transmise possède alors une autorité de fait car elle est émise par la parole experte, c'est-à-dire par la figure de l'expert sans intermédiaire.

La consultation médicale est un objet d'étude bien connu dans la littérature sur les interactions verbales, ainsi Bange (Bange, 1992), Kerbrat-Orecchioni (Kerbrat-Orecchioni, 1990, 1992, 1994), Traverso (Traverso, 1999) et Vion (Vion, 1992) en disposent fréquemment comme cas exemplaire ou illustration. En effet, son caractère prototypique, son cadre bien circonscrit et ses forts enjeux sociaux en font un terrain de recherches privilégié. La communication médecin/patient se trouve au cœur d'enjeux thérapeutiques et sociaux importants, de ce fait, sa compréhension et son optimisation font l'objet d'une réelle demande sociale. La recherche que nous nous proposons de présenter trouve son ancrage théorique en Sciences du langage, plus spécifiquement en Sémiotique et en Analyse de discours (Maingueneau 1996), tout en s'appuyant sur des notions de sémantique et de lexicologie.

Il s'agit de récolter et d'analyser un corpus de discours authentiques, dans une réelle démarche de Linguistique des interactions, pour comprendre les mécanismes linguistiques mis en œuvre dans la transmission de savoirs lors de cette interaction médecin/patients. La problématique articule donc à la fois la recherche du fonctionnement sémiotique de la transmission des savoirs et de la co-construction du sens, mais également, plus localement, l'identification de mécanismes lexicaux, sémantiques, et rhétoriques impliqués dans cette construction.

L'enjeu théorique premier est donc de pointer les caractéristiques définitoires d'un discours médical vulgarisé dans ce cadre spécifique qu'est la consultation. Il s'inscrit dans le projet global d'une thèse de doctorat¹ consacrée à l'étude du rôle des discours dans la construction des savoirs scientifiques, dans le cadre de transmission des savoirs d'une maladie

¹ Thèse d'Aurore Famy, en cours de réalisation, intitulée « Le rôle des discours dans la construction des savoirs scientifiques. Médiations sémiotiques de la recherche sur l'épilepsie. », Laboratoire CeReS (Centre de Recherches Sémiotiques), sous la direction de Nicolas Couégnas, à l'Université de Limoges.

en particulier : l'épilepsie. La caractérisation précise du discours de consultation permettra dans ce cadre de le comparer aux autres types de discours intervenant dans le parcours de transmission de l'information : les discours de la recherche scientifique fondamentale, les discours de la presse de vulgarisation, les discours des patients eux-mêmes, etc. Cette entreprise permettra de faire apparaître les grandes spécificités de chaque type de discours mais aussi de déceler les schèmes récurrents inhérents à la vulgarisation scientifique.

2. Méthodologie et corpus :

Pour ce qui nous intéresse ici, le discours de consultation, la **méthodologie** utilisée est celle de l'analyse des interactions (Kerbrat-Orecchioni, 2007) : enregistrements d'échanges réels en situation, retranscription et identification des faits saillants et récurrents. Les résultats que nous allons décrire s'appuient sur un corpus constitué à partir de l'observation *in situ* de séances de consultations auprès de quatre épiléptologues différents (deux au CHU Dupuytren de Limoges et deux au CHU Robert Debré de Paris), diversité permettant de contourner les risques de biais idiosyncrasiques ou institut-centrés (c'est-à-dire les risques qui relèveraient des manières de parler personnelles d'un seul locuteur, ou d'un fonctionnement particulier en fonction du centre hospitalier ou de la ville concernés).

Ces enregistrements ont été réalisés en présence de l'enquêteur et concernent des patients atteints d'épilepsie, du petit enfant à la personne âgée, souvent accompagnés d'un proche. La présence d'un tiers paraît évidente pour l'enfant en bas-âge mais elle s'avère primordiale y compris pour les autres malades car les proches sont des sources d'informations importantes pour le diagnostic et l'ajustement du traitement.

Les enregistrements sont complétés par leur transcription, artefacts indispensables pour procéder à l'analyse. La transcription a été réalisée par nos soins également, sans recours à une grille de transcription préétablie. Nous avons procédé à la transcription avec une grille *ad hoc* qui suit ses propres normes car les objectifs d'étude n'étaient ni prosodiques, ni gestuels, ni intonatifs, et le besoin de lisibilité et d'accessibilité étaient prégnants pour l'enquêteur. De plus, l'idée première était de ne pas (ab)user de formalisation pour un premier jet de l'analyse afin de, potentiellement, reformater le corpus dans le but de procéder à une analyse lexicométrique (avec le logiciel TXM qui demande un balisage précis). La grille utilisée se rapproche dans une certaine mesure de la grille du GARS (Groupe Aixois de Recherche en Syntaxe) de l'Université d'Aix-Marseille, et cela s'explique

par la nature de certains de nos objectifs de recherche qu'on pourrait qualifier de phraséologiques : l'identification par exemple de métaphores, de reformulations, de tournures syntaxiques comparatives, etc.

3. Le « cadre interactif »

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, la consultation médicale est avant tout une pratique sociale précise qui impose des rôles prédéfinis. En ce sens, il s'agit d'une *interaction sociale* avant même d'être une *interaction verbale*. Les deux locuteurs identifient, parfois inconsciemment, ce que Robert Vion appelle un « *cadre interactif* » (Vion, 1996), c'est-à-dire la reconnaissance d'un positionnement d'un locuteur vis-à-vis de l'autre et réciproquement. Il y a un rapport de place spécifique, dû au contexte social. Il y a un sens à la rencontre et un contexte qui structure les messages produits. Tous les messages vont être interprétés à travers ce prisme.

Dans la situation qui nous intéresse, ce cadre est dit *institutionnel* car les places sont institutionnalisées (Lacoste, 1980). Dans l'interaction de la consultation, un locuteur se positionne comme le médecin et à ce titre jouit d'une certaine autorité : il utilise un certain lexique et use d'une syntaxe particulière. Le locuteur médecin occupe cette position « haute » car il dispose d'un /savoir/ et un /savoir-faire/ spécialisés qui sont socialement reconnus. Parsons en 1951 montrait déjà que la pratique médicale contemporaine repose sur une relation d'asymétrie entre l'expert et le patient (Parsons, 1951). Cette position haute lui permet de conduire l'interaction. Il fait entrer l'interlocuteur, le patient, dans son espace, c'est lui qui ouvre et clôture le dialogue, c'est lui qui pose les questions, etc. Une nuance doit immédiatement être introduite, car s'il *conduit* l'interaction, il ne la *gère* pas seul. Le patient participe aussi à la gestion de l'échange, en répondant, en apportant des informations sur son état, en posant des questions en retour et en participant à la négociation du sens : « *Cette asymétrie est définitoire de la situation mais n'empêche pas que se déroulent localement des négociations entre le médecin et le patient sur une décision, un traitement, l'importance d'un symptôme, etc.* » (Traverso, 2001).

Le cadre interactif de la consultation médicale est à préciser pour notre étude car le corpus regroupe des transcriptions de consultations de patients chez des épiléptologues. Il ne s'agit pas de médecins généralistes mais bien de spécialistes. Le diagnostic est donc le plus souvent déjà établi ou doit juste être confirmé au moment de la consultation.

4. Premiers résultats :

Ce cadre interactif dessine les limites de la scène intersubjective et borne les échanges linguistiques qui interviennent à l'intérieur. En effet, les rôles sociaux contraignent dans une certaine mesure les « rôles » linguistiques et par extension l'orientation des discours, en tout cas dans un premier temps.

a. Relevé systématique de marqueurs métalinguistiques

Cette identification claire du cadre nous permet d'effectuer un relevé systématique de marqueurs métalinguistiques sculptant le discours du médecin mais aussi parfois celui du patient. On retrouve ainsi une récurrence de marques linguistiques suivantes :

- Les **présentatifs** : « *c'est* » ; « *il y a* » ; « *voici* » ; « *voilà* ».

Les présentatifs sont des outils grammaticaux qui permettent des procédures de mise en relief. Dans notre corpus, « *c'est* » est le plus utilisé. Il sert à introduire un élément mais sert aussi d'anaphorique avec ce qui précède, dans une sorte de construction segmentée. Il endosse donc un rôle pivot. « *Il y a* » est aussi assez fréquent mais constitue moins un effet de mise en exergue qu'un réel phénomène d'actualisation. C'est, selon les grammairiens, un *actualisateur d'existence* : il actualise l'existence de ce qu'il introduit.

Quelques verbatim² ont été retenus dans le corpus pour illustrer ce point : « *C'est une étude qui a été faite* » ; « *C'est le médicament table de nuit* » « *A la fois voilà, c'est une situation rare* » ; « *Il y a par exemple le Tégrétol, c'est un médicament antiépileptique qu'on utilise fréquemment* »

La présence de présentatifs est caractéristique du discours vulgarisateur du médecin, on le retrouve surtout dans ses tours de parole. Cependant, il est possible de rencontrer de tels marqueurs dans le discours du patient. Ces occurrences chez le patient sont en fait des reprises, des répétitions pour montrer qu'il a bien compris.

² Les verbatim proviennent d'une transcription fidèle aux discours authentiques. Ils en ont conservé l'exacte teneur, dont les tournures malheureuses et/ou agrammaticales.

- Les **connecteurs** : « *alors* » ; « *donc* » ; « *mais* » ; « *ensuite* » ; « *parce que* » ; « *puis* » ; « *après* » ; « *maintenant* », etc.

Il s'agit surtout de connecteurs logiques et temporels qui structurent la pensée et par extension le discours. Ils embrayent et en même temps sont les traces d'un cheminement de pensée qui correspond peu ou prou à une démarche intellectuelle particulière : celle du diagnostic, celle de l'auscultation, etc. Ils construisent l'éthos du locuteur : un ethos d'autorité et de spécialité attendu du médecin, mais aussi parfois un éthos « tenté » par le patient qui s'approprie l'usage de connecteurs, parfois pas nécessairement à bon escient, pour créer un simulacre d'éthos que l'on pourrait paraphraser trivialement par un « je suis capable de comprendre la parole experte ».

- Les « **embrayeurs de séquences explicatives** » : « *c'est-à-dire* » ; « *connaissez-vous* », « *prenons un exemple* » ; « *autrement dit* » ; « *ça veut dire que* » ; « *genre* » ; « *je vous explique* » ; etc.

Nous empruntons cette expression à Vergely et collaborateurs (Vergely and al., 2009). Les embrayeurs de séquence explicative permettent au locuteur d'introduire des reformulations. Ce sont donc des outils métalinguistiques qui indiquent la présence d'une médiation, d'une reformulation. En même temps qu'ils embrayent, ils indexent. Autrement dit, les embrayeurs de séquence explicative montrent voire mettent en relief la médiation discursive en même temps qu'il la mettent en œuvre.

Ce phénomène affleure dans les verbatim suivants : « *Ton IRM elle est normale c'est-à-dire qu'on ne trouve pas, avec ce que peut faire comme qualité d'image l'IRM (...) on trouve pas d'anomalie qui explique pourquoi t'as fait des crises d'épilepsie* » ; « *Il y a quasiment pas de récurrence entre neuf mois et deux ans de suivi ce qui veut dire que le risque maximum du risque de récurrence il sera dans les trois premiers mois* » ; « *Je vais commencer par utiliser tous les médicaments antiépileptiques qui ne posent pas de problèmes avec eux on va dire euh la grossesse et la féminité c'est-à-dire dans les médicaments antiépileptiques, on a deux types de médicaments qui posent problème, ceux qui (...) et après les plus récents (...)* ». « *Ce que je préfère c'est que tu fasses des crises comme t'as fait des petites genre des arrêts sur image* »

- Les **précautions métalinguistiques** : « *J'ai calmé ton cerveau entre guillemets avec la Micropakine* » ; « *Donc si jamais on se pose la question d'un arrêt de traitement, j'ai envie de dire, c'est cette année* » ; « *On va tenter entre guillemets le diable (...)*

il y a plus de risque de récurrence que de pas récurrence » ; « Les parents j'veux dire si tu fais une grosse crise ils vont (...) ».

L'usage de ces marqueurs est plutôt de nature idiosyncrasique dans le détail, chacun des épiléptologues ayant ses marqueurs privilégiés. Il est cependant manifeste que leur présence est récurrente dans une association syntagmatique [marqueur de précaution + discours trivial/profane], comme pour introduire un discours non spécialisé. Cette tentative de mise à niveau de la part du médecin, qui s'écarte de sa formation discursive pour jouer avec la langue ordinaire, est définitoire du genre de la consultation médicale.

- Les **phatiques** : « OK » ; « D'accord » ; « Bon » ; « Ça va ? Tu comprends bien ce que je veux dire ? Ça te paraît clair ? ».

Le corpus regorge de marqueurs de la fonction phatique, l'une des six fonctions du langage chez Jakobson (Jakobson, 1963). Ce sont des éléments linguistiques ou paralinguistiques qui servent essentiellement à établir, prolonger, optimiser la communication, et surtout à vérifier que le message circule dans les meilleures conditions. Ils peuvent parfois intervenir dans une accumulation, comme pour le dernier exemple ci-dessus.

- Les « **marqueurs d'autonymie** » :

Nous empruntons cette expression Delavigne, qui montre qu'en plus de leur dimension explicative et didactique, caractéristique du discours de vulgarisation, le recours à l'autonymie permet la manifestation des positions de l'énonciateur par rapport aux termes qu'il énonce (assomption forte ou faible) (Delavigne, 2001). Les marqueurs d'autonymie peuvent être des verbes « appeler, désigner, signifier, qualifier de, etc. », des noms « le nom X », « le mot Y », ou encore des adjectifs « le fameux, le dit », comme en témoigne les quelques exemples du corpus suivants : « *Ce médicament-là, comme je l'appelle, c'est le médicament table de nuit* » ; « *Il y a une zone dans ton cerveau-là qui est derrière les oreilles qu'on appelle les zones temporelles, sur lequel il y a un petit hypersignal* » ; « *quand les zones de ton cerveau qu'on appelle zones temporelles se sont fabriquées* » ; « *Tous les médicaments qui ont tendance à être forts, ce que j'appelle moi les médicaments forts, c'est les médicaments qui jouent sur l'attention, sur les capacités intellectuelles, etc.* »

- Les **tournures syntaxiques spécifiques** :

- Comparaison générique : avec une construction du type « chez + article défini... il y a ... » qui permet une comparaison *ad hoc* de la situation. La

préposition « chez » introduit un groupe nominal, le tout signifie « à l'intérieur d'une communauté, d'un milieu constitué par »

Exemple : « *Chez les patients qui ont deux ans sans crise et un IRM normale, quand on arrête le traitement, il y a 40% qui en refont [des crises]* »

- Structure syntaxique d'extraction : proche des présentatifs, la mise en parenthèse du syntagme nominal et qui segmente la phrase met en exergue le mot ou groupe de mots extrait.

Exemple : « *Dans l'état de nos connaissances en fait, ton épilepsie, quand on a fait une IRM cérébrale...* »

Pour conclure le relevé systématique de marqueurs, trois spécificités du discours vulgarisateur lié à l'épilepsie sont à pointer :

- **Fréquence des connecteurs temporels :**

Cette fréquence importante s'explique par la temporalité et l'aspectualité spécifiques de la crise épileptique définitoire de la maladie. En effet, elle se caractérise à la fois par l'*itérativité* : l'épilepsie est définie comme la répétition de crises épileptiques. De plus, cette itérativité n'est pas régie par un principe de régularité, si bien qu'elle ne peut pas être prédite ou prévue : on est donc dans de l'épisodique et du spontané. Mais elle se caractérise aussi par l'*inceptivité* (de l'ordre de l'inceptif soudain) : du non duratif, qui indique la fin d'un état et le début d'un autre, pour qualifier de la survenue de la crise, le caractère bref et brusque de celle-ci.

- **Présence de nombreuses structures conditionnelles :**

De nombreuses structures conditionnelles charpentent les raisonnements et plans d'action thérapeutiques hypothétiques : « *Si jamais on doit choisir de faire une deuxième tentative d'arrêt de traitement...* » ; « *Que tu puisses passer le permis sans qu'on se dise oh bah non il faut attendre parce que ça fait pas assez longtemps sans crise* » ; « *Mais si tu récidives c'est reprise du traitement !* ». Le risque, la potentialité, les « pincettes conditionnelles » prises par le locuteur médecin s'explique par le mode d'existence spécifique de la crise. Avec l'épilepsie, on est dans l'*en puissance* : dans le mode d'existence qu'on appelle le *virtuel*. La survenue de la crise correspond à son actualisation. L'actualisation marquant le passage du virtuel à l'actuel est un « événement », une saillance tensive, un événement au sens fort chez Zilberberg et Fontanille (Zilberberg & Fontanille, 1999).

- **Le recours au gestuel :**

Même si ce dernier marqueur est d'ordre paralinguistique, il mérite d'être évoqué. Le recours au gestuel, au mime, est typique de l'interaction verbale directe de la consultation, puisqu'impossible en vulgarisation écrite par exemple. Il apparaît comme indispensable pour établir des équivalences lexicales avec l'expérience, pour une maladie définie en substance par son caractère spectaculaire (la crise tonico-clonique étant l'exemple prototypique). Pour traiter le mieux possible d'une myoclonie particulière du bras par exemple, le médecin va recourir à la gestuelle pour être sûr de se faire comprendre par le patient, et lui apprendre par ce truchement une sorte de nouvelle nomenclature, lui qui n'a pas les ressources dans la langue ordinaire, lui qui n'a pas « les mots pour le dire ».

b. Stratégie de reformulation et médiation par l'analogie

Nous reprenons l'hypothèse de Vergely (et autres) selon laquelle les deux locuteurs doivent s'entendre sur le sens qu'ils accordent aux termes qu'ils emploient pour garantir la qualité de leur échange. L'élaboration du sens se construit en interaction.

Nous avons pu remarquer dans le relevé précédent des marqueurs, des embrayeurs de séquences explicatives. Ces embrayeurs permettent d'instaurer des médiations discursives, moteur de la vulgarisation. Ces médiations peuvent relever :

- De l'ordre de la simple **reformulation paraphrastique** ou de **l'équivalence lexicale juxtaposée**

« Elle a eu des imageries cérébrales, des scanners ? » ;

« c'est la même molécule <L2 : Ouais.> mais ce qui entoure, les excipients c'est pas les mêmes » ;

« Là on voit l'activité cérébrale normale, le cerveau qui fonctionne normalement » ;

« Et quand il y a des anomalies on voit des choses un petit peu plus aiguës, c'est-à-dire plus rapides »

- De l'ordre de **l'explication-définition** (Structure appellative + extension définitoire / explication causale)

« en termes de régulation d'émotions etc. bin même si on a cet effet-là, c'est-à-dire tout ce qui est impulsivité, troubles de l'émotion est contrôlé » ;

« les traumatismes crâniens c'est quelque chose qui est pourvoyeur important de l'épilepsie – quand on a un traumatisme crânien on peut avoir abîmé un endroit de son cerveau qui ensuite est irrité et peut donner de l'épilepsie » ;

« en dehors du trouble primaire, c'est-à-dire ce qui caractérise vraiment ce qu'est l'autisme » ;

« Pour éviter la grosse crise qui est souvent le truc très impressionnant pour tout le monde et qui va en tout cas pour quelques temps changer ta vie quotidienne. »

- Soit relever de la figure de l'**analogie** (Bordron, 2003). Cette figure peut se manifester sous une forme métaphorique ou une forme comparative.

Les deux séquences de corpus suivantes illustrent la médiation par métaphore :

SEQUENCE A : Le médecin L1 compare, avec la mère L2 du patient L3, deux médicaments antiépileptiques grâce à une métaphore des liens de parenté.

[L2 : Par contre on n'a jamais baissé le Tégrétol.

L1 : Ouais mais elle a eu le Trileptal, c'est des cousins <L2 : Ah c'est pareil>, euh c'est pas pareil pareil mais c'est des cousins.]

SEQUENCE B : Le médecin L1 utilise « la console » pour parler de l'appareil technique qui règle et programme le stimulateur qu'on vient d'implanter à L3, le patient, accompagné de sa maman L2.

[L1 : Ma console elle va jouer avec ton boîtier qui est là. Tu vas voir c'est pas une console très intéressante hein.

L2 : Il a fait une crise de jour la semaine dernière aussi.

L1 : Pourquoi c'est démonté ce truc-là ?

L3 : Je veux une DS.

L1 : Ah non moi c'est pas une DS hein. Regarde c'est un vieux truc pourri. Regarde je me mets là dessus, hop, il va parler avec ton boîtier.]

L'analogie peut également se manifester par la comparaison :

« Et quand il y a des anomalies on voit des choses un petit peu plus aiguës, c'est-à-dire plus rapides, comme des- plus pointues en fait <L2 : Hum (acquiesce)> comme des petits pics... euh à certains endroits »

« si on compare le nerf vague à un câble électrique avec plein de petites fibre dedans, il faut que, pour être certain de recruter toutes les fibres électriques dans la stimulation, faut que je monte jusque deux milliampères. »

5. Discussion et propositions :

La médiation analogique permet la création d'une passerelle sémantique entre deux langues : langue scientifique médicale et la langue ordinaire. Les images triviales (« câbles électriques » pour le nerf vague, « la console vidéo » pour l'appareil programmeur, « pics » pour les pointes-ondes de l'EEG, etc.) choisies à dessein par le locuteur vulgarisateur possèdent quelques propriétés communes avec l'univers de référence scientifique. Il existe un groupe de sèmes³, ce que Rastier (1987) appellerait une *molécule sémique*, qui est partagé par le propre (le nerf vague) et le figuré (le câble électrique) par exemple ici : /connexion/ /électricité/ /tubulure/. Le locuteur vulgarisateur crée une homologie structurelle entre le savoir scientifique (l'information à transmettre) qu'il détient et des univers de sens qu'il pense être connus de son destinataire.

Pour conclure, nous proposons de travailler sur l'hypothèse de l'identification de trois plans d'énonciation dans le discours vulgarisé du médecin, qu'il nous faudra développer dans les prochaines recherches :

- Niveau *référentiel* : qui appartient au registre de la science et qui constitue l'univers de référence. Le discours y est complètement débrayé où s'emploie une langue de spécialité (lexique et syntaxe spécifiques). C'est un niveau auquel nous avons très peu accès lors d'une interaction médecin/patient.
- Niveau *ordinaire* : qui appartient au registre du patient partagé par tous les locuteurs d'une même langue, dont le médecin sans sa blouse.
- Niveau *médiateur* : qui appartient au registre du médecin qui vulgarise, sorte d'intermédiaire entre les deux niveaux extrêmes. Ce niveau est caractérisé par l'apparition des molécules sémiques dites « passerelles » (Bordron & Moutat, 2013) qui actualisent des homologies structurelles entre deux univers de sens.

³ Un sème est l'unité minimale de la signification, une micro-unité de sens pertinente.

Bibliographie :

Bange, P. (1992). *Analyse conversationnelle et théorie de l'action*. Paris : Hatier/Didier.

Bordron, J-F. (2003). « Analogie, modèle, simulacre : trois figures de la médiation ». *Modèles linguistiques*. Volume 24. n°1.

Bordron J-F & Moutat A. (2013). « Métalangage et épi-sémiotique : L'exemple du lexique de la dégustation », In : *Signata* [En ligne]. n°4. Disponible sur : <http://signata.revues.org/974>

Caron, J. (1983). *Les régulations du discours : psycholinguistique et pragmatique du langage*. Paris : Presses Universitaires de France.

Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. (Eds.) (1993). *Soins et communication : approche interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.

Delavigne, V. (2001). Conférence TIA-2001. « Repérage de termes dans un corpus de vulgarisation : aspects méthodologiques ». Nancy. Les 3 et 4 mai 2001. Disponible en ligne sur : https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/920653/filename/TIA_2001_Delavigne.pdf

Fontanille J. & Zilberberg C. (1999). *Tension et signification*, Liège : Mardaga.

Jacobi, D. (1999). *La communication scientifique : discours, figures, modèles*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Jacobi D. & Schiele B. (Eds.). (1988). *Vulgariser la science*. Seyssel. Éditions Champ Vallon (Milieux).

Jakobson, R. (1963). *Essai de linguistique générale : les fondations du langage*. Paris : Les Editions de Minuit.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1990-92-94). *Les Interactions verbales*. 3 tomes. Paris : Armand Colin.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1998). « La notion d'interaction en linguistique : origine, apports, bilan ». *Langue française*. n°117. La linguistique comme discipline en France. pp. 51-67.

Kerbrat-Orecchioni, C. (2007). « L'analyse du discours en interaction : quelques principes méthodologiques ». *Limbaje si comunicare*. IX. pp.13-32. Disponible sur : http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/Artigo_Catherine_Kerbrat_Orecchioni.pdf

Lacoste, M. (1980). « La vieille dame et le médecin (Contribution à une analyse des échanges linguistiques inégaux) ». In : *Etudes de Linguistique Appliquée*. n°37. Pages 34-43.

Maingueneau, D. (1996). *Les termes clés de l'analyse du discours*. Paris : Seuil.

Maingueneau, D. (2011). « Pertinence de la notion de formation discursive en analyse du discours ». *Langage et Société*. n°135.

Moutat, A. (2011). « Stratégies rhétoriques et efficacité communicationnelle dans les commentaires de dégustation des vins ». *Texte !*. Volume XVI. n°4. [En ligne] <http://www.revue-texto.net/index.php?id=2908>

Parsons, T. (1951) [1991]. *The social system*. London : Routledge.

Rastier, F. (1987). *Sémantique interprétative*. Paris : Presses Universitaires de France.

Tamine-Gardes, J. (1986). « Introduction à la syntaxe (suite) : les présentatifs ». In: *L'Information Grammaticale*. n° 29. Pages 34-36. Disponible en ligne sur : http://www.persee.fr/doc/igram_0222-9838_1986_num_29_1_2140

Traverso, V. (1999). *L'analyse des conversations*. Nathan, coll. "128 Linguistique".

Traverso, V. (2001). « Analyse de consultations médicales en présence d'un intermédiaire linguistique non professionnel ». Actes du VIIIème congrès de l'ARIC. Université de Genève. 24 au 28 septembre 2001.

Vergely P. and al. (2009). « Analyse linguistique des interactions patient/médecin ». Felix C. & Tardif J. (Eds.) *Actes éducatifs et de soins*. Nice : publication numérique. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00532967/document>

Vion R. (1992). *La Communication verbale*. Paris : Hachette.

Vion R. (1996). « L'analyse des interactions verbales ». *Les Carnets du Cediscor*. n°4. Pages 19-32.