

Analyse linguistique des interactions Patient/Médecin

Vergely Pascale, Condamines Anne, Fabre Cécile, Josselin-Leray Amélie, Rebeyrolle Josette,
Tanguy Ludovic,
CLLE-ERSS / Université de Toulouse et CNRS

1 Introduction : le projet INTERMEDE

Cet article présente les premiers résultats d'une étude linguistique initiée dans le cadre d'un projet interdisciplinaire, INTERMEDE¹, qui réunit des épidémiologues, des sociologues, des psychologues et des linguistes. INTERMEDE s'inscrit dans la problématique de l'observation des inégalités sociales de santé et s'appuie sur des travaux ayant mis en évidence des différences dans les pratiques médicales selon le niveau social des patients. Ce projet a pour objectif de comprendre dans quelle mesure la nature de la relation patient/médecin peut contribuer à renforcer ou au contraire à réduire ces inégalités. Étant donné le rôle crucial que joue la dimension langagière et interactionnelle dans les pratiques médicales, les caractéristiques de l'échange entre le médecin et le patient constituent un point d'entrée essentiel pour l'observation des disparités dans la relation de soins, du côté du prescripteur comme du patient.

Le projet INTERMEDE s'appuie sur la collecte d'un corpus de consultations en médecine générale qui fait l'objet de questionnements disciplinaires complémentaires. Le rôle d'une équipe de linguistes dans cette collaboration interdisciplinaire est de mettre en place une méthodologie et de produire des résultats qui apportent aux partenaires sociologues et médecins des éléments de compréhension des mécanismes de l'interaction patient/médecin. L'objectif est de caractériser la diversité des types d'interactions que suscite la relation de consultation, de manière à pouvoir, dans un second temps, établir leur corrélation avec des caractéristiques sociales du patient.

1.1 Les consultations médicales comme objet d'étude linguistique

L'étude des consultations entre médecins et patients a suscité une littérature scientifique interdisciplinaire très importante, dont les objectifs et les démarches diffèrent assez nettement (Ainsworth-Vaughn, 2001).

Les travaux émanant plutôt de la sphère médicale sont naturellement orientés vers la pratique. S'ils étudient certaines caractéristiques du discours produit dans ce contexte, c'est pour en mesurer les effets sur l'efficacité de la relation de soins (en termes de satisfaction, d'observance, etc.). Ils s'appuient sur la catégorisation de certains phénomènes langagiers auxquels il est possible d'associer un rôle fonctionnel dans la relation entre le médecin et le patient et à partir desquels peuvent être produites des analyses statistiques. Par exemple, des travaux sur les interruptions et les questions mesurent leur importance dans les échanges, déterminent qui les initie majoritairement, et envisagent ces éléments en lien avec une réflexion sur le partage du pouvoir dans la relation patient/médecin. Ces analyses peuvent

¹ Le projet INTERMEDE bénéficie d'un financement par l'Institut de Recherches En Santé Publique (IRES-P). Nous remercions pour leur contribution l'ensemble des partenaires du projet, et en particulier Thierry Lang (Unité INSERM 558), Christine Rolland (Unité INSERM 558), Monique Membrado (LISST, UMR 5193), Pascal Marchand (LERASS, EA 827). Nous remercions également Sophie Allion pour le travail qu'elle a effectué sur le corpus.

déboucher sur une meilleure compréhension des mécanismes de communication et sur des préconisations pour améliorer l'« habileté communicationnelle » des médecins (Fournier et Kerzanet, 2007). Elles sont cependant alimentées par des descriptions très partielles et non théorisées du matériau linguistique.

D'un autre côté, les travaux sur le discours, émanant de la communauté linguistique, s'intéressent aux consultations médicales comme un genre de discours particulier, présentant un ensemble de caractéristiques intéressantes qui amènent à prendre en compte une plus large gamme de phénomènes langagiers, depuis les aspects lexicaux jusqu'aux aspects pragmatiques. Des travaux portent par exemple sur la nature des actes de langage produits, sur la caractérisation du genre de la consultation - entre interview et dialogue - sur les narrations qui se dessinent dans le discours, sur la façon dont médecin et patient négocient ensemble la compréhension de la situation et le diagnostic (Gafaranga et Britten, 2004), etc. La richesse de ces descriptions linguistiques est indiscutable, mais, comme le remarque (Fleischmann, 2001), elles ne se traduisent pas facilement en recommandations assimilables par la communauté médicale.

Nous cherchons au sein du projet INTERMEDE à concilier ces deux exigences : mettre en œuvre une analyse linguistique approfondie de ce matériau dans le but de fournir des éléments de compréhension en réponse à des interrogations formulées dans la sphère médico-sociale. Le volet linguistique qui nous occupe vise ainsi à mettre en évidence ces différences sur plusieurs dimensions de l'échange langagier – aspects lexicaux, énonciatifs, interactionnels – de manière à différencier des interactions véritablement collaboratives, qui manifestent une proximité dans le rapport patient/médecin, et des interactions malaisées, dégradées, qui sont le signe d'un éloignement et de difficultés à communiquer.

1.2 Présentation du corpus et méthodologie

Pour mener à bien cette étude, nous bénéficions d'un matériau récolté au cours d'une phase antérieure du projet INTERMEDE (2006-2008). 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 11 généralistes de 3 régions françaises (Pays de Loire, Midi-Pyrénées et Ile de France). Nous disposons à ce stade des enregistrements et de la transcription de 99 consultations. Ces enregistrements, réalisés en présence de l'enquêteur, concernent des patients réguliers, qui ont donné leur accord et ont au préalable répondu à un questionnaire de pré-consultation permettant de recueillir certaines informations les concernant, en particulier le sexe, l'âge et la catégorie socio-professionnelle. Dans la première phase du projet, les données issues de la consultation proprement dite ont été croisées avec d'autres types de matériaux - entretiens et questionnaires auprès du patient et du médecin - de manière à apprécier les décalages dans les attentes et les représentations des deux protagonistes. Les sociologues se sont plus particulièrement intéressés au dépouillement des données des enquêtes et questionnaires. Nous nous focalisons quant à nous exclusivement sur la phase de consultation.

Pour les besoins de l'étude linguistique, nous avons fait évoluer les critères de transcription initiaux pour ajouter certains éléments tels que les pauses, les chevauchements de discours, les ratures énonciatives et pour homogénéiser le corpus du point de vue des marques topographiques et de ponctuation. Cette étape était un pré-requis pour optimiser l'analyse linguistique outillée. Les informations relatives au patient (âge, sexe, CSP) sont codées dans

l'en-tête des fichiers de transcription. L'ensemble du corpus a ensuite été codé au format XML pour faciliter son traitement.

Voici un extrait du corpus qui illustre les choix principaux de transcription :

```
<M n="96"> allez-y respirez fort <commentaire>téléphone sonne</commentaire>
excusez-moi </M>
<commentaire> médecin répond au téléphone </commentaire>
<pause durée="longue"/>
<M n="97"> respirez bien profondément <pause durée="longue"/> et la
glycémie ? vous l'avez faite ? </M>
<P n="98"> oui </P>
<M n="99"> alors ? </M>
<P n="100"> 1,40 </P>
<M n="101"> vous dépassez pas ? </M>
<P n="102"> non et là j'avais 1,13 là </P>
<M n="103"> même avec les <chevauchement type="début" n="4"> bons repas,
même avec les bons repas </chevauchement> </M>
<P n="104"> <chevauchement type="fin" n="4"> dépasser oui, un petit peu ça
m'arrive oui </chevauchement> mais bon en moyenne hein </P>
<M n="105"> et après les bons repas vous le faites aussi ? les lendemains
de bons repas ? <commentaire> rires </commentaire> </M>
```

Le marquage XML est indiqué en gras, et sert à entourer les segments de textes pour en exprimer les différentes caractéristiques. Les tours de parole sont indiqués par des balises **<M>** pour le médecin et **<P>** pour le patient, et numérotés. Les commentaires sont marqués explicitement, ainsi que les pauses, pour lesquelles deux types ont été considérés (courtes si elles sont inférieures à 3 secondes, et longues sinon). Les chevauchements marquent deux segments recouverts (chacun prononcé par un interlocuteur différent) : le premier segment est marqué « début » et le second « fin ». Ils sont numérotés pour pouvoir retrouver les associations.

Ces conventions de transcription sont très loin d'obéir aux normes de l'annotation interactionnelle. Elles sont le résultat d'un compromis dans la mesure où elles permettent d'introduire quelques éléments interactionnels significatifs (les pauses, les chevauchements), sans générer de coût de transcription excessif ni trop compliquer les traitements informatiques effectués sur ces données.

Ce matériau nous permet d'employer des techniques de linguistique de corpus pour mettre en évidence la diversité des types d'interaction qui sont à l'œuvre dans les consultations transcrites. Nous combinons deux approches. Nous nous intéressons tout d'abord, à un niveau global, au déroulement des consultations. Nous montrons dans la section suivante qu'il est possible, en croisant divers indices, de différencier des profils d'échange. L'étude quantifiée des profils interactionnels des locuteurs est un premier moyen de montrer la disparité des types d'interaction. Dans un deuxième temps, nous étudions, à un niveau local, les moyens que le médecin et le patient déploient pour s'assurer d'une compréhension réciproque, condition cruciale pour garantir la qualité de la relation de communication. Cet angle d'approche constitue un moyen d'évaluer la distance linguistique entre le patient et le médecin, et l'effort que l'un et l'autre consentent pour la combler. Ce travail passe par l'analyse des stratégies de négociation du sens (notamment vulgarisation et reformulation) qui caractérisent les échanges, aux niveaux lexical et interactionnel.

2 Etude globale des profils interactionnels des locuteurs

2.1 Méthode de calcul

Dans le but de classer les consultations en fonction de leur profil, nous avons procédé de façon inductive, en mesurant automatiquement différentes caractéristiques des tours de parole patient/médecin. Les informations que nous calculons sont les suivantes :

- la répartition des tours de parole entre le médecin et le patient, mesurée au fil de la consultation,
- la longueur des échanges, et inversement la fréquence des changements de locuteur,
- les questions posées, par type de locuteur.

Ces caractéristiques ont été observées au fil du texte par le biais d'un ensemble de mesures permettant de décrire le déroulement d'une consultation. Ces mesures ont été effectuées sur la base des transcriptions orthographiques, du marquage XML de celles-ci comme indiqué précédemment, et d'un étiquetage morpho-syntaxique permettant d'identifier la catégorie grammaticale de chaque mot. Les résultats sont illustrés par les figures 1 à 3 et interprétés dans la section suivante (§2.2).

Le calcul de la répartition des tours de parole se fait, pour un instant donné de la transcription, en mesurant la proportion des mots prononcés par le médecin dans une fenêtre autour de cet instant (la fenêtre est définie par un intervalle de 100 mots : 50 avant et 50 après l'instant considéré). Un lissage est ensuite appliqué (en remplaçant la valeur de chaque point par la moyenne des points qui l'entourent) afin de limiter l'impact de variations locales. La valeur correspond à un pourcentage, et la moyenne globale de cette valeur sur l'ensemble de la consultation est indiquée. Une valeur élevée (resp. basse) sur cette courbe indique que les tours de paroles du médecin (resp. du patient) sont plus importants. Des valeurs extrêmes (0 et 100%) correspondent à des séquences monologiques.

La mesure de la fréquence des échanges se fait sur le même principe, en associant à chaque point du texte le nombre de changements de locuteur qui s'opèrent dans un intervalle de 100 mots alentour. Une valeur élevée indique donc une conversation plus interactive, avec de nombreux échanges courts, alors qu'une valeur basse indique des prises de parole étendues, qui se déploient sans interruption.

Le positionnement des questions est effectué de manière sommaire en s'appuyant sur la retranscription et la présence d'un point d'interrogation. Chaque question identifiée est indiquée sur le graphique par un point d'interrogation, en distinguant par des alternances de couleur celles posées par le médecin de celles du patient. Globalement, 80% des questions sont posées par le médecin, ce qui rejoint les données de (Skelton et Hobbs, 1999), mais d'importantes variations sont observables d'une consultation à l'autre, ou d'une phase de la consultation à une autre.

2.2 Interprétation des graphiques

La présentation simultanée de ces trois caractéristiques (1-répartition des tours de paroles, 2-fréquence des échanges, 3-position des questions) sur un même graphique permet d'observer de façon synthétique le déroulement des consultations. Cette présentation fournit un moyen d'effectuer un premier classement et une première caractérisation en termes de profil d'interactions. Cette présentation offre également la possibilité d'identifier des zones saillantes, autrement dit présentant des écarts par rapport à un déroulement considéré comme

typique. En d'autres termes, il s'agit de moments de la consultation qui devront faire l'objet d'une analyse linguistique fine et détaillée du type de celle que nous illustrons dans la section 3.

Nous illustrons avec la consultation d'Eric², figure 1, l'analyse en termes de profils. Voici quelques éléments pour guider la lecture du graphique : la courbe en trait plein, intitulée « Parole du médecin », signale la répartition des tours de parole entre les protagonistes de l'échange. La courbe en pointillés, intitulée « Echanges », signale la fréquence dans les changements de tours de parole³. Les questions du médecin sont signalées à l'aide d'un point d'interrogation vert sur la ligne supérieure, celles du patient par un point d'interrogation rouge sur la ligne inférieure. L'axe des abscisses correspond aux positions des mots prononcés dans l'ensemble de la consultation. Les tours de paroles numérotés sont indiqués sur cet axe. Dans le cas d'Eric, nous avons affaire à une consultation au cours relativement typique. Les échanges sont clairement conduits par le médecin, comme l'atteste la part importante que prennent ses tours de parole au cours de la consultation – le pourcentage moyen est de 63%, indiqué par une ligne horizontale sur la courbe (et deux lignes plus fines correspondant à l'écart-type).

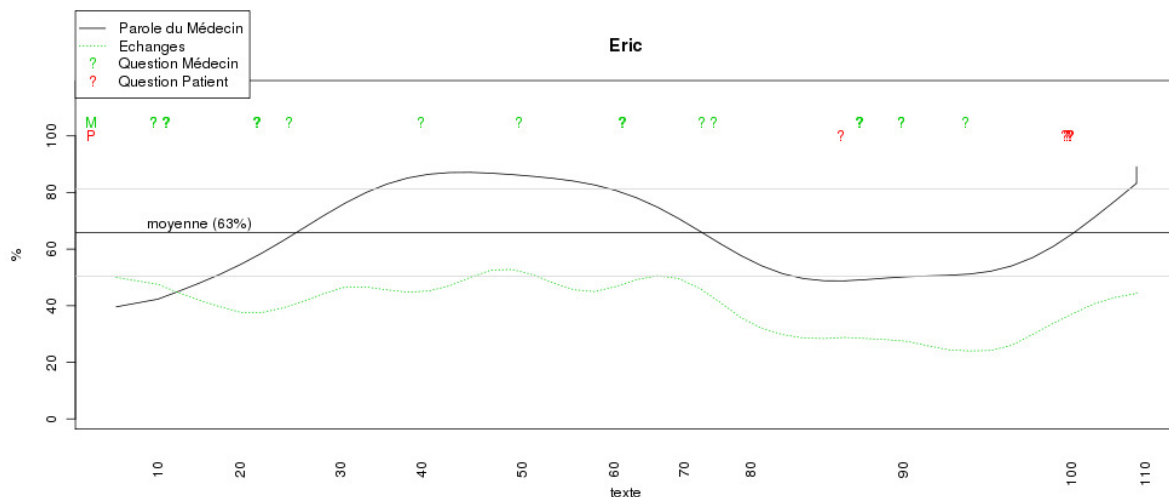


Figure 1 : profil de consultation (Eric)

La lecture du graphique permet d'identifier plusieurs étapes de la consultation :

- une étape initiale où les interactions sont courtes (valeurs hautes de la courbe des échanges) et également réparties entre patient et médecin ; pour le médecin de nombreux tours ont la forme de questions posées au patient (tours 0-30),
- une étape où le médecin parle davantage, tout en continuant à interroger le patient (30-80),
- une étape où les tours de parole s'équilibrent à nouveau et où apparaissent les questions du patient (80-110).

Ces phases correspondent aux trois principales séquences habituellement décrites comme caractéristiques d'une consultation médicale ordinaire : a) le but de la consultation, b) l'examen verbal et/ou physique et c) le diagnostic suivi du traitement. Dans la première phase, les interactions sont nécessairement courtes car il s'agit pour le médecin d'interroger le patient pour déterminer ce dont il souffre ; au moment de l'examen, le patient se contente de

² Il s'agit de pseudonymes.

³ La courbe intitulée « chevauchements », située dans la partie basse du graphique, n'est pas commentée.

répondre aux questions du médecin et ensuite, une fois le diagnostic établi et le traitement délivré, le patient intervient alors à nouveau pour s'assurer qu'il a bien compris.

A côté du premier profil illustré par la consultation d'Eric et représentant le déroulement ordinaire d'une consultation médicale, on identifie un second type de consultation présentant un profil beaucoup plus fragmenté, chaotique, que nous illustrons par la consultation de Mary (figure 2).

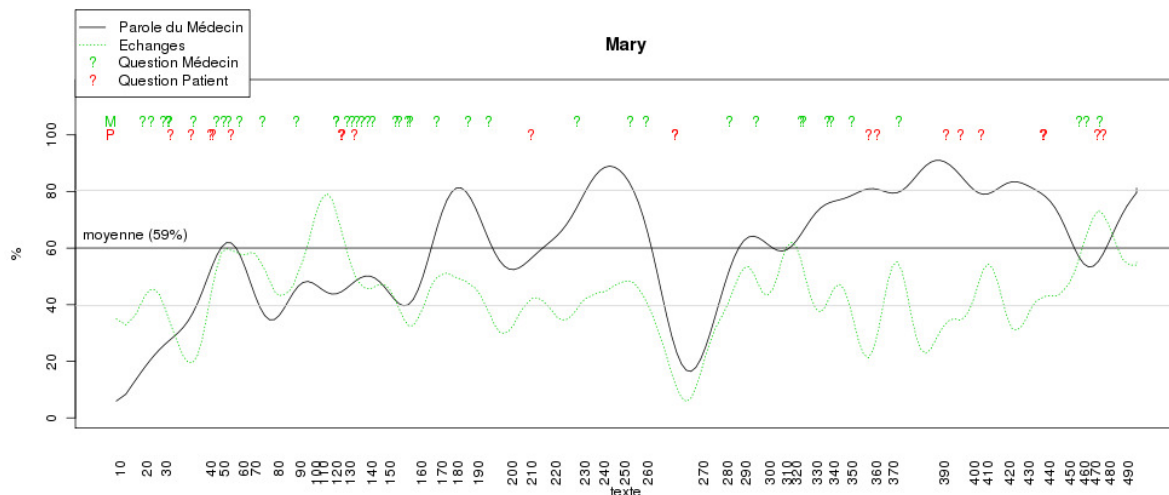


Figure 2 : profil de consultation (Mary)

Les étapes d'une consultation médicale ordinaire sont difficiles à localiser ici. Les questions du patient se répartissent tout au long de l'échange ; on ne distingue pas de phases dans le déroulement de la consultation qui permettraient d'opposer nettement des séquences où c'est le patient qui s'exprime et des moments où c'est le médecin qui prend durablement la main. De fait, la lecture de la consultation confirme ce caractère atypique, pour différentes raisons : tout d'abord, Mary connaît bien son médecin et de nombreux échanges visent à prendre des nouvelles de sa famille ; ensuite, elle est anglaise et de ce fait certains tours sont consacrés uniquement à des demandes de précisions lexicales (par exemple tours 35 à 44) ; enfin, il s'agit d'une consultation faisant suite à un accouchement, et c'est l'occasion pour le médecin d'aborder diverses questions comme le montre par exemple un long échange sur le sentiment de culpabilité (tours 161 à 228). Nos premières observations indiquent donc que ces vues graphiques permettent de distinguer rapidement des consultations au déroulement prototypique, qui relèvent plus clairement du genre de l'entretien ritualisé, et des consultations plus décousues. C'est une première façon d'apprécier la diversité des types d'interaction.

Dans un deuxième temps, cette visualisation permet de mettre en évidence des zones saillantes, correspondant à des moments potentiellement intéressants de l'échange. Quand on observe le graphique correspondant à la consultation de Mary, on est frappé par la zone qui va du tour 260 au tour 270 environ : à cet instant, Mary s'exprime beaucoup (valeur basse de la courbe correspondant à la parole du médecin) et sans être interrompue (comme le montre la valeur basse de la courbe des échanges). De fait, ce pic remarquable correspond à la narration que fait Mary de la chute de son bébé (heureusement sans conséquences !).

P : Sam il est parti au SCC pour le foot, Natacha je l'ai, il a tété et ils étaient dans la même pièce sur un tapis de jeu et j'ai dis tu le tiens, je vais mettre du bois dans le poêle, l'autre, l'autre et j'ai entendu boum comme ça et il commence à pleurer, tout de suite entrée dans la pièce, j'ai dis

Natacha il est tombé là, non, elle est tout rouge, j'ai dit il est tombé non, tu l'as fait tomber, et finalement elle a craqué, elle a commencé à pleurer et j'ai jamais su qu'est ce qui se, réellement qu'est ce qu'elle a fait en fait parce que [pause] dans le passé maman dit alors si, je sais pas qu'est ce, si il tombait de 20 centimètres ou je sais pas, finalement je l'ai amené et tout va bien

Un dernier exemple nous permet d'illustrer à la fois le repérage de profils et de moments saillants. Il s'agit de la consultation de Gilles (figure 3).

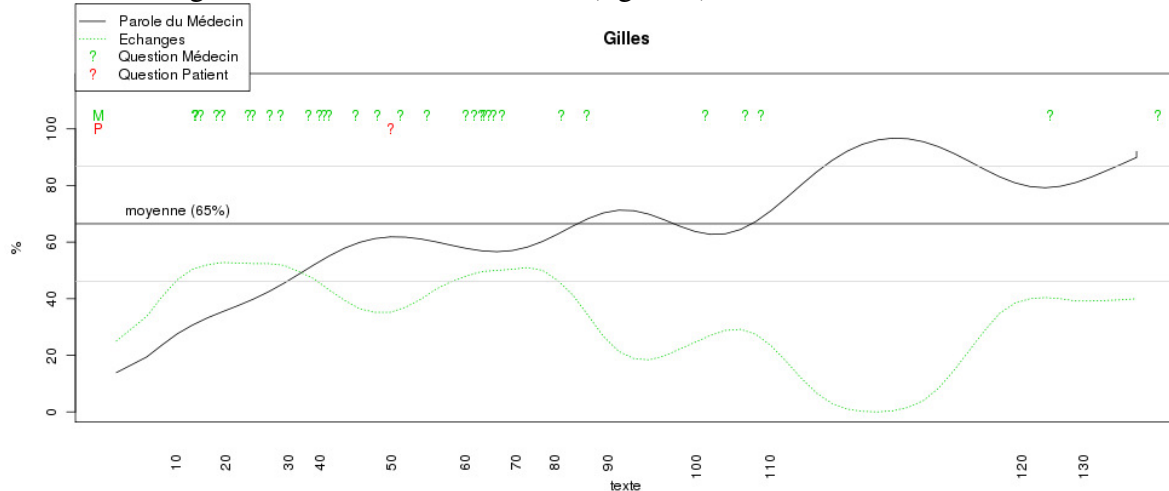


Figure 3 : profil de consultation (Gilles)

Elle se rapproche du premier profil que nous avons décrit - les courbes de la parole du médecin et des échanges permettent de repérer des séquences relativement nettes. On peut ainsi repérer deux phases dans le premier tiers de la consultation : c'est d'abord le patient qui s'exprime, les échanges sont courts (tours 1 à 40) ; puis le médecin parle plus et les échanges se font moins nombreux (tours 40 à 60). Dans ces deux moments, les questionnements du médecin sont très nombreux. Cela correspond aux phases classiques d'échange sur les raisons de la consultation puis de déroulement de l'examen verbal et physique (Ten Have, 1989). Dans la partie finale de l'échange, on s'écarte toutefois d'un profil attendu puisque l'on observe clairement sur le graphique une zone où les tours de parole sont plus longs (voir l'écart entre les tours 110 et 120 et la chute de la courbe des échanges) et où le médecin prend longuement la parole. Il s'agit donc d'une zone monologique remarquable. Un tel écart par rapport au profil standard est le signe d'un déroulement atypique de la partie finale de la consultation. L'examen du texte de l'entretien le confirme notamment au tour 112 dans lequel le médecin explique longuement à Gilles tout ce qu'il doit savoir sur la question de la tension. Une analyse de ce tour est proposée dans la section suivante (§ 3.2.). Le voici dans son intégralité :

M : oui, mais la tension c'est un facteur de problèmes cardio, vasculaires [pause] la tension on ne la traite pas pour [pause] parce que c'est de la tension, on s'en fiche, la tension ça fait trop de pression, ben tiens on va faire un parallèle avec la plomberie, trop de pression dans les tuyaux ça use les joints et ça use le moteur, voilà. Donc, si vous voulez, on s'est aperçu que les gens qui avaient trop de tension faisaient beaucoup plus que les autres des accidents cardio-vasculaires, infarctus, attaque, etc. mais aussi d'une manière sournoise, les reins, la vue, des choses comme ça, donc à partir de là on s'est dit si on faisait baisser la pression est ce que on améliorerait les choses, et on fait des études, de très grosses études sur de très nombreuses années qui montrent qui montrent clairement que lorsqu'on abaisse la pression en dessous de 14, puisque c'est justement la limite de l'hypertension, les gens ont pas plus d'accident que n'importe qui. Donc c'est efficace. Dans votre histoire, le tout est de savoir c'est est ce que c'est une hypertension qui est labile, c'est-à-dire effectivement qui est émotive, boum boum comme ça ou est ce que c'est une hypertension qui commence à s'installer. Donc en général on fait des prises de pression à intervalles, comme ça, pour voir à peu près si c'est ça mais si c'est dans l'émotion, c'est difficile

chez vous, puisque à chaque fois que vous allez venir, moi j'ai des clients comme ça, à chaque fois qu'ils viennent ils ont de la tension, chez eux ils ont rien

Parce qu'elles offrent une représentation schématique de la consultation constituant une alternative à la lecture in extenso de chacune des retranscriptions, les informations prélevées automatiquement constituent ainsi une aide précieuse pour le travail du linguiste et facilitent l'identification de profils de consultations typiques vs atypiques, ainsi que le repérage de moments de l'interaction qui s'écartent d'un déroulement considéré comme standard.

3 Etude locale des procédés de co-construction du sens

La dimension lexicale est un critère déterminant des communications entre expert et novice. L'usage du langage au travail et d'une terminologie non partagée tend à produire en effet des approximations, des malentendus ou des incompréhensions entre les locuteurs (Vergely, 2008). A partir d'une analyse linguistique fine des échanges langagiers, nous étayons dans cette section le rôle crucial du langage dans la construction du rapport patient-médecin.

La nature interactionnelle du corpus d'entretiens patient/médecin amène à s'interroger sur l'élaboration du sens qui se construit pendant le temps de la consultation, l'hypothèse étant que les deux protagonistes doivent s'entendre sur le sens qu'ils accordent aux termes qu'ils emploient pour garantir la qualité de leurs échanges. Plus spécifiquement, un des objectifs poursuivis est de montrer comment la disparité ou la complémentarité des connaissances liées à un savoir soit spécialisé soit général participent tour à tour à la construction de la consultation médicale. Du point de vue méthodologique, l'identification en discours de certains procédés linguistiques tels que la métaphore, l'usage d'énoncés métalinguistiques, du lexique spécialisé, *etc.* est un moyen de caractériser différents facteurs de vulgarisation mais également de définir des ajustements discursifs qui interviennent pour pallier des difficultés à communiquer. L'ensemble de ces manifestations constitue des marqueurs qui caractérisent d'une part la consultation médicale mais permettent aussi d'autre part d'identifier une « asymétrie des rôles et des savoirs » Traverso (2001) : « 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. ». Pour étayer ce propos et rendre compte des manifestations langagières de la relation patient/médecin, nous présentons ci-dessous des extraits de consultation extraits du corpus d'étude. Ces exemples illustrent les dimensions lexico-syntaxique et interactionnelle qui guident nos analyses mais matérialisent également les caractéristiques du fonctionnement lexical de ces discours, autrement dit : comment se manifeste l'activité de vulgarisation en discours. Nous allons voir que celle-ci est exploitée et interprétée de deux façons différentes (§3.1 et 3.2) en fonction des contraintes cognitives qui la sous-tendent.

3.1 Reformuler à la demande du patient

En étudiant la façon dont le sens se construit et se négocie – et le rôle du dialogue pour construire un accord sur le sens – l'analyse interactionnelle permet d'interpréter deux usages de la vulgarisation. Le premier s'établit lorsque le médecin identifie dans le discours de son patient une incompréhension ou une confusion en lien avec l'emploi (par le médecin) d'un terme non connu ou reconnu. Il peut également s'agir d'une situation où le patient verbalise explicitement son incompréhension. Dans ce cas, le médecin répond là aussi systématiquement en ayant recours à une reformulation de son propos.

La communication suivante (consultation d'Alain) illustre ce premier usage et présente un exemple typique d'incompréhension du patient lié à l'emploi par le médecin d'un terme

technique méconnu ou du moins non partagé. Cette incompréhension apparaît avec l'usage de l'expression *problème de ménisque* matérialisée par le soulignement ci-dessous :

M : et malgré tout le chirurgien quand vous l'aviez vu, qu'est-ce qu'il vous avait dit qui posait problème au niveau de votre genou ? c'est un problème de ménisque, il me semble, sur le côté droit

P : non non en fait, c'était un petit morceau de cartilage qui se baladait

M : *ben oui c'est ça, un morceau qui était attaché au ménisque qui s'était détaché en fait*

P : *qu'ils avaient même pas vu à la première radio, il a fallu passer un... je ne sais plus moi...*

M : une IRM, là sans doute qui a permis de voir

P : voilà là ils l'avaient décelé, le chirurgien en était sûr mais les autres, la radio, disaient que c'est pas vrai, donc en fait bon et, en fait, ils l'avaient décelé

M : d'accord

La marque directe de cette incompréhension s'identifie dans le fait que la verbalisation de cette expression entraîne immédiatement de la part d'Alain, à la prise de parole suivante, une opposition, une protestation marquée par la double négation prédicative *non, non* suivie de sa propre interprétation c'est *un petit morceau de cartilage*.

S'en suit une co-construction du discours : le médecin reprend en effet rapidement son tour de parole - en provoquant un chevauchement du discours - pour réajuster son discours à celui du patient. Sa stratégie de coordination consiste à réutiliser une partie du lexique du patient, en l'occurrence le lexème *morceau*, pour l'associer sémantiquement et syntaxiquement au terme technique méconnu *ménisque* qu'il a employé.

Du point de vue interactionnel, nous voudrions souligner l'intérêt de travailler sur les chevauchements de discours car bien souvent, dans les situations de travail en général et de travail d'urgence en particulier, (voir entre autres, Filliettaz & Bronckard, 2005), ils représentent par excellence un lieu propice aux ambiguïtés, aux oublis qui peuvent générer dans la suite de la communication une incompréhension ou un malentendu. Nous avons marqué (en italiques) la verbalisation du patient qui chevauche avec la verbalisation précédente du médecin alors que ce dernier tente de lui expliquer le rôle du ménisque. Cette explication n'est en effet vraisemblablement pas entendue du patient qui reste dans son processus discursif (diagnostic rétrospectif) en enchaînant sur le problème de visibilité à la radio. Or, la synchronie interactionnelle est très importante pour assurer l'efficacité du contenu informationnel échangé entre le patient et le médecin. C'est d'elle dont dépend la réussite de l'intercompréhension des locuteurs et qui leur permet de co-construire progressivement et efficacement (sans perte de temps) leur entretien.

3.2 Anticiper le risque d'incompréhension

Le second usage de la vulgarisation intervient lorsque le locuteur souhaite réellement s'assurer d'une intercompréhension dans l'interaction. L'analyse des premières consultations médicales met en effet en avant des types de vulgarisation qui permettent au médecin (comme au patient par ailleurs) d'anticiper un moment d'ambiguïté dans son discours. La vulgarisation est ainsi un moyen pour le locuteur de désambiguïser son propos et ce, avant même que l'interlocuteur ait manifesté une incompréhension comme dans l'exemple précédent. Pour pallier la distance lexicale avec son patient, le médecin va stratégiquement mettre en œuvre divers procédés donnant lieu à une reformulation.

Une première façon, assez représentative de l'expression de la reformulation consiste à user d'énoncés métalinguistiques tels que *il signifie en effet, autrement dit, c'est-à-dire, le reste*, etc. (Jacobi, 1999), qui viennent établir des équivalences dans le discours entre des termes spécialisés du domaine médical et des « synonymes » appartenant au lexique plus usuel. Dans les deux énoncés suivants :

M : on dit qu'il ne faut pas avoir de tension, pas forcément à votre âge, mais plus tard, c'est qu'il y a un risque sur le cerveau et sur le cœur. Infarctus ou attaque cérébrale. Vous savez ce qu'on appelle les attaques, c'est-à-dire les paralysies.

M : c'est une hypertension qui est labile c'est-à-dire effectivement qui est émotive boum boum comme ça ou est ce que c'est une hypertension qui commence à s'installer.

le médecin explicite son dire en utilisant des équivalences lexicales (ex : *infarctus* ou *attaque cérébrale* vs *attaques/paralysies*) qui lui permettent d'une part de reprendre très souvent des termes utilisés précédemment par son patient mais d'autre part de s'assurer par anticipation que son propos va être entendu et compris. Le deuxième énoncé est tiré du long passage explicatif repéré et commenté section 2 dans la consultation de Gilles.

Il est cependant intéressant de noter que ce type de procédé de reformulation n'est pas une caractéristique exclusive du discours du médecin (contrairement à d'autres marqueurs linguistiques que nous voyons plus loin). L'analyse révèle en effet des usages fréquents chez le patient qui, par l'intermédiaire de ce même principe d'équivalence, lui permet aussi de s'assurer de sa bonne compréhension. Les marqueurs métalinguistiques *autrement dit* et *ça veut dire que* dans les prises de parole de P suivantes illustrent ce cas :

M : ce que je veux dire par là ce que je vous propose c'est pas de vous traiter un problème que vous avez maintenant, mais prévenir éventuellement des problèmes qui pourraient arriver si on le laisse s'installer.

P : autrement dit, si je résume, je suis en bonne santé mais je vais me soigner pour au cas où je deviendrais en mauvaise santé. C'est ça à peu près ?

M : vous êtes au dessus pour les deux c'est-à-dire qu'elle est en permanence trop haute, votre tension.

P : ça veut dire que j'ai le cœur qui envoie trop ?

M : ce n'est pas seulement ça. Il y a plusieurs facteurs.

Dans le même ordre d'idée, certains marqueurs de « structures appellatives » ou « d'énoncés définitoires » (Rebeyrolle et Tanguy, 2000) appellent cette même fonction métalinguistique. A l'usage exclusif du médecin cette fois, le rôle de ces structures est de vulgariser un terme ou une expression savant(e) en proposant une extension définitoire plutôt qu'une équivalence lexicale (synonyme) comme vu précédemment :

M : (...) vous faites ce qu'on appelle de l'hyperinsulinie, c'est-à-dire que vous avez, vous fabriquez plus d'insuline que ce dont vous avez besoin

M : bon je vais ajouter ce qu'on appelle un dosage de la BNP, c'est pas la banque hein !

P : non [rire]

M : c'est un dosage qui nous permet de voir si son insuffisance elle est cardiaque ou elle est respiratoire

P : ah

Ces embrayeurs de séquences explicatives tels que *c'est-à-dire*, *connaissez-vous*, *prenons un exemple*, les présentatifs comme *c'est*, permettent au médecin d'introduire (et pour l'analyste, du point de vue méthodologique, de rechercher) les reformulations dans ces zones post-embroyeurs. Autrement dit, ils vont mettre en rapport un terme ou une expression technique et une définition en langue naturelle.

Le dernier exemple illustratif de l'activité de vulgarisation du discours médical - certainement le plus connu voire le plus prototypique du discours de vulgarisation médicale - concerne

l'emploi de la métaphore. Une explication de sa fréquence d'usage tient au fait que cette figure de sens permet de générer une pensée plus claire ou plus précise d'un concept technique. Dans l'extrait suivant :

P : et il y a pas grand-chose à faire, c'est que les médicaments

M : oui, mais la tension c'est un facteur de problèmes cardio, vasculaires [pause] la tension on ne la traite pas pour [pause] parce que c'est de la tension, on s'en fiche, la tension ça fait trop de pression, ben tiens *on va faire un parallèle avec la plomberie, trop de pression dans les tuyaux ça use les joints et ça use le moteur, voilà*. Donc, si vous voulez, on s'est aperçu que les gens qui avaient trop de tension faisaient beaucoup plus que les autres des accidents cardio-vasculaires, infarctus, attaque, etc. mais aussi d'une manière sournoise, les reins, la vue, des choses comme ça, (...)

le médecin use du procédé métaphorique pour faire comprendre à son patient, de manière imagée, le rôle de la tension et surtout ses effets potentiels au niveau cardio-vasculaire. En proposant une analogie entre le domaine médical (la tension) et la mécanique (tuyau/joint/moteur), le médecin rend son discours plus accessible et immédiatement référentiel pour son patient.

L'ensemble des manifestations langagières que nous venons de voir constituent donc des marques linguistiques qui nous permettent de mesurer les moyens que se donnent le médecin comme le patient pour s'assurer de la compréhension de l'interlocuteur.

Appliqué à l'ensemble du corpus de manière systématique, ces marqueurs constitueront ainsi des indices qualitatifs qui contribueront à caractériser la qualité des échanges et permettront à plus long terme de tester l'hypothèse d'une corrélation entre les caractéristiques linguistiques de l'échange et le profil sociologique du patient. Un des objectifs que nous visons consiste par exemple à annoter ces segments pour identifier (puis caractériser par la suite) de manière automatique et systématique les consultations « denses » ou au contraire « pauvres » en marques de co-compréhension.

4 Conclusion

Dans le cadre du projet interdisciplinaire INTERMEDE, nous avons présenté une méthodologie d'analyse de corpus appliquée à un ensemble de consultations médicales et guidée par un questionnaire pratique relatif à la disparité de la relation de communication entre médecin et patient. Dans cette première phase du projet, nous avons abordé cette disparité selon deux points de vue :

- une méthode globale d'analyse, basée sur une analyse quantifiée des interactions, permet de visualiser des profils d'échanges et d'en apprécier la diversité, du point de vue des contributions respectives des deux protagonistes et du déroulement de la consultation en phases typiques,

- une méthode locale, basée sur l'analyse de marques linguistiques, permet de décrire les mécanismes de co-compréhension qui conditionnent la qualité de la relation entre le médecin et le patient. Cette analyse doit être à présent systématisée pour apprécier la propension des locuteurs à recourir à ces stratégies de co-construction du sens.

Notre objectif à plus long terme est d'articuler les deux approches, en guidant par l'observation du déroulement global de la consultation le repérage de moments remarquables, comme illustré avec le cas des zones monologiques. Dans un deuxième temps, nous examinerons la relation entre les disparités observées et les caractéristiques socio-professionnelles des patients.

5 Bibliographie

- Ainsworth-Vaughn, N. (2001), « The discourse of medical encounters », *The Handbook of Discourse Analysis*, 453-469.
- Filliettaz, L. & Bronckart, J.-P. (Ed.) (2005), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*. Louvain-la-Neuve: Peeters, Collection Bibliothèque des Cahiers de l'Institut de Linguistique de Louvain.
- Fleischman, S. (2001), 'Language and Medicine', in Schifffrin, D. et al. (eds), *The Handbook of Discourse Analysis*, Blackwell Publishing, 470-502.
- Fournier, C. et Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, *Santé publique*, 19, 413-425
- Gafaranga, J. & Britten, N. (2004). Formulation in general practice consultations. *Text*, 24, 2, pp.147-170.
- Jacobi, D. (1999), *La communication scientifique ; discours, figures, modèles* - Presses Universitaires de Grenoble, coll. Médias & sociétés.
- Rebeyrolle, J. & Tanguy, L. (2000), Repérage automatique de structures linguistiques en corpus : le cas des énoncés définitoires. *Cahiers de Grammaire*, 25, pp.153-174.
- Skelton J.R., Hobbs F.D. (1999), « Descriptive study of cooperative language in primary care consultations by male and female doctors ». *British Medical Journal*, 318 : 576-579.
- Ten Have, P. (1989). The consultation as a genre. In *Text and talk as social practice*, B. Torode (ed.), 115-133. Dordrecht: Foris Publications.
- Traverso, V. (2001), « Analyse de consultations médicales en présence d'un intermédiaire linguistique non professionnel », Actes du VIIIe congrès de l'ARIC, Université de Genève, 24-28 septembre 2001.
- Vergely, P. (Ed.), (2008), *Le risque du langage en situation de travail*, Dossier thématique de la revue Langage et Société n°125, septembre 2008.