

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITÉ MOHAMED BOUDIAF - M'SILA

FA FACULTÉ DES LETTRES ET DES
LANGUES
DEP DÉPARTEMENT DES LETTRES ET
LANGUE FRANÇAISE



DOMAINE : LETTRES ET LANGUES
ÉTRANGERES
FILIERE : LANGUE FRANÇAISE
SPÉCIALITÉ : SCIENCE DE LANGAGE

N° :

**Mémoire présenté pour l'obtention
Du diplôme de Master Académique**

Par :

Mansour Samra, Khobizi Naanaa

Intitulé:

DISCOURS DU SOIGNANT

*«Cas des échanges interactifs entre un médecin et
son patient à l'hôpital d'Ouled Derradj».*

Encadré par :

Dr. Taieb BENDAKFAL

Soutenu devant le jury composé de:

Nom et Prénom	Grade	Qualité	Établissement
*Belkacem HADJ LAROUCI	MCA	Président	Université M'Sila
* Taieb BENDAKFAL	MCA	Rapporteur	ENS Bou-Sâada
* Djamel BOUKHALAT	MCA	Examineur	Université M'Sila

Année universitaire : 2023/2024

REMERCIEMENTS

Louange à Allah qui nous a accordé la puissance de réaliser ce modeste travail.

Nos remerciements vont à tous ceux qui ont contribué à la réussite de ce travail et en particulier à:

- Notre encadrant monsieur Bendakfal Taieb grâce à qui le thème de ce travail a vu le jour. On le remercie également pour son soutien, son aide, sa confiance et surtout pour sa patience.*
- Toute la direction du département de français et en particulier à tous les professeurs et les docteurs qui ont contribué à notre formation du master.*
- Tous les étudiants de notre promotion.*
- Enfin, à tous ceux et celles qui nous ont soutenues et encouragées, qu'ils y trouvent l'expression de notre profonde gratitude.*
- A Dieu à qui on adresse nos remerciements.*

DÉDICACES

A l'âme pure de mon père.

A la bougie qui allume ma grimette, chère maman.

*A la lumière qui guide mes pas pour que je ne connaisse point le
désespoir, mes chers frères.*

A mon soleil somptueux, à mon diamant taillé, ma sœur.

Naanaa

A mes parents

A l'espoir de ma vie, cher fils Abdelouahab.

A la fleur de mon jardin, chère fille Layane.

A tous mes frères et sœurs.

Samra



Introduction



Introduction

Introduction

La relation entre le médecin et son patient dépend de la réussite de leur échange communicationnel dont le principal moyen est la langue utilisée. Lorsqu'on parle de cette relation interactive, on parle du langage utilisé par le soignant qui est le médecin. Alors il s'agit d'une langue de spécialité caractérisée par l'existence de mots techniques dont la plupart sont méconnus par le patient ce qui donne matière à une incompréhension, du coup cela peut « *augmenter l'anxiété et la frustration ressentie par le patient* » (Whitman&Davis, 2009) et entraîner des malentendus.

Dans une interaction entre un médecin et un patient, le statut professionnel du médecin lui donne le pouvoir en tant que détenteur des connaissances médicales et expert dans son domaine. Tandis que le patient est le demandeur d'aide. Cette relation asymétrique entre les deux peut diminuer l'efficacité de communication. De plus, ce déséquilibre entraîne des difficultés au médecin de faire le bon diagnostic, car le patient se sent gêné à poser des questions de peur de sembler ignorant devant son médecin ce qui peut compromettre la qualité des soins de santé.

L'incompréhension de discours du médecin met le patient dans une situation de perplexité en ce qui concerne son état de santé. Cette capacité diffère d'un patient à un autre. Pour ces raisons, le médecin se trouve devant des défis à affronter afin d'établir une communication efficace avec son patient et pour franchir les obstacles linguistiques, culturels ou émotionnels.

L'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et son patient peut aider ce dernier à se sentir en sécurité pour partager des informations médicales et de se confier des détails confidentiels personnels importants, ce qui contribue à faciliter le diagnostic pour le médecin traitant.

Afin d'établir ce lien de confiance, le médecin écoute attentivement les préoccupations de son patient, en lui montrant de l'empathie, il l'encourage à poser des questions et à participer à sa prise en charge en lui proposant des choix de traitement ou des protocoles à suivre et en lui donnant des explications claires sur chacun de ces choix. Le patient également doit être sincère et honnête avec son médecin, prendre au sérieux les recommandations médicales, et poser des questions sur ses préoccupations afin de s'entraider à trouver une solution à son problème de santé.

Le médecin en assumant sa responsabilité, est constamment confronté au défi de trouver les moyens et de choisir les mots afin de construire son discours en transmettant l'information telle quelle est avec un langage compréhensible.

Introduction

L'hétérogénéité des niveaux éducatifs, culturels des patients ainsi que d'autres facteurs comme l'âge influencent la manière dont le médecin construit son discours.

Problématique

A partir de la citation d'Abraham Verghese «*le succès de la médecine dépend autant du bon usage des mots que du bon usage des médicaments* » (Verghese, 2012). Cette citation pourrait être interprétée d'un angle psycholinguistique, mais elle peut également nous servir comme un repère pour appuyer le motif principal de notre recherche qui consiste à montrer l'importance des mots choisis par le médecin afin de construire un discours compréhensible et clair pour son patient. À travers notre recherche, nous essayons de répondre aux questions suivantes :

1. Comment se construit et fonctionne le discours du médecin traitant en situation de consultation médicale à l'hôpital d'Ouled Derradj, M'Sila?
2. Quelles stratégies discursives adoptent-ils pour rendre son discours compréhensible? Autrement dit, quel rôle jouent-ils les mots choisis par le médecin traitant pour établir une communication efficace et réussie avec son patient?

Ce qui nous incite à formuler **les hypothèses** suivantes :

1. Le discours du médecin se construirait en l'adaptant au patient.
2. Les mots choisis par le médecin contribueraient à l'amélioration de la qualité des soins.

Pour affirmer ou infirmer les hypothèses *supra*, nous avons réalisé ce travail, qui est pour objectif de montrer comment l'efficacité d'une communication entre médecin-patient contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

Le travail est réparti en trois chapitres:

- Un premier chapitre théorique consacré aux définitions de quelques notions nous permettront d'analyser notre corpus. Il explique également la nature du langage médical en tant que discours spécialisé et les barrières linguistiques auxquelles le soignant est confronté.
- Un deuxième chapitre représente la méthodologie de notre recherche et les outils utilisés pour collecter les données sur le terrain d'enquête.
- Un troisième chapitre est analytique dans lequel nous allons analyser les données recueillies et interpréter les résultats obtenus.
- Notre recherche se termine par une conclusion qui présente les résultats obtenus après avoir fait l'analyse et l'interprétation des données recueillies.



CHAPITRE 1: CADRE THÉORIQUE



Introduction

La communication interactive, c'est la transmission et la réception de l'information de façon claire, elle est très importante dans toutes les relations humaines, notamment, la communication entre le médecin et son patient, qui est très essentielle pour la qualité des soins, la précision des diagnostics et l'adhésion aux traitements prescrits.

1. Situation sociolinguistique en Algérie

Dans l'immense majorité des cas, l'essentiel de la vie quotidienne des Algériens se passe par la rencontre des langues parlées à savoir l'arabe algérien, le tamazight et le français «*la rencontre entre les langues et le français produit une parole émaillée de toutes sortes de modifications à divers niveaux : (phonologique, syntaxique, sémantique), cette création repose globalement sur les potentialités offertes par les systèmes linguistiques en présence*» (Cherrad, 1992). Cette situation sociolinguistique construisait la personnalité individuelle et collective des Algériens «*la langue est le lieu où s'exprime et se construit le plus profond de la personnalité individuelle et collective. Elle est le lien entre passé et présent, individu et société, conscient et inconscient. Elle est le miroir de l'identité. Elle est l'une des lois qui structurent la personnalité*» (Benrabah, 1999 :9).

La question d'une Algérie multilingue, enracinée dans ses pratiques sociales qui révèlent un «*plurilinguisme de fait*» (Asselah-Rahal, Méfidène, Zaboote 2007.p: 11), inspire un grand nombre de chercheurs notamment des Algériens dont les recherches portent sur les pratiques plurilingues. Khaoula Taleb-Ibrahimi, sociolinguiste et auteur de plusieurs ouvrages sur la situation sociolinguistique en Algérie décrit cette situation sociolinguistique en disant que

«Les locuteurs algériens vivent et évoluent dans une société multilingue où les langues parlées, écrites, utilisées, en l'occurrence l'arabe dialectal, le berbère, l'arabe standard et le français, vivent une cohabitation difficile marquée par le rapport de compétition et de conflit qui lie les deux normes dominantes (l'une par la constitutionnalité de son statut de langue officielle, l'autre étrangère mais légitimée par sa prééminence dans la vie économique) d'une part, et d'autre part la constante et têtue stigmatisation des parlers populaires» (Taleb-Ibrahimi, 1998 : 22).

1.1. Français en Algérie

La présence de la langue française en Algérie découle de son passé historique lié à la colonisation française «*la langue française [...] est la première langue étrangère parlée en Algérie, elle est apparue avec la colonisation qui a duré plus de cent ans*», (Ben Azouz, article, 2014). Considérée, en tout début, comme langue seconde, elle est devenue depuis quelques décennies la première langue étrangère parlée en Algérie. Le statut du français fait

souvent polémique dans plusieurs travaux de recherches où des sociolinguistes pensent qu'il n'est pas attribué, en fonction du rôle du français dans les différents secteurs, ni en fonction de ses usages dans les pratiques langagières au quotidien des Algériens; mais, plutôt selon la représentation que l'on a de cette langue «langue étrangère ou pas langue étrangère, là semble être embourbée la problématique du français en Algérie et celle de son rôle dans les sphères de l'éducation, de l'administration et de la culture» (Miliani, 2002 : 79).

Pour d'autres, le statut du français reste toujours ambiguë «*je pense que lorsque vous parlez de langues étrangères, il s'agit principalement du français. Si cette langue existe dans le paysage linguistique algérien, son statut reste néanmoins ambigu*» (Asselah-Rahal, 2010). Dans le même sillage, Caubet voit également que «*le français en tant que langue de l'ancien colonisateur a un statut très ambigu : d'une part, il attire le mépris officiel (il est officiellement considérée comme langue étrangère), mais d'autre part, il est synonyme de réussite sociale et d'accès à la culture et au Modernisme*» (Caubet :2011). Autrement dit, le français en tant que langue de l'ancien colonisateur, occupe une position très ambiguë : il est officiellement méprisé, mais il représente également un symbole de réussite sociale et un accès à la culture et à la modernité.

Le français est largement utilisé en Algérie dans plusieurs domaines de la vie quotidienne. Ainsi, elle est utilisée comme langue d'enseignement supérieur, et sert de langue technique, notamment dans le secteur financier, bancaire, médical et technologique.

1.1.1. Français, langue d'enseignement dans le domaine médical

La langue française est largement utilisée dans le secteur de la santé en Algérie. Elle est pratiquement employée dans la formation comme langue d'enseignement et par le personnel de la santé dans tous les hôpitaux et cliniques médicales.

La médecine en tant que science se caractérise par un vocabulaire spécifique, c'est-à-dire un langage médical spécialisé, purement scientifique. Au travail, les soignants (médecins ou infirmiers) utilisent ce langage spécialisé propre à leur domaine de formation dans leur communication. Ils emploient souvent ce langage quand ils parlent des maladies, des traitements, des symptômes voire même quand ils s'adressent aux patients «*la langue médicale est une langue de spécialité parce qu'elle a été créée par des spécialistes pour des spécialistes. Elle appartient donc aux médecins*» (Rouleau, 1995). Et il ajoute que «*la langue médicale se caractérise par la présence de termes techniques. Le spécialiste ne trouvant pas toujours dans la langue générale tous les éléments dont il a besoin pour exercer sa profession*» (Rouleau, 1995). Cela signifie que cette langue se distingue par un caractère lexico-conceptuel propre au domaine médical. Ainsi, le spécialiste (médecin ou infirmier) ne

trouve pas toujours, dans la langue courante, les éléments nécessaires à l'exercice de son métier.

2. Discours

Un discours est une série organisée de paroles prononcées en public pour transmettre un message et exprimer des idées. Il a différentes formes telles que le discours académique, public, politique, etc.

2.1. Discours spécialisé

Le discours spécialisé est une forme de communication adaptée à un domaine particulier, utilisant un langage technique, des termes spécifiques et des concepts propres à un domaine pour transmettre des informations précises à un public ayant des connaissances ou un intérêt dans ce sujet.

2.2. Différence entre le discours ordinaire et le discours spécialisé

La différence entre les deux discours réside dans les éléments suivants : leur objectif, leur audience, leur style et leur contenu.

2.3. Objectifs

- **Discours ordinaire** : son objectif est de transmettre des idées de manière générale, de divertir ou d'informer un public diversifié.
- **Discours spécialisé** : il vise principalement à fournir des informations précises et techniques sur un sujet spécifique à un public qui possède des connaissances ou un intérêt dans ce domaine particulier.

2.4. Audience

- **Discours ordinaire** : il est destiné à un public général, ne nécessitant pas de connaissances spécialisées sur le sujet abordé.
- **Discours spécialisé** : il s'adresse à un public expert ou passionné par le domaine spécifique abordé, exigeant une compréhension approfondie du langage technique et des concepts employés.

2.5. Style

- **Discours ordinaire** : il emploie un langage courant, des expressions familières et des exemples concrets pour faciliter la compréhension à un large public.
- **Discours spécialisé** : il utilise un langage technique, des termes spécifiques et une terminologie précise liés au domaine traité, ce qui peut le rendre moins compréhensible pour ceux qui ne sont pas familiers avec ce domaine.

2.6. Contenu

- **Discours ordinaire** : il traite des sujets variés de la vie quotidienne, des expériences personnelles, des événements courants, etc.
- **Discours spécialisé** : il aborde des sujets complexes et spécialisés dans des domaines tels que la médecine, le droit, la technologie, la science, etc.

Donc, la principale différence consiste au niveau de spécialisation du contenu, du langage utilisé, de l'audience ciblé et de l'objectif du discours qui varient entre le discours ordinaire et le discours spécialisé.

3. Notion du discours spécialisé

La notion du discours spécialisé semble être plus pragmatique comme disait Lerat «*la notion de langage spécialisé, est (plus) pragmatique: c'est une langue naturelle considérée en tant que vecteur de connaissances spécialisées*», (Lerat, 1995 :20), autrement dit, il s'agit d'un discours qui est destiné à transmettre des savoirs disciplinaires dans un domaine particulier.

Ainsi, la langue spécialisée regroupe les moyens linguistiques utilisés dans le cadre communicationnel d'une discipline spécifique pour faciliter la communication entre les professionnels de ce domaine «*la langue de spécialité, c'est l'ensemble des moyens linguistiques qui sont employés dans le cadre communicationnel d'une spécialité donnée afin d'assurer la communication entre ceux qui travaillent*» (Hoffman 1984 : 53, traduit par Spillner 1992 : 45).

Il n'existe pas de langue spécifique à un domaine particulier, seulement des vocabulaires spécialisés comme avançait Cabré «*toute langue de spécialité est une simple variante de langue générale*», (Cabré, 1998 : 119).

Selon Leila Messoudi «*la langue spécialisée est utilisée pour servir à la communication entre spécialistes de tel ou tel domaine scientifique ou technique le plus souvent en situation professionnelle*» (Leila Messoudi, 2010), c'est-à-dire, la langue spécialisée sert à la communication entre spécialistes d'un domaine scientifique ou technique principalement dans un contexte professionnel.

La langue spécialisée n'est pas une langue distincte. Elle s'appuie sur les ressources morphologiques, syntaxiques et lexicales des langues communes pour exprimer les particularités de divers domaines de l'activité humaine, comme Leila Messoudi dit «*une langue spécialisée ne constitue pas une langue à part: elle utilise les ressources (morphologiques, syntaxiques, lexicales) des langues communes mobilisées pour l'expression spécialisée de tel ou tel domaine de l'activité humaine*» (L. Messoudi, 2007, page :42).

Cusin-Berche soulignait à ce sujet «*qu'il n'existe pas une langue technique opposable à une langue standard, mais des usages discursifs et lexicaux propres à chaque domaine d'activité*» (1995 :42). Alors concernant Berche, il voit qu'il n'y a pas de langue technique distincte de la langue standard, mais plutôt des utilisations discursifs et lexicaux spécifiques à chaque domaine d'activité.

L. Messoudi a suivi sa définition de la langue spécialisée avec une citation de P. Lerat «*l'usage d'une langue naturelle pour rendre compte techniquement de connaissances spécialisées*», (Lerat 1994 :21). Autrement dit, l'utilisation d'une langue courante pour expliquer de manière technique des connaissances spécialisées.

3.1. Soignant:

qui est chargé de soigner ou d'accompagner les malades. (Dictionnaire de Robert). Walter Hesbeen définit le soignant ainsi «*le terme de soignant regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier*» (Walter Hesbeen, page :38 /2008).

3.2. Soigné:

Personne qui reçoit des soins. Selon le dictionnaire Humaniste, le soigné est une «*personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même*» (le dictionnaire Humaniste).

4. Interaction:

Réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre (dictionnaire de Larousse). Catherine Kerbrat-Orecchioni définit l'interaction comme «*une unité communicative qui présente une évidente continuité interne (continuité du groupe des participants du cadre spatio-temporel, ainsi que des thèmes abordés), alors qu'elle rompt avec ce qui la précède et la suit*»(Orecchioni, 1996).

A partir de cette définition Kerbrat-Orecchioni affirme que l'interaction est une unité communicative caractérisée par une continuité interne évidente (notamment la continuité du groupe de participants, du cadre spatio-temporel et des thèmes abordés), tout en marquant une rupture avec ce qui la précède et ce qui la suit.

D'un autre côté, Aurore Famy explique l'interaction comme «*une pratique sociale précise qui impose des rôles prédéfinis, des conventions sociales implicites entre les protagonistes identifiés, des anticipations, des stéréotypies*»(Famy, 2017). Autrement dit, une

pratique sociale spécifique qui attribue des rôles prédéfinis, repose sur des conventions sociales implicites entre les acteurs identifiés, et inclut des anticipations et des stéréotypes.

Ce que signifie que l'un des acteurs fait le rôle de soignant et l'autre a le rôle de soigné. Ces rôles sont définis dans la société.

L'interaction entre le médecin et le patient a plusieurs caractéristiques en ce qui concerne les tours de parole et l'écoute. Par exemple, le médecin doit prêter attention au patient et interpréter les signes de communication verbale et non verbale, comme le détermine Véronique Traverso dans les pratiques communicatives en situation.

« Toute interaction est organisée par l'alternance des tours de parole des participants, le tour étant la contribution d'un locuteur donné à un moment donné d'une interaction, les études dans ce domaine se sont intéressées à dégager le fonctionnement de ce système de l'alternance, ce qui implique de s'intéresser à la composition des tours de parole ».(Traverso, 2007)

L'échange verbal entre un médecin et son patient doit effectivement être marqué par le respect. Cela signifie que le soignant doit faire preuve d'empathie et de compréhension envers les émotions et les difficultés que peut rencontrer le soigné.

5. Jargon médical

Le jargon médical se caractérise par la présence des mots techniques, des acronymes et des expressions spécifiques à la médecine et qui se considèrent comme un obstacle pour les non-spécialistes, ce qui cause des malentendus et d'incompréhension chez eux.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales(CNRS)français, le jargon est un langage spécialisé propre à un groupe professionnel *«code linguistique particulier à un groupe socio-culturel ou professionnel, à une activité, se caractérisant par un lexique spécialisé, qui peut être incompréhensible ou difficilement compréhensible pour les non-initiés»*(Dabit, 1929). Un langage qui se distingue par un vocabulaire spécialisé souvent difficile à comprendre pour ceux qui ne font pas partie de ce groupe.

Le jargon médical est destiné à améliorer la communication entre les différents interlocuteurs et à renforcer son efficacité, ce qui a été confirmé par Béatrice Turpin, de l'université de Cergy-Pontoise, qui dit que le jargon médical est *« un langage qui vise à améliorer la communication entre les différents interlocuteurs, et à renforcer son efficacité ».* (Turbin, 2002)

5.1. Origines du jargon médical

Le jargon médical actuel est le résultat de milliers d'années d'évolution et de contributions provenant de différentes cultures et époques. Les langues grecque et latine ont

eu une influence majeure, mais le processus de standardisation et d'adaptation continue, influencé par les progrès scientifiques et les besoins de communication précisés dans le domaine de la santé.

Concernant ses origines, le docteur Catherine DiCostanzo, dans son article (Les Secrets du Vocabulaire Médical), confirme que « *le langage médical international de son étymologie, est issu de la langue grecque qui a apporté les deux tiers de son vocabulaire. Le latin également y tient une place très importante* ». (DiCostanzo, 1999). Autrement dit, l'étymologie du langage médical international provient principalement du grec, qui constitue les deux tiers de son vocabulaire et du latin, qui joue également un rôle crucial.

C.D.Costanzo ajoute que « *des formes gréco-latines sont ensuite apparues ; on pourrait citer par exemple le mot « mammectomie » qui provient du latin « mam » (qui signifie « mamelle ») et du grec « ektomē » (qui signifie « ablation »)* » (DiCostanzo, 2010).

Voici un tableau comme exemple sur le jargon médical : (Préfixes, suffixes et racines de la terminologie médicale)

Préfixes, suffixes et racines	Traduction	Exemple
a-	Absence de	Anurie : absence d'urines
An-	Manque de	Anémie : appauvrissement du sang, diminution des globules rouges, du taux d'hémoglobine
-algie	Douleur	Antalgiques : anti douleur
Anti-	Contre	Antipyrétique : combat la fièvre
Cardi	Cœur	Cardiopathie : toute affection du cœur
Entér	Intestin	Gastro-entérite : inflammation des muqueuses gastriques et intestinales
-esthésie	Sensibilité	Anesthésie : absence de sensibilité
-ectomie	Ablation	Néphrectomie:ablation d'un rein

6. Communication verbale:

Définition:

La communication est un échange d'informations, d'opinions, d'idées et des émotions entre des personnes ou des groupes. Cette activité sociale implique la transmission, la réception et l'interprétation des messages en produisant une influence mutuelle entre les personnes impliquées. Sur ce sujet, Kerbrat Orecchionni déclare que « *...tout au long du déroulement d'un échange communicatif quelconques les différents participants, que l'on dira donc des interactants, exercent les uns sur les autres un réseau d'influences mutuelles- parler, c'est échanger, et c'est échanger en échangeant* ». (Orecchionni, 1996).

C'est-à-dire, au cours d'une conversation, les personnes impliquées influencent mutuellement les uns sur les autres, à travers les échanges. La communication peut être verbale dont le moyen est le langage ou non verbale qui fait recourt au gestuel ou mimique.

6.1. Pratiques langagières

Les pratiques langagières désignent l'ensemble des façons dont les personnes utilisent la langue dans leur vie quotidienne. Elles sont définies comme un

«Ensemble de pratiques liées au langage mettant en jeu des formes linguistiques variées déterminées par des facteurs d'interrelations à la fois sociales et verbales, comme les situations d'actions, les fonctions du langage, les attitudes énonciatives».(Milliani.F, 2004).

C'est -à-dire que ces pratiques se produisent selon plusieurs facteurs comme, les contextes sociaux, la région, la culture, etc. Lesquels sont propres au locuteur et à l'interlocuteur, ce qu'on appelle complicité.

6.2. Variation linguistique

Le médecin adapte son discours selon les contextes et les situations, alors il s'agit d'une variation sociolinguistique qui se considère comme une variation diaphasique, ce qui est précisé par Marie-Louise Moreau en disant que *«lorsqu'on observe une différenciation des usages selon les situations de discours ; ainsi la production langagière est-elle influencée par le caractère plus ou moins formel du contexte d'énonciation et se-t-elle en des registres ou des styles différents»*(M.L.MOREAU, 1997,)

De plus, le médecin change son discours selon la situation de communication ; son discours avec son patient se diffère du discours avec son collègue, ce qui mène à entamer une discussion scientifique plus qu'être une consultation médicale.

6.3. Contact de langues

Est un phénomène linguistique où deux langues se met en contact, et interagissent entre elles.

Selon Dubois : *« Le contact des langues est donc l'évènement concret qui provoque le bilinguisme ou on pose les problèmes. (...) C'est la notamment le contact de langues de pays frontaliers...Mais il y a aussi contact de langue quand un individu, se déplaçant, par exemple, pour des raisons professionnelles, est amené à utiliser à certains moment une autre langue que la sienne. D'une manière générale les difficultés nées de la coexistence dans une région donnée (ou chez un individu) de deux ou plusieurs langues se résolvent par la commutation ou usage alterné, la substitution ou utilisation exclusive de l'une des langues après élimination de l'autre ou par amalgame, c'est-à-dire l'introduction dans des langues des traits appartenant de l'autre... ».*(J.Dubois, 2012).

6.3.1. Alternance codique (code switching)

Il s'agit d'utiliser plusieurs langues, dialectes, ou registres linguistiques dans un même discours pour de différents motifs. Gumperz et Moreau considèrent l'alternance codique comme « *la juxtaposition à l'intérieur d'un même échange verbal de passage où le discours appartient à deux systèmes ou sous- systèmes grammaticaux différents*» (Gumperz 1989&Moreau). C'est-à-dire que le locuteur passe directement d'une langue à une autre ou d'une langue à un dialecte.

K. TalebI brahimi précise que l'alternance codique :

« *pour le locuteur à passer d'une langue à une autre ou d'une variété de langue à une autre, soit à la suite des changements intervenus dans la situation interactive ou dans un de ses paramètres (modifications des rapports sociaux entre les interlocuteurs, changement de sujet) ou à la suite d'un glissement stylistique et métaphorique qui modifie les règles sociolinguistiques de l'interaction*». (Khaoula Taleb Ibrahim, 1997)

Khaoula Taleb Ibrahim, dans cette citation, veut dire que le passage de locuteur d'une langue à une autre ou d'une variété de langue à une autre dépend de la progression du thème de la conversation ou lorsqu'il s'agit de l'utilisation des métaphores provenant d'une autre langue ou dialecte.

Selon H. Slaoui, Il y a deux genres d'alternance codique :

- « *Alternance intra-phrastique : quand un élément ou un segment d'une langue apparaît à l'intérieur d'une autre langue* ».
- « *Alternance inter-phrastique : lorsqu'on parle ou que l'on écrit dans une langue, l'emploi d'un syntagme ou même d'une phrase dans un énoncé d'une autre langue*» (Slaoui, Problème de transition)

6.4. Communication entre médecin et patient (interaction de face à face)

Goffman parle de cette notion, dans sa fameuse définition:

«*Par interaction (c'est-à-dire l'interaction en face à face) on entend à peu près l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lors qu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres: par une interaction, on entend l'ensemble de l'interaction qui se produit en une occasion quelconque quand les membres d'un ensemble donné se trouvent en présence continue les uns des autres; le terme «une rencontre» pouvant aussi convenir*». (Goffman, 1973)

Importance de la capacité de compréhension d'une information d'ordre médical

En 1998, l'OMS a défini l'ensemble des « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorisent et maintiennent une bonne santé » (OMS, 1998)

A ce sujet la Dr. Rima Rudd de l'École de Santé Publique de l'Université d'Harvard s'exprimait en Suisse à l'invitation de la Polyclinique Médicale Université de Lausanne que *la littératie médicale est la capacité de comprendre les informations de santé de base nécessaires pour prendre des décisions concernant sa propre santé* » (Rudd, 2004), c'est-à-dire que la compréhension du discours de médecin soignant contribue à améliorer l'état de santé du patient et le rend plus enclin à tenir compte des conseils médicaux, à connaître comment prendre ses médicaments correctement et à changer son mode de vie selon son état de santé à l'instar de cette pensée, l'Association Médicale Américaine (American Medical Association) déclarait que la communication entre le médecin et le patient est essentielle pour des soins de santé efficaces. De sa part, en 2012, Sorensen après une revue de la littérature, définit la littératie en santé en montrant son importance:

« La littératie en santé, intimement liée à la littératie, représente les connaissances, la motivation, et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations liées à la santé dans le but de construire un jugement et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins médicaux, la prévention des maladies et la promotion de la santé afin de maintenir et promouvoir la qualité de vie et ce tout long de la vie. » (Sorensen & 12(1):80)

Ethnométhodologie et Analyse conversationnelle

Elle a été créée par Harold Garfinkel en 1960. C'est une démarche sociologique qui se concentre sur la manière dont les individus d'une communauté spécifique utilisent les méthodes pour interpréter et produire l'ordre d'une société dans laquelle ils vivent.

Pour comprendre comment créer cet ordre social, Garfinkel voit qu'il faut aller sur le terrain pour observer ce qu'ils font et ce qu'ils disent. Ces pratiques se voient dans les interactions, donc dans le langage. L'enregistrement était une bonne idée, pour lui. Ces études qui étaient dans le cadre de ses recherches en ethnométhodologie, Garfinkel a enregistré et analysé des interactions sociales réelles et qui sont produites dans un contexte naturel, ce qui donne naissance à l'analyse d'une conversation qui est en effet comme un lieu privilégié d'observation des organisations sociales dans leur ensemble.

6.4.1. Analyse conversationnelle, ses fondateurs et leurs contributions pour développer ce domaine

6.4.1.1. Analyse conversationnelle

Ce domaine de recherche apparaît dans les années 1960 et 1970. Selon Marjorie Harness Goodwin et Charles Goodwin «L'analyse conversationnelle s'intéresse à la manière dont les gens parviennent à communiquer, à échanger des informations, à exprimer des émotions, à négocier et à construire le sens dans leurs interactions verbales quotidiennes», c'est-à-dire que ce domaine étudie les interactions verbales entre les individus, en mettant l'accent sur la façon dont les gens utilisent les méthodes pour construire l'ordre social.

6.4.1.2. Ses fondateurs et leurs apports

L'analyse conversationnelle commencée avec les travaux d'ethno méthodologistes comme Harvey Sacks, Emanuel Schegloff et Gail Jefferson. Ces sociologues ont fondé les bases de l'analyse conversationnelle, en intégrant des concepts clés (la séquentialité, la sélection des tours de parole, la gestion des tours des paroles, et les pratiques conversationnelles) qui gèrent les chevauchements, les pauses, et les interruptions.

Fairclough souligne que « l'analyse conversationnelle examine minutieusement les détails des pratiques conversationnelles, y compris la séquence des tours de paroles, les pauses, les gestes et les expressions faciales, afin de comprendre comment les participants coconstruisent le sens dans une interaction »(Fairclough, 1995).

C'est-à-dire que ces chercheurs examinent minutieusement des enregistrements de conversations ordinaires afin de connaître les schémas et les règles qui régissent l'interaction verbale quotidienne.

Stivers, Jack Siden et Tanya voient que « *Les chercheurs en analyse conversationnelle utilisent souvent des enregistrements audio et vidéo pour capturer les interactions en temps réel permettant d'examiner de près les schémas conversationnels et les stratégies d'organisation de l'interaction* » (Stivers J. S.)

- **Harvey Sacks**

Un sociologue américain qui est considéré comme le fondateur principal de l'analyse conversationnelle, a apporté des recherches novatrices sur la manière dont les gens accomplissent des actions sociales avec des conversations organisées.

Paltridge et Brian expliquent: « L'analyse conversationnelle met l'accent sur la manière dont les participants gèrent les transitions entre les tours de parole, négocient les significations et résolvent les malentendus dans le cadre de l'interaction sociale »(Paltridge)

- **Emmanuel Schegloff**

Un sociologue américain, en collaborant étroitement avec Sacks, a développé des méthodes rigoureuses pour examiner les enregistrements de conversations et a participé à formuler de nombreux clés dans ce domaine.

- **Gail Jefferson**

Une linguiste et sociologue américaine qui a contribué d'une manière importante à l'analyse conversationnelle, en développant des techniques d'analyses minutieuses afin de concentrer sur les détails de l'interaction verbale, en mettent en relief des éléments comme les pauses, les chevauchements et les gestes. Ce qui est souligné par Fairclough « *l'analyse conversationnelle examine minutieusement les détails des pratiques conversationnelles, y compris la séquence des tours de paroles, les pauses, les gestes et les expressions faciales, afin de comprendre comment les participants co-construisent le sens dans une interaction* » (Fairclough)

6.4.1.3. Les actes de langage

Les actes de langage sont les actions accomplies par le biais du langage. Ces actes ont été théorisés par le philosophe britannique John Langshaw Austin dans son ouvrage : *How to do things with words* « Quand dire, c'est faire. »

Austin distingue initialement deux types d'énoncés affirmatifs :

- **Énoncés constatifs** qui servent à décrire le monde, ces énoncés peuvent être vrais ou faux.
- **Énoncés performatifs** qui ne servent pas à décrire mais à accomplir une action « Je te promets de venir. »

Après, Austin découvre que les actes constatifs accomplissent également des actes de langage. Lorsque le locuteur déclare que la terre tourne autour du soleil, il ne rapporte pas seulement un fait, mais il affirme une réalité, ce qui l'engage à une responsabilité.

Alors, ce philosophe quitte la distinction entre performatif/ constatif, en introduisant la distinction entre trois types d'actes accomplis, dans une conférence intitulée « Quand dire, c'est faire » :

- **Acte locutoire** qui est l'acte de dire quelque chose.
- **Acte illocutoire** qui est l'acte effectuée en disant quelque chose
- **Acte perlocutoire** qui l'acte effectué par le fait de dire quelque chose

En distinguant ces trois actes, Austin démontre que parler n'est pas seulement transmettre des informations, mais aussi agir sur son interlocuteur et le monde. Dire c'est faire.

6.4.1.3.1. Apports de Jean Searle à la théorie des actes de langage

Jean Searle a contribué à la théorie des actes de langage, en développant les idées de J.L. Austin, et en ajoutant des approfondissements des concepts originaux. Austin qui avait distingué différentes catégories d'actes de langage tels que les verdictifs et les commissifs. Searle a introduit des notions fondamentales telles que le point illocutoire (l'objectif de l'énoncé) et la direction et l'ajustement (comment les mots se rapportent au monde).

Selon Searle, il y a cinq catégories principales d'actes illocutoires :


1. Les assertifs (ou affirmatifs) : affirmer, constater, certifier, ...qui sont pour but de faire correspondre entre les mots et le monde.
2. Les directifs : demander, ordonner, conseiller, etc. ces actes visent à diriger ou à orienter les interlocuteurs à un certain sens, leur donner des instructions, des commandes ou des ordres, leur indiquer les actions qu'ils doivent entreprendre.
3. Les promissifs: promettre, s'engager, jurer, etc. leur objectif est de s'engager à faire quelque chose.
4. Les expressifs: féliciter, remercier, s'excuser, qui ont pour but d'exprimer un état psychologique.
5. Les déclaratifs: un exemple : « shahada »(ou les paroles qui annoncent l'entrée dans l'islam), se considèrent comme un acte déclaratif, aux actes de langage. La même chose pour ouvrir/ lever une séance, excommunier, baptiser, etc. Ces actes déclaratifs visent à changer le monde par les mots.

En somme, nous pouvons dire qu'Austin a initiée la théorie des actes de langage en montrant que parler n'est pas seulement décrire, mais également faire quelque chose. Searle a approfondi les idées d'Austin, en distinguant différents types d'actes de langage tels que les actes illocutoires et perlocutoires par les mettre dans un cadre pragmatique, ce qui a contribué à changer la manière de compréhension de langage.


En résumé, la compréhension des actes de langage joue un rôle crucial pour appréhender la communication humaine, car elle facilite l'interprétation des intentions sous-jacentes derrière les mots. Ce qui favorise une communication efficace et réussie entre les personnes.

Conclusion

En conclusion, une bonne communication permet d'établir des relations florissantes et de fournir aux personnes l'information nécessaire, surtout, ce qui concerne le domaine de la santé et la communication du médecin avec son patient, où le médecin doit transmettre ses informations de manière très simple, mais cela dépend de la méthode et du style de chaque médecin avec ses patients.



CHAPITRE 2:
CADRE
MÉTHODOLOGIQUE



1-Le choix du sujet:

Notre travail se concentre sur l'échange interactif entre le médecin et son patient, et comment cet échange est co-construit en mettant en relief les stratégies que le médecin adopte afin d'adapter son discours à celui de son patient.

2-La méthodologie de la recherche:

La méthodologie de la recherche est très nécessaire pour toute enquête. Elle exige l'expérimentation et l'adoption de diverses méthodes. Dans notre travail de recherche, nous avons opté deux approches méthodologiques, à savoir :

2-1. L'enregistrement et l'entretien avec des médecins et des patients

2-1-1. Qu'est-ce qu'un enregistrement ?

L'enregistrement comme méthode de recherche, est une technique utilisée pour recueillir des données orales ou des interactions en temps réel. Cette méthode permet d'obtenir des données spontanées et authentiques sur lesquelles l'analyse linguistique se base. Cet enregistrement peut inclure des discours, des conversations, des interviews, des réunions, ...etc

Dans son ouvrage sur l'étude de cas, Yin définit l'enregistrement comme « un processus systématique de collecte de données à l'aide de dispositifs techniques (comme les caméras et les enregistreurs audio) qui permet de capturer des événements ou des interactions de manière fidèle et détaillée. », Robert Yin (2009) c'est-à-dire, l'enregistrement est un processus systématique de collecte de données utilisant des dispositifs techniques, tels que des caméras et des enregistreurs audio, ce qui permet de capture de manière précise et détaillée des événements ou des interactions.

MartynHammersley et Paul Atkinson (2007)-dans leurs travaux sur la recherche ethnographique, ils définissent l'enregistrement comme « *l'utilisation d'outils électroniques pour saisir les données de manière continue, ce qui permet de minimiser la perte d'information et de préserver l'authenticité des interactions observées.* », autrement dit, l'enregistrement consiste à utiliser des outils électroniques pour collecter des données continuellement, ce qui permet de réduire la perte de l'information et de maintenir l'authenticité des interactions observées.

Creswell décrit l'enregistrement comme « *une méthode de documentation des données où les informations sont capturées au moment de leur occurrence, assurant une représentation précise et une possibilité de relecture pour une analyse approfondie.* », John Creswell (2014), ce qu'il veut dire que l'enregistrement comme une méthode de documentation des données qui capture les informations lorsque elles se produisent,

garantissant une représentation précise et offrant la possibilité de la relecture pour une analyse détaillée.

2-1-1-2. L'utilité de l'enregistrement:

L'enregistrement en tant que méthode de recherche a plusieurs utilités :

2-1-1-2-1. Authenticité des données: permet de saisir les interactions linguistiques telles qu'elles se déroulent réellement.

2-1-1-2-2. Analyse détaillée: facilite une analyse détaillée des phénomènes linguistiques, tels que la syntaxe, la phonétique, et les pratiques discursives.

2-1-1-2-3. Révision et réécoute: l'enregistrement peut être réécouté plusieurs fois, ce qui permet de vérifier des données et d'analyser d'une manière approfondie.

2-1-1-2-4. Contexte: fournit un contexte détaillé et précis, indispensable pour la compréhension des usages linguistiques en situation.

2-1-1-2-5. Fiabilité et reproductibilité:

L'enregistrement permet de conserver les données brutes, ce qui permet de vérifier et de reproduire des résultats par d'autres chercheurs. Cela renforce la fiabilité et la crédibilité de l'étude.

Donc, l'utilisation de l'enregistrement comme méthode de collecte de données présente des avantages tels que l'authenticité des données, l'analyse détaillée, la révision, le contexte et la fiabilité. Ces avantages améliorent la qualité et la validité des résultats de la recherche.

2-1-2. Qu'est-ce qu'un entretien de recherche ?

L'entretien est un moyen d'interroger un échantillon de population représentatif afin de collecter des données à un sujet précis. Pour M. Grawitz « *C'est un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir les informations en relation avec le but fixé* », (M. Grawitz, 2001), c'est-à-dire, l'entretien est une méthode de recherche scientifique qui utilise la communication verbale afin de réunir les informations liées à un objectif déterminé.

Et pour J. M. DeKetele et X. Roegiers, l'entretien est « *une interview à considérer comme une méthode de recueil d'informations qui consistent en des entretiens oraux, libres, individuels ou de groupe, avec des personnes soigneusement sélectionnées, afin d'obtenir des informations sur des faits et des représentations dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations* », (J. M. DeKetele et X. Roegiers, 1995, p.59), autrement dit, l'entretien est une méthode de collecte d'informations qui implique des interviews orales, libres, individuelles ou de groupe, avec des personnes choisies. Cette méthode permet de recueillir des données sur des faits et des perceptions, dont

on évalue ensuite la pertinence, la validité et la fiabilité en fonction des objectifs de la collecte.

Cet échange pourra prendre le type de l'entretien selon l'objectif et le contexte.

2-1-3. Les types de l'entretien :

Il existe trois types : l'entretien directif, semi-directif ou non-directif

2-1-3-1. L'entretien non-directif : (discussion libre)

L'enquêteur se contente de lancer le sujet de discussion, laissant l'enquêté développer librement le thème proposé, sans suivre un guide prédéfini. Parfois, l'enquêteur pose des questions de relance pour approfondir la conversation. Deshaies voit que:

« *L'entretien non directif se caractérise par son ouverture et sa flexibilité. Cette méthode permet de découvrir des informations imprévues en laissant l'enquêté mener la conversation selon ses propres préoccupations et intérêts.* », (Michel Deshaies, 2006), Deshaies décrit l'entretien non directif comme une méthode pour découvrir des informations inattendues en laissant l'interviewé guider la conversation selon ses propres préoccupations et intérêts.

Pour Jean-Claude Kaufmann : « *L'entretien non directif est une démarche où l'enquêteur doit être capable de suivre le fil du discours de l'enquêté sans imposer sa propre structure. L'objectif est de saisir le point de vue de l'enquêté dans toute sa complexité.* », (Jean-Claude Kaufmann, 1996) alors Kaufmann explique que l'entretien non directif consiste à suivre le discours de l'enquêté imposer de structure, afin de comprendre exactement son point de vue.

2-1-3-2. L'entretien directif :(discussion limité)

Dans ce type d'entretien, l'enquêteur dispose d'une liste de questions précises et rédigées dans un ordre prédéterminé en fonction des objectifs définis. L'enquêté répond directement, sans liberté dans ses réponses. Ce type d'entretien peut inclure des questions fermées, sous forme de questionnaire standardisé (les réponses : oui, non, sans opinion).

2-1-3-3. L'entretien semi-directif : (guider par un guide d'entretien)

L'enquêteur propose un ensemble de thèmes prédéfinis qui sont basés sur ses questions, hypothèses et objectifs sur lesquels il veut recueillir des informations auprès des enquêtés à l'aide d'un guide d'entretien qui regroupe les sous-thèmes de la discussion. Ce guide n'est pas définitif car l'enquêteur peut ajouter des questions ou des thèmes pendant l'entretien. Néanmoins, l'enquêteur et l'enquêté sont obligés par l'objet de la recherche, ce qui limite la liberté d'expression de l'enquêté. P.N'DA, voit que « *L'entretien semi-dirigé est en partie directif au niveau des thèmes et des objectifs sur lesquels on veut recueillir les informations et en partie non directif à l'interview des thèmes.* », (P.N'DA, 2006, p.101), c'est-à-dire, l'entretien semi-dirigé est considéré directif concernant les thèmes et les objectifs définis

préalablement pour collecter des informations, mais il est non directif car il laisse certaine liberté à l'interviewé pour s'exprimer et partager ses opinions.

B. Gauthier dit que dans l'entretien semi-directif « *Le chercheur propose au sujet un (des) thème (s) et lui confie la responsabilité de s'exprimer librement et d'une manière personnelle sur le thème. Il motive son interlocuteur et il le guide pour obtenir des informations appropriées aux objectifs de l'entretien de sa recherche.* », (B. Gauthier, 2003), autrement dit, le chercheur guide le sujet en lui proposant un thème sur lequel s'exprimer librement et personnellement. Il le motive et dirige pour collecter des informations adaptées aux objectifs de son étude.

2-1-3-4. Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien est un outil qui regroupe les questions à poser lors d'un entretien, structurant la discussion. Il est considéré comme un « pense-bête » ou un cahier de notes officiel. Ce guide permet de structurer la discussion, de préparer les questions posées et les sujets abordés.

Selon l'article de Gaspard Claude, « *le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble de vos questions à poser ou vos thèmes à aborder lors d'une entrevue. Il est structuré selon le type d'entretien que vous souhaitez mener (entretien directif, semi-directif ou non directif)* »(Gaspard Claude, 2019) autrement dit, le guide d'entretien est un document qui rassemble toutes les questions à poser ou le sujet à aborder pendant une entrevue. Sa structure dépend du type d'entretien que vous désirez réaliser.

Il ajoute aussi que « *le guide d'entretien a pour but de fournir un cadre général ordonné à l'entretien. Il est surtout utilisé dans la phase de préparation d'un entretien semi-directif et directif, car les entretiens non directifs ne nécessitent pas particulièrement de guide d'entretien.* », (L'article publié le 12 novembre 2019 par Gaspard Claude. Mis à jour le 7 décembre 2020), c'est-à-dire, le guide d'entretien vise à apporter une structure claire et organisée à l'entretien. Il est utilisé lors de la préparation d'un entretien semi-directif ou directif car les entretiens non directifs n'ont pas besoin d'un guide spécifique.

2-1-3-5 Le contenu du guide d'entretien:

Le guide d'entretien se compose de trois parties:

2-1-3-5-1. Introduction et présentation :

Présenter le travail de recherche, le thème et l'explication de l'apport de l'entretien à ce travail.

2-1-3-5-2. Coordonnées de la personne interrogée :

Nom, prénom, âge, sexe et profession.

2-1-3-5-3. Liste de questions :

L'écriture des questions à poser et les thèmes auxquels elles se rapportent.

Dans notre travail de recherche, nous avons utilisé le type d'entretien non directif.

2-1-3. L'échantillon :

Dans le cadre de recherche de notre domaine, un échantillon est un sous-ensemble représentatif de la population étudiée. La sélection de cet échantillon est très importante car elle permet de formuler des conclusions convenables à l'ensemble de la population cible.

2-1-3-1. Qu'est-ce qu'un échantillon ?

Un échantillon est un groupe de participants, de textes ou d'autres unités d'analyse qui sont sélectionnés pour une étude de recherche. Cet échantillon peut inclure des apprenants de langue, des locuteurs natifs, des corpus de textes, etc.

Pour Bryman, « *un échantillon est une sous-section de la population qui est sélectionnée pour participer à une étude. L'objectif est de tirer des conclusions sur la population entière sur la base des données recueillies à partir de cet échantillon.* », (Bryman, 2012), ainsi, un échantillon représente une partie de la population choisie afin de prendre part à une recherche. L'objectif est de généraliser les conclusions sur l'ensemble de la population à partir des données obtenues de cet échantillon.

Pour Cohen, Manion, Morrison définissent l'échantillonnage comme « *le processus de sélection d'un groupe de personnes, d'objets ou d'évènements pour participer à une étude de recherche. L'échantillon doit être représentatif de la population d'intérêt pour permettre la généralisation des résultats.* »(Cohen, Manion, Morrison, 2018). Donc, l'échantillonnage consiste à choisir un groupe de personnes, d'objets ou d'évènements pour participer à une étude de recherche. L'échantillon doit être représentatif de la population cible afin de pouvoir généraliser les résultats de l'étude.

3-Le public ciblé :(les médecins et les patients)

Notre recherche cible les patients selon (l'âge, le sexe, le niveau culturel et éducatif) et les médecins généralistes à l'hôpital d'Ouled-Derradj comme échantillon.

4-Les difficultés rencontrées:

Comme toute recherche notre travail a rencontré des obstacles qui consiste au refus des professionnels de santé de faire des enregistrements afin de garder les secrets professionnels, après avoir insisté sur la réalisation de l'enregistrement qui est au centre de notre travail, ils ont accepté de le faire.

5-1. Analyse des données : (collecte à partir de l'enregistrement)

Notre recherche fait partie de domaine de la sociolinguistique. Notre objectif de recherche est d'analyser comment le médecin choisit ses mots afin de les adapter avec l'état de son patient :(l'âge / culture/ éducation...etc).

5-2. Analyse des avis des soignants et ceux des patients:

Après avoir fait l'entretien avec les patients et les médecins, nous avons constaté que les médecins utilisent un langage clair avec leurs patients à travers l'utilisation de la langue courante (derija) afin de simplifier la compréhension de l'information médicale.



CHAPITRE 3:
DISCOURS DU
SOIGNANT



Introduction

Dans ce chapitre, nous allons analyser les données collectées sur le terrain présentant des échanges interactifs entre un médecin et ses patients.

Ceci étant, Nous allons mettre l'accent sur leur discours co-construit et co-produit afin de comprendre sa construction, son fonctionnement et les stratégies discursives que le soignant (ici le médecin) met en œuvre pour bien informer son patient et améliorer la qualité des soins.

1^{ère} Consultation

Cette première interaction s'est enregistrée à l'hôpital d'Ouled Derradj, M'Sila entre une docteure et une personne âgée. L'interaction commence par des salutations où le médecin accueille son patient en essayant de le mettre à l'aise.

▪ Séquence d'ouverture

La séquence d'ouverture de cet échange interactif est spécifique car elle s'est déroulée dans un hôpital lors d'une consultation médicale. Il s'agissait alors d'une situation d'échange formel entre un médecin et son malade qui donne lieu à une consultation médicale

P1 : salam 3alykom
 bonjour
M : wa3laykom essalam warahmato Ellahi wabarakatoh
 Bonjour

Extrait 1 : Conversation 1 (Séquence d'ouverture)

▪ Commentaire :

Dans cet extrait, il y a un échange réciproque de salutations généralement court entre un médecin et son patient. Cet échange de salutations correspond à un acte symbolique servant de départ à la mise en contact entre les deux partenaires à la communication. Ainsi, le patient salue la doctoresse en lui disant «*salam 3alykom*». Elle lui répond avec la salutation suivante «*wa3laykom essalam warahmato Ellahi wabarakatoh*» qui est une expression figée spécifique aux musulmans. Ces salutations, qui sont utilisées dans les communautés musulmanes, reflètent le respect mutuel entre les individus.

Cet acte rituel formé de salutations montre l'accueil chaleureux de la doctoresse et indique qu'elle est prête à la consultation.

▪ Séquence thématique

... En voyant qu'il s'agissait d'une personne âgée, le médecin voulait la mettre en réconfort.

M : og3od (acte directif)
 assois-toi
P1 : rani 3odt nwader hwayji halet elkobr(acte assertif)
 je n'ai plus une bonne mémoire, tu sais je suis âgé

M : ma3lich (acte expressif)
ok, ce n'est pas grave

Extrait 2: Conversation 1 (Séquence d'ouverture)

▪ **Commentaire :**

Le médecin invite le patient à s'asseoir pour s'être plus à l'aise et pour bien commencer la consultation médicale. Le patient lui répond implicitement qu'il devient incapable de mémoriser et de concentrer. Ces problèmes sont dus à son âge. Le médecin lui montre de l'empathie en lui disant « ma3lich ».

2^{ème} Consultation

- **Phase interrogatoire** (extraite d'une autre interaction même médecin avec un autre patient).

Une maman qui emmène sa petite fille pour se faire examiner. L'interaction commence par la salutation par paire (**séquence d'ouverture**).

Dans cette interaction, il s'agit du même médecin et d'un autre cas (malade). Une femme est entrée en portant dans ses bras sa petite fille de 8 mois.

M : kifahe lism? ↗ (la malade est la fille de la femme) ■

Comment s'appelle ta fille ?

M : madame wach 3andha ? ↗ (la malade est la fille de la femme) ■

De quoi se plaint-elle ?

Extrait 3: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ **Commentaire :**

La consultation débute généralement par une question sur le nom, ce qui annonce le commencement d'une interaction formelle. Ensuite, la doctoresse, qui voulait savoir la cause de la maladie de la petite fille, s'adresse directement à sa maman en lui posant la question suivante en arabe « *madame wach 3andha ?* ». Une question qui allait lancer l'échange conversationnel entre la doctoresse et la maman de la petite fille malade sur son état sanitaire et sur le traitement qu'elle devrait prendre.

M^P : chofi fi lawelkhraj elhahabrguigybanhir m3a daw

au début, de petits boutons apparaissent et ne sont visibles que sous la lumière

M : winjaha madame ?

où est ce que ces boutons apparaissent

M^P : fi kerchha

M : au ventre

M^P : jaha fi kerchha
à son ventre

Extrait 4: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ **Commentaire :**

D'abord, la maman décrit comment les boutons commencent à apparaître. En le faisant, le médecin, s'interroge, dans un acte langagier construit en entier en arabe dialectal, sur le lieu de leur apparition. La maman répond que les boutons sont apparus, en tout début, au ventre de sa petite fille.

Pour s'assurer de l'information, le médecin reprend le lieu d'apparition avancé par la maman en le prononçant en français «*au ventre*». La maman réaffirme, dans un autre tour de parole réalisé en arabe dialectal, le lieu d'apparition des boutons en faisant comprendre qu'elle a bien compris l'intervention de la doctoresse réalisée en français.

P : wchui fi rijlihe w der3ih menba3d bdatlhama tatla3elha

les boutons apparaissent également sur ses pieds et ses bras, après la fièvre s'élevait.

M : chhal tal3atelha lhama ? (**question fermée**)

A quel degré la fièvre s'est-elle élevée ?

P : tatla3alha 38 whassitkichrolrahimaghripia

Elle a atteint 38 degrés Celsius, et j'ai remarqué comme si elle était grippée.

M : bsahmahichbzaf ya3ni.

En fait, elle n'était pas trop élevée.

Extrait 5: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ **Commentaire**

Cette séquence concerne les symptômes (l'apparition des boutons et la fièvre), le médecin pose une question directe «**A quel degré la fièvre s'est-elle élevée ?**» afin de rechercher à évaluer la gravité de la fièvre, ce qui l'aide à préciser le diagnostic. La maman lui répond que la fièvre a atteint 38 degrés Celsius.

La docteure rassure **implicitement** la mère en expliquant qu'il ne s'agit pas d'un cas inquiétant. (**Acte assertif**)

(Le médecin examine l'apparence de la peau du ventre de la petite fille).

M : essanaymamaessaneybenti

Patience maman, patience ma fille

Extrait 6: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ **Commentaire**

Le médecin utilise les mots ma fille «benti» et «mama» pour exprimer un sentiment de réconfort maternel et pour rassurer la fille. (**Acte expressif**)

P : dorka ana mafhemtechhadiklhama est ce que men la grib,

haymegribiamghalgawala men hadaklhabmafhemtech.

Je ne sais pas si la fièvre provient de la grippe ou des boutons qui apparaissent, je n'ai pas compris.

Extrait 7: Conversation 2 (Séquence thématique)

La maman demande l'information **implicitement** en utilisant l'expression je n'ai pas compris « mafhamtech »

M : maklatchhajahakdawala ?↗ »
Elle n'a pas mangé quelque chose de spécifique ?

Extrait 8: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ **Commentaire :**

Le médecin pose **une question fermée** en essayant de répondre à la question de la femme **implicitement**.

P : maklatha 3adia
Elle mange des aliments habituels.
M : maklatchhajajdidamaklatch ?↗
Est-ce qu'elle a mangé un aliment qu'elle ne mange pas habituellement ?

Extrait 9: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ **Commentaire**

Le médecin **reformule** sa question pour faire penser à la maman que cela pourrait être dû à une allergie.

M : namous ma3adkomch ? (**question fermée**)
Est-ce que vous avez des moustiques à la maison ?
P 2: 3andna chui
On en a un peu.
M : mala 3andkom ennamous
Alors, vous avez des moustiques à la maison.

Extrait 10: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ **Commentaire**

Le médecin interroge la maman afin de savoir s'il y a des moustiques à la maison, la maman répond par oui, alors La femme médecin **répète la parole** de la mère afin de confirmer l'information, en lui disant **implicitement** que les boutons pourraient être des piqûres de moustiques.

M : hotihanchofoha

Phase d'examen physique

La mère dépose sa fille sur la table pour qu'elle soit examinée par le médecin

M : werrahlhab li..

Le médecin examine la peau de la fille en lui disant « où sont les boutons qui.. » « werrahlhab li.. » pour lui montrer **implicitement** qu'il n'y a plus de boutons.

P : dorkchgoltfa ʌwchenhianheschgolhrochiabarkdertgchorrgui :::g fi ljeld

Maintenant, ils disparaissent presque. Mais, ils laissent des croûtes sur la peau.

M : wdodkatakribengolitfa

Oui, à ce moment vous pouvez dire qu'ils disparaissent.

Une pause

M : bouchoukajahawalamajahech (question fermée)

Est-ce qu'elle est déjà atteinte de varicelle ?

P2 : majahech même howarahorgui ::gmakber ma wassa

Non, même ces boutons sont très petits, ils n'ont pas pris de grandes formes

▪ **Commentaire:**

Le médecin essaie de faire un diagnostic, **en utilisant un terme de la langue ordinaire** « **bouchouka** » au lieu d'un terme technique « la varicelle ».

La maman utilise des mots qui sont considérés comme des codes conventionnels dans la langue courante de la région et que le médecin comprend (il y a une complicité)

▪ **Commentaire:**

La femme médecin utilise un terme simple de la langue courante, mais la femme ne l'a pas compris : « **P : kifehhbouheroun** »

M : Bouhamrouncghol hab.

La rougeole est similaire à des boutons.

P2 : majahahatahab

Elle n'est atteinte d'aucun de ces boutons.

La femme médecin essaye de **reformuler le terme**

P2 : majahahata hab.

Elle n'est atteinte d'aucun de ces boutons.

M1 : majahahata hab.

Elle n'est atteinte d'aucun de ces boutons.

Extrait 11: Conversation 2 (Séquence thématique)

Le médecin **répète la parole** de la femme afin de la confirmer.

P2 : ahahadonamoussat

M1 : dorkahakda madame maninchof fi hatahab

Dans ce cas madame, je ne vois aucun bouton

Le médecin examine les amygdales de la petite fille qui pleure, en profitant l'occasion pour les examiner attentivement « **M** : **ibkimamazidiibki, ibkihakdaksahiti** » (**acte expressif**)

Pleure maman, pleure ::re, très ::s bien.

▪ Phase de diagnostic

M1 : hagarahbanetliwalo même lhamamakanch li raki tahki 3liha.

Dans ce cas, je ne trouve pas de grande chose.

P2 : gotlektakribenhatikirrejfi hayominwala bah tal3atelha lhama.

Même quand les boutons sont apparus, la fièvre ne s'est élevée qu'après deux jours.

M1 : même lhama matal3etelhach bezzaf(**acte assertif**).

Extrait 10: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ Commentaire

La femme médecin essaie de convaincre et de rassurer la maman que sa fille ne se plaint pas de grands problèmes.

P2 : bsah men jathasmana li fatetmahabetehtakhtihachgoltahbesnhar 3acwa sbah tarja3elha.

Mais, une fois, la fièvre s'est élevée, elle ne revient pas à la normale, si elle descend le matin, elle remonte le soir.

M1 : tel3eb fi echams ?

Est-ce qu'elle joue sous le soleil ?

P2 : mata3ebch fi echams.

Non, elle ne joue pas sous le soleil.

M1 : matal3ebch fi echams.

Non, elle ne joue pas sous le soleil.

Extrait 12: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ Commentaire

Inquiétante sur la santé de sa fille, la maman explique l'état de sa fille avant la consultation, afin d'obtenir plus de détails sur son cas.

Le médecin interroge la mère « **Est-ce qu'elle joue sous le soleil ?** » et la maman répond que sa fille ne jouait pas sous le soleil.

Le médecin **redit la parole** de la mère afin de confirmer l'information

M1 :chofi madame lkhatraljaya in chaaEllahkitjiljahaja sur le coup tjibiha(**actedirectif**).

Ecoutez madame, la prochaine fois, lors que vous remarquerez que la fièvre n'est pas normale, ramènerez -la sur le coup. (**Acte directif**)

P2 :ihinchaaEllah

Oui, si Dieu le veut

M1 :fhamtiya↗ ? thama f sa3a puisque ray kadratrohdkahayrahet.

Avez-vous compris ? Vous devrez la ramener dès que vous remarquerez que la fièvre s'est élevée. (**Acte directif**)

Le médecin reprend : eeh madame hakdamandirelhawalou.

Dans ce cas, je ne peux rien faire pour elle

P2 :madirilhachhadaksiro li yatkhalet ?↗

Est-ce que vous lui avez prescrit un antibiotique ↗?

M1 :eeemgrajemha ma3andhach. (**acteassertif**)

Elle n'a pas de problèmes au niveau desamygdales.

P2 :sah::a ?↗

Ok

Extrait 13: Conversation 2 (Séquence thématique)

▪ Commentaire

La mère essaye de comprendre est ce qu'il s'agit d'une infection au niveau des amygdales, en demandant du médecin pourquoi elle ne lui a pas prescrit un antibiotique, le médecin l'a compris, car elle lui répond « grajemha ma3andhach

M :agheslilhanifhabssirombarkwnmedleksirocharbiholhamoda 7 ayem (une recommandation) (**acte directif**)

M reprend : mathokechlhab li khrajelha ?

Ta fille gratte les boutons ?

P2 :takribenmaklahech

elles ne lui font presque pas de démangeaisons

M 1: ma3endhech lhakawala ?↗

Elle n'a pas de démangeaisons ?

P2 :aha

non

Extrait 14: Conversation 2 (Séquence thématique)

Le médecin demande est ce que les boutons causent des démangeaisons afin de prescrire un traitement qui les soulage. Mais, la maman nie alors le médecin **formule sa parole** afin de confirmer l'information.

- **Prescription et recommandations**

M 1: ma3lihch madame nmedlekbarksirocgerbiholhamoda 7 ayemhabsi w3essiha 3la lhama

P2 :choftlmra li nhotfiha 3andha 3andhoum

bibiasghirahiatanikhrajelhabshahadikchedethalhamakbel men khrajelhadeklhabrguig ana goltbalak 3adwa wala

M1 : lala ana banetlilabes 3liha même grajemhakima raki tahki [] p : balakgrajemha li daroulhalhama ?

- **Commentaire:**

Le médecin essaye de rassurer la maman en utilisant l'expression « labes 3liha »

M 1 :makenchgragemha

- **Phase de pré clôture**

Le médecin donne l'ordonnance à la maman.

Phase de clôture (elle représente des souhaits)

M 1 : Bechefa 3liha (**Acteexpressif**)

Prompt rétablissement à tafille

P 2 : Rabi y3inek. (**Acteexpressif**)

Bon courage

Extrait 15: Conversation 2 (Séquence de clôture)

Synthèse:

Dans cette interaction, c'est la femme médecin qui gère la parole (l'autorité du savoir et du savoir-faire). La parole circule en **alternance (tours de parole)**.

Le rôle interlocutif coïncide avec le rôle interactionnel, car les séquences sont enchaînées entre eux, ce qui indique qu'il y a une action et une réaction soumises à un code conventionnel social (complicité). cela est dû à l'usage de **la langue courante** par le médecin, le médecin recourt à **la reformulation** pour se faire comprendre et à expliquer d'autre façon les termes que la patiente ne les a pas compris et fait **la répétition** des phrases ou des mots pour confirmer sa parole et faire progresser les thèmes.

La 3ème interaction (il s'agit d'un autre médecin)

Après l'ouverture (salutation par paire)

Recueil des informations (anamnèse)

M 2: wachbiki ? (**question ouverte**)

De quoi te plains-tu ?

P : hassa fi ragabtiwalsis
Je ressens une bosse en haut de mon cou, derrière mon oreille
M 2: men waktahhadi ?
Depuis quand ?
P : 3andha wakt
Depuis longtemps
M2 : ma3andek hatasawabekmaradiawala ?
Tu n'as pas des antécédents médicaux ?
P : kifahsawabikmnahiagrajmi
Que voulez-vous dire ? j'ai fait enlever mes amygdales
M 2: hadiswabikjirahiasawabikmaradia ma3natha maradmozmin
Ça, ce sont des antécédents chirurgicaux, les antécédents médicaux, ce sont des maladies chroniques

Extrait 16: Conversation 3 (Séquence thématique)

▪ **Commentaire**

Le médecin commence l'interrogatoire par une question directe et **ouverte** » **De quoi te plains-tu ?**

Pour savoir les symptômes de la maladie, il continue « **Depuis quand ?** », « **Tu n'as pas des antécédents médicaux ?** » ces questions lui aident à faire un diagnostic approprié. La patiente répond : « **Je ressens une bosse en haut de mon cou derrière mon oreille** » et cela « **depuis longtemps** » elle confond les antécédents médicaux avec les antécédents chirurgicaux (**sous-entendu**) : « **Que voulez-vous dire par les antécédents médicaux ?** » **J'ai fait enlever mes amygdales** », la patiente fait **implicitement** preuve d'incompréhension des termes médicaux, ce qui oblige le médecin à faire une clarification **explicite**, en distinguant les antécédents chirurgicaux des antécédents médicaux.

P : des antécédents médicaux kimaygoloha
Des antécédents médicaux comme on le dit
M2 : a3tik essaha, médicaux, chirurgicaux, médicaux maradiya w chirurgicaux jirahia
Très bien, médicaux concernant les maladies chroniques et chirurgicaux concernant les opérations chirurgicales passées.
P : dorknti 3andek amygdalectomie
Alors, vous avez fait une amygdalectomie.
M 2: 3andek alem (douleur) 3ala mostawaeljihaelkharijia
Vous avez des douleurs au niveau de la zone extérieure
3andek la tension artérielle 12-8, 3andek chuii... maxillaire men dakhelhadahabet

3la hada, la voute crânienne chuimayela.

La tension artérielle 12_8, un léger problème au niveau du maxillaire.

- la voute, hna il s'agit d'une malformation

La voute dans votre cas s'agit d'une malformation

, enfin 3andek la voute, 3andek la loge rahi intact, la loge ma3natha la chambre

Enfin vous avez la voute avec une légère malformation, la loge est intacte, la loge signifie la chambre

P : lplasa li kanofihalegrajem

Le lieu où étaient les amygdales

M 2 : (en examinant l'oreille de la malade) lazemnchofo le pavillon (de l'oreille)...kayen inflammation

Il faut voir le pavillon de l'oreille, il y a une inflammation

Dorknchofo mena (l'autre oreille) kayena inflammation c'est une otite moyenne.

Maintenant, on va voir l'autre oreille, il s'agit d'une inflammation également

P : bsahhaykaynahabahna (elle lui montre la zone qui est derrière l'oreille)

Mais, il y a une bosse ici.

M2 : machihabayssamoha les ganglions lymphatiques ma3natha lwlases

Non, ce n'est pas une bosse, ils s'appellent des ganglions lymphatiques

P : ihwelsis

Oui, c'est ça

M2 : lwalsismninyji men l'inflammation (Le médecin explique d'où proviennent ces ganglions lymphatiques.)

Les inflammations provoquent les ganglions lymphatiques

Extrait 17: Conversation 3 (Séquence thématique)

▪ Commentaire

Le médecin trouve que la patiente a assez de connaissances concernant les termes médicaux. Nous avons donc remarqué qu'il était à l'aise quand il employait un vocabulaire médical « l'amygdalectomie _ la voute crânienne_ le pavillon de l'oreille- ganglions lymphatique »,

Prescriptions et conseils

M2 : rayh na3tik un traitement de 7 jours welamarayahtichlazmekdiri un scanner 3la l'oreille moyenne

Je vais vous prescrire un traitement de 7 jours, si cela ne fonctionne pas, vous devrez faire un scanner de l'oreille moyenne.

Extrait 18: Conversation 3 (Séquence de clôture)

P : ihndirbsah d'habitude makanch star (douleur)

Oui, je le ferai, mais d'habitude cette inflammation ne me cause pas de douleurs.

4^{ème} conversation

Cette conversation s'est déroulée entre le médecin désigné et une patiente âgée de 79 ans désignée.

- P1** : essalamo 3alaikom
-Bonjour
- M2** : wa3alaikom essalam, etfadlilhadja
-Bonjour, prends place.
- P3** : yzidfadlek, ya3tik essahabnaiti
-Merci ma fille
- M4** : chhal 3omrak lhadja ?→
-Madame, quel âge as-tu ?
- P5** : 3andi 79 sna
-J'ai 79 ans
- M6** : wach 3andak ?↓
-De quoi tu souffres ?
- P7** : hassabelfachla, manichkadratharak
-Je me sens fatigué et je ne peux pas bouger.
- M8** : kachma 3andak mardwala ?
-Tu as une maladie ?
- P9** : ih, 3andi legwatr
-Oui, je souffre d'une maladie de la thyroïde.
- M10** : goltithessi beta3eb =
-Tu m'as dit que tu te sens fatigué
- P11** : =ih
- M12** : w 3andak khabta fi galbak ?
-Et tu as des palpitations cardiaques ?
- P13** : ih ↓
-Oui
- M14** : w kerchakyabsa ?
-Et tu es constipé ?
- P15** : ih↓
-Oui
- M16** : kachma 3andak mardakhorwala ?
-Tu as une autre maladie ?
- P17** : ih, 3andi latansio
-J'ai l'hyper tensionartérielle .
- M18** : kifach raki edirifedwalhadja ?
-Comment tu prends vos médicaments ?
- P 19** : nochorboesbah, haba nta3 latansio w nos haba nta3 legwatar. Hawedwa li rani nochrobfi h a tbiba.
-Au matin, je prends un comprimé pour la tension et un demi-comprimé pour la thyroïde. Docteur, voici les médicaments que je prends.
- M20** : //...(silence), [le médecin voit le médicament de la patiente]
Ok, etal3i letabla // [l'examen physique].
-D'accord, monte sur la table pour te consulter.
- M21** : la tension ta3ak mliha. ↑
-Tu as une bonne tension.
- P22** : lhamdollah →Dieu merci
- M23** : lhadja↑, makichtochorbi fi dwak ta3 legwatrmlih !?
-Tu ne prends pas bien ton médicament de la thyroïde !?
- P24** : ih↓, khlasli w mazel marja3tech letbib ta3i w machritchedwa .
-Oui, je n'ai pas de médicament car je ne suis pas encore retourné chez mon médecin.
- M25** : awa ::h ↑, a ::lhadja, la ::la ↑, lazemtochorbidwak, sinon, matakadrichtetharki.
-e ::h ↑, madame, no ::n↑, tu dois prendre ton médicament, sinon, tu ne peux pas

bouger.

P26 : ma3lich bnaiti ↓

-D'accord ma fille ↓

M27 : // [l'écriture de l'ordonnance par le médecin], etfadli l'ordonnance, choufilhadja ↑
tient, regarde, madame

ochorbidwak a :::h, matathawnich ↑

prends ton médicament e :::h, ne sois pas complaisante ↑

P28 : nchallah ↓

-Si Dieu le veut ↓

M 29 : rabiyjibechfa →

-Que Dieu apporte la guérison →

P30 : amin →, ya3tikessahbnaiti.

-amin → merci ma fille.

^{4eme} conversation : entre un médecin et son patient à l'hôpital

1- Fonctionnement des actes de langage dans la 1ere conversation :

Il s'agit d'une conversation sous forme d'un échange qui se déroule entre deux interactants : un médecin généraliste (M), (une docteure) âgé de 37 ans et une vieille patiente (P) âgée de 79 ans.

L'échange se commence par un acte de salutation fait par la patiente (P) (essalamo 3alaikom) (1), c'est un acte initiatif, suivi d'une autre salutation réactive en (2), (wa3alaikom essalam), suivi d'un acte subordonné (etfadlilhadja) qui est un acte d'invitation. Ces deux actes (1) et (2) forment un échange complémentaire qui se manifeste par la salutation.

En acte (3), la patiente dit (: yzidfadlek), qui est un acte de compliment et (ya3tik essahbnaiti), un acte de remerciement en employant le terme affectif (bnaiti) pour témoigner sa reconnaissance.

Ensuite, le médecin fait deux actes de demande d'information (chhal 3omrak lhadja) (4), ((wach 3andak) (6), en employant le terme (lhadja) qui est un terme d'adresse affectif.

En (5) et (7), la patiente fait un acte de réponse (acte réactif) comportant des actes encadrant (subordonnés) : (3andi 79 sna), (3andi lfachla, manichkadratharak). Cet échange est considéré comme la phase de l'interrogatoire.

En (8) : le médecin demande une confirmation (kachma 3andak mardwala), la patiente déclare sa maladie en (9) (ih, 3andi legwatr).

En (12), (14) et (16) : le médecin demande aussi une confirmation (w 3andak khabta fi galbak), (w kerchakyabsa) et (kachma 3andak mardakhorwala).En (13) et (15) : la patiente confirme les informations du médecin en répondant (oui).

En (17) : la patiente déclare une autre maladie en répondant à la question (16) (ih, 3andi latansio).Cet acte constitue une réponse à (16) et qui clôt l'échange.

En (18):le médecin demande une confirmation par la réalisation de l'acte subordonné (kifach raki edirifedwalhadja).En (19), la patiente déclare ses médicaments et de la manière de les prendre par des actes subordonnés (nochorboesbah, haba nta3 latansio w nos haba nta3 legwatar).En (20):la docteur introduit cette séquence par le terme (ok) l'équivalent de (d'accord) qui montre sa compréhension.Après, elle a fait un acte d'invitation (etal3i letabla). Cet échange est considéré comme la phase de l'examen physique. En (21) :le médecin fait un acte de déclaration (la tension ta3ak mliha).En (22): la patiente exprime un acte de remerciement à Dieux (lhamdollah).

En (23) : le médecin demande d'information en posant la question (lhadja↑, makichtochorbi fi dwak ta3 legwatrmlih !?).En (24) : la patiente fait un acte de déclaration et de justification (ih↓, khlasli w mazel marja3tech letbib ta3i w machritchewa).

En (25) :la docteur exprime un acte de l'insatisfaction (awa ::h ↑, a ::lhadja, la ::la ↑) et elle ajoute, (lazemtochorbidwak, sinon, matakadrichtetharki), où elle confirme la nécessité de l'utilisation de médicament, c'est un acte directif.En (26) : la patiente fait un acte de réponse (acte réactif) (ma3lich bnaiti ↓).

En (27) : le médecin fait un acte directif (choufilhadja↑ ochorbidwak a ::h, matathawnich ↑) en employant le terme (choufi) l'équivalent de (regarde) pour attirer l'attention de vieille patiente, suivi du terme affectif (lhadja). En (28) : la patiente fait un acte de vœu (nchallah ↓).

En fin, un acte de vœu (29) fait par le médecin (rabiyyjibechfa) où la patiente lui répond par un acte de compliment en (30) (amin) et elle ajoute (ya3tik essahabnaiti) l'équivalent de (merci ma fille)tout en utilisant le terme affectif (bnaiti).C'est un acte de remerciement fait par la patiente.

2- Adaptation du discours spécialisé du médecin dans cette conversation :

Dans cette conversation, le médecin utilise la langue courante avec sa patiente pour faciliter la compréhension. Nous constatons que la docteur emploie le terme (khabta fi galbak) qui signifie (palpitations cardiaques) au lieu de terme médical complexe (bradycardie) pour la patiente qui souffre de thyroïde ou (fibrillation auriculaire) exactement, dans le but de rendre la communication plus claire et compréhensible pour la patiente.

(El-khabtafilgalb) ou (palpitations cardiaques) est un terme plus familier et la patiente peut comprendre facilement que (bradycardie) ou (fibrillation auriculaire) qui sont des termes techniques, qui peuvent augmenter l'anxiété du patient. L'utilisation des termes plus simples aident à rassurer et à mettre le patient à l'aise.

Conclusion

En conclusion, après les analyses que nous avons faites des données collectées à l'hôpital d'Ouled Derradj, nous constatons que la langue courante est dominante avec l'emploi de la reformulation et de la répétitions des paroles des patients. Cette dernière est couramment utilisée pour confirmer l'information émise par le patient.

Le médecin n'utilise le français que rarement. L'utilisation du jargon médical avec les patients est occasionnelle sauf, si le patient montre une maîtrise suffisante des termes médicaux, mais les professionnels de santé l'utilise entre eux, alors que les médecins emploient généralement la langue ordinaire avec les patients.

Ils utilisent les questions fermées plus que les questions ouvertes qui permettent de mieux comprendre la parole du patient et les symptômes de la maladie, ce qui permet de faire un diagnostic précis et approprié. Mais vu que le nombre des patients est très élevé les médecins recourent aux questions fermées pour gagner du temps.



CONCLUSION GÉNÉRALE



Conclusion générale

Conclusion Générale

Les barrières linguistiques qui séparent le médecin de son patient sont considérées comme des défis pour le médecin lorsqu'il s'agit de co-construire un discours médical avec son patient afin de l'impliquer activement dans la gestion de sa situation. Une relation complice entre les deux est essentielle pour établir une communication efficace.

Ainsi, l'habileté du médecin réside dans cette capacité à établir une communication efficace avec son patient. Un médecin habile est celui qui sait parfaitement gérer la communication, en adoptant de différentes stratégies pour se faire comprendre par son patient.

Après avoir fait les interprétations et l'analyse aux données recueillies à partir des conversations audios et des entretiens avec des médecins à l'hôpital d'Ouled Derradj, nous avons constaté que :

Pour remédier aux difficultés de cette communication, le médecin adopte des stratégies pour que son discours soit clair et compréhensible en recourant à l'utilisation d'une langue simple adaptée avec le niveau de compréhension de son malade, et en évitant les termes médicaux compliqués. Il utilise également des images ou des vidéos qui peuvent appuyer ses explications et les rendent plus claires. Il fait aussi des alternances entre l'utilisation des mots techniques et les mots de la langue courante, dans le cas où le patient montre une maîtrise suffisante des termes médicaux, même avec l'utilisation de cette dernière il reformule. Il utilise les questions fermées plus que les questions ouvertes qui permettent de mieux comprendre la parole du patient et les symptômes de la maladie, ce qui permet de faire un diagnostic précis et approprié. Mais vu que le nombre des patients est très élevé le médecin recourt aux questions fermées pour gagner du temps.

Alors, la compréhensibilité du discours co-construit entre le médecin et son patient est cruciale pour établir une bonne relation thérapeutique, car cela facilite les diagnostics et encourage le patient à suivre son protocole de traitement et l'aide à comprendre sa maladie. Ainsi, une bonne communication permet au patient de mieux gérer son état et le traitement prescrit.



BIBLIOGRAPHIE



Bibliographie

Bibliographie

Ouvrages:

1. Cusin Berche, 1995, son ouvrage « Les langues spécialisées ».
2. Walter Hesbeen, 2008, « La relation soignant /soigné et ses aspects ».
3. <https://www.chu-nantes.fr>
4. Kebrat-Orecchioni, 1990, son ouvrage « Les interactions verbales ».
5. Aurore Famy, 2018, sa thèse de doctorat intitulée « Pertinence de la notion de formation discursive en analyse du discours », soutenue en 2018 à l'université de Limoges.
6. Véronique Traveso, 1999, pages, 21-22, son ouvrage « L'analyse des conversations ».
7. Robert Yin (2009), son ouvrage « Recherche d'études de cas : conception et méthodes ».
8. Martyn Hammersley et Paul Atkinson, (2007), leurs ouvrages « Ethnographie : principes en pratique » et « Méthodologie de terrain : base du travail et de la recherche sur le terrain ».
9. John. W. Creswell, 2014, son ouvrage « Conception de la recherche : approches qualitatives, quantitatives et méthodes mixtes ».
10. M. Grawitz, 2001, son ouvrage « Méthodes des sciences sociales ».
11. J. M. DeKetele et X. Roegiers, 1995, p.59, leur ouvrage intitulé « Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents ».
12. Michel Deshaies, 2006, son ouvrage « L'entretien en sciences sociales ».
13. Jean-Claude Kaufmann, 1996, son ouvrage « L'entretien compréhensif ».
14. P. N'DA, 2006, p :101, son ouvrage « Méthodes des sciences sociales » de Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt.
15. B. Gauthier, 2003, son ouvrage « Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données ».
16. Bryman, 2012, son ouvrage « Méthodes de recherche sociale ».
17. Cohen, Manion, Morrison, 2018, leur ouvrage « Méthodes de recherche en éducation ».

Articles:

18. Benazouz. N, 2014, article « appropriation du français en Algérie: contact de langues et de cultures », dans la revue de la faculté des lettres et des langues.
19. Caubet, 2011, article de « Politique linguistique en Algérie Arabisation et francophonie. »
20. Maurice Rouleau, 1995, l'article de « La langue médicale : une langue de spécialité à emprunter le temps d'une traduction. »
21. P. Lerat. 1995. les langues spécialisées. Presses universitaires de France. Paris.

Bibliographie

22. Spillner. B. 1992. textes médicaux français et allemands. Contribution à une comparaison interlinguale et interculturelle. In langages, n°105.
23. Cabré, M.T.1998.Variation du sujet. Les discours de spécialisations ou variation fonctionnelle spécifique par le thème: nouvelles perspectives caplletra. Journal international de philologie, Tardor.
24. Leila Messoudi, 2010, L'article de « Langue spécialisée et technolecte : quelles relations ? publié dans la revue Meta aux pages: 127-135.
25. Pascaline Faure, 2010, Un article publié en 2010.
26. Catherine Di Costanzo, 2009, (Les Secrets du Vocabulaire Médical). Article: Formation santé droit.12 janvier 2009.
27. Gaspard Claude, 2019, article de « Le guide d'entretien: caractéristiques et exemples », publié le 12 novembre 2019.Mis à jour le 7 décembre 2020.

Mémoires:

28. Mémoire de master académique sous le thème: « L'analyse syntactico-sémantique du lexique de la médecine ». Présenté par: M .Mohand Oussaid Nadia, et M. Nait Megdoud Hayat.2016, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou.
29. Mémoire de master académique intitulé « L'usage du français dans les interactions verbales entre le médecin et le patient dans la consultation médicale: les patients de la wilaya de Mostaganem ». Présenté par M. Sayad Chahinez, Université Abdelhamid Ibn Badis-Mostaganem.
30. 2019), w. l. (s.d.). Récupéré sur <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchpltrack2/en/>
31. Avrane, J. -J. (s.d.). Communication et relation de soins.
32. Barnistin, B. (s.d.). Sociolinguistique urbaine: langue et discours en ville, p:47.
33. Calvet, L. J. (s.d.). Le langage est une pratique sociale, éléments d'une sociolinguistique politique. p:32.
34. Dabit, H. N. (1929). Hotel Nord.
35. Dicostanso, C. (2010). Les racines gréco-latines du langage médical. La Révue de la Société Française d'Histoire de la Médecine.
36. DiCostanzo, C. (1999). Le Langage Médical International.
37. Dubois, J. (1994).
38. F.Milliani. (2004). La langue du quartier. Appropriation de l'espace et identité urbaine chez les jeunes issus d l'immigration magen banlieue Rouennaise. (2004). ed. L'Harmattan.

Bibliographie

39. Fairclough. (1995). *Critical discourse analysis: the critical study of language*. New York: Longman.
40. Fairclough, N. (s. d.). *Analyzing Talk and Text*.
41. Famy, A. (2017). *Interaction médecin-patient : pratiques discursives et transmission des savoirs*.
42. Fisher, D. M. (s. d). *THE POWER OF Metaphor In Medicine*.
43. Goffman. (1973).
44. Gumperz 1989&Moreau, M. (s. d). Consulté le 05 19, 2024
45. Gumperz, I. (s.d).
46. Hermange, M.-T. (s.d.). *L'écoute des patients est une exigence éthique*.
47. J.Dubois. (2012). *Dictionnaire de la linguistique*, Larousse bordas. 119.
48. Johnson, S. (s.d). *Empathy in Medicine*.
49. Jones, D. S. (s.d). *Communicating Medicine: The Art of Metaphor*.
50. Jones, D. S. (s.d). *The Healing Power of Analogies in Medicine*.
51. Khaoula Taleb Ibrahim. (1997). *Langue de l'autre : langue maternelle, langue étrangère*.
52. Larousse. (s.d).
53. M. L. MOREAU. (1997). *Sociolinguistique. Concepts de base*.
54. Milliani.F. (2004). *Langue du quartier. Appropriation de l'espace et identité urbaine chez les jeunes issus de l'immigration maghrébine en banlieue Rouennaise*. L'Harmattan.
55. Moreau, G. (s.d.). *L'alternance codique& La sociolinguistique*.
56. Moreau, M. L. (1997). *Sociolinguistique, les concepts de base*. Margada. Consulté le 05 19, 2024
57. OMS. (1998).
58. Orecchioni, K. (s.d.). *La notion d'interaction en linguistique : origine, apport, bilan*, 1998, p.17.
59. Orecchioni, C. K. (1996). *Les interactions verbales*.
60. Orecchioni, C. K. (1996). *Les interactions verbales*.
61. Paltridge, B. (s.d.). *Discourse Analysis: An Introduction*.
62. pradines, b. (2022, 03 04). Consulté le 05 10, 2024, sur <https://lfree-geriatrics.overblog.com>
63. Raichvarg, D. (1994). Consulté le 05 18, 2024
64. Rudd, D. R. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion"*.
65. rudd, r. (s.d.).
66. Slaoui, H. (s.d.). *Problème de transition*.

Bibliographie

67. Slaoui, H. (s.d.). Problème de transition de langues.
68. Smith, D. D. (s.d.). The Healing Power of Analogies in Medicine.
69. Smith, D. M. (s.d.). The Art of Patient Communication.
70. Sorenson, B. S., & 12(1):80. (s.d.).
71. Sorenson, A. 2. (s.d.).
72. Stivers, J. S. (s.d.).
73. Stivers, J. S. (s.d.). Conversation Analysis : Comparative Perspectives.
74. Stivers, J. S. (s.d.). Conversation Analysis: An Introduction .
75. Traverso, V. (2007). Recherches en soins infirmiers .
76. Turbin, B. (2002). Le jargon, figure du multiple. La linguistique.
77. Vecchi, D. (2014).
78. Verghese, A. (s.d.).
79. Verghese, A. (2012).
80. White, D. J. (s.d.). Effective Doctor -patient Communication.

Bibliographie



TABLE DES MATIERES



TABLE DE MATIÈRES

Remerciements	I
Dédicaces	II
Table de matière	Error! Bookmark not defined.
Introduction	1
CHAPITRE 1: CADRE THÉORIQUE	
Introduction	4
1.Situation sociolinguistique en Algérie.....	4
1.1.Français en Algérie	4
1.1.1.Français, langue d’enseignement dans le domaine médical	5
2.Discours	6
2.1.Discours spécialisé	6
2.2.Différence entre le discours ordinaire et le discours spécialisé.....	6
2.3.Objectifs	6
2.4.Audience.....	6
2.5.Style.....	6
2.6.Contenu	7
3.Notion du discours spécialisé	7
3.1.Soignant:.....	8
3.2.Soigné:	8
4.Interaction:.....	8
5.Jargon médical.....	9
5.1.Origines du jargon médical	9
6.Communication verbale:	10
6.1.Pratiques langagières	11
6.2.Variation linguistique	11
6.3.Contact de langues	11
6.3.1.Alternance codique (code switching).....	12
6.4.Communication entre médecin et patient (interaction de face à face)	12
6.4.1.Analyse conversationnelle, ses fondateurs et leurs contributions pour développer ce domaine	14
6.4.1.1.Analyse conversationnelle	14
6.4.1.2.Ses fondateurs et leurs apports.....	14
6.4.1.3.Les actes de langage	15
Conclusion	17
CHAPITRE 2: CADRE MÉTHODOLOGIQUE	
1-Le choix du sujet:.....	19
2-La méthodologie de la recherche:	19
2-1. L’enregistrement et l’entretien avec des médecins et des patients	19
2-1-1. Qu’est-ce qu’un enregistrement ?	19
2-1-1-2. L’utilité de l’enregistrement:	20

Bibliographie

2-1-2. Qu'est-ce qu'un entretien de recherche ?.....	20
2-1-3. Les types de l'entretien :.....	21
2-1-3-1. L'entretien non-directif : (discussion libre).....	21
2-1-3-2. L'entretien directif :(discussion limité)	21
2-1-3-3. L'entretien semi-directif : (guider par un guide d'entretien)	21
2-1-3-4. Le guide d'entretien :	22
2-1-3-5 Le contenu du guide d'entretien:	22
3-Le public ciblé :(les médecins et les patients).....	23
4-Les difficultés rencontrées:	24
5-1. Analyse des données : (collecte à partir de l'enregistrement)	24
5-2. Analyse des avis des soignants et ceux des patients:.....	24
CHAPITRE 3: DISCOURS DU SOIGNANT	
Introduction	26
1 ^{ère} Consultation	26
2 ^{ème} Consultation	27
Synthèse:.....	33
La 3 ^{ème} interaction (il s'agit d'un autre médecin)	33
4 ^{ème} conversation	35
1-Fonctionnement des actes de langage dans la 1 ^{ere} conversation :.....	37
2-Adaptation du discours spécialisé du médecin dans cette conversation :	38
Conclusion	39
Conclusion Générale.....	41
Bibliographie	43

Résumé:

Notre étude tend à comprendre la construction et le fonctionnement du discours du soignant à travers l'analyse de quelques consultations médicales (interactions entre un médecin et son patient). Un discours spécialisé qui dépend, dans sa construction et sa production, principalement du médecin et même du patient. Ainsi, le médecin cherche souvent à adopter des stratégies pour se faire comprendre et faire parler son patient de sa maladie. Ceci étant, il peut facilement faire un très bon diagnostic, orienter son patient, le rendre plus conscient de son état sanitaire et l'encourager à prendre régulièrement son traitement.

Mots-clés : Discours du soignant, interactions, médecin, patient, stratégies discursives, consultations médicales.

Abstract:

Our study aims to understand the construction and functioning of the caregiver's discourse through the analysis of some medical consultations (interactions between a doctor and his patient). A specialized discourse which depends, in its construction and production, mainly on the doctor and even the patient. Thus, the doctor often seeks to adopt strategies to make himself understood and to get his patient to talk about his illness. This being said, he can easily make a very good diagnosis, guide his patient, make him more aware of his health condition and encourage him to take his treatment regularly.

Keywords: Caregiver speech, interactions, doctor, patient, discursive strategies, medical consultations.

ملخص:

تهدف دراستنا إلى فهم بناء ووظيفة خطاب مقدم الرعاية من خلال تحليل بعض الاستشارات الطبية (التفاعلات بين الطبيب ومريضه). خطاب متخصص يعتمد في بنائه وإنتاجه بشكل رئيسي على الطبيب وحتى على المريض. وهكذا، يسعى الطبيب في كثير من الأحيان إلى اعتماد استراتيجيات لجعل نفسه مفهوماً ولجعل مريضه يتحدث عن مرضه. ومع ذلك، يمكنه بسهولة إجراء تشخيص جيد جداً وتوجيه مريضه وجعله أكثر وعياً بحالته الصحية وتشجيعه على تناول علاجه بانتظام.

الكلمات المفتاحية: خطاب مقدم الرعاية، التفاعلات، الطبيب، المريض، الاستراتيجيات الخطابية، الاستشارات الطبية.