



HAL
open science

Des discours authentiques singuliers aux scénarios de formation pour les médecins : quelle méthode d'exploitation pragmatique du corpus DECLICS2016

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Aline Delsart

► **To cite this version:**

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Aline Delsart. Des discours authentiques singuliers aux scénarios de formation pour les médecins : quelle méthode d'exploitation pragmatique du corpus DECLICS2016. Corpus, 2021. hal-03265667

HAL Id: hal-03265667

<https://uca.hal.science/hal-03265667v1>

Submitted on 21 Jun 2021

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

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

Titre : Des discours authentiques singuliers aux scénarios de formation pour les médecins : quelle méthode d'exploitation pragmatique du corpus *DECLICS2016* ?

Title: From authentic original speech to pedagogical medical conversation scenarios: which kind of methodological pragmatic exploitation of *DECLICS2016* corpus?

Auteurs : Auriac-Slusarczyk Emmanuèle^{1*} & Delsart Aline^{2*},
(1) Maître de conférences HDR en Sciences du Langage, (2)
Doctorante en Sciences du Langage ; * Université Clermont
Auvergne, ACTé, F-63 000 Clermont –Ferrand, France.

Résumé- Notre proposition engage à (re)problématiser l'intérêt de la linguistique *de* et *sur* corpus quant à ses applications professionnelles. Ancrée en pragmatique, elle retrace le mode de recueil et d'exploitation de données dans le cadre applicatif du corpus *DECLICS2016*, ce, pour servir les questions de métier en médecine. Nous testons l'efficacité de la linguistique, comme discipline de SHS contributive éclairant l'activité professionnelle, en produisant des scénarios pédagogiques à partir d'extraits de discours. On s'attache à réfléchir sur la « *reconstruction de la relation médecin patient* », à partir d'un matériau de paroles authentiques. En premier lieu, l'accent est porté sur la constitution même du corpus *DECLICS2016*. En second lieu, c'est l'application en santé qui est interrogée *via* nos résultats. Ceux-ci dégagent, à partir d'entretiens de confrontation croisée entre médecins mis face aux paroles authentiques et données d'études linguistiques de patients, qu'il est délicat, pour ces médecins, de profiter de nos catégories pragmatiques prédéterminées : *rappports de place, intercompréhension et stratégie discursive du médecin*.

Mot clefs : -rappports de place -scénarios pédagogiques -
constitution de corpus -pragmatique-

Abstract- The aim of our proposal is to ask questions and better consider the opportunity of *speech data* applying to professional field. Inscribed in pragmatic way, our presentation describes

work into progress to data collected linked to applicative framework of *DECLICS2016* corpus, to engage professional medical questions. We test the linguistic efficiency, considered as one of SHS discipline, to highlight medical activity with pedagogical scenarios, on the base of discursive examples. We encourage think about the possibility of “reconstructing relationships” between specialist doctors and their patients, based on authentic original speech acts. Firstly, we take into account the strategy of constitution *DECLICS* corpus. Secondly, our results are looked to benefit healthcare area. This results show that, based on self- crossed interview between doctors, in front of original sentences and linguistics patient’s data, these specialist doctors do not progress with our pragmatic categorization assistance: *relationships, understanding and medical discourse strategies*.

Key Word: -relationships -pedagogical scenarios -constitution of corpus -pragmatic

Contexte introductif

La linguistique *de* ou *sur* corpus (Léon, 2008) prend sens, pour partie, dans ses applications. C’est le cas des analyses politiques, par exemple, fortes utiles pour comprendre les phénomènes pragmatiques de distorsions possibles des opinions *via* un usage langagier singulier (Trognon & Larrue, 1997). Les études de linguistes ont d’ailleurs peu à peu migré vers l’utilisation par les journalistes d’outillages facilitant leur accès aux techniques de fouille automatisée, *via* des logiciels dédiés, gratuits, libres de droit (Marchand, 1998). Les travaux de Mayaffre sont à cet égard exemplaires d’une application utile et judicieuse au champ de l’analyse politique (Mayaffre, 2012 ; Mayaffre, Pincemin & Poudat, 2019 pour exemples). À l’heure où nous écrivons cet article, c’est-à-dire en pleine effervescence sanitaire mondiale de la Covid-19, la portée du corpus *DECLICS2016* peut même être interrogée quant à ses retombées sur la politique de santé publique. Ainsi, pourquoi faire un corpus, et quel usage envisager dès sa conception ?

Initialement et structurellement, le projet DECLICS¹ (*Dispositif d'Etude CLinique des Corpus en Santé*) dans lequel s'inscrit notre contribution, visait à faire dialoguer différents partenaires : des laboratoires de SHS et des laboratoires de médecine, associant des chercheurs francophones (*Poitiers, Rennes, Nancy-Metz, Genève, Lyon*). La valeur ajoutée de la collaboration concourait à présenter un nouveau corpus verbal dédié, *DECLICS2016*², pour réfléchir sur *les relations soignants-patients* à l'hôpital (Blasco et al., 2019). La linguistique appliquée (Auriac-Slusarczyk & Blasco, 2019) contraint à sortir de son confort pour étudier des milieux divers, variés. Qu'en est-il du milieu médical ? À l'international (notamment Angleterre, USA, Allemagne, Québec) puis en France, l'évolution historique des méthodes en médecine jusqu'à la loi de modernisation du système de santé de 2016 (Berthod-Wurmser et al., 2017) a engagé un infléchissement progressif du modèle paternaliste (Préau & Siméone, 2018). Ce dernier, reposant sur la confiance en l'autorité médicale jusqu'à l'usage même du mensonge (Faizang, 2006), recule au profit du modèle biopsysocial (Billon-Descarpentries, 2000) ; la direction de l'OMS installe dès 2006 la notion de *people-centredness*. À noter qu'en Angleterre, les groupes Balint (1957), d'orientation psychanalytique, prônaient déjà la méthode des *focus groups* entre médecins pairs généralistes, intégrant la verbalisation du vécu par les patients. La France s'est distinguée, pour sa part, en s'appuyant davantage sur les associations de patients, investiguant le contexte hospitalier plus que la médecine générale (Bousquet & Ghadi, 2017). Ainsi, la pertinence des SHS en médecine est reconnue (Louis-Courvoisier, 2015) et l'étude de la conversation située en contexte médical est régulièrement retenue (Piot, 2018), notamment en contextes de suivi de maladies chroniques (Do & Bissières, 2018 ; Balcou-Debussche & Autier, 2018 ; Balcou-Debussche, 2016a/b).

Que peut apporter la linguistique contemporaine à l'aune de ce tournant en santé ? La linguistique ne cesse, de son côté, de roder

¹ Le projet DECLICS, qui regroupe des chercheurs en national, est financé par la région AURA.

² Nom générique désignant le corpus verbal.

ses méthodes, tant théoriquement qu'empiriquement. Pour ce qui concerne notre orientation pragmatique, allant de la philosophie du langage à l'actualisation des travaux d'Austin, plusieurs équipes ont fait école : les écoles genevoise, lyonnaise, nancéienne ont chacune développé des méthodes d'analyse de discours. Par ailleurs, au plan empirique, le développement de la linguistique *de* et *sur* corpus a occasionné un nombre impressionnant de travaux dont la revue *Corpus* se fait justement l'écho (Mellet, 2002). La question se décale alors un peu. Est-ce qu'une étude particularisée de paroles authentiques, recueillies, transcrites et analysées par des linguistes a des chances d'intéresser le monde professionnel de la médecine, sachant que depuis les années 90 le genre de la consultation médicale est abordé (Lacoste et *al.*, 1993) à partir de matériau *ad hoc* (Batt & Trognon, 2012, pour exemple) ? De quelle manière épauler les médecins ? Comment introduire auprès des médecins une vision de la linguistique renouvelant leur intérêt quasi exclusif pour le vocabulaire, en relevant plutôt les conséquences de leurs emplois verbaux au mot près (Mayaffre, 2017) ?

1. Cadre référentiel

Adaptée à la spécificité du corpus *DECLICS2016*, qui comprend un dispositif expérimental impliquant des thérapeutes pour le suivi de malades chroniques, notre question centrale est la suivante : la linguistique contemporaine peut-elle aider à une reconfiguration communicationnelle de la relation médecin-patient (cf. Berthod-Wurmser et *al.*, 2017, ci-dessus) ?

1.1. La notion de corpus en linguistique : généralités

En annonçant que nous abordons ce champ sous l'angle assumé des généralités, nous reprenons une citation, un peu longue figurant sur le premier volume de la revue *Corpus* : « *La notion de corpus paraît, de prime abord, assez simple et bien ancrée dans certaines traditions des sciences humaines et sociales, philologique ou juridique par exemple. Il s'agit d'un recueil, formé d'un ensemble de données sélectionnées et rassemblées pour intéresser une même discipline. Néanmoins, dans le champ linguistique, la notion s'est complexifiée au cours des dernières*

décennies en fonction de la diversité des pratiques et des objectifs assignés à la constitution et à l'exploitation des corpus. Or le moment semble venu d'explicitier ces pratiques, de les questionner et de tenter de mettre au jour leur impact épistémologique sur l'évolution de la discipline, tant il est vrai – comme l'écrit Damon Mayaffre – que la qualité première d'une démarche scientifique est d'être une démarche qui s'explicitie. » (Mellet, 2002 :1). Nous nous situons, quasiment 20 années plus tard, sur cette identique volonté de porter explicitement les choix de constitution, les méthodes d'exploitation, ce, sans cacher les soucis que rencontrent les linguistes dans le traitement interdisciplinaire de données en termes de retombées professionnelles (Kébir et al., 2020). C'est dans cette perspective épistémologique de la linguistique que nous situons les enjeux de cette contribution.

1.2. L'exercice de la médecine : quel lien avec la linguistique ?

Sur le volet professionnel, Lussier et Richard (2008) ont proposé un modèle assez normatif en contexte québécois (cité par Richard et al., 2010, cf. figure en annexe) polarisant la relation médecin-patient depuis le rôle de *prise en charge* jusqu'à la celui de *facilitateur*. Dès 1951, Parsons proposait une nomenclature, qui fut progressivement révisée, amendée, transformée (Szasz & Hollender, 1956 ; Freidson, 1984 ; Emanuel & Emanuel, 1992 ; Moumjid & Carrère, 2000, cf. tableau en annexe). Par ailleurs, le modèle structurel de la consultation de type « *étapiste* » subsiste ; il a servi de référence aux travaux des années 80-90 (Richard et al., 2010). Des 3 aux 10 étapes décrites et préconisées aux médecins en formation, on note un décalage avec la description que Cosnier et al. (1993) avaient construite à partir de données verbales authentiques. Différemment de Richard et Lussier, nous considérons, pour notre part, que la relation est au cœur du système d'interlocution (Trognon, 1995 ; Auriac, 2007), le social construisant la relation, l'intercompréhension savante dépendant du système de places interlocutives (Kerbrat-Orecchioni, 1987). Gagne-t-on à faciliter la parole des patients chroniques (Piot, 2018) ? Le linguiste peut-il, à ce niveau, être utile à former à la relation de soin ?

1.3.Linguistique et médecine : quels ponts, quelle(s) méthode ?

Si l'enjeu de soin est important, on ne minimise pas les effets de distance entre la culture des médecins et celle des chercheurs en sciences sociales (Louis-Courvoisier, 2015) ; on se garde de toute naïveté. La pédagogie médicale n'est pas facile à installer (Boelen, 2014). Le modèle délibératif (Ericsson, 2004 ; Côté, 2015) pourrait paraître le plus idoine aux prescriptions actuelles en santé (cf. plus haut). Nous prendrons comme ancrage la référence à la clinique de l'activité de Clot (2007), préférant déléguer la question du métier directement aux médecins hospitaliers spécialistes, plutôt qu'imposer un style pensé comme préférable *a priori* en matière de santé. Nous délaissions de même les modèles de formation à la consultation (Lussier & Richard, 2008 ; Fournier & Kerzamet, 2007) au profit d'une centration sur les souhaits des intéressés, proposant aux médecins des scénarios-type communicationnels à discuter. Rétroagir sur ses propres pratiques de consultations (Côté, 2015) *via* l'insertion de modules de SHS en 1^{ère} année de formation en santé (Gaillard & Lechopier, 2015) est possible, à partir de données linguistiques. Un premier *focus group* avec trois/quatre médecins experts fut envisagé à partir des données de *DECLICS2016* : nous les soumettions à des données verbales aménagées, en tentant de séparer le spécialiste de ses habitudes de raisonnement clinique médical (Jouquand et *al.*, 2013 ; Audétat et *al.*, 2011) ; nous changions le lexique employé, les références authentiques au traitement. Notre intérêt était à terme de pouvoir aider les internes en médecine à appréhender l'espace de la consultation médicale. On souhaitait court-circuiter le raisonnement médical activé *via* l'expérience professionnelle des spécialistes qui nous semblait peu transmissible en formation initiale. Mais, quelle marge de progression professionnelle peut-on attendre des représentations des médecins (Nguyen-Khac, 2017) quant à divers scénarios communicationnels ?

2. Petit et grand corpus : intérêt et limite du corpus *DECLICS2016*

La notion de corpus n'est pas stabilisée. Doit-on considérer l'utilité d'un corpus *via a*) sa taille (Danino, 2018), sa dimension applicative à un secteur professionnel - *le soin* (Cosnier, Grosjean & Lacoste, 1993), - *l'éducation* (Henrion-Latché & Auriac-Slusarczyk, 2020), - *les sciences politiques* (cf. Trognon, Mayaffre, op.cit.), ou *via b*) son intérêt pour renouveler l'étude d'objets historiquement analysés - *la métaphore* (Cameron & Deignan, 2003), ou encore *via c*) son ambition de dévoilement de nouveaux paramètres - *la multi-modalité, la gestuelle* (Ferré, 2016a/b), enfin *via d*) son genre comme langue de spécialité révélant usages et contextes inédits (Blasco & Cappeau, 2018 ; Blasco et al., 2019) ? L'ensemble de ces questions vise à caractériser l'objectif de constitution d'un corpus, cas de *DECLICS2016*. La qualification d'un corpus n'intervient en fait qu'une fois qu'il est finalisé et diffusé ; *DECLICS2016* ne peut pour l'instant faire l'objet d'une diffusion, eu égard au caractère personnel des données contenues³, le partage des données restant restreint à un archivage au sein des MSH contributives^{4/5} jusqu'à plus ample anonymisation.

2.1. Optiques/visées et caractéristiques de *DECLICS2016*

DECLICS2016 a été prévu pour permettre l'exploitation des données en tant que *corpus-based*, pour confirmer/infirmes des hypothèses préalables, mais aussi comme *corpus-driven* engageant à des procédures plus inductives, pour explorer les données sans *a priori* (Williams, 2005 : 13 ; Danino, 2020 : 5). C'est un corpus de paroles authentiques, enregistrées pour exploiter, si ce n'est des hypothèses de recherches préalables, les intentions qui ont prédéterminé sa constitution. Son exploitation prévoyait des études en syntaxe, suivant la méthode de *corpus-*

³ L'enregistrement, exclusivement en mode audio, protège néanmoins déjà le caractère personnel des données ; mais l'anonymisation reste incomplète.

⁴ Voir la plateforme Multiplumes de la MSH Clermont-Auvergne dédiée : <http://msh-clermont.fr/content/multiplumes-incubateur-de-projets-corpus-pour-les-shs>

⁵ Les chercheurs intéressés peuvent adresser une demande à mylène.blasco@uca.fr, qui pourra leur être accordée sous couvert d'un respect de confidentialité pour partager ces données scientifiques, ce, avec accès restrictif. Toute demande sera préalablement soumise et examinée par le comité éthique de l'UCA.

driven (Advocat & Blasco, à paraître) et en pragmatique, croisant dans ce cadre la double méthode *corpus-based* (Delsart, 2020) et *corpus-driven* (Advocat & Delsart, 2018).

DECLICS2016 comporte un total de 31 heures 20 minutes réparties sur 42 séquences déclinées sous trois formats : 1) des consultations médicales entre un médecin hospitalier spécialisé et un patient, 2) des entretiens cliniques entre un thérapeute d'orientation psychanalytique et un patient, 3) des présentations cliniques (à la manière des présentations de Charcot, voir Clavurier, 2014) entre un thérapeute et un patient, placés face à un auditoire composé d'une équipe médicale spécialisée et de chercheurs en SHS. Comparativement à d'autres corpus (Chevalier, 2007, 2008 ; Chanet, 2003), c'est un petit corpus. Il pourra à terme entrer comme un corpus exploitable pour révéler des *faits de langues* liés à l'authenticité des paroles recueillies (Chevalier, 2008) et permettre des exploitations croisées (cf. Chevalier, 2007⁶; Chanet, 2003⁷). Il est pour l'heure à catégoriser comme corpus spécifique lié à une *langue de spécialité*, particularisant le genre de l'échange médical (Cosnier et al., 1993), composé d'emplois reliés *a priori* aux conditions singulières de sa situation de production (Roiné et al., à paraître).

L'exploitation de *DECLICS2016* se fait actuellement au fil de l'eau, l'ensemble des données n'étant pas totalement transcrit, la rigueur scientifique de sa transcription rendant sa diffusion progressive pour être normée aux besoins de chaque étude^{8/9}. Actuellement 23 séquences enregistrées sont transcrites, représentant 16 heures 14 minutes pour un total de 207 442 mots (voir Tab1. ci-après et nos annexes). Cinq services hospitaliers et leurs cinq médecins volontaires en *neurologie*, *nutrition*,

⁶ Chevalier utilise 6 corpus, respectivement de 20 000, 84 600, 177 900, 530 000, 210 000 et 35 000 mots.

⁷ Chanet utilise les corpus CORPAIX, 1 050 000 mots et CRFP 450 000 mots.

⁸ La transcription croise notamment les conventions du GARS (français parlé) et de VALIBEL (interaction).

⁹ Les extraits de corpus présentés aux médecins ont été nettoyés de toutes marques de convention de transcription qui pourraient gêner la lecture, seules les pauses courtes, symbolisées avec le signe classique « + », sont maintenues.

maladies infectieuses, médecine interne et pédiatrie, contribuent à varier les conditions de recueil pour une hétérogénéité voulue. Cinq thérapeutes français d'orientation analytique ont pris en charge les entretiens et/ou présentations cliniques sur la base du volontariat.

2.2. DECLICS2016 : caractéristiques d'un corpus volontairement varié et hétérogène

La constitution du corpus fut initiée grâce au partenariat scientifique initial de deux services (*neurologie/pédiatrie*), mais les aléas des consultations n'ont pas permis de développer *DECLICS2016* de manière linéaire. Les tableaux suivants (Tab.1 et Tab.2) renseignent sur la répartition des enregistrements (genre, participants, nombre de séquences).

Tableau 1- Composition du corpus *DECLICS2016* au 03 avril 2020

	Neurologie	Maladies infectieuses	Nutrition	Médecine interne	Pédiatrie	Total
Séquences enregistrées	18	8	9	5	2	42
Consultations	15	3	6	1	1	26
Entretiens cliniques	3				0	3
Présentations cliniques		5	3	4	1	13

Le tableau en annexe détaille ces éléments en indiquant la durée de chaque séquence selon les services et les conditions d'enregistrement : consultations *versus* entretiens ou présentations cliniques.

Tableau 2- Participants du corpus *DECLICS2016*¹⁰

	Nombre de participants	Femmes	Hommes
Thérapeutes	5	2	3
Médecins	10	6	4
Patients	35	18	17
Aidants	13	9	4

Tel qu'initié au départ, *DECLICS2016* met en regard une consultation et un entretien ou une présentation clinique conduits

¹⁰ Informations correspondant à l'état du 03 avril 2020.

avec un même patient, ce que nous avons désigné par la notion de binômes (Delsart & Marquès, 2019 ; Auriac-Slusarczyk & Delsart, soumis), méthodologie qui permet de comparer les *faits de langue* entre médecins et thérapeutes. Six binômes sont accessibles, représentant un minimum pour des traitements statistiques. À défaut de davantage de verbalisations sous format de binômes, nos études linguistiques envisagent l'application de nos résultats au parcours de soin ; nous vérifions dans quelle mesure la linguistique aide (ou non) le médecin spécialiste d'un domaine (*neurologie, nutrition, pédiatrie, etc.*) à transformer son regard sur son activité de consultation.

Nous forgeons ainsi l'hypothèse que la linguistique, en tant que SHS sert la médecine (voir notamment Auriac-Slusarczyk & Blasco, 2019). Est-ce le cas ?

3. Un découpage du corpus DECLICS2016 avec extraction de marques *a priori* utiles

Dans l'optique pragmatique de faire bénéficier aux médecins des avancées de la logique interlocutoire (voir Trognon, 2012, pour un historique circonstancié), sans prétendre embrasser néanmoins ce champ dans sa complexité, nous avons fait des choix discutables. Sont-ils les bons ? Saisis entre la méthode *corpus-based* et *corpus-driven*, nous parions que certaines marques sont plus à même de comparer le discours des médecins vs thérapeutes. Il s'agit des marqueurs de régulation/structuration de la conversation (Auchlin, 1981) ou ponctuants verbaux (Vincent, 1993), des marqueurs indiquant les rapports de places (*taxèmes*, Kerbrat-Orecchioni, 1988), et ceux dénotant la cohérence discursive, en se focalisant exclusivement pour l'instant sur *mais* et *donc* (Delsart & Marquès, 2019 ; Auriac-Slusarczyk & Delsart, à paraître, soumis). Dans la lignée des travaux en logique interlocutoire, nous proposons l'analyse d'évènements interlocutoires (Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2020) que nous transformons en scénarios pédagogiques, en pointant des stratégies discursives locales déterminantes pour les soignants. Pour les médecins, nous tentons de typifier le genre de la consultation médicale à partir de ces scénarios. Nous avons ainsi exploré l'usage du lexique émotionnel (Auriac-Slusarczyk & Delsart, 2020, soumis) et étudié les effets des hétéro-

répétitions locales (Delsart, 2020). L'exploration de *DECLICS2016* est progressive.

3.1. Les indicateurs sélectionnés et priorisés à destination du corps médical

Nous discuterons des choix en conclusion : ici, nous présentons et illustrons la résultante de nos choix. Trois vignettes cliniques (en annexes) donnent l'aperçu exhaustif d'extraits initialement sélectionnés à destination des médecins, pour engager avec eux une discussion formative pour qualifier la communication en consultation médicale (cf. Kébir et *al.*, 2020, *op.cit.*). Nous intégrons dans le corps de l'article un seul exemple (extrait 1., ci-dessous) montrant le relevé de marqueurs typiques largement connus des linguistes, les *taxèmes* (cf. Kerbrat-Orecchioni, 1987 ; Delsart & Marquès, 2019).

Extrait 1. Rapport de places¹¹

MED[0h01m07]: donc **on** va dire qu'**on** est à deux mois

PAT[0h01m09]: voilà tout à fait oui exactement

MED[0h04m09]: **il y** a pas d'horaire particulier

PAT[0h04m11]: non **il y** a pas d'horaire particulier voyez là là **je** ce matin j'ai eu des palpitations quand j'ai fait la gym et puis là bon

AID[0h04m18]: à la gym **tu t'**approchais de la prise du traitement

PAT[0h04m22]: oui

MED[0h06m23]: ça ça peut être intéressant que **vous** voyiez une eritaboliste*

PAT[0h06m24]: oui voilà tout à fait

PAT[0h09m19]: moi **je** veux bien **ça** me gêne pas **ça c'est vous** qui décidez hein mais

MED[0h09m22]: voilà **on** va essayer comme ça le Ratripex* il bouge pas

Légende : * voir plus bas (§ 4.1. et 4.2.) sur l'insertion de ces *non mots*.

¹¹ Nous soulignons minimalement les pronoms personnels en partie indicateurs des rapports de places interlocutives.

Est-ce qu'un médecin mis face à cet extrait de corpus peut travailler la notion de rapport de places tel que les linguistes en font un outil d'analyse théorique et empirique ?

Les extraits mis en annexe tentent pareillement de faciliter aux médecins l'accès à des interprétations basées sur des outils linguistiques. L'étude pragmatique des consultations a dégagé deux niveaux d'évènements interlocutoires touchant à la mise en scène (cf. Charaudeau, 1995) de : a) l'intercompréhension et b) les stratégies présupposées du médecin (cf. annexes). Ces deux catégories reposent sur le travail *sur* corpus du linguiste qui ne saurait être détaillé (Auriac-Slusarczyk, 2019 : 13-14).

Le médecin face à cet extrait-type est-il à même d'extraire des critères d'intelligibilité pour *faire son métier* (cf. Clot, 2007, op. cit.) ? La délimitation de scénarios formatifs prototypiques, basés sur ces évènements interlocutoires pré-analysés, paramètre des échanges caricaturaux sensés aider le corps médical. En fait, nous avons dû réduire le champ d'interrogation des médecins à trois cibles les confrontant 1) au rapport de places ; 2) à l'intercompréhension et 3) aux stratégies du médecin, laissant de côté les éléments portant sur les régulateurs ou ponctuels verbaux (*oui, hum, bon, etc.*) dont on sait pourtant qu'ils sont des indicateurs professionnels forts (ex : *alors*, voir Bouacha, 1981, pour exemple).

3.2. Trois scénarios prototypiques visant des vignettes cliniques formatives

Avons-nous conduit la bonne réduction ? Le linguiste est-il bien placé pour s'adresser aux médecins ? Comment, basé sur ses résultats, peut-il en faire profiter le médecin ? Les questions suivantes sont adressées aux médecins: quel style d'échange préférez-vous ? Pourquoi ? Comment dénommeriez-vous le style de chaque scénario, l'attitude du médecin et du patient ? Ces scénarios font-ils échos à votre pratique ? Diriez-vous que vous adoptez un style constant ou variable, selon les patients, dans votre pratique ? Si vous aviez à intervenir en formation auprès d'internes, préféreriez-vous présenter l'un de ces scénarios, plutôt qu'un autre ? Pourquoi ? Il s'agissait de voir si l'échelle

a) du marqueur clef, b) de l'évènement interlocutoire et c) du genre conversationnel était accessible au médecin. Et, conséquemment, savoir si les médecins repèrent la même chose, selon leur spécialité, leur âge, leur expérience professionnelle.

4. La mise à l'épreuve auprès de médecins : *focus group* sur la base de notre matériau linguistique

Le cadrage d'un premier *focus group* a impliqué trois médecins de spécialité, âge et expérience professionnelle variés portant les objectifs suivants : a) recueillir leur avis professionnel sur les pratiques du métier ; b) discuter la qualité de communication entre médecin et patient et c) dialoguer sur une formation utile aux jeunes médecins. Nous indiquons ce que nous avons considéré comme écueils vs réussites quant à former à partir des paroles authentiques issues de *DECLICS2016* et analysées par le linguiste.

4.1. Nos vignettes minimales caricaturales : constat d'une trop grande réduction

Trois micro vignettes présentaient des extraits d'échanges sous forme d'acteur-types caricaturaux : *assentiment*, *opposant* ou *négociateur* (extraits 2, 3 et 4). L'intérêt était de disposer de vignettes simplifiées croisant les indicateurs linguistiques et nos interprétations interlocutoires pour ouvrir les trois pistes prédéfinies: a) rapport de place, b) intercompréhension et c) stratégies du médecin (cf. §.3.1.).

Extrait 2, micro vignette, patient-type assentiment

PAT[0h09m19]: **moi** je veux bien + ça me gêne pas **ça c'est vous qui décidez** hein mais ; MED[0h09m22]: **voilà** on va essayer comme ça + le Azilect** il bouge pas

Extrait 3, micro vignette, patient-type opposant

PAT[0h16m55]: **c'est pour ça** que j'ai employé le terme d'idiopathie orpheline** ; MED[0h16m58]: **oui oui oui** j'ai bien saisi + hein mais c'est idiopathie** **ça veut pas dire ça**

Extrait 4, micro-vignette, médecin-type négociateur

MED[0h10m00]: **nous** on peut refaire un point par exemple dans trois mois avec la prise de sang et de voir où ça en est + **après** pour le suivi **comme vous** disiez essayer que vous

puissiez vous trouver **vos propres solutions** euh avec l'aide de mes collègues

Légende : les mots de jargon sont repérés par un double astérisque (voir le §4.2. suivant).

La réduction à ces trois micro vignettes nous a conduits à une mise en doute de ce support, confirmée ensuite par l'entretien mené avec des médecins (voir §.5).

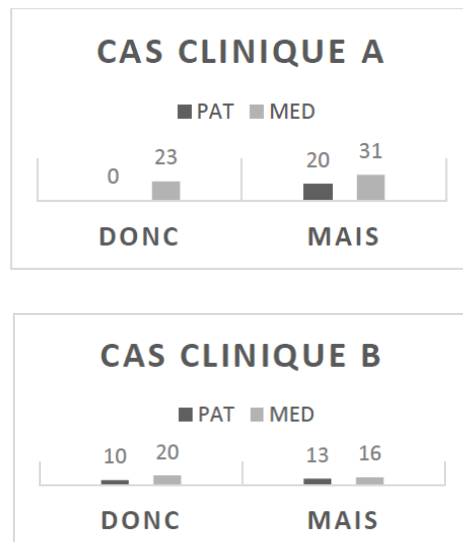
4.2. L'impasse lexicale : comment faire ?

La présentation des extraits aux médecins a posé problème : devons-nous souligner les indicateurs linguistiques ou les faire découvrir aux médecins ? L'emploi du jargon par les médecins repérés de longue date comme entravant potentiellement la compréhension (Turpin, 2002 : 58) et maintenant le patient à distance de la sphère savante nous a conduits à remplacer les termes jargonnant (extrait 2, plus haut) par des *non mots* inventés (cf. extrait 1, §3.1., et annexes). Il s'avère très délicat d'interroger un spécialiste *-neurologue, nutritionniste, infectiologue-* ou un généraliste, en leur ôtant cet habitus de jargon ; le linguiste ne maîtrise pas plus que le *quidam* l'usage des mots de spécialité médicale et notre inventivité a trouvé sa limite. Nous avons opté pour réintroduire le jargon initial, l'évocation de médicaments inconnus dérangeant le médecin. Si nous avons préféré l'exploitation de paroles authentiques, transformer l'authenticité de propos au profit d'une formation reste possible et discutable ; les limites d'une exploitation de données alternativement originales *vs* adaptées doivent questionner la formation.

4.3. Interpréter des graphiques : consensus sur l'habitus expert des médecins

Les médecins, de formation scientifique, sont rodés à la lecture interprétative de graphiques et sensibles aux données chiffrées. Cependant, une présentation chiffrée (Fig.1) fonctionne-t-elle mieux que des extraits de parole ? N'est-elle pas réductrice ? Engage-t-elle à la réflexion ? La simplification chiffrée des données vaut-elle davantage car créditant la linguistique de méthodes d'apparence scientifiques ou usuelles ?

Figure 1- Extrait présenté aux médecins rapportant le nombre d'occurrences brutes d'emplois de *mais* et *donc* comparant patient (PAT) et médecin (MED) sur deux cas cliniques authentiques –A/B-.



La prise de note effectuée *in situ* lors de la tenue du *focus group* révèle quelques caractéristiques saillantes des propos réactifs des médecins sur ces graphiques. Pour A, un médecin énonce son absence d'étonnement quant à l'emploi nul de *donc*, pointant comme évidente l'incapacité du patient à savoir interpréter ce qui se dit. Un autre médecin déclare la même absence d'étonnement, en notant qu'un patient préfère de toutes façons se distancier et laisser le médecin « s'occuper de tout ». L'image du patient-type fonctionne extrapolée directement par les médecins et rendue par des propos tranchés : *cela ne m'étonne pas du tout ; je ne suis pas étonné*¹². L'approche par scénarios est pourrait-on dire alors nulle en effets formatifs : l'habitus diagnostique fait écran, l'évocation de l'expérience opacifie, il n'y a aucune mise en doute. Pour B, une image extrapolée de patient-type s'effectue pointant les équilibres d'emplois entre *mais* et *donc* : l'équilibre différent *mais/donc* engage le dialogue entre médecins : la

¹² Propos tronqués ou glosés.

conduite cohérente du discours par le truchement de *mais* est d'emblée attribuée au rôle de médecin, quand bien même est noté que l'emploi de *mais* ne destine pas à être *contre le patient*. Pour *donc* le patient respecterait son rôle de vérificateur de *ce que le médecin a compris/transmis*. Il semble n'y avoir aucune remise en cause des rôles connus d'avance de médecins et patients. L'expérience médicale voile toute nouvelle contextualisation possible des habitus diagnostiques (cf. Audetat et al., 2011) : les médecins projettent leur expérience singulière dans l'usage de *mais/donc* et les apports du linguiste n'enclenchent aucun des processus formatifs réflexifs attendus.

4.4. Tenue du *focus group* avec des médecins : le court-circuit des faits de langues par les médecins

Le déroulé complet du *focus group* exploitant la psychologie ergonomique (Kébir et al., 2020, op.cit.) ne peut être exposé ici. Parmi les phases de ce déroulé, les consignes liées aux objectifs orientant sur les - a) *rapport de place*, b) *intercompréhension*, c) *stratégies* (cf. § 4.1.), assorties à quatre extraits de paroles authentiques, furent soumis aux médecins (cf. annexes, vignettes 1, 2 et 3).

Nous avons proposé à trois médecins réunis de faire des commentaires spontanés et libres, discutant et revenant sur ce qui se disait entre eux. On leur présentait quatre extraits d'échanges cliniques,¹³ qui, d'abord commentés librement, s'assortissaient ensuite de questions: 1. *Que pensez-vous de cet extrait ?* 2. *Que remarquez-vous du point des mots, des tournures de phrases ?* 3. *À quoi êtes-vous sensibles ?* 4. *Que reprenez-vous de cet échange ?* Chaque extrait pensait l'exploitation de *faits de langue* orientée par notre étude linguistique préalable. Quelques points épineux ressortent des entretiens : les médecins notent et commentent a) *l'absence de clarté*, b) *la protection/défense du médecin*, c) *la taille des prises de paroles*, d) *la rupture du dialogue que les médecins déclarent comme étant à éviter*. Les médecins renchérissement comme se contrariaient : ce qui les frappe

¹³ Une lecture silencieuse précédait une lecture orale intonative proche de l'enregistrement effectif pour coller à l'authenticité du contexte.

c'est l'impression d'un dialogue peu clair, sans axe défini dans ces paroles authentiques. Déroutés, ils cherchent des contextes d'interprétation, des appuis expérientiels et se disent surpris par le peu de paroles du médecin. Ils disent plausible la protection de tel médecin contre un envenimement de l'échange ; dérangés par quelques propos assimilés à des menaces, ils déclarent ne jamais vivre ceci. Interrogés sur leurs propres modalités de prise de paroles, ils verbalisent a) leur désintérêt pour les histoires de vie des patients, b) la nécessité d'imposer un cadre/une orientation au patient, c) leur lutte contre les effets de ruptures du dialogue, et que d) leurs paroles ne sont pas réductibles aux extraits authentiques soumis.

De manière emblématique, ces trois médecins qui, du coup ne se considèrent pas comme échantillon représentatif, court-circuitent la dimension linguistique proposée à leur attention ; l'un dira : « *je suis pas suffisamment acclimaté à repérer des mots clés, je repère mieux les non-dits¹⁴* », et un autre indiquera que « *le non verbal est une grande partie de la communication* ». Le verbe est ainsi fui. L'un et l'autre affichent la même démotivation à décrypter les *faits de langue*, se dégageant de ce que les linguistes et ergonomes proposent ; ils revendiquent être persuadés que la meilleure formation est celle du compagnonnage. Circonspects sur l'aspect réflexif que devraient suggérer les échanges authentiques qu'ils jugent distants de leurs habitus, ils disent que ces scénarios pourraient convenir à la formation des jeunes. Ils suggèrent alors une formation spécifiquement dédiée à la communication, en l'indiquant inutile pour eux ; ils disent la difficulté de se mettre dans des situations non vécues. Interrogés sur les simulations pratiquées en formation en internat de médecine, les médecins rapportent pourtant que ces simulations sont très stimulantes : ils expriment leur intérêt pour les jeux de rôles basés sur des cas cliniques, reconnaissent la similarité du procédé avec les cas soumis. Toutefois l'usage de vidéos, de films, d'emplois d'acteurs sous-entendus plus dynamiques ou de grilles d'observation pré-catégorisées leur paraît ne pas

¹⁴ Idem. Propos partiellement tronqués pour préserver le choix de non divulgation des médecins (voir § 4.5.).

remplacer l'expérience clinique d'une carrière. Ils insistent alors soudainement sur l'importance des mots à la condition qu'on s'intéresse aux cas de diagnostics graves, cancers par exemple (cf. Saint-Dizier de Almeida, 2013).

Au final, les médecins révèlent leur sensibilité au non verbal plus qu'au verbe et raillent les politiques de santé qui soumettent les jeunes internes à dire « *la vérité* » à tout prix. Un consensus semble acquis : soigner est une affaire de mot, et le verbe rejoint à ce niveau le choix politique. Mais les médecins ne sont pas prêts en l'état des conditions proposées sur la base d'une exploitation du corpus *DECLICS2016*, à s'engager facilement à décrypter les/leurs/le discours.

4.5. Ethique et exploitation de corpus : jusqu'où peut-on aller ? Usage et partage du corpus *DECLICS2016*

Les données de base que constituent les paroles authentiques enregistrées avec l'assentiment des patients, aidants, médecins et thérapeutes ne posent pas de souci à l'étude du linguiste, les chercheurs authentifiant le respect strict des conditions éthiques d'exploitation¹⁵. En revanche, les propos originaux et singuliers issus de la confrontation croisée entre médecins n'ont pu et ne peuvent être publiés ; les médecins ont confié verbalement leurs avis authentiques, au prix d'être assurés qu'on ne divulguerait cette vérité du verbe à *quiconque*. Ils n'ont donc pas consenti à la divulgation en l'état de leurs verbalisations. Nous avons dû glosé leurs propos, mais ne pouvons/pourrons en faire une étude trop fouillée. La linguistique de corpus est alors directement interpellée dans ses modalités de constitution et d'exploitation éthique des paroles authentiques singulières. La forme de digression dans l'usage des données fournies par les linguistes, puis commentées par les médecins, semble ne pas fonctionner. La métaphore de la poupée russe où l'on pensait pouvoir emboîter des propos sur des propos pour gagner en application n'a pas totalement abouti. Cela interroge sur l'intérêt du projet *DECLICS*, ou le corpus *DECLICS2016* se veut dédié à une

¹⁵ Accord du CERES de Paris-Descartes acquis sur demande du 10/12/2016 par Mylène Blasco et Océane Advocat.

linguistique appliquée (cf. Auriac-Slusarczyk & Blasco, 2019). À qui servent les corpus reste une question fondamentale.

5. *Discussion générale*

Quand Kerbrat-Orecchioni étudie les *faits de langue* dans les boulangeries ou les boucheries (Kerbrat-Orecchioni, 2004), ce n'est pas pour former les *petits commerçants français* à être plus ou moins polis (Kerbrat-Orecchioni, 2001). Quand un corpus se destine à des retombées sociétales en termes de santé publique, sa constitution prend des tournures différentes, aux allures potentiellement ou pratiquement politiques. Notre contribution, en ce sens, questionne les linguistes, dont nous sommes, sur la qualité des études réalisées qui concernent de concert les conditions de constitution comme de portée d'un corpus. Avons-nous conduits les bons choix, la bonne réduction des *faits de langue* étudiés en *scénarios*, et su pré-adapter les temps d'échanges supposés formatifs auprès des médecins ? S'il est trop tôt pour conclure de manière décisive sur cet aspect, nous voudrions mettre en discussion certains éléments. Car comme le remarque C. Kerbrat-Orecchioni, « *de l'observation du fonctionnement de la politesse dans une situation aussi banale que l'achat d'une baguette de pain, il ressort : (1) Que loin d'être un phénomène marginal confiné dans quelques « formules » bien circonscrites, la politesse est en réalité diffuse et profuse, dans ce type de discours comme dans bien d'autres : près de la moitié du matériel produit dans les deux interactions qui viennent d'être analysées a une fonction moins transactionnelle que rituelle.* » (Kerbrat-Orecchioni, 2001 : 7). L'étude en pragmatique-linguistique menée, dont les études préliminaires que nous avons réalisées (cf. § 3.) constituent le terreau préalable d'une conclusion identique : du point de vue de la linguistique, la distribution, la diffraction des marques de discours, des tournures, des enchaînements interlocutoires rend compte de la relation prototypique médecin-patient. Car, en matière de santé, il est question, aussi, de négocier (cf. Kerbrat-Orecchioni, 2004). En santé cependant, la levée de différends n'est pas sans conséquences pour la formation des médecins. Les stratégies, les changements de rôles, la construction des places discursives

témoignent pour le linguiste d'une relation sociale et statutaire qui construit la relation patient-médecin. Toute politique de santé publique pensant les conséquences de cette *relation* de soin doit apercevoir qu'elle est verbalement tissée. Mais voilà, le médecin confronté aux faits linguistiques n'en tire pas nécessairement partie. Même si on sait la confrontation à des cas cliniques fructueuse en formation initiale en médecine (cf. Sommer & Rider, 2014 ; Audétat, Laurin & Sanche, 2011 ; cf. § 4.4), le passage d'une linguistique fondamentale à son usage académique en formation (cf. Millette, Lussier & Goudreau, 2004) soulève des questions épineuses. Comment bloquer les habitus de raisonnements des médecins, et provoquer chez eux des interrogations sur leur expertise communicationnelle ? Comment saisir les freins, leviers, obstacles, intérêts et motivations au changement ? La dé-contextualisation lexicale était-elle, même si nous l'avons abandonnée (cf. § 4.2.), une bonne idée ? Faudrait-il informer les médecins des résultats en SHS avant la confrontation aux cas cliniques auxquels nous les avons soumis ? A-t-on intérêt à présenter des cas similaires en réunion de service, aux internes seulement, à un collectif de médecins aux spécialités variées ? Peut-on faire envisager aux médecins une appropriation puis une forme d'utilisation de ces scénarios avec leurs internes ? Est-ce souhaitable ? Ne risque-t-on pas, en ce cas, des dérives de surutilisation, raccourci ou distorsion quant à l'interprétation de certains *faits de langue* mal appropriés (cas des équilibres *mais/donc*, cf. § 4.3.) ? A-t-on intérêt à utiliser les scénarios comparant des situations authentiques jugées somme toutes artificielles (cf. §. 4.4. et 4.3.) ou provoquer des occasions de pénétrer en tant que linguiste les équipes médicales en terrain hospitalier ? Toutes ces questions intéressent directement le linguiste, qui reste responsable de la portée de ses travaux. Nous espérons que cette contribution peut, modestement, engager la discussion à ce niveau.

Références

Advocat, O, & Delsart, A. (2018). « Regards croisés sur les données du corpus *DECLICS2016* », Colloque CA2LI, *Lier Recherche et Formation professionnelle : les corpus à l'interface*, 16 novembre 2018, UCA-MSH, Clermont Ferrand.

Advocat, O. & Blasco M. (à paraître). « Étude d'entretiens médicaux : procédés de densification et de réduction des formes linguistiques à l'oral », in H. Gruet-Skrabalova et F. Spitzl-Dupic (Eds). *Fonctions discursives des formes linguistiques réduites*, Allemagne : Nodus, Münster.

Advocat, O., Blasco, M. & Durif, F. (2019). « Les entretiens entre patients et professionnels de santé : éléments de construction collective des discours », *ESASO* 5(2) : 23-39.

Aubry, R. & Mallet, D. (2008). « Réflexions et propositions pour la formation médicale », *Pédagogie médicale*, 9(2) : 94-102.

Auchlin, A. (1981). « Mais heu, pis bon, ben alors voilà, quoi! Marqueurs de structuration de la conversation et complétude », *Cahiers de linguistique française*, 1 : 141-159.

Audétat, M.C., Laurin, S. & Sanche G. (2011). « Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique », *Pédagogie Médicale*, 12 : 223-229.

Auriac, E. (2007). « Quels indicateurs retenir pour progresser dans l'étude des discours scolaires ? », in A. Sepcogna (Dir.), *Enseigner dans l'interaction* (pp.). Paris : L'Harmattan, 33-56.

Auriac-Slusarczyk, E. (2019). « Les discours entre soignants et patients. Etudes contemporaines. Introduction », *ESASOS*, 5 (2) : 7-19.

Auriac-Slusarczyk, E. & Blasco, M. (2019). *Les discours soignants soignés adressés aux patients. Quelle contribution des sciences humaines et sociales ?* N° Thématique, Revue ESASOS, 5(2).

Auriac-Slusarczyk, E. & Delsart, A. (soumis). « Le lexique émotionnel et affectif en entretiens cliniques. Exploration du corpus *DECLICS2016* », *Tipa*, avril 2020.

Auriac-Slusarczyk, E. & Delsart, A. (à paraître). « Le lexique émotionnel et affectif en consultations médicales pour comprendre la relation de soin », in M. Blasco, *Parler à l'hôpital : écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit*. Munster : Nodus Editions.

Auriac-Slusarczyk, E. & Delsart, A. (2020). « Le lexique émotionnel et affectif. Exploration du corpus *DECLICS2016* »,

Colloque eMOTions, Bordeaux -4-5 juin 2020/report 26-27 novembre 2021.

Auriac-Slusarczyk, E., Delsart, A., Saint-Dizier V., Zehnder, E., Blasco M., Advocat O., Durif F., Lebas-Fraczak, L. (2018). « Étude pragmatique des discours soignants/soignés en contexte hospitalier », *Xe Congrès francophone de psychologie de la santé, Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, 13-15 juin 2018, Metz : Université de Lorraine.

Balcou-Debussche, M & Autier, D. (2018). « Interventions éducatives et santé : éléments de problématisation », *ESASOS*, 4(2) : 7-16.

Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Paris : Editions des Archives Contemporaines.

Balcou-Debussche, M. (2016). « Interroger la littératie en santé en perspective de transformations individuelles et sociales. Analyse de l'évolution de 42 personnes diabétiques sur trois ans », *Recherches & Educations*, 16 : 73-87.

Batt, M. & Trognon, A. (2012). *Étude d'un jeu de dialogue professionnel. Le conseil en médecine prédictive*. Nancy : Éds. Maison des sciences de l'homme Lorraine, Collection Lang.

Berthod-Wurmser, M., Bousquet, F. & Legal, R. (2017). « Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter », *Revue française des affaires sociales*, 1 : 5-19.

Billon-Descarpentries, J. (2000). « Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé », *Spirale*, 25 : 17-30.

Blasco, M. & Cappeau, P. (2018). « Construire et analyser un corpus oral sur objectifs spécifiques : précautions et réflexions », *Journées d'étude du Centre d'Études Linguistiques (CEL) et le Centre Interlangues Texte Image Langage, Corpus sur objectifs spécifiques*, 15- 16 novembre Lyon : Université Jean Moulin.

Blasco, M., Cappeau P., Auriac-Slusarczyk E., Advocat O., Delsart A., Richard E., Drouet G., Kébir, Y & Saint Dizier De Almeida. V. (2019). « *DECLICS2016* : Un corpus pour recueillir, analyser et améliorer la parole en milieu hospitalier »,

10èmes Journées Internationales de la Linguistique de corpus, 26-28 novembre, Grenoble : UGA.

Boelen, C. (2014). « Il était une fois, il y a trente ans..., l'éducation médicale francophone », *Pédagogie Médicale* 15 (1) : 61-62.

Bouacha, A. (1981). « "Alors" dans le discours pédagogique: épiphénomène ou trace d'opérations discursives », *Langue Française*, 50 : 39-52.

Bousquet, F. & Ghadi, V. (2017). « La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international », *Revue française des affaires sociales*, 1 : 116-127.

Cameron, L. & Deignan, A. (2003). "Combining Large and Small Corpora to Investigate Tuning Devices Around Metaphor in Spoken Discourse", *Metaphor and Symbol* 18(3): 149-160.

Chanet, C. (2003), « Fréquence des marqueurs discursifs en français parlé : quelques problèmes de méthodologie, *Recherches sur le français parlé*, 18 : 1-25.

Charaudeau, P. (1995). « Rôles sociaux et rôles langagiers », in D. Veronique & R. Vion (dir.), *Modèles de l'interaction verbale*. Aix-en-Provence : Presses Universitaires de Provence, 79-96.

Chevalier, G. (2007). « Les marqueurs discursifs réactifs dans une variété de française en contact intense avec l'anglais », *Langue française*, 154(2) : 61-77.

Chevalier, G. (2008). « Les français du Canada : faits linguistiques, faits de langue », *Alternative Francophone*, 1(1) : 80-97.

Clavurier, V. (2014) « Les présentations cliniques. De la psychiatrie à la psychanalyse », *Essaim*, 2 : 53-76.

Clot, Y. (2007). « De l'analyse des pratiques au développement des métiers », *Éducation & Didactique*, 1(1) : 83-93.

Cosnier, J., Grosjean, M. & Lacoste, M. (1993). *Les interactions en milieu soignant. Soins et communication: approches interactionnistes des relations de soin*. Lyon: Presses universitaires de Lyon.

Côté, L (2015). « Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique », *Pédagogie Médicale* 16(1) : 79-84.

Danino, C. (2018). « Introduction. Les petits corpus », *Corpus*, 18 : 1-10.

Delsart, A. (2020). « Les statuts des locuteurs dévoilés par l'usage des répétitions locales en contexte de soin », *Espaces Linguistiques*, 1 : 26-4.

Delsart, A. & Auriac-Slusarczyk, E. (2020). « *Étude pragmatique de la relation médecin/patient à partir de données orales authentiques* », 7ème édition du Congrès Mondial de Linguistique Française, du 6 au 10 juillet, Montpellier 3 : Université Paul Valéry.

Delsart, A. & Auriac-Slusarczyk, E. (soumis). « Les emplois différentiels des marqueurs discursifs mais et donc en conversations cliniques : une étude linguistique appliquée à une pratique du soin éclairée, *Discours*.

Delsart, A. & Marques, A-R. (2019). « Effet de l'expertise communicationnelle sur la prise de parole des patients. Etude contrastée des discours entre médecine et thérapeutes », *ESASOS*, 5(2) : 59-83.

Do, M. & Bissieres, C. (2018). « L'observance à l'épreuve du soin éducatif : la posture de patient réflexif en question », *Les dossiers des Sciences de l'Education*, 39 : 71-88.

Emanuel, E-J. & Emanuel, L-L. (1992). "Four models of the physician-patient relationship", *JAMA*, 267(16): 2221-2226.

Ericsson, KA. (2004). "Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains", *AcadMed*, 79(10 suppl): 70-81.

Fainzang, S. (2006). « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, 2(6) : 27-36.

Ferré, G. (2016a) "Between Fact and Fiction: Semantic fields and Image Content in Crime Infotainment programs", *Multimodal Communication*, 5, 2: 127-141.

Ferré, G. (2016b) "*Gesture/speech integration in the perception of prosodic emphasis*", 9th International Conference on Speech Prosody, 13-16 June 2018, Poland: Poznan.

Fournier, C. & Kerzanet, S. (2007). "Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », *Santé Publique*, 19(5) : 413-425.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Éditions Payot.

Gaillard, M. & Lechopier, N. (2015). « Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année

commune des études de santé. Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques », *Pédagogie Médicale*, 16 : 23-34.

Génolini, J-P., Roca, R., Rolland, C. & Mambrado, M. (2011). « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin? », *Revue sciences sociales et santé*, 3 : 81-12.

Henrion-Latché, J. & Auriac-Slusarczyk, E. (2020). « Étude sémantico-pragmatique du discours au profit d'un décryptage du parcours psychologique suivi d'adolescents fragilisés. Proposition d'une démarche de codage de discours », *Corpus*, 20, 1-20.

Jouquan, J., Parent, F., & Audétat, M-C. (2013). « Des analogies entre le raisonnement médical et l'évaluation formative », *Revue française de linguistique appliquée XVIII*(1): 93-106.

Kébir, Y., Delsart, A., Arfaoui, S., Auriac-Slusarczyk, E. & Saint-Dizier de Almeida, V. (2020). « L'apport d'une approche pluridisciplinaire pour enrichir l'analyse de l'activité de consultation de suivi médicale ». Colloque de la SELF, *L'activité et ses frontières. Penser et agir sur les transformations de nos sociétés*. 16-18 Septembre, Paris : La Villette.

Kerbrat-Orecchioni, C. (2001) « 'Je voudrais un p'tit bifteck', La politesse à la française en site commercial. », *Les Cahiers du Cédisor*, 7 : 105-118.

Kerbrat-Orecchioni, C. (2004). « Négocier dans les petits commerces », *Négociations*, 2(2) : 7-22.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1987). « La mise en places », in J. Cosnier & C. Kerbrat-Orecchioni (Dir.). *Décrire la conversation*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 319-352.

Louis-Courvoisier, M. (2015). « Pertinence des sciences humaines et sociale en médecine », *Pédagogie Médicale*, 16(1): 5-8.

Lussier, M-T. & Richard, C. (2008). « Because one shoes doesn't fit all: A repertoire of doctor-patient relationships », *Canadian family physician/Médecin de famille canadien*, 54(8): 1089-1092.

Marchand P. (1998). *L'analyse du discours assisté par ordinateur*. Paris : A. Colin.

Mayaffre, D. (2012). *Nicolas Sarkozy. Mesure et démesure du discours (2007-2012)*. Paris : Presses de la fondation nationale des Sciences Politiques.

Mayaffre, D. (2017). « Les mots des candidats, de « allons » à « vertu ». », in P. Perrineau (Dir.) *Le vote disruptif. Les élections présidentielles et législatives de 2017*. Paris : Presses de Sciences Po, Collection Chroniques électorales, 129-152.

Mayaffre, D., Pincemin, B. & Poudat, C. (2019). « Explorer, mesurer, contextualiser. Quelques apports de la textométrie à l'analyse de discours », *Langue française*, 203(3) : 101-115.

Mellet, S. (2002). « Corpus et recherches linguistiques, Introduction, *Corpus*, 1 : 1-6.

Millette, B., Lussier, M-T. & Goudreau, J. (2004). « L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire », *Pédagogie Médicale*, 5(2) : 110-126.

Moumjid, N. & Carrère, M-O. (2000). « La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale », *Revue française des affaires sociales*, 2(2) : 73-88.

Nguyen-Khac, A. (2017). « Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients », *Revue française des affaires sociales*, 1 : 187-195.

Piot, T. (2018) « Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39 : 13-31.

Préau, M. & Siméone, A. (2018). *De l'expertise scientifique à l'expertise profane*. Lyon : Psychologie du social. Éditions des archives contemporaines.

Richard, C., Lussier, M-T., Galarneau, S. & Jamouille, O. (2010). « Compétence en communication professionnelle en santé, *Pédagogie Médicale* », 11(4) : 255-272.

Roiné P., Blasco, M. & Auriac-Slusarczyk, E. (à paraître). « Rôle et valeurs des emplois en « c'est » dans le corpus Philosophèmes », in C. Frérot et M. Pecman, *Des corpus numériques à la modélisation linguistique en langues de spécialité*, Grenoble : Presses de l'UGA, pages non connues.

Saint-Dizier de Almeida, V. (2013). « Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux », *Activités*, 10(2) : 54-81.

Sommer, J-M. & Rieder, A-R. (2014). « Comment enseigner la communication au cabinet », *PrimaryCare*, 14(8) : 136-138.

Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). "The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship", *Archives of Internal Medicine*, 97: 585-592.

Thievenaz, J. (2018). « Les situations d'apprentissage réciproques (le cas de la consultation médicale) », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39 : 131-150.

Trognon A. & Larrue, J. (1997). *Pragmatique du discours politique*. Paris : A. Colin.

Trognon, A. (1995). « Pragmatique formelle et pragmatique empirique », *L'information grammaticale*, 66 : 17-24.

Trognon, A. (2012). « Connexions dans l'histoire de la logique interlocutoire », *Connexions*, 2 : 83-98.

Turpin B., (2002). « Le jargon figure du multiple », *La linguistique*, 38(1) : 53-68.

Vincent, D. (1993). *Les ponctuations de la langue et autres mots du discours*. Québec : Éditions Nuit Blanche.

ANNEXE 1

Auteurs	Modèles de relation médecin-patient			
Parsons et al., 1951	Actif / Passif			
Szasz & Hollender, 1956	Actif / Passif	Actif / Actif * * participation mutuelle	Passif / Passif	Passif / Actif
Freidson, 1984 (sociologie interactionniste)	Médecin coopératif	Patient guide	Patient actif	Médecin passif
Emanuel & Emanuel, 1992	Informatif	Interprétatif	Délibératif* * Idéal auteurs	Paternaliste
Moumjid & Carrère, 2000	Patient décideur		Décision partagée	Médecin décideur

Tableau 3- Modèles de relation médecin-patient dans la littérature reproduit d'après Fournier & Kerzanet, 2007 et Moumjid & Carrère, 2000.

ANNEXE 2

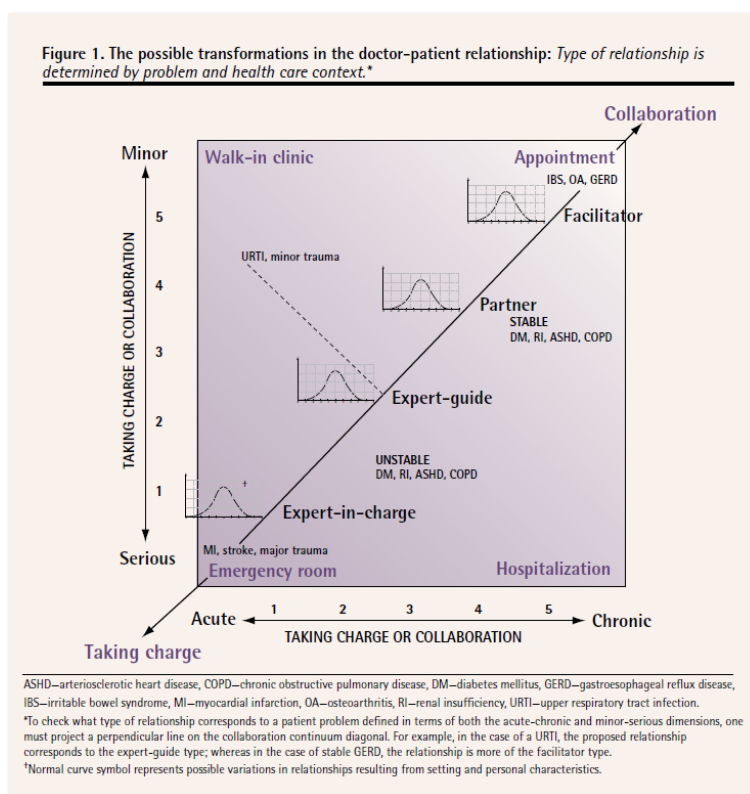


Figure extraite de Lussier & Richard, 2008, p. 1090.

ANNEXE 3 Corpus *DECLICS2016* au 03 avril 2020

	Côtes		Durée audio	Durée transcrite	Nombre de mots
Service A					
S e r v i c e	1	Consultation médicale	8min		
	2	Consultation médicale	49min		
	3	Consultation médicale	16min		
	4	Consultation médicale	25min		
	5	Consultation médicale	37min	37min	7419
	6	Consultation médicale	30min	10min	1481
	7	Consultation médicale	23min	23min	4146
	8	Consultation médicale	37min		
	9	Consultation médicale	10min	10min	2483
	10	Consultation médicale	55min		
	11	Consultation médicale	55min		
	12	Consultation médicale	24min		
	13	Consultation médicale	20min		
	14	Consultation médicale	45min		
	A	15	Consultation médicale	21min	21min
	TOTAL		7h35min	1h41min	20814 mots
	1	Entretien clinique	63min	63min	17319
	2	Entretien clinique	48min	48min	6190
	3	Entretien clinique	63min		
	TOTAL		2h54min	1h51min	23509 mots
	TOTAL service A		10h29min	3h32min	44323 mots
Service B					
S e r v i c e	1	Consultation médicale	21min	21min	4850
	2	Consultation médicale	40min		
	3	Consultation médicale	49min	9min	2139
	4	Consultation médicale	42min		
	5	Consultation médicale	33min	6min	1468
	6	Consultation médicale	40min	40min	8907
	TOTAL		3h45min	1h01min	17364 mots
B	1	Présentation Clinique	54min	54min	11604
	2	Présentation Clinique	61min		
	3	Présentation Clinique	48min	48min	11386
	TOTAL		2h43min	1h42min	22990 mots
	TOTAL service B		6h28min	2h43min	40354 mots
Service C					
S e r v i c e	1	Consultation médicale	31min	31min	5258
	2	Consultation médicale	26min	26min	6048
	3	Consultation médicale	26min	26min	6599
	TOTAL		1h23min	1h23min	17905 mots
· C	1	Présentation Clinique	93min	93min	16791
	2	Présentation Clinique	116min	34min	7913

	3	Présentation Clinique	52min	52min	9752
	4	Présentation Clinique	80min	80min	13008
	5	Présentation Clinique	73min	73min	18317
	TOTAL		6h54min	5h32min	65781 mots
	TOTAL service C		8h17min	6h55min	83686 mots
Service D					
S e r v i c e D	1	Consultation médicale	81min	81min	17749
	TOTAL		81min	81min	17749
	1	Présentation Clinique	62min		
	2	Présentation Clinique	48min		
	3	Présentation Clinique	55min	55min	10484
	4	Présentation Clinique	48min	48min	10846
	TOTAL		3h33min	1h43min	21330 mots
TOTAL service D		4h54min	3h04min	39079 mots	
Service E					
S e . E	1	Consultation médicale	22min		
	2	Présentation clinique	50min		
	TOTAL service E		1h12min		
TOTAL CORPUS AUDIO		31h20min	16h14min	207442 mots	

Légende. Une consultation médicale se déroule entre un médecin et un patient. Une présentation clinique se déroule entre un thérapeute et un patient déjà vu par son médecin en présence d'un auditoire silencieux (cf. Charcot). Un entretien clinique se déroule entre un thérapeute et un patient déjà vu par son médecin.

ANNEXE 4

Vignette 1 : Monsieur X (PAT) accompagné de son épouse Madame Z aidante (AID) s'entretiennent avec Madame Y médecin spécialiste (MED) pour la consultation régulière de suivi survenant 2 mois après une opération de Monsieur X. Des symptômes gênants et persistants apparaissent pouvant donner lieu à échange dans cette consultation.

Rapport de places

MED[0h01m07]: donc on va dire qu'on est à deux mois

PAT[0h01m09]: voilà tout à fait oui exactement

MED[0h04m09]: il y a pas d'horaire particulier

PAT[0h04m11]: non il y a pas d'horaire particulier voyez là là je ce matin j'ai eu des palpitations quand j'ai fait la gym et puis là bon

AID[0h04m18]: à la gym tu t'approchais de la prise du traitement

PAT[0h04m22]: oui

MED[0h06m23]: ça ça peut être intéressant que vous voyiez une eritaboliste*

PAT[0h06m24]: oui voilà tout à fait

PAT[0h09m19]: moi je veux bien ça me gêne pas ça c'est vous qui décidez hein mais

MED[0h09m22]: voilà on va essayer comme ça le Ratripex* il bouge pas

L'intercompréhension

MED[0h09m22]: vous n'avez pas du tout de trasiliderite ?

PAT[0h09m37]: ah non du tout du tout du tout j'en ai plus du tout là

MED[0h11m14]: oui voilà on avait l'impression au début vous savez il y a l'effet de

PAT[0h11m18]: ouais ouais

MED[0h11m18]: l'opération il y l'œdème donc l'amélioration au départ est très très forte

PAT[0h11m21]: mh

MED[0h11m23]: que quand on met l'artipalède*

PAT[0h11m24]: oui tout à fait

MED[0h11m25]: au début

PAT[0h11m25]: ça je m'en souviens

MED[0h11m25]: sans activer tout va bien et ensuite quand l'œdème disparaît les symptômes reviennent

MED [0h18m51]: mais euh déjà on verra si il y a d'autres capteurs que ceux que vous avez en ce moment qui permettent de contrôler les palpitations plus haut encore plus haut mais euh là comme ça va pas trop mal et que vous venez dans un mois je préfère pas trop intervenir

PAT [0h19m05]: tout à fait je comprends bien

Stratégie de discours médicalisé

MED[0h02m32]: bon alors vous allez me redire euh ce que vous prenez comme traitement + je crois que c'était

PAT[0h02m40]: Staridoxyne* attendez oui Staridoxyne* soixante le matin je crois

MED[0h02m44]: soixante-quinze
PAT[0h02m44]: ou soixante-quinze je sais plus j'ai une ordonnance je prends du Staridoxyne* le matin ça c'est sûr
MED[0h03m22]: mh Staridoxyne* soixante-quinze c'est quatre fois par jour non ?
PAT[0h03m25]: non Staridoxyne* j'en prends qu'un le matin + Trasilidêrite* un le matin Santistoline* un le matin et je prends du: du je sais plus du Valimor* parce que j'ai vu un angiologue et il m'a changé c'est du Tempar* je crois du Tempor* pardon du Tempor* huit
MED[0h03m42]: Tempor* ouais + la dernière fois vous aviez + du Madalex* par contre
PAT[0h03m50]: voilà après je prends du Madalex* à midi seize heures et vingt heures j'en prends trois par jour du Madalex*
Légende : insertion de non mots comme expliqué dans le paragraphe 4.2

Vignette 2 : Monsieur V (PAT) consulte le médecin spécialiste W (MED) pour une consultation de suivi afin d'abaisser le nombre de traitements et de réduire le nombre de spécialistes qui suivent Monsieur V.

Rapport de places

MED[0h00m03]: on s'est déjà dit bonjour
PAT[0h00m04]: oui mais vous m'aviez pas serré la main

PAT[0h07m47]: je cherche à comprendre moi
MED[0h07m49]: oui mais moi je vous explique
PAT[0h07m50]: oui
MED[0h07m50]: j'ai l'expérience
PAT[0h07m52]: non mais j'en doute pas c'est pour ça que je suis venu vous voir
MED[0h07m53]: j'ai l'expérience de gérer ce type de problèmes
et je sais très bien que une T.R.D à dix je vais pas bouger
MED[0h23min45]: moi je suis médecin et je je suis capable de de savoir si je dois aller plus loin

L'intercompréhension

PAT[0h23m42]: bon bah on va consulter le Vidal
MED[0h06m15]: dont simplement une ou deux qui correspondent à ce qu'on appelle de l'inflammation + et ce qu'est l'inflammation c'est la T Rallog Détrate*
PAT[0h06m25]: T.R.D
MED[0h06m25]: T.R.D
PAT[0h06m26]: voilà
PAT[0h16m55]: c'est pour ça que j'ai employé le terme d'erdopathie*
MED[0h16m58]: oui oui oui j'ai bien saisi hein mais c'est erdopathie* ça veut pas dire ça

MED[0h18m23]: alors il y a des choses qui sont euh des mh comment dirais-je des topiques hein c'est-à-dire des choses
PAT[0h18m45]: sur la jambe
MED[0h18m45]: qui sont sur la jambe
PAT[0h18m46]: ouais
MED[0h18m58]: alors il y a je vous cache pas moi je vous le dis il y a plein de choses que je connais pas
PAT[0h19m06]: d'accord ben je vous expliquerai alors
MED[0h19m09]: non je vais regarder sur le Vidal mais vous allez m'expliquer aussi parce que je verrai si

PAT[0h19m11]: oui oui
MED[0h19m12]: votre explication est celle du Vidal
PAT[0h19m13]: bien sûr
MED[0h19m14]: est concordante
PAT[0h19m16]: oui

MED[0h44m39]: la fuline* est normale donc euh alors les TGAB les T.G.A.B hein c'est euh
PAT[0h44m47]: c'est le colon
MED[0h44m47]: non c'est pas le colon les TGAB c'est le muscle

MED[1h01m41]: hein parce que vous vous faites une information mais elle est pas forcément bonne

Les stratégies du médecin

MED[0h29m23]: si je prends la plupart des rugbymans et des handballeurs qui font le championnat du monde en ce moment ils ont tous des I.M.C en dehors

MED[0h31m53]: des cellules à l'insuline c'est-à-dire que l'insuline c'est fait pour faire rentrer le glucose dans les cellules et s'en servir à titre énergétique c'est comme quand on vous fait le plein de la bagnole à la pompe hein et là c'est comme si le goulot pour rentrer l'essence dans la voiture était un peu bouché donc quand il y a un afflux comme ça ben le sucre reste et pfiou il y a une grande hyperglycémie
Légende : insertion de non mots comme expliqué dans le paragraphe 4.2

Vignette 3 : Madame U (PAT) est suivie par la médecin spécialiste T (MED) pour des problèmes hormonaux.

Rapport de places

PAT[0h00m00]: et mes seuils ils sont très raisonnables hein
PAT[0h00m04]: je mesure deux fois je mesure deux fois une fois un quarante-sept

PAT[0h01m07]: j'ai pas bougé et je pense que c'est: c'est bien

MED[0h06m37]: l'autre la possibilité qu'on a c'est aussi d'enlever l'artosine* pour mettre un traitement
PAT[0h06m41]: non je préfère le garder
MED[0h06m42]: par injection ou
PAT[0h06m42]: je pense que c'est bien
PAT[0h07m48]: parce que comme la réflexologie je veux continuer

PAT[0h19m59]: on peut toujours essayer mais je vous dis moi ce que moi ce que je veux c'est qu'on puisse me soutenir

PAT[0h12m52]: dès que je suis pas bien
MED[0h12m52]: mh
PAT[0h12m53]: mon sucre il monte
MED[0h12m55]: ouais mais ça c'est normal c'est vrai que c'est c'est dans la régulation du taux de sucre c'est aussi régulé par les hormones et donc il y a l'hormone du stress

Intercompréhension

MED[0h19m41]: mais c'est pas l'approche dont vous avez l'expérience mais c'est un peu différent après ça peut être dans un second temps ça peut être dans un second temps si vous voulez mais voilà l'idée c'est que ça soit

complémentaire dans votre démarche de perte de poids et d'accompagnement
PAT[0h19m51]: mh mh
MED[0h19m52]: mais euh et que ça convienne à votre attente
PAT[0h19m56]: mh mh
MED[0h19m56]: mais voilà ça ça pourrait être intéressant

PAT[0h09m16]: j'en ai marre de vivre ça
MED[0h09m17]: mh mh
PAT[0h09m19]: et je veux qu'on trouve vraiment une solution à tout quoi
PAT[0h09m28]: je vais en faire des crimes je vais en faire des crimes parce que je peux vous vous savez que entre les médecins et moi c'est la guerre
PAT[0h15m21]: deux kilos un kilo et demi de plus c'est pas du sérieux ce que je vous fais
PAT[0h15m42]: c'est pas normal

PAT[0h14m40]: un onze
MED[0h14m40]: un onze non vous êtes bien vous êtes parfaite
PAT[0h14m43]: ça a même augmenté un dix un onze
MED[0h14m46]: ouais après ça ça veut pas dire grand-chose à onze heure

Stratégies du médecin

MED[0h09m56]: donc du coup nous
MED[0h09m58]: moi je vous re-prescris ces médicaments
MED[0h10m00]: nous on peut refaire un point par exemple dans trois mois avec la prise de sang et voir où ça en est après pour le suivi comme vous disiez essayer que vous puissiez vous trouver vos propres solutions avec l'aide de mes collègues

MED[0h16m12]: donc donc ce que je vous propose pour l'arthrite c'est ça c'est on continue comme ça vous faites la prise de sang on se revoit dans trois mois

MED[0h16m55]: là vous avez entrepris d'avoir un suivi multidisciplinaire dans le service
PAT[0h16m57]: mh mh
MED[0h16m58]: depuis pas très longtemps finalement depuis février sachant que nous on s'était vu plus pour l'arthrite
MED[0h17m01]: mais c'est vrai que quand on se voit dans notre temps de consultation bah on avait cette arthrite à gérer donc ça nous prenait toute la place
MED[0h17m08]: et que c'est bien que vous ayez un temps plus axé sur l'alimentation + à la fois les quantités mais aussi la qualité quoi + de ce que vous mangez enfin voilà un temps plus dédié et si vous aviez pas l'arthrite on pourrait plus le faire mais avec l'arthrite ça nous prend déjà pas mal de place quoi

Légende : insertion de non mots (exemple fuline*) expliquée dans le paragraphe 4.2.