Éléments de construction des discours dans la relation de soin :
Le projet DECLICS

Océane Advocat[1], Mylène Blasco[2], Franck Durif[3]

(1) Doctorante en sciences du langage – Université Clermont-Auvergne
Laboratoire de Recherche sur le Langage
F-63000 Clermond-Ferrand
(2) Professeure des universités – Université Clermont-Auvergne
Laboratoire de Recherche sur le Langage
F-63000 Clermond-Ferrand
(3) Professeur de médecine – Service de neurologie du CHU
& Université Clermont-Auvergne, NPsySYDo EA7280
F-63000 Clermond-Ferrand

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 5, No 2 | pp. 23-39

Reçu le : 05/10/18 | Accepté le : 03/06/19

Résumé : L'expertise linguistique de corpus oraux enregistrés et rigoureusement transcrits, entre un patient et un professionnel de la santé, permet d'identifier un ensemble de phénomènes linguistiques qui nous renseignent sur la manière dont la communication procède dans un échange institutionnel en contexte hospitalier. Notre travail – qui s'inscrit dans la lignée des travaux sur la syntaxe de données orales attestées – vise à caractériser le discours oral du médecin et à identifier les usages remarquables de langue dans son échange avec le patient. Enfin, nous montrons de quelle manière les soignants et les soignés collaborent et construisent conjointement les discours sur et autour de la pathologie. Dans cette étude linguistique d'entretiens en santé, la syntaxe de la langue parlée fait émerger, de manière collective ou non, des informations implicites. Nous avons à cœur de mettre en lien différents mécanismes linguistiques les plus subtiles avec leur valeur d'emploi dans le discours. L'entrée par la syntaxe est originale, il s'agit de saisir le travail du soin dans ses dimensions linguistique et communicationnelle pour donner des pistes que les médecins pourraient exploiter dans leur pratique professionnelle.

Mots-clés : linguistique de corpus, syntaxe, linguistique appliquée, entretiens médicaux.

Introduction

L'interaction de soin a été étudiée depuis plusieurs années dans la littérature anglo-saxonne (Drew et Heritage, 1992 ; Heritage et Lindström, 2012) et allemande (Gülich, 2012) [1]. Les travaux qui relèvent de l'anthropologie, de la psycho-sociologie ou de l'analyse de discours ont aussi beaucoup apporté à cette question [2]. La dimension qualitative (Traverso, 2001 ; Greco, 2003 ; Vergely et *al.*, 2009 ; De Fornel et Verdier, 2014) [3] a été bien explorée par les sciences de l'information et de la communication. Les consultations ordinaires mais aussi les consultations d'annonce de diagnostics lourds ont été au centre de plusieurs travaux pour leurs dimensions structurelle, fonctionnelle et relationnelle (Frankel et Beckman, 1982 ; Cosnier et *al.*, 1993 ; Saint-Dizier de Almeida, 2013).

Dans cet espace construit qu'est l'entretien médical, la langue pose quelquefois des problèmes. Les patients disent manquer d'écoute ou être en difficulté avec la compréhension. Les recherches axées sur le langage dans cette situation ont une importance incontestée pour la formation des activités professionnelles liées au soin. En France, très peu d'études ont été réalisées sur les aspects linguistiques de l'interaction de soin (Ploog et *al.*, 2018). Les travaux dévolus au langage institutionnel et aux pratiques linguistiques en milieu médical (Boutet (dir.), 1995 ; Grosjean et Lacoste, 1999 ; Mondada, 2006 ; Ten Have, 2006) accordent peu d'importance à la forme des productions langagières. Pourtant, l'étude approfondie de l'élaboration syntaxique et discursive de ces échanges fait émerger des formes linguistiques qui gagnent à être décrites pour la place qu'elles occupent et pour la valeur qu'elles prennent dans ces interactions. Pour réussir à entrer dans la langue par les caractéristiques de la syntaxe, il est primordial d'accorder une place de choix à la construction et à la transcription rigoureuses d'un corpus de données attestées [4]. Notre recherche s'inscrit dans le cadre de la linguistique sur corpus (Cori et David, 2008) et rejoint les préoccupations liées aux retombées de la linguistique dans notre société. Elle repose sur l'analyse morphosyntaxique des usages du français parlé (Blanche-Benveniste, 1990 ; 2010 ; Bilger 2000) et ouvre sur des propositions d'interprétation de types sémantiques et pragmatiques.

Notre travail prend place dans un projet transdisciplinaire [5] au sein duquel des acteurs sociaux de la santé collaborent avec des chercheurs en linguistique, psychologie, philosophie. Le corpus sur lequel s'appuie ce projet contient des données sensibles, intimes et nous pensons qu'une attention particulière doit être apportée à la manière dont s'expriment le médecin expert et le patient. Une expertise linguistique qui caractérise les échanges met en exergue les faits propres à cette situation de communication. Nous souhaitons convaincre les médecins des enjeux linguistiques dans l'interaction de soin et trouver les moyens de rendre nos analyses exploitables dans la formation et dans la pratique professionnelle. Sensibilisés aux éléments stratégiques qui structurent la communication et

1. Description de la pathologie et diagnostic.

2. Pour l'analyse conversationnelle, l'analyse dite de discours, la sémiotique voir Habermas (1987) pour la théorie de l'action (en SHS), Sacks (1992), Mondada (2006) pour l'ethnométhodologie, la parole sitée. L'ouvrage de Ploog et *al.* (2018) donne un état des lieux très complet sur lequel notre travail prend appui.

3. Urgences téléphoniques, douleur.

4. En sociologie, pour Rolland et Lang (2007) les transcriptions valident ou non ce qui a été dit dans les entretiens de recherche par les médecins. Les psychologues Lanfroy et *al.* (2016) étudient l'emploi des pronoms « je » et « on » dans des transcriptions de consultation cliniciens-patients pour évaluer la mise en place d'une attitude empathique.

5. DECLICS (Dispositif d'Etudes CLIniques sur les Corpus Santé) Projet Région AURA-UCA 2016-2021.

à la co-construction potentielle de sens entre les locuteurs, les professionnels de la santé pourraient vérifier que la mise en mots laisse des traces invisibles qui sont précieuses pour entendre le non-dit, l'implicite, le à-dire (Kangelari, 2003).

La première partie présente les données orales, le corpus transcrit et quelques éléments du cadre théorique. La deuxième partie apporte des analyses et des résultats. Nous interrogeons le caractère formel de l'entretien puis nous mettons en lumière des faits linguistiques remarquables pour 1) apprécier un certain degré d'adaptabilité et 2) mettre en lumière des usages réguliers intéressants. Dans la troisième partie, nous étendons nos observations aux procédés de co-construction syntaxique de l'entretien, en tant qu'espaces de collaboration entre les deux protagonistes.

1 Des données orales attestées à l'analyse

Le cadre de notre recherche est présenté succinctement autour de trois points fondamentaux : l'importance accordée à la langue parlée, la constitution du corpus, la transcription rigoureuse des entretiens.

1.1 La langue parlée

Notre approche de la syntaxe accorde une place importante aux variations d'usages à l'oral. La langue parlée prend une forme ordinaire ou plus formelle, selon les genres de discours, y compris dans une même situation de parole. Un genre de discours se caractérise par des critères externes (une parole peut être publique, professionnelle ou privée) mais aussi par des critères internes (Cappeau et Bilger, 2004 ; Hallyday, 1985 ; Sinclair, 1991 ; Biber et Conrad, 2010) en lien avec les formes linguistiques, leur répartition et la valeur qu'elles prennent dans l'interaction. Notre travail de linguiste – spécialiste de la langue orale – consiste à cibler les formes linguistiques sollicitées dans ces échanges institutionnels (Ganem et *al.,* 2008) en considérant que patients et soignants disposent tous les deux d'un savoir spécifique (Lacoste, 1993, p. 48) et d'une posture dans l'entretien (ou à certains moments de l'entretien). Les faits propres à l'élaboration du discours en temps réel (interruptions, chevauchements, hésitations, reformulations, étayages syntaxiques, approximations lexicales), souvent décrits sous leur aspect accidentel par les chercheurs en sciences humaines, sont de toute importance du point de vue de leur apport entre autres pour la dynamique interactionnelle.

Les analyses syntaxiques telles qu'elles ont été ou sont menées par les spécialistes de l'oral (Blanche-Benveniste, 1990 ; 2010) et qui accordent une attention particulière à tout ce qui est prononcé ouvrent sur des pistes d'exploration sémantico-pragmatique. Notre approche est donc inductive ; elle privilégie l'interprétation des faits linguistiques, à partir des formes effectivement produites par le locuteur. Les phénomènes linguistiques étudiés sont connus pour caractériser certains genres de discours : il s'agit de la densité lexicale, de la répartition des noms et des verbes.

1.2 Un corpus spécifique

Le corpus DECLICS2016 est un corpus oral spécifique dans le champ de la linguistique de corpus. Les données verbales sont diversifiées et originales, alternant des échanges patient-médecin et patient-psychanalyste. Il y a trois types d'entretiens : 1) une consul-

tation entre un médecin et un patient, 2) un entretien entre ce même patient et un psychanalyste, 3) une présentation d'un patient à un psychanalyste devant un auditoire [6]. Les services hospitaliers accueillant ces patients sont la neurologie, la médecine interne, les maladies infectieuses et la nutrition. Les entretiens entre un patient et un psychanalyste sont préparés dans le cadre du projet pour pouvoir ensuite comparer des binômes : patient-médecin / patient-psychanalyste [7]. À l'heure actuelle, nous disposons de plus de 30 heures d'enregistrement (pour environ 300 000 mots). Les critères externes font de ce corpus un genre de discours en tant que tel (Biber et Conrad, 2010) : c'est une parole professionnelle d'experts, en milieu hospitalier. Mais des sous-catégorisations particulières à ce corpus s'imposent : par exemple, quand il s'agit d'une consultation médicale, un tri serait à opérer selon qu'il s'agit du suivi de consultation, d'un 1er entretien, d'une annonce de diagnostic. Le corpus ainsi constitué correspond à 15 heures et 20 minutes d'enregistrement, 23 transcriptions corrigées, pour 188 912 mots. Il comprend les entretiens de 53 participants, 37 patients, 11 médecins et 5 psychanalystes.

Ce corpus se présente donc comme un objet d'étude riche, qui soulève des questions quant à sa constitution, et dont l'exploitation linguistique pourrait avoir des retombées sociétales.

1.3 Une transcription juste et fidèle [8]

Si le langage est « une pensée intériorisée qui s'externalise dans la parole et le discours » (Galiano, 2011, p. 3), alors, transcrire rigoureusement les paroles enregistrées est un passage obligé pour analyser les productions verbales en situation (Bilger, 2008 ; Cappeau et Gadet, 2016). Pour illustrer notre propos, nous faisons un petit travail de comparaison entre la transcription d'une secrétaire médicale et celle du linguiste. Les écarts de transcription, aussi minimes soient-ils, vérifient : 1) qu'il est nécessaire de transcrire l'intégralité des propos pour ne pas passer à côté de certaines informations et 2) que l'étude des erreurs de réception montre à quel point les malentendus peuvent être nombreux dans les échanges en milieu médical. Nous prenons trois exemples pour illustration [9] :

— La transcription ne marque pas les traits d'interaction

Secrétaire	Linguiste
MED : **Là** c'est votre généraliste hein qui disait ça ?	MED : **Ça** c'est votre généraliste hein < qui disait ça
Pat : Oui on savait pas encore tout ça	Pat : oui /c'est, c'était/ > mon généraliste **ah oui oui** j'étais pas on savait pas encore tout ça

6. Dans les présentations cliniques, un médecin sollicite un psychanalyste pour rencontrer et écouter un patient. Elles se font devant un auditoire de professionnels, de chercheurs, d'une association en médecine et psychanalyse.

7. Seule la doctorante chargée de respecter le protocole d'enregistrement assiste à l'entretien.

8. Voir les conventions de transcription à la fin du texte. Sont mis en gras les mots ou groupes de mots pour lesquels la secrétaire n'entend pas la même chose que le linguiste.

9. Nous remercions P. Cappeau pour nos échanges avec lui sur cette question.

Dans ce passage, il est important de ne pas occulter que la patiente reprend la formulation du médecin « c'est votre/mon généraliste » qu'elle prolonge par « ah oui oui » en signe de confirmation et d'insistance.

Par ailleurs, dans une amorce de construction, elle montre une hésitation entre sa propre connaissance « j'étais pas » avant une formulation inclusive « on savait pas » (c'est-à-dire le généraliste et moi).

- La transcription montre une erreur de réception, la production réelle diffère

Secrétaire	Linguiste
PAT : sinon j'aurais rompu depuis longtemps déjà puis là effectivement **j'aurais fait le temps**	PAT : sinon j'aurais rompu depuis longtemps déjà puis j'aurais eu oui effectivement **j'aurais fait le test** peut-être

Dans ce passage le patient admet qu'il y a eu peut-être un malentendu, un manque de vigilance : « oui effectivement ». Il est important de restituer de manière fidèle l'ensemble de la production « j'aurais eu », « oui » (qui témoigne d'une forme de progression dans la mise en forme du discours) et de restituer le lexème de manière exacte « le test », car ce signifiant est fondamental dans cette histoire de vie.

- La transcription oriente un typage sociolinguistique du locuteur

Secrétaire	Linguiste
PAT : Je sais plus **quand qu'il me l'avait fait faire**	PAT : Je sais plus **quand est-ce qu'il me l'avait fait refaire** effectivement j'aurais fait le test peut-être

On pourrait lire cette transcription en ayant un *a priori* sur le locuteur. « Quand que », « combien que », sont des formes que l'on peut interpréter comme des fautes types de l'interrogation à l'oral, en lien avec l'identification sociolinguistique de certains locuteurs. Or, c'est une erreur de transcription.

2 Caractériser l'entretien en santé

Les échanges en milieu hospitalier sont parfois laborieux et Cicourel parle d'une communication « contrariée » mettant en évidence l'immense difficulté des médecins comme des patients à communiquer. Pour lui,

« les langages adoptés d'un côté comme de l'autre sont révélateurs non seulement des différences de statut qui caractérisent telle ou telle stratification sociale, mais également des codes (ou registre linguistique) qui différencient les connaissances de base des participants, les croyances liées à la maladie et à ses causes » (Cicourel, 1985) [10].

10. Voir aussi Cicourel, A-V. (2002). *Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive*. Paris : Seuil.

2.1 Un degré de formalité variable dans les entretiens

Le corpus DECLICS2016 appartient à un genre de discours : une parole professionnelle à tendance technique, notamment pour les consultations médicales. Au vu de la manière dont ce corpus est construit, nous avons déjà évoqué des pistes de sous-catégorisation (1.2). Elles peuvent être aussi en lien avec la visée de l'entretien : discours explicatif (face au malade) *versus* discours centré sur l'écoute, la demande d'explicitation, la reformulation (dans les entretiens avec un psychanalyste).

Observer un locuteur dans des productions de longue durée donne des informations intéressantes quant à sa capacité à passer d'un registre à un autre. Il peut faire alterner des formes de prestige avec des formes dites familières (dont *versus* que ; ne pas *versus* pas). Ce sont des marques de variation syntaxique internes à tout locuteur qui peuvent indiquer un degré d'élan, de spontanéité communicationnelle dans son discours (Depoux et Stabarin, 2018, p. 37), et d'une « hétérogénéité compositionnelle des énoncés » (Adam, 1992).

Dans notre corpus, effectivement, le médecin peut utiliser un jargon spécialisé (c'est une parole professionnelle), une langue formelle mais aussi une langue aussi plus ordinaire y compris des formes relevant de l'usage familier. Dans l'exemple suivant, le médecin tente ainsi de rassurer un patient alarmé par ses résultats d'analyses, il finit par perdre quelque peu sa patience face aux objections du patient.

> MED : mais la V.S **je m'en fous complètement** [...] la V.S c'est une soupe + c'est une soupe dans laquelle il y a cinquante mille choses qui interviennent en Bretagne et en Normandie **les gens picolaient pas mal** + plus que maintenant (CO-SERVD-PAT2-MED9)

Nous pourrions nous demander – averties de ces phénomènes, et pour ce corpus institutionnel – dans quelle mesure, à quel moment, pour quelle raison, le médecin alterne entre un discours formel, spécialisé et un discours relâché ? Serait-ce une manière d'approcher la question de la variation de registres pour traiter du rapport entre les locuteurs (médecin, patient, psychanalyste), du sujet abordé, de l'entretien lui-même ?

À la lecture de certains extraits, les médecins avec lesquels nous travaillons – confrontés à une représentation linéaire de leur discours – ont réalisé qu'en s'éloignant d'un usage spécialisé et professionnel, ils pouvaient laisser passer des informations d'une autre nature.

2.2 Le discours du médecin : exclusivement technique ?

Nous avons centré notre attention sur le fonctionnement et la répartition de certaines formes linguistiques connues dans la description de l'oral pour être pertinentes. Nous savons par exemple que les syntagmes nominaux caractérisent la production écrite, qu'ils apparaissent, davantage qu'à l'oral, en position de sujet et qu'ils prennent la forme de groupes complexes [11]. À l'oral, ils sont ainsi connus pour déterminer certains types de discours (juridiques et techniques). Leur usage participe de la densité d'information lexicale (Blanche-Benveniste, 2010).

11. L'écrit est organisé autour du nom et l'oral autour du verbe (Halliday, 1985).

2.2.1 De la densité lexicale

Soit l'extrait suivant :

> MED : votre traitement pour l'asthme + donc on avait fait une scintigraphie au Datscan + c'est un examen qui permet de voir si + les neurones qui fabriquent la dopamine sont intacts
> PAT : oui #1 mh mh #
> MED : #2 dans le # cerveau + ou pas + et donc cet examen + on a reçu les résultats + et en effet il y a quand même quelques anomalies mais finalement qui sont très discrètes /// ça veut dire que : + c'est pas évident évident mais il semblerait quand même qu'il y ait + une petite perte de ces neurones qui fabriquent la dopamine et ça ça serait un argument pour dire que vous avez p- peut-être une maladie de Parkinson débutante + bon sachant que quel âge vous avez
> (CO-SERVA-PAT4-MED1)

Si nous calculons la densité lexicale[12] d'un extrait du corpus, comme pour le passage ci-dessous, nous vérifions que celle-ci est de 2,5%. Ce chiffre rejoint les comptages opérés pour certains types d'oraux.

> MED : il semblerait quand même qu'il y ait + une petite perte de ces neurones qui fabriquent la dopamine et ça ça serait un argument pour dire que vous avez p- peut-être une maladie de Parkinson débutante
> (CO-SERVA-PAT4-MED1)

Dans un passage (extrait ci-dessous) où le médecin s'adresse à un collègue, en vue de la rédaction d'un rapport, l'évaluation de la densité lexicale est de 4,6%.

> MED : j'avais en effet retrouvé un score UPDRS moteur à dix-neuf avec un syndrome akinéto-rigide prédominant légèrement à gauche et un tremblement + prédominant dans l'attitude et l'action mais restant euh modéré nous avions demandé la réalisation d'une scintigraphie au datscan
> (CO-SERVA-PAT4-MED1)

Donc, le calcul dans cet extrait de corpus révèle que pour ce médecin, la densité lexicale est 2 fois plus élevée quand le médecin dicte que quand il s'adresse au patient[13].

	Nombre de mots	Mots lexicaux	Densité lexicale
À l'intention du patient	35	42,8%	2,5%
À l'intention du confrère	42	54%	4,6%

Nous en déduisons que le discours oral du médecin à l'attention du patient n'est pas un discours calqué sur l'écrit.

12. La densité lexicale se calcule en divisant le nombre de mots lexicaux par le nombre de propositions.
13. La thèse d'O. Advocat, en cours d'écriture, étudie de près cette question dans l'ensemble du corpus.

2.2.2 Expertise linguistique

Pour le même extrait oral, si l'on expertise avec les outils linguistiques le discours du médecin à l'égard du patient, on dira que :

La liste de verbes utilisés « on avait fait », « c'est », « on a », « il y a », « qui sont », « ça veut dire », « il semblerait », « ça serait », « vous avez » présente des verbes peu marqués sémantiquement mais propices au discours didactique ; ils s'enchaînent dans un processus explicatif chronologique.

Il n'y a pas de sujets lexicaux, hormis celui introduit par un présentatif « il y a quelques anomalies ». Les sujets sont des pronoms de type « on », « c' », « il », « ça ». De manière anaphorique, ils permettent d'identifier le corps médical, la maladie etc. Deux syntagmes nominaux situés en tête de phrase « votre traitement » et « cet examen » représentent deux éléments centraux dans cette séquence ; ils sont en position frontale et n'intègrent pas un schéma syntaxique standard (ils ne sont ni sujet, ni complément ; ils sont détachés en tête d'énoncé, comme des titres). D'ailleurs, « cet examen » est la reprise en tête d'un syntagme introduit juste avant comme attribut « c'est un examen » / « cet examen on a reçu les résultats ». Le déplacement du lexique participe à la cohésion discursive.

Dans cet extrait, il y a tous les éléments du style de la conversation courante, mais avec un développement remarquable des groupes nominaux : « une scintigraphie au », « un examen qui... si », « quelques anomalies qui », « une petite perte de... qui ». Ces groupes complexes caractérisent le discours techniques (explicatif) propre au discours spécialisé qui densifie les informations [14].

Partir de données attestées, pour procéder à une analyse linguistique, riche de notre expérience de la langue parlée, permet d'apprécier ce qui fait problème dans la communication entre les patients et les médecins.

2.2.3 Usages remarquables : des noms, des verbes

Nous ouvrons l'étude des syntagmes nominaux aux usages de chacun des locuteurs. L'idée est de voir dans quelle mesure patient et médecin partagent ces emplois, s'ils sont spécifiques à la langue du médecin et ce que les usages nous apprennent de l'interaction.

On sait que la langue parlée privilégie (plus qu'à l'écrit) l'emploi des verbes. Dès lors la présence de noms à l'oral doit attirer notre attention sur les caractéristiques du discours [15]. Les noms favoriseraient : « un empaquetage informationnel [...] » qui joue « ainsi un rôle dans la construction de la cohésion discursive » (Gadet, 2010). À la lecture des transcriptions, les médecins ont tout de suite remarqué ces éléments dits-de nominalisation. Ils ont indiqué que c'était comme un automatisme pour eux, que cette manière de dire les choses entrait dans leur formation et constituait un bagage terminologique de taille.

14. « Les énoncés complexes [...] sont fréquents dans les prises de parole où il s'agit d'expliquer quelque chose [...] ; mais ils sont très peu nombreux dans les conversations familières ». (Blanche-Benveniste, 2010, p. 84).

15. Halliday (1985) sur les nominalisations et leurs effets et Rouget (2000) pour les nominalisations dans les corpus oraux de langue spécialisée.

Médecin :

a) les problèmes de contrôle des **impulsions** (Neurologie)

b) une **altération de la parole** (Neurologie)

c) soit il fait du bien soit il ne fait pas de bien + auquel cas s'il y a pas **d'amélioration** c'est pas la peine de continuer (Médecine interne)

a) MED : hein dont simplement une ou deux qui correspondent à ce qu'on appelle de l'inflammation + et ce qu'est **l'inflammation** + c'est la C-Reactiv Protein (Neurologie)

e) vous aviez euh mh tendance à **être un peu plus impulsif** (Neurologie)

Patient :

f) **je peine** de plus en plus **à parler** (Neurologie)

Nous nous sommes demandé si l'usage du nom *versus* l'usage du verbe faisait sens dans le discours du médecin. Il est probable qu'en tant qu'expert, lors de la consultation (espace court, ordonné, raisonné), le médecin adopte un langage assez systématiquement technique (ex. a, b, c et d) mais dès qu'il s'adresse au patient, pour le solliciter, le médecin semble employer assez naturellement une forme verbale (ex. e). Il y aurait à dire plus des exemples (c et d) : les nominalisations « amélioration » et « inflammation » s'inscrivent dans un processus explicatif clair dont la syntaxe rend compte (structures alternatives « soit. . . soit » pour illustrer la démonstration ; modalité positive *vs* négative ; commentaire métalinguistique « ce qu'on appelle »).

Le lien que nous établissons entre les formes linguistiques et leur valeur dans l'interaction expliquerait que, dans certains passages, les deux formes apparaissent de manière co-occurrentes. Dans l'exemple suivant, le médecin reformule dans un deuxième temps ce qu'il vient de dire avec un verbe. Le « c'est-à-dire » indique bien qu'il passe d'un langage spécialisé « automatique » à un langage plus didactique adressé à son interlocuteur.

Quand on enlève une tumeur on commence par la tumeur bégnine **pour éviter la semence** c'est-à-dire qu'il ne faut pas **ensemencer** avec les instruments contaminés la zone saine

(Le Journal de la Santé A2)

Si ce phénomène de reformulation – dans le cadre d'un jargon professionnel – a été observé par ailleurs (Bilger et Cappeau, 2004 ; Blanche-Benveniste, 2010) les entretiens permettent de préciser que, dans un échange suivi entre les deux locuteurs, ce phénomène de co-occurrence entre deux formes (un nom et un verbe) intervient aussi. Mais chaque locuteur garde une des deux formes.

PAT : c'est sûr /// par contre j'ai remarqué une chose c'est que **je peine de plus en plus à parler** par contre + alors est-ce que c'est que je veux parler trop vite et puis que **je peine à articuler** je sais pas mais : + souvent

MED : mh

PAT : on me dit que je :

AID : il faut toujours le faire répéter en fait on comprend pas

> MED : alors ça reste très intelligible + quand même euh la chirurgie c'est sûr que ça entraîne : souvent enfin en tout cas dans vingt pour cent des cas euh + euh une : **une altération de** :
> AID : la parole
> MED : de l'articulation + donc c'est sûrement lié à ça
> PAT : mh
> PAT : mais il y a des moments c'est vrai que **je veux parler je parle tellement vite** que
> MED : oui
> PAT : je j'articule très très mal + ça je m'en rends compte hein
> (CO-SERVA-PAT5-MED1)

Plus tard dans l'entretien, quand le médecin rédige l'ordonnance, elle dit « une prise en charge + qui consiste en général à + vous : apprendre à parler plus lentement et plus fort ».

Elle va donc, à l'attention du patient, proposer de résoudre *l'altération de l'articulation* (nominalisation) par *parler plus*... (construction verbale).

> MED : bon avec ça je je vous fais l'ordonnance pour aller voir une orthophoniste [...] donc elle fera **un bilan initial** et après elle vous proposera **une prise en charge + qui consiste en général à + vous : apprendre à parler plus lentement et plus fort**
> (CO-SERVA-PAT5-MED1)

Les nominalisations participent ainsi à la progression et à la cohésion discursive. Elles constituent une modalité de présentation de l'information dite « intégration » par opposition à la « fragmentation », donnée comme typique de l'oral, passant plus par les verbes (Gadet, 2010). Le médecin sollicite différentes compétences langagières selon qu'il expertise ou selon qu'il explique. Mais le patient conserve un usage linguistique (avec des verbes) pour exprimer sa demande. La forme verbale permet d'introduire un sujet « je » – sujet grammatical mais surtout sujet de l'histoire et de l'interaction – patient-témoignant face au spécialiste. Les nominalisations employées par le médecin s'inscrivent dans une parole professionnelle. C'est comme si le médecin parlait de la maladie quand le patient parle aussi – ou avant tout – de lui (Lebrun, 2017) [16].

3 La co-construction syntaxique comme collaboration entre soignants et soignés

Dans cette dernière partie, nous portons notre attention sur les éléments langagiers qui témoignent d'une forme de coopération linguistique entre les soignants – qu'ils soient médecins ou psychanalystes – et les patients. Après avoir approché la question de la communication dite difficile, il s'agit de vérifier selon quels modes la collaboration conduit à rendre l'échange efficace.

16. J-P. Lebrun (2013) parle de « réduction » et d'« exclusion du sujet » pour comparer la parole du patient venant se plaindre et la manière dont le médecin inscrit (traduit) cette plainte dans le dossier avec un terme technique (p. 71).

3.1 Définition et forme

Selon André (2010), à la suite de Bakhtine (1977), Kerbrat-Orrechionni (1990) et Culioli (1999) : « Tout discours est co-construit ». Les discours sont construits collectivement par un engagement mutuel des participants. Nous nous concentrons sur les co-constructions syntaxiques. Une forme est produite de manière complémentaire par deux locuteurs ; ce qui est vu comme un indice de collaboration (Jeanneret, 1995 ; André, 2006 ; Sacks, 1992) entre soignants et soignés en milieu hospitalier, comme dans l'extrait suivant :

> PAT : ils posent un cadre stéréostatique ils appellent ça taxi- non stéréo-
> PSY : **taxique**
> PAT : stéréotaxique
> (CO-SERVA-PAT5-MED1)

Dans l'extrait présenté, le patient décrit l'opération qu'il a subie pour la pose d'implants-sous crâniens dans le cadre du traitement de sa maladie de Parkinson. La co-construction procède par « réparation » dans le sens où l'énoncé non-achevé par le patient est complété pour les deux dernières syllabes par le psychanalyste.

Les co-constructions en réparation – qui s'opposent aux co-constructions par attachement – sembleraient avoir une dimension d'aide : le locuteur en difficulté sur un terme technique interrompt le déroulement syntagmatique de l'énoncé [17]. Nous adopterons la terminologie « complétion » (André, 2006) pour caractériser l'énoncé produit par le second locuteur. Notre approche accorde une place particulière autant aux discours des soignés qu'à ceux des soignants. En effet, de nombreuses études orientées vers la relation de pouvoir entre patient et médecin négligent le rôle du patient dans la construction des discours (Ainsworth-Vaughn, 2008).

3.2 Les co-constructions comme support du discours du patient

L'étude de ces formes tend à préciser le rôle qu'elles jouent dans l'interaction. Elles sont de deux ordres mais avec – pour chacune – plusieurs valeurs.

3.2.1 Écouter et aider le patient : de la posture des soignants

Dans certains cas, les médecins procèdent à des complétions pour fournir le lexique manquant parfois aux patients. Dans l'extrait suivant, le médecin produit une complétion sans reprise de la préposition, l'échange est rapide et efficace (présence d'un mot tronqué : « l'ordo »), l'objectif est de rapidement mettre en mot un discours médical à deux.

> MED : donc euh est-ce alors et les le : l'I.P.P là + du Mopral ou un truc comme ça vous en avez ça il vous l'a donné
> PAT : il m'a donné euh du :
> MED : **Omeprazol : ou :**
> PAT : je sais plus + non
> MED : vous l'avez l'ordo-

17. Dans celles-ci, il n'y a pas inachèvement de l'énoncé et l'attachement peut résulter d'une technique de prise de parole (Sacks, 1992).

PAT : bah non justement j'ai pas l'ordonnance
(CO-SERVB-PAT23-MED5)

Les psychanalystes procèdent souvent par complétion, en premier lieu pour fournir du lexique aux patients en difficulté, tout comme les médecins. Mais cela ne concerne pas seulement les termes techniques. Dans l'extrait suivant, le patient exprime ses difficultés à trouver le terme adéquat, ce qu'il commente par « comment qu'ils » :

PAT : mettre les malades en comment : qu'ils
PSY : **en contact**
PAT : qu'ils puissent échanger en contact
(EC-SERVA-PAT5-PSY1)

En second lieu, les psychanalystes mobilisent ces structures pour afficher une écoute active qui témoignerait d'une bonne compréhension de ce que dit le patient ou de l'utilité de ce qu'il dit car l'étayage est aussi une technique de la psychanalyse. Nous rappelons que ces patients sont en difficulté au niveau médical ou relationnel, ils participent à un entretien avec un psychanalyste pour aborder des thématiques liées à leur pathologie et évoquer l'impact de celle-ci sur leur vie quotidienne. Dans l'entretien suivant, le patient a subi une opération pour diminuer les symptômes de sa maladie de Parkinson :

PSY : il y avait les dyskinésies
PAT : ah oui bah les les
PSY : **la perte de poids**
PAT : les dyskinésies et bon contre la perte de poids
(EC-SERVA-PAT5-PSY1)

La complétion produite par le psychanalyste illustre une stratégie anticipatrice (Fuch, 2004) : une anticipation « mutuelle », les deux syntagmes « les dyskinésies » et « la perte de poids » sont repris par le patient comme pour résumer une liste construite à deux.

— On relève fréquemment chez les psychanalystes des complétions hétéro-initiée, pour lesquelles le psychanalyste produit une forme incomplète :

PAT : et que peut-être que + je passais au travers quoi + donc ça + bon effectivement ça fait toujours l'effet un peu d'une douche froide quand on vous l'annonce
PSY : ouais /// donc + **on vous l'a annoncé en**
PAT : alors je sais plus si c'est quatre-vingt-dix ou quatre-vingt-douze j'ai pu les idées euh + très claires sur la la date
(PC-SERVC-PAT31-PSY1)

Ici toutefois la construction n'est pas complétée par la patiente. Le point commun entre les consultations médicales et les entretiens de type psychanalytiques sont les différences contextuelles qu'ils présentent avec la conversation ordinaire (Ferrara, 1994), tels que le

manque de réciprocité dans le droit aux questions ou la responsabilité de la régulation de l'interaction (Ainsworth-Vaughn, 2008). Ainsi ces formes incomplètes produites par les psychanalystes participent de la régulation de l'échange et permettent une participation croissante du patient.

3.2.2 La mise en mot de la pathologie chronique

Dans le corpus DECLICS2016, le rôle et la valeur à attribuer à ces phénomènes de collaboration discursive sont à mettre en lien avec les pathologies traitées et les difficultés pour la mise en mot du discours du patient. Dès lors, l'étude montre que la co-construction des discours s'inscrit dans des techniques de suggestion efficace, ce peut être une aide pour poser le diagnostic ou tout simplement arriver à le dire. Le patient adhèrerait mieux au discours du médecin et à ses préconisations (recommandations, suivi de traitement) lorsque les discours autour du diagnostic sont co-construits (Maynard, 1991).

— Dans un premier cas, la co-construction intervient dans un espace de discours en lien avec l'apparition de la pathologie et de ses symptômes

Lorsque le patient aborde un sujet difficile, l'apparition de la pathologie, les symptômes, les conséquences (l'infection VIH dans cet extrait), son discours peut présenter des « disfluences » (Pallaud et *al.*, 2013 ; Blanche-Benveniste, 1997) hésitations, répétitions de syntagmes : « par le ///euh par le service euh ».

> PAT : #2 à faire # j'ai donc opté pour le don du sang parce que je savais qu'au travers du don du sang on + on me dirait si /il, Ø/ y avait un problème + et effectivement ça a pas : loupé puisque j'ai été convoquée par le /// euh par le service euh + qui s'occupe du :
> PSY : **du prélèvement**
> PAT : des prélèvements voilà et puis qui m'a + révélé ma
> PSY : mh
> PAT : mon infection V.I.H
> (PC-SERVC-PAT18-PSY2)

Le professionnel de santé fournit le lexique nécessaire à l'élaboration du discours du patient, ici en reprenant la préposition « du ». Les reprises de mots-outils sont fréquentes dans les situations formelles, comme dans un cadre institutionnel : l'hôpital. La reprise constitue un « pivot pour une complétion » (André, 2010), qui permet de « répéter et continuer » (Apotheloz, 2001), ce qui explique qu'elles participent à la progression syntaxique (Richard, 2014) et discursive. Sachant que les pathologies chroniques sont la nouvelle cause principale de mortalité (Pomey et *al.*, 2015), il est important que le médecin soit attentif à la mise en mots du patient. Il y a une importance particulière à accorder pour décrire les symptômes, lister les effets secondaires des traitements.

De plus, on observe que les patients atteints de pathologie chronique développent une expertise qu'il est primordial d'intégrer dans la formation des médecins (Abidli et *al.*, 2015 ; Borges Da Silva, 2015). Les patients complètent ainsi les discours des soignants, qu'ils soient psychanalyste (extrait à gauche) ou médecin (extrait à droite).

MED : si votre tremblement mais pas que + si aussi la raideur ou la lenteur dans les gestes deviennent gênantes

PAT : **je prends rendez-vous**

MED : il faut que vous sachiez qu'il y a un médicament

(CO-SERVA-PAT4-MED1)

PSY : et donc euh une anesthésie

PAT : **locale**

PSY : uniquement en surface

PAT : en surface

(EC-SERVA-PAT5-PSY1)

Dans l'extrait de droite, le patient affiche une compréhension totale du diagnostic expliqué par son médecin : une maladie de Parkinson débutante. La progression syntaxique et discursive est conjointe, le médecin amorce une proposition qui envisage une aggravation « si... », le patient produit une phrase qui participe de l'enchainement logique : « je prends rendez-vous ». Le médecin valide cette complétion ; il prolonge, avec une nouvelle phrase, en donnant une information liée à ce sur quoi déboucherait cette prise de rendez-vous : la prescription d'un traitement pour soulager les symptômes « il y a un médicament ».

— Dans un second cas, la co-construction a pour support une reformulation (André, 2006 ; 2010)

Dans l'extrait suivant, le discours porte sur la transmission d'un diagnostic, le médecin consulte le rapport transmis par un confrère.

> MED : il faut traiter l'H.P si positif + faire une I.P.P sur le mois et faire une endoscopie contrôle au terme du traitement + en fait donc vous avez un : **un ulcère** au niveau de l'estomac
> PAT : oui
> MED : euh :
> PAT : **plusieurs** il m'a dit
> MED : comment
> PAT : il y en a **plusieurs**
> MED : oui euh : /// **multiples ulcérations superficielles + un ulcère linéaire** de un centimètre angulus biopsie + ouais donc c'était **plusieurs petites ulcérations** c'est comme si des : voilà si c'était euh
> (CO-SERVB-PAT26-MED5)

Le médecin lit les résultats d'analyses d'un patient diabétique souffrant d'ulcères à l'estomac, autour du syntagme nominal « un ulcère » se construit une succession de reformulations ou tout du moins de précisions. Le déterminant « un » est corrigé par le patient en « plusieurs », dès lors le médecin précise avec « multiples ulcérations superficielles », puis avec « un ulcère linéaire », et enfin « plusieurs petites ulcérations ». Il y a donc une construction progressive à partir du syntagme initial « un ulcère ». Ici, les phénomènes de co-constructions participent à la quête du sens ; soignants et soignés s'accordent sur le sens des mots employés, la bonne dénomination. Lorsque la terminologie n'est pas partagée, elle s'avère un problème pour l'efficacité de l'échange (Vergely et *al.*, 2009).

Conclusion

L'analyse linguistique apporte de nouveaux éléments de réflexion dans le champ de l'analyse des interactions orales entre les professionnels de la santé et les patients. Dans ce contexte, la langue utilisée fait apparaître des régularités d'usages, des spécificités (en regard d'autres genres de discours), qui permettent de caractériser l'entretien pour sa forme mais aussi pour la valeur que les formes linguistiques y prennent. Quand la communication bute, il y a matière à observer ce qui fait difficulté ou non (le choix du lexique, les structures syntaxiques). Travailler sur l'oral, avec le savoir et les outils des spécialistes, permet d'entrer plus vite dans le champ des détails. Finalement, l'étude du corpus DECLICS2016 nous apprend que le médecin, dans son emploi de la langue, dilue des usages techniques dans une syntaxe assez « ordinaire ». Son discours n'est donc pas un discours éloigné de la langue orale, trop formel, résolument technique ou jargonnant. Il s'accorde par ailleurs des changements de registres qui peuvent faire sens dans sa relation au patient, dans ce qu'il dit de sa posture. Au-delà de la communication, en apparence difficile, nous avons montré que, dans l'entretien, médecins et patients construisent ensemble le discours à des fins multiples. Ces analyses linguistiques, si elles peuvent être présentées telles qu'elles à la communauté médicale, « ne se traduisent pas en recommandations assimilables » (Vergely et *al.*, 2009). Elles ont le mérite de cibler ce qui peut faire difficulté mais de montrer aussi ce qui réussit dans l'interaction. Nous pourrions extraire des passages de transcriptions présentant des phénomènes d'incompréhension, de résistance, de conflit ou des extraits montrant la collaboration et la réussite dans l'accomplissement des activités et demander aux médecins leur ressenti. Mais il convient, pour aller plus loin, d'engager une réflexion importante sur la place de ces résultats et de leur traduction / transformation pour un rendu en formation (initiale et continue) des professionnels de la santé.

Conventions de transcriptions présentes dans l'article

\+ : pause courte (-0.2s)

/// : pause longue (+0.2s)

March- : interruption

#1 : chevauchement de parole

Je : : : allongement vocalique

Références bibliographiques

Abidli, Y., Piette, D. et Casinis, A. (2015). Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins. *Santé Publique*, HS (S1), 31-39.

Adam, J-M. (1992). *Les textes : types et prototypes. Récit, description, argumentation, explication et dialogue.* Paris : Nathan.

Ainsworth-Vaughn, N. (2008). The discourse of medical encounters. *In* D. Schiffrin, D. Tannen et H.E. Hamilton (Eds), The handbook of discourse analysis (pp. 453-469). London : Blackwell.

André, V. (2010). *Analyse pragmalinguistique de la co-construction du discours : le cas des énonciations conjointes et des reprises.*

André, V. (2006). *Construction collaborative du discours au sein de réunions de travail en entreprise : de l'analyse micro-linguistique à l'analyse socio-interactionnelle : le cas d'un Parc départemental de l'Équipement*. Thèse de doctorat en Sciences du langage, Université Nancy 2.

Apotheloz, D. (2001). Les formulations collaboratives du texte dans une rédaction conversationnelle : modes d'expansion syntaxique, techniques méta-langagières, grandeurs discursives manipulées, etc. *In* R. Bouchard, M-M. Gaulmyn, et A. Rabatel (Eds), *Le processus rédactionnel. Écrire à plusieurs voix* (pp. 49-66). Paris : L'Harmattan.

Bakhtine, M. (1977). *Le marxisme et la philosophie du langage*. Paris : Les éditions de minuit.

Biber, D. et Conrad, S. (2010). *Register, Genre, and Style*. Cambridge : Cambridge University Press.

Bilger, M. (2000). *Corpus – Méthodologie et applications linguistiques*. Paris : Honoré Champion.

Bilger, M. et Cappeau, P. (2004). L'oral ou la multiplication des styles. *Langage et société,* 3, 13-30.

Bilger, M. (2008). *Données orales – Les enjeux de la transcription*. Perpignan : PUP.

Blanche-Benveniste, C. (1990). *Le français parlé, études grammaticales*. Paris : Editions du CNRS.

Blanche-Benveniste, C. (1997). *Approches de la langue parlée en français*. Paris, Edition Ophrys.

Blanche-Benveniste, C. (2010). *Le français : Usages de la langue parlée*. Leuven : Peeters.

Borgès Da Silva, G. (2015). Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins. *Santé Publique* HS (S1), 9-11. DOI 10.3917/spub.150.0009

Boutet, J. (dir.) (1995). *Paroles au travail*. Paris : L'Harmattan.

Cappeau, P. et Gadet, F. (2016). Quand l'œil écoute... Que donnent à lire les transcriptions d'oral ? *In* E. Buchi, J-P. Chauveau et J-M. Pierrel (Eds), *Actes du XXVIIe Congrès international de linguistique et de philologie romanes* (Nancy, 15-20 juillet 2013). Strasbourg : ELiPhi, Editions de linguistique et de philologie.

Cori, M., David, S. et Léon, J. (2008). Construction des faits en linguistique : la place des corpus. *Langages*, 3 (171).

Cicourel, A-V. (1985). Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine, *Actes de la recherche en Sciences sociales*, 60, 79-89.

Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. *In* J. Cosnier, M. Grosjean, et M. Lacoste (éds.), *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 17-32). Lyon : PUL.

Culioli, A. (1999) *Pour une linguistique de l'énonciation*. 3 Tomes. Paris : Ophrys.

De Fornel, M. et Verdier, M. (2014). *Aux prises avec la douleur. Analyse conversationnelle des consultations d'analgésie*. Paris : Éditions de l'EHESS.

Depoux, P. et Stabarin, I. (2018). *La variation intrapersonnelle en français parlé : approches et statuts*. Paris : Cellule de Recherche en Linguistique.

Drew, P. et Heritage, J. (dir.). (1992). *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge : Cambridge University Press.

Ferrara, K.W. (1994). *Therapeutic Ways with Words. Oxford Studies in Sociolinguistics*. New York : Oxford University Press.

Frankel, R. et Beckman, H. (1982). IMPACT : An interaction –based method for preserving and analyzing clinical transactions. *In* L. Pettegrew et *al.* (Eds), *Straight Talk : Explorations in Provider and patient Interactions* (p. 71-85). Nashville : Humana Inc., in conjunction with the International Communication Association.

Gadet, F. (2010). Enjeux de langue dans l'analyse de discours. *Semen*, 29, 111-123.

Galiano, A. R. (dir.). (2011). *Langage, parole et discours en psychologie. Problématiques actuelles*. Paris : Desclée de Brouwer.

Ganem, V., Gernet, I., et Dejours, C. (2008). Le travail : que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail ? *L'information psychiatrique*, 84(9), 801-807.

Greco, L. (2003). Activités de description et pratiques de cadrage dans l'interaction médicale par téléphone. *In* M. Bondi, M. et S. Stati (dir.). *Dialogue Analysis 2000* (pp. 243-252). Tübingen : Niemeyer.

Grosjean, M. et Lacoste, M. (1999). Communication et intelligence collective. *Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.

Gülich, E. (2012). Conversation analysis as a new approach to the differential diagnosis of epileptic and non-epileptic seizure disorders. In M. Egbert et A. Deppermann (Eds), *Hearing Aids communication. Integrating social interact-*

tion, audiology and user centered design to improve communication with hearing loss and hearing technologies (pp. 146-158). Mannheim : Verlag für Gesprächsforschung.

Halliday, M- A.K. (1985). *Spoken and written Language*. Oxford : Oxford University Press.

Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, vol. 1. Paris : Fayard.

Heritage, J. et Lindström, A. (2012). Knowledge, Empathy and Emotion in a Medical Encounter. *In* A. Peräkylä et M-L. Sorjonen (dir.). *Emotion and Affect in Interaction* (pp. 256-273). Oxford : Oxford University Press,

Jeanneret, T. (1995). *La coénonciation en français*. Bern : Peter Lang.

Kangelari, M. (2003). *Toxicomanie, sciences du langage, une approche clinique*. Paris : L'Harmattan.

Kerbrat-Orechionni, C. (1990). *Les interactions verbales*. Tome I. Paris : Armand Colin.

Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. *In* J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste (éds.), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins* (pp. 33-61). Lyon : ARCI, Presses Universitaires de Lyon.

Lacoste, M. (2005 [2001]). Peut-on travailler sans communiquer ? *In* A. Borzeix et B. Fraenkel (éds.), *Langage et travail. Communication, cognition, action* (pp. 1-28). Paris : CNRS Éditions.

Lanfroy, R., Batt, M., Verhaegen, F., Steffens, N., Trognon, A., Rivasseau-Jonveaux, T., et Taillandier, L. (2016). L'annonce de cancer : fonction des pronoms "je" pour le dialogue et "nous" pour l'engagement dans une relation incertaine. Étude exploratoire. *Psycho-oncologie* (10)4, 249-255.

Lebrun, J. (2017). *De la maladie au malade : Psychanalyse et médecine dans la cité*. Toulouse : ERES.

Maynard D. (1991). Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American Journal of Sociology,* 97(2), 448-495.

Mondada, L. (2006). Interactions en situations professionnelles et institutionnelles : de l'analyse détaillée aux retombées pratiques. *Revue française de linguistique appliquée*, XI(2), 5-16.

Müller, E.F.et Klaeger S. (2010). Collaborations syntaxiques-formes et fonctions dans un groupe subculturel lyonnais. *Pratiques : Interactions et corpus oraux,* 223-243.

Pallaud, B., Rauzy, S. et Blache, P. (2013). Auto-interruptions et disfluences en français parlé dans quatre corpus du CID. *TIPA. Travaux interdisciplinaires sur la parole et le langage*, 29.

Ploog, K., Mariani-Rousset, S. et Hutin, E. (dir.). (2018). *Emmêler & démêler la parole. Approche pluridisciplinaire de la relation de soin*. PUFC (coll. Annales littéraires).

Pomey, M-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Leble, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique,* HS (S1), 41-50.

Richard, E. (2014). *Parcours de la répétition. Un cercle dynamique*. Habilitation à diriger des recherches présentée le 27 juin 2014, mémoire de synthèse, Vol1, Université de Strasbourg.

Rolland, Ch. et Lang, Th. (2007). *La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus*

En médecine générale de ville. Saint-Denis : INPES.

Rouget, Ch. (2000). Les nominalisations sont-elles réservées aux descriptions techniques ? *In* M. Bilger (Ed), *Corpus – Méthodologie et applications linguistiques* (pp. 296-305). Paris : Honoré Champion.

Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversation*. Edited by Gail Jefferson. Oxford : Basil Blackwell, 2 volumes.

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

Sinclair, J. (1991). *Corpus Concordance Collocation*. Oxford : Oxford University Press.

Ten Have, P. (2006). On the interactive constitution of medical encounters. *Revue française de linguistique appliquée*, 2 (vol. XI), 133-162.

Traverso, V. (2001). Analyse de consultations médicales en présence d'un intermédiaire linguistique non-professionnel. *Actes du VIIIe congrès de l'ARIC*. Genève : Université de Genève, 24-28sept 2001.

Vergely, P., Condamines, A., Fabre, C., Josselin-Leray, A., Rebeyrolle, J. et Tanguy, L. (2009). Analyse linguistique des interactions patient/médecin. In C. Felix et J. Tardif (dir.), *Actes éducatifs et de soins*. Nice (publication numérique).