

Les disparités culturelles dans les interactions médecins-patients au cours des consultations médicales. Résultats d'enquêtes en site médical

Cultural Disparities in Doctor-Patient Interactions During Medical Consultations: Findings from Field Surveys in Medical Settings

Azzeddine BENAÏSSA 
Université de Tlemcen/ALGERIE
Laboratoire Dylandimed

Reçu:12/04/2025,

Accepté: 31/05/2025,

Publié:04/06/2025

Résumé :

Notre étude s'inscrit dans le domaine de la sociolinguistique interactionnelle. Elle consiste à une analyse conversationnelle de plusieurs consultations médicales déroulées chez différents médecins spécialistes. Il s'agit pour nous d'observer les interactions entre les médecins et les patients pendant les phases de la consultation médicale en prêtant attention aux thèmes abordés lors des échanges, aux procédés déployés par chacun des interactants pour transmettre le message, construire le sens adapté, pallier la distance lexicale, rendre compte des différents faits d'arrière-plan socioculturel et assurer une intercompréhension meilleure.

Mots-clés : sociolinguistique interactionnelle- consultation médicale-disparités- culture-intercompréhension.

Abstract :

Our study falls within the field of interactional sociolinguistics. It consists of a conversational analysis of several medical consultations carried out with different specialist doctors. For us, it is a question of observing the interactions between doctors and patients during the phases of the medical consultation, paying attention to the themes discussed during the exchanges, to the processes deployed by each of the interactants to transmit the message, construct the appropriate meaning, overcome the lexical distance, account for the different socio-cultural background facts and ensure better mutual understanding.

Keywords : interactional sociolinguistics- Medicalconsultation-Disparities- Culture-Intercomprehension

* Auteur correspondant : **Azzeddine BENAÏSSA**

Langues & Cultures / © 2025 The Authors. Published by the University of Adrar, Algeria.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Introduction

L'interactionnisme tel qu'il est décrit par Catherine Kerbrat-Orecchioni (1990), dénote la mouvance qui caractérise un certain nombre de travaux dans le domaine de l'analyse du discours ainsi que dans l'ensemble des sciences sociales depuis les années 80. Le courant interactionniste peut être défini comme suit : « ce qui est caractéristique de l'approche

interactionniste, c'est de considérer que le sens d'un énoncé est le produit d'un travail collaboratif, qui est construit en commun par les différentes parties en présence –l'interaction pouvant alors être définie comme le lieu d'une activité collective de production du sens, activité qui implique la mise en œuvre de négociations explicites et implicites qui peuvent aboutir, ou échouer (c'est le malentendu) » (Kerbrat-Orecchioni 1990 : 28-29).

Depuis la fin des années quatre-vingt du siècle dernier, la réflexion sur la communication médecin-patient a connu un intérêt particulier, notamment dans les recherches en sciences humaines. Les perpétuelles mutations ayant touché les systèmes de santé vu la croissance vertigineuse des maladies chroniques, les nouvelles modalités de leur prise en charge et la transformation dynamique de la place de malade dans le champ de la santé considèrent la relation médecin / patient tel un épïcentre de nouveaux enjeux. Cette relation particulière qui évolue dans ce domaine assez particulier en fonction de différents mécanismes et paramètres fait l'objet de nombreuses recherches autant avancées de la part de médecins et des sociologues. Elle est souvent étudiée sous l'angle de pratiques langagières et des habilités communicationnelles et/ou relationnelles.

Nous nous intéressons aux interactions verbales en milieu médical entre médecins et patients tout en focalisant sur une analyse détaillée de ce qui ressort comme éléments permettant une meilleure compréhension des écarts socio-linguistico-culturels où nous essayons plus particulièrement de caractériser les inégalités dans le discours, la gestion des rôles et des faces ainsi que l'organisation de l'interaction au niveau de la production des énoncés en salle de consultation. Notre analyse s'inscrit, comme son titre l'indique, dans la lignée des recherches qui portent sur la dimension communicationnelle voire conversationnelle en contexte professionnel, médical pour ce qui nous concerne. Elle s'appuie sur la répartition et le fonctionnement des échanges entre les médecins et leurs patients lors de la consultation. Ces échanges sont pris en considération dans leurs aspects linguistiques et socioculturels pour pouvoir déterminer les différentes disparités culturelles et linguistiques qui apparaissent dans l'interaction.

1. Langue, culture et société : quels liens ?

La notion de « disparités linguistiques, disparités culturelles », donc de « langue » et de « culture », est relativement large puisqu'elle englobe une construction sociale permanente indissociablement liée : (langue / culture) « *la langue est dans la culture qui est dans la langue* » (Blanchet, 2000 :129). La langue est un système évolutif, régulé de signes verbaux qui émerge des pratiques humaines de communication organisées selon les normes constitutives est prescriptives. C'est une structure homogène abstraite, elle ne se réduit pas à nommer la réalité tangible, elle est l'analyse spécifique de la réalité qui fait l'objet de la communication (Blanchet,

ibid. : 129). La culture est un ensemble des connaissances acquises (instruction, savoir...) des structures sociales, religieuses, des faits idiomatiques qui caractérisent une société. Elle signifie dans sa définition adoptée en psychologie sociales : « *le système de signification partagés par un groupe humain, qui permet à un individu d'interpréter la signification symbolique des comportements humains, et donc de construire son propre comportement* » (Blanchet, *ibid.* :132).

Langue, culture et société interfèrent largement ; la langue est une manifestation de la culture et de l'identité culturelle, c'est un produit social et culturel opulent et consistant, grâce auquel les groupes sociaux communiquent et apprennent la culture. La langue est un objet pilote dans la construction des identités individuelles et collectives, c'est d'ailleurs par son biais « *que passe la socialisation des individus, l'élaboration de leurs rapports à eux-mêmes, aux groupes et à l'univers* » (Blanchet, *ibid.* : 129). À partir de là, la langue a deux fonctions essentielles qui assurent conjointement les pratiques ethno-sociolinguistiques et l'organisation d'un système langue : une fonction communicative et une fonction identitaire. Ainsi, la consultation médicale constitue un moyen d'acquisition relationnel, où chacun des partenaires interactionnels participe au déroulement de l'entrevue médicale en incarnant chacun un rôle et un statut particulier et en contribuant mutuellement à l'élaboration du diagnostic final et la prescription du traitement adapté au problème de santé en question qui constitue la raison de la visite et le but de leur rencontre.

2. Les disparités culturelles

Il convient de prime à bord de préciser ce que nous entendons par disparité. La disparité, selon le *Dictionnaire encyclopédique, Petit Larousse* renvoie au manque d'égalité, la différence marquée entre deux choses que l'on compare (1980 : 298). Elle signifie aussi « le manque de parité, de proportion, d'harmonie, d'égalité : une disparité d'âge, écart de revenus entre catégories sociales et entre régions, situation de déséquilibre entre les prix, les coûts ». Le terme « disparité » évoque ainsi une inégalité « ressentie, perçue et vécue comme une injustice » (Rrunet, Ferras et Thery, 1992 : 150 ; cité par Merrnne-Schoumaker, 1994 : 5-14). Cette absence de parité, bien qu'elle puisse correspondre dans sa large dimension à une différence de niveau dans différents domaines (économiques, sociaux, culturels, etc. elle est surtout associée à une différence de revenus et de niveaux de vie, voire de formation, de soins ou en général d'accès aux services(Ibidem). Dès lors, les disparités sont difficilement mesurables, ce qui est évalué généralement à ce propos, ce sont « des écarts par rapport à une norme » (Ibidem). Dans notre travail, cette norme correspond à l'atmosphère formelle et l'ambiance officielle dans lesquelles se déroulent conventionnellement les consultations médicales l'expertise médicale la langue officielle de la consultation et celle adoptée par le patient types de configuration et de l'organisation de la consultation médicale, le statut scientifique technique particulier de la C.M. comportement adopté par chacun des acteurs.

1.1. Différences dans la conception de la relation individu / groupe :

Le fait saillant dans les situations de cette catégorie réside dans les différences entre le comportement interactionnel attendu par le médecin de la part du patient et celui qu'il adopte effectivement ou inversement (abus ou abstinence) jusqu'au détournement de la situation. Ces différences sont indices d'une variété d'éléments appropriés d'arrière-plan culturel¹ communément partagés par des sujets sociaux (le temps, l'individu, la santé, les relations etc.). Elles peuvent être en effet la source d'inductions confondues ou d'inférences négatives susceptibles de créer des problèmes dans la communication. Elles relèvent de différents niveaux, des plus "microscopiques" : un ton de voix, une intonation, aux plus globaux, par exemple les formes discursives choisies. Elles peuvent être marqueurs de différentes représentations de la situation jacente et de la relation de rôle qu'elle implique.

Ci-dessous, un exemple de ce type de situations enregistré en salle de consultation occupée par cinq patientes en service de gynécologie : trois à l'attente sur des chaises, une à l'examen échographique derrière le paravent, et une autre au bureau du médecin pour la prescription des médicaments. Il s'agit de la consultation de cette dernière patiente, dont le passage suivant a été extrait :

Extrait 1 :

S : assistante / M : médecin / P : patiente à l'attente / Şf : patiente en cours.

40 S : ChafiQa hadꝥou ghi bachwiya *bach matalfohch*↓

[Parlez doucement* pour que vous ne le déconcentriez pas*↓]

41 M : matahadꝥouch gaε machi tahadꝥou ghi bachwiya

[carrément ne parlez pas, ce n'est pas que vous pouvez parler doucement]

42 P(s) : saHa smaHana a tbéb

[D'accord, pardonnez-nous docteur]

43 M : walla la↑

[ou bien non↑]

44 Şf : wah bien sûr

[oui]

45 M : we haKak we TAHDAR mεaha kalma↑

[et pourtant, vous parlez encore]

46 P : (celle qui parle) a naεam !

[pardon !]

47 S : (elle lui demande de ne plus parler avec un geste)

48 P : (celle qui parle) je m'excuse docteur (rire)

49 S : (à voix basse) matahadꝥouch hna

¹ - les cas de figure constatés sont ceux des maris qui refusent que leurs femmes soient examinées par un médecin homme (soi le gynécologue, le chirurgien, le généraliste), c'est aussi le refus de se faire ausculter / examiner en présence de l'assistant(e) dans la même salle, le renoncement de deux jeunes hommes ; accompagnant leurs mères ; à assister avec elles aux consultations car le médecin était femme.

[ne parlez pas ici]

50 M : *ʔana fel qism*

[On est en classe]

51 P : *wa:h nichane hadak houwa* (en riant)

[oui tout à fait c'est ça]

(Silence)

La patiente âgée de 57 ans, vient consulter chez le gynécologue parce qu'elle se plaint des douleurs au niveau de l'endomètre après avoir subi une mastectomie (ablation du sein) quelques mois plutôt suite à un problème cancérologique. Pendant que le médecin rédige l'ordonnance, les 4 patientes présentes dans la salle attendant leurs tours parlaient à haute voix, ce qui déconcentrait le médecin immergé dans la réflexion sur les médicaments à prescrire. L'assistante remarquant l'agacement du médecin, s'adresse aux patientes à la ligne 40 en leur demandant de parler moins fort pour ne pas déranger le médecin et disperser ses idées. Ce dernier, saisis l'occasion et prend la parole tout de suite après l'intervention de son assistante et demande aux patientes d'un ton sérieux de ne plus parler carrément (ligne 41), il les alerte une deuxième fois consécutive de ce comportement (ligne 45). Secouées (bouleversées) elles s'excusent au médecin d'un ton conscient de leur erreur ; suivi des rires ; dans deux reprises (ligne 42, 48) après chacune de ses remarques concernant leur bavardage. Le médecin revient sur ses propos avancés d'un ton sévère et glisse des plaisanteries d'un ton humoristique pour décontracter la situation et pallier son intensité (ligne 50), échange réparateur auquel la réactivité est positive de la part des patientes (ligne 51). Ces effets produits par les éléments suivant :

- l'intensité des voix, par les ton de parole, par la persistance de certains faits troublants ou déstabilisants l'interaction,
- le fait de concevoir autrement la relation individu/groupe² et ne pas garder silence dans un site où les médecins et les patients parlent à mi-voix,
- le fait de ne pas distinguer les rôles et ne pas préserver la face de l'autre,

Ces effets donc interviennent pour provoquer le sentiment d'interaction « non-ordinaire » ou de « non-conformité » ainsi que pour construire la catégorie des « représentations d'arrière-plan » qui se dégagent des comportements des patients dans la situation et qui seraient susceptibles de poser des problèmes. Dans cet extrait, la situation est emportée par les rires. Mais autrement dans d'autres cas similaires, des émotions plus négatives et préjudiciables au bon déroulement des échanges peuvent naître.

1.2.Échange confirmatif et régulation du discours :

² - Ajoutons aussi un fait authentique quotidien à propos de la conception de la relation individu / groupe dont une des conséquences constatée dans le service de gynécologie à l'hôpital est que la salle de consultation est souvent envahie de patientes nombreuses (quatre à l'attente, une à l'examen échographique, et une autre au bureau du médecin ce qui peut les mettre en malaise puisque certaines viennent pour des traitements d'infertilité et souhaitent une discrétion et confidentialité à ce propos.

Extrait 2 : M : médecin gynécologue / **Pk** : patiente (39 ans)

- 208 M : ça veut dire le quatrième jour melyoum↑ [*à partir d'aujourd'hui*]
 209 Pκ : wah [oui]
 210 M : Εα::da tbaddi Utrogestan [*tu commences à prendre Utrogestan*]
 211 Pκ : a::ya saHa [*ok d'accord*]
 212 M : fhamtni ? [*tu as compris ?*]
 213 Pκ : wah [oui]
 214 M : elyoum rana 12 [*aujourd'hui on est le 12*]
 215 Pκ : ça:: y est wah [oui]
 216 M : 13, 14, 15 ↑ 16 ytÉHlak manna 4 jours fhamt ? [*ça se fera d'ici 4 jours*]
 217 Pκ : é::ya saHa [*ok d'accord*]
 218 M : fhamtni ? [*tu as compris ?*]
 219 Pκ : wah, Allah yaHafdak tbéb saHit [*oui, merci docteur*]
 220 M : Allah ysamaΕ khbaε elkhéε (+) ah s'il n'y a rien tgoulili [*on attend les bonnes nouvelles, s'il n'y a rien tu me fais savoir*]
 221 Pκ : ça:: y est dok ana n'euh [ncontacti mΕak tamma wah
 [*le jour ouu je euh, je vous mettrai au courant*]]
 222 M : [khos tam tam, khos tam tam κik fahma ?
 [*Il faut que ce soit sur place, tu me comprends ?*]]
 223 P : wah [oui]
 224 M : saHa ? mattawalch kima ngoulou [*d'accord ! ne tardes pas surtout*]
 225 P : Allah yaHafdak tbéb, baεaka Allaho fik [*qu'Allah vous protège, qu'Allah vous*

3 - Le médecin insiste de peur d'un comportement de négligence et de désengagement, de non suivi thérapeutique, de négligence des conduites à tenir concernant l'hygiène et d'indiscipline dans le maintien du protocole médical recommandé dans les traitements d'infertilité. Elle se marque aussi dans les différents comportements interactionnels sur plusieurs niveaux: un ton de voix, une intonation, refus de l'hospitalisation, comportement d'évitement provenant des patients vis-à-vis de ce que leur est attendu (s'abstenir à évoquer une partie de l'historique médicale ou masquer des symptômes ; nécessaires au diagnostic ; durant l'interrogatoire ou l'examen clinique), adhérence ou transgression de partie technique ou de partie contact (indication approximative, pudiquement écourtée, détails nécessaires Vs détails semblables).

bénit]

226 M : Allah yaHafdak, Allah yaEtik saHa madame, kach Haja goulili

[qu'Allah vous protège, merci madame, s'il y a quoi que ce soit tu me tiens au courant]

227 P : saHa *[d'accord]*

228 M : baslama *[au revoir]*

Dans cette interaction, la locution explicative du médecin initiée par « ça veut dire » dans le tour (208) et les autres explications persistantes qui l'ont suivie, se veulent des séquences d'échange garnies d'assurances réparatrices. Ceci dans la mesure où elles ont été fournies plusieurs fois différemment et où elles ont une fonction illocutoire initiative, qui fait qu'elles reçoivent ensuite des réponses "écourtées" à fonction à la fois réactive (« oui/d'accord ») et initiative du fait qu'elles ont été dites d'un ton hésitant ou incertain. Ces réponses sont renforcées par une évaluation de type (vous avez compris ? avez-vous compris ?) exerçant une fonction régulatrice et réactive aux interrogations implicites de la patiente qui se manifestent à travers le ton de la voix. Si cette évaluation semble pouvoir clore l'échange, au risque de laisser de l'opacité ou de confusion, étant donné qu'il manque un double accord entre les interlocuteurs, elle s'ouvre sur un deuxième échange tel qu'il est illustré dans l'extrait ci-dessus (ligne 214, 216, 218, 222, 224).

2- Style de vie du patient et négociation des conduites d'hygiène en consultation :

L'analyse qualitative des interactions de notre corpus nous a permis de constater que les échanges sur le contrôle du poids et l'hygiène de vie sont marqués par des conduites d'esquive, d'évitement, de recul tant de la part du médecin que du patient. Le style de vie du patient est souvent au centre d'intérêt de l'interaction⁴ et fait l'objet de négociations. D'une part, l'intervention sur les habitudes de vie apparaît difficile d'accès au praticien, parce qu'elle renvoie à une dimension particulièrement complexe de la relation médicale qui ne relève pas de la pathologie mais de l'épaisseur « sociale » du patient, c'est-à-dire sa trajectoire de vie, son statut social, ses pratiques alimentaires et physiques dans leurs durées et usages, son intégration sociale dans le travail, le loisir, sa vie familiale, etc.

2.1 Médicalisation des styles de vie :

Le travail sur les styles de vie envisage ; sur un modèle de raisonnement médical qui vise à placer le patient dans le bon plateau technique ; le recours à une situation de déviance à

⁴ - les problèmes en question concernent, par exemple, la nutrition des femmes enceintes ayant des carences sévères en vitamines ou une maladie chronique, des femmes avant et après leur accouchement par césarienne, des patients ayant subi une chirurgie. Les conseils recommandés par le médecin à propos de ces situations ; comme surveiller son poids pendant la grossesse ; sont considérés comme inadéquats surtout que les repas proposés par le service hospitalier sont inappropriés et servis souvent froids, les familles choisissent de ne pas priver les patients, de leur faire plaisir et se chargent de leur apporter des repas faits maison.

l'égard des normes et recommandations d'hygiène. Suivant un interrogatoire rationnel, le médecin convertit, en actions acceptables ou négociables selon le profil du patient, les indicateurs de consommation alimentaire, d'activité physique (sédentarité). Il associe ces données à des modes d'agir du patient au quotidien afin de concrétiser ses instructions et d'évaluer au mieux l'adéquation des conduites. Ce travail d'enquête à vision diagnostique révèle au patient que le médecin ne porte pas un jugement moral sur la conduite qu'il tient mais qu'il porte un regard neutre d'aspect médical sous le volet d'une approche sanitaire.

2.2- Médicaliser le style de vie (Activité physique) :

Dans l'exemple suivant, le médecin, dans une relation récente avec une patiente instruite et dont il reprend l'historique en consultant son dossier médical, fait appel à son rôle d'éducateur et glisse des instructions ; au fur et à mesure de la conversation ; qui visent à établir un régime alimentaire et un maintien de l'activité physique. Dès lors, La négociation autour des habitudes de vie prend la forme d'un contrôle déclaré et s'impose comme une prescription des recommandations plutôt qu'une prescription médicamenteuse. Dans le passage ci-dessous, la patiente de poids normal, écrivaine publique à domicile âgée de 61 ans, vient consulter chez le cardiologue pour avoir un deuxième avis médical sur son état de santé, soit pour l'hypertension artérielle. Elle est, dès le départ de la phase d'examen clinique, poussée et encouragée par le médecin à améliorer son alimentation en régularisant la consommation des aliments salés, et à prévoir l'intégration d'un rituel sportif dans son quotidien comme une méthode thérapeutique non médicamenteuse et un dispositif central qui fait partie du traitement.

Extrait 3 : M : médecin cardiologue / Ya : patiente (62 ans)

(Le médecin place le tensiomètre pour prendre les mesures de l'hypertension artérielle)

94 M : kayna une activité physique ?

[y a -t-il]

95 Ya : euh NON justement oui, que à la maison

96 M : euh on va faire une échographie

97 Ya ouais, j'aime bien marcher: mais :: ...

98 M : pas de marche

99 Ya : ben: la marche, moi j'voudrais juste avoir quelqu'un qui m'accompagne, il n'y a personne

qui m'accompagne et alors euh: ... moi sinon j'adore marcher, j'ai déjà fait une randonnée

c'est tout

(En riant)

100 M : c'est bien

101 Ya : une randonnée ta 10 kilomètres il y a:: il y a 5 ans peut être, mais si wah *5 ans voilà*↓

donc sinon *j'aime bien marcher hein*↑ mais::!↓

101 M : il faut essayer de marcher

102 Ya : voi:là [oui

103 M : [d'une manière régulière

104 Ya : oui, tous les jours

105 M : oui

106 Ya : ça: ouais

107 M : une marche rapide ntaε une demi-heure par jour [mliHa

108 Ya : [ah:: voilà

109 M : sinon pour ne pas l'faire euh chaque jour

110 Ya : moi J'PEUX L'FAI:RE↑ c'est-à-dire [il faut mai't'nant ... j'sais pas

111 M : [tanjam taεmal une heure, une heure et
demi trois ou

quatre fois par semaine

112 Ya : bah c'est comme un traitement: euh on se [inaud]

113 M : ça fait partie du [traitement

114 Ya : [traitement voilà

Dans cet échange initié par le médecin, ayant lieu juste après la prise des mesures de l'hypertension artérielle de la patiente, le cardiologue enchaîne son discours avec une interrogation à propos de l'activité physique (ligne 94) à laquelle la patiente répond négativement. Une demande qui la met hors de sa zone de confort. Désormais, Elle s'auto console ; dans une tentative de suspendre la discussion à ce propos ; en évoquant qu'elle avait fait une randonnée dans un temps passé (ligne 99). Le rire à la fin de la prise de parole en est témoin. Le médecin de sa part, ne dévalorise pas cette expérience et la qualifie « de bonne » (ligne 100). Il délivre des encouragements pour une pratique à l'équivalent d'un mécanisme protecteur, considérée comme faisant partie du traitement « l'activité physique » (ligne 113). Il incite donc la patiente à marcher régulièrement (ligne 101, 103,107) et lui propose des astuces qui l'aideraient à maintenir ces bonnes habitudes (ligne 109-111).

L'objectif d'aller dans cette stratégie qui vise à faire convaincre, est de faire partager au sujet une approche préventive de tout éventuel risque ; pouvant intervenir en cas de négligence ou d'esquive à la conduite en question ; afin d'obtenir sa détermination au changement. C'est ainsi, que l'interaction se poursuit dans cette même perspective (conception) de la relation saint / malsain, risque / danger.

2.3Médicaliser l'alimentation :

L'extrait suivant, tiré de la même consultation, présente la suite de l'interaction présidente où le médecin poursuit et lance un interrogatoire élargi sur le régime alimentaire :

Extrait 4 :

115 M : euh wel makla rik mHawla chwiya ?

[euh et au niveau de la nourriture vous faites attention ?]

- 116 Ya : comment ?
 117 M : le régime alimentaire ?
 118 Ya : euh un p'tit peu mais il faut dire franchement j'mange trop d'pain (+) des fois j'achète du
 pain sans sel, il faut dire je :: il faut dire la vérité hein on triche,*oui*↓
 119 M : euh chouf madame
 [euh écoutez madame]
 120 Ya : oui
 121 M : ila takoul bezzaf elkhobz
 [si vous mangez beaucoup de pain]
 122 Ya : oui
 123 M : ila tachkih euh
 [Si vous l'achetez euh]
 124 Ya : sans sel↑
 125 M : tachkih normal
 [Vous l'achetez normal]
 126 Ya : éh
 127 M : euh elmakla khasha tkoun massousa
 [euh l'alimentation doit être sans sel]
 128 Ya : massousa d'accord
 [sans sel, d'accord]
 129 M : wila: tachrih sans sel
 [et si vous l'achetez sans sel]
 130 Ya : oui
 131 M : elmakla tanjam taɛmal ghi Hachwiya taɛ lamlaH
 [l'alimentation tu peux mettre juste un peu de sel]
 132 Ya : voil:à d'accord, c'est-à-dire soi sans sel soi demi sel

Le médecin poursuit son interrogatoire en demandant à la patiente si elle prend les précautions nécessaires par rapport à son alimentation (ligne 115, 117). Demande face à laquelle elle se montre franche ; sans recours aux justifications ratées ; en avouant une alimentation inférieure à une vision saine attendue (ligne 118). L'intonation descendante à la fin du premier échange quadrinaire (ligne 119) fait preuve d'un fort sentiment de culpabilité émis implicitement de sa part. La question ouverte de médecin a guidé la patiente à penser intuitivement au pain, aliment qu'elle consomme beaucoup. Selon les caractéristiques du rituel alimentaire du patient, le médecin conseille une consommation moins salée soit pour le pain ou pour la nourriture (mais pas sans sel « la variante »). Le processus de la médicalisation de l'alimentation ⁵ passe par la recommandation absolue d'une alimentation saine qui vise le maintien d'un régime alimentaire strict basé sur le contrôle de consommation d'un aliment « le

⁵ - Il est nécessaire aussi de signaler que les sujets moins jeunes (ou les sujets jeunes influencés par des proches de leurs familles moins jeunes ; voir leurs parents, leurs belles mères) ont un rapport plus simple, moins médicalisé et plus naturel aux traitements. À l'exemple des patients proposant ou avoir déclaré prendre des remèdes naturels pour recourir à certains problèmes de santé (calmer la toux sèche, soulager des douleurs, apaiser les maux « tête, gorge, dents », soigner une extinction de voix ou une irritation laryngée, adoucir les muqueuses pharyngées) à l'aide des inhalations des huiles essentielles d'eucalyptus ou de thym, de jus de citron et le miel.

sel » et la prise en compte d'indicateurs de consommation (régularisation en fonction des qualités et des quantités). Dans ce même ordre d'idée, nous tenons à signaler que la médicalisation des styles de vie peut fonctionner autrement selon un enchaînement divers. Outre que donner les instructions et les recommandations initiées par les formules « il faut que, vous devez » le médecin peut transmettre l'idée d'une « conduite à tenir » au patient et le convaincre de l'appliquer et la maintenir avec une vision moins autoritaire. Pour ce faire, il va dans une démarche explicative progressive durant laquelle les informations fournies dépendent du profil pathologique du patient et du degré de son assimilation (Exécution). Il autorise le délaissement de la prise d'un médicament et impose en contrepartie la pratique d'une activité physique ; comme un alternatif protecteur ; par le biais d'une explication clinique basée sur des formules qui permettent l'exécution d'un acte « vous pouvez arrêter, on eut » comme nous le montre le passage suivant qui renvoie à la consultation de la même patiente :

Extrait 5 :

169 M : euh le traitement taE ta tension Eandak mliH

[euh pour le traitement de l'hypertension ça va]

170 Ya : [inaud]

171 M : il faut l'maintenir

172 Ya : bien sûr

173 M : par contre l'aspirine

174 Ya : oui l'aspirine, pac'que j'

175 M : *[vous pouvez l'arrêter]*

176 Ya : ah bon, on peut l'arrêter !

177 M : on peut l'arrêter, surtout que le taux de plaquette est un peu rompu

178 Ya : éh:: et c'est pourquoi et:: justement j'voulais t'demander pac'que comme j'ai gardé les

179 M : *[oui (+ + +) ça va baisser (+) ça baisse l'aspirine ça va*

faire baisser encore plus les plaquettes

180 Ya : ah:: c'est ça:: *[enfin j'prends une fois par semaine]*

181 M : *[donc vous arrêtez l'aspirine we même une fois par semaine [vous l'arrêtez]*

182 Ya : *[et sinon j'prends*

pas:: d'euh d'Aspro et de :: j'prends pas

183 M : il faut remplacer l'aspirine par de l'activité physique

184 Ya : voi:lâ↑ c'est bon

185 M : c'est beaucoup *[mieux]*

186 Ya : *[mieux voilà]*

187 M : c'est beaucoup mieux

188 Ya : d'accord merci

Dans cette interaction qui est survenue au stade de la prescription, les connaissances sont apportées par petites touches au fur et à mesure de l'échange et de l'acquiescement de la

patiente. Le médecin enchaîne son discours à la ligne 173 avec l'adverbe « par contre » pour marquer une opposition entre deux instructions de finalités différentes. L'une incite au maintien d'un traitement (ligne 171), l'autre envisage l'arrêt de la prise d'un médicament à effet indésirable ; voir la baisse de taux de plaquettes (ligne 175). Le médecin appelle constamment au fil de la conversation à la mise en œuvre de ces deux conduites (ligne 177,181), les chevauchements ayant lieu dans ses prises de parole font preuve d'une incitation instante à une conduite médicale alternative (ligne 183), atténuée par l'apport d'information supplémentaire concernant les éventuels risques pouvant émaner. Il essaie de sensibiliser la patiente des risques cardio-vasculaires (ligne 179) et sollicite sa compréhension en fournissant une explication clinique simplifiée qui témoigne de son expertise médicale.

3- Culturaliser les restrictions :

La culturalisation est une démarche inverse à la médicalisation des styles de vie et de l'alimentation qui s'appuie sur les ressources disponibles du patient. Par laquelle, la médecine ne se limite pas à produire des énoncés et des actes qui imposent un modèle d'expertise médicale sur « *la culture de ceux auxquels elle s'adresse et dont elle entend transformer les représentations et les pratiques* » (Fassin, 2008 : 44, cité par Génolini et *al.*, : 2011) mais elle réalise aussi un travail d'entente sur les pratiques à adopter. Elle vise à faire mieux apparaître le rôle du patient et activer sa participation à l'élaboration d'une série de conduites à tenir en prenant en considération son point de vue du et en se calant sur son univers culturel, tel qu'il l'interprète. Le procédé vise à inclure une hygiène de vie recommandée dans le rituel du patient et envisage son engagement à travers l'ancrage des restrictions et des conseils dans un ethos exprimé par des modes de vie familiaux, professionnels, sportifs et se déroule différemment selon la réactivité du patient (implication, consentement, hésitation, refus), selon le niveau d'asymétrie de la relation médicale (le savoir profane et les connaissances ordinaires limitées du patient face à la technicité et l'expertise médicales). Les astuces qui marchent au quotidien (ex : changer d'ameublement, sortir se promener), les conseils des proches (ex : prendre un médicament testé et recommandé par d'autres pour soulager un symptôme), les propositions répandues validées sous convention de la masse populaire (ex : médecine traditionnelle), objectivent ; dans le même temps ; des disparités culturelles et linguistiques enchaînées par rapport au savoir médicale spécialisé et des solutions au problème.

L'extrait suivant concerne une relation de soin de 5 ans. Le médecin étant ex collègue de la patiente et son ancien chef d'équipe au service chirurgicale à l'hôpital où ils travaillaient ensemble, adopte une posture éthique qui accorde de l'importance à sa connaissance sociale. La patiente est dans une relation de confiance et d'écoute à l'égard du praticien qui se tient dans le registre de l'autorité éclairée et s'applique dans son rôle d'éducateur.

La patiente âgée de 27 ans infirmière au bloc opératoire, se plaint des douleurs lombaires. Face à des instructions qu'elle s'auto-impose ; qui sont des injonctions (« *il faut...* » Ligne 131, 133,135) ; le médecin exprime de la satisfaction et saisit l'occasion pour émettre les explications nécessaires à l'acquiescement de la patiente. Il remet en question l'apparition d'un symptôme et la relie à un rituel malsain au niveau de l'alimentation qui contribue à l'augmentation d'un danger. De ce fait, la patiente trouve une difficulté à prendre sa place dans un discours qui met en valeur l'expertise médicale du médecin :

Extrait 6 : M : médecin urologue / Sα : patiente (27 ans)

(Le médecin et la patiente rejoignent le bureau pour passer à la prescription des médicaments)

130 M : naɛtik les anti-inflammatoires we pansement gastrique (++) iwa baghya les douleurs yaHabsou (+) SI NON ida ɛɛafti le problème daɁwak tassabɁi we ça y'est (rire)
[je vais te prescrire ... (++) pour soulager les douleurs (+) si non si tu es consciente du problème en cause maintenant, il faut patiente et puis c'est bon (rire)]

131 Sα : et ben saHa, **khasni ndiɁ** une hygiène de vie tout d'abord
[d'accord, je dois suivre]

132 M : voilà

133 Sα : **il faut boire** beaucoup d'eau ↓

134 M : hadi comme [promotion

135 Sα : [même euh↑ **il faut éliminer** Hatta :: **il faut faire** un régime alimentaire, éliminer quelques :: par exemple le calcium le fromage had swalaH y'favorisiw normalement

[ces aliments qui favorisent]

136 M : la première cause taɛ la lithiase (+) homa des :: oxalates, had les oxalates talqihoum fel

euh les gâteaux, les sucreries

[tu les trouves dans]

137 Sα : ah je mange trop *ces trucs*↓

138 M : hada howa MACHI tHasli f'laHlib w lakhoɁ, hadak ghi en plus (**en riant**), les gâteaux

les sucreries (+) l'betterave loubya el khadɁ fihoum les oxalates

139 Sα : hadouk ma ... hadou betterave ɛaycha bih

[ces aliments là ... la betterave, je vis de ça au fait]

140 M : betterave fih les oxalates

[contient]

141 Sα : samma khasni n'évitéh

[donc il fait que je l'évite]

142 M : TNAQSI au maximum (+) mɛa les gâteaux (+) ida t'basé ɛla les légumes wel khoudɁa::

hadi hiya

[tu diminues au maximum (+) avec les gâteaux (+) si tu bases sur les légumes c'est ça hein]

143 Sα : *bassaH ana nakoul ghi had swalaH*↓ assam euh↑ (+) ana TELLEMENT loubya li khadɁa ɛandi:: sacré ɛandi ndiɁa à l'étuvée:: mɛa le vinaigre du cidre mɛa khal ettoufaH

mɛa l'betterave hadou:: sacré (++) hadou ch'ghoul [ɛaycha bihoum

[*mais moi je ne mange que ça*↓ quoi d'autre euh↑(+) les haricots verts c'est tellement sacré pour moi (++) je les fais à l'étuvé avec le vinaigre du cidre avec la betterave c'est sacré (++) genre je vis de ça]

144 M : [saHa ida diɣi hadou mataklich les gâteaux sahla ?

[d'accord, si tu les prends, ne mange pas de gâteaux, d'accord ?

145 Sα : saHa (en riant)

[d'accord]

146 M : (rire) naqsi naqsi el gâteau au maximum (+) euh euh loukan taqɣi par internet taqɣi::

70% m'les lithiases c'est à base d'oxalates, les oxalates nalqohoum f' les gâteaux w les sucreries we [ha::di hiya

[diminue, diminue la consommation des gâteaux au maximum (+) euh euh si tu cherches sur internet tu trouveras que 70% des lithiases sont à base d'oxalates qu'on trouve dans les gâteaux et les sucreries et voilà c'est ça]

147 Sα : [éya d'accord

148 M : ça y'est ?

149 Sα : d'accord↓

Dans cet échange survenu au moment de la prescription, la patiente prend l'initiative d'ouvrir la discussion autour l'hygiène de vie et énumère une liste de directives hygiéno-diététique à suivre. Son intervention concernant l'élimination d'un aliment « fromage » ; qu'elle prétend aggraver son problème de santé ; a suscité l'intervention immédiate du médecin pour apporter un éclaircissement sur le véritable facteur de risque qui favorise la formation d'une lithiase rénale voir les aliments riches en oxalates (ligne 136) dont elle avoue une consommation abusive (ligne 137, 139, 143). Les expériences personnelles du médecin et du patient facilitent (assure) une transmission fluide des restrictions servant d'appui à l'adoption de conduites fondées sur un savoir partagé. Selon ce mode d'alimentation habituel, le médecin conseille un régime alimentaire respectif qui envisage principalement une consommation légère des sucreries et de certains légumes ; pour lesquels la patiente a un vrai penchant ; puis un sevrage à long terme (ligne 144, 146). Cette démarche adoptée par le médecin est qualifiée de « culturalisation par l'échange des « recettes » qui marchent », elle s'appuie momentanément, sur une relation médecin-patient plus symétrique. Elle favorise le jeu d'identifications réciproques fondé sur le principe d'enchaînement séquentiel (un échange qui entraîne un autre, une intervention initiative lancée par l'un des interactant chevauchée par une réactive).

3-1 Brouiller les pistes

Ce mode d'intervention dans l'interaction à l'initiative du patient consiste à créer un trouble dans le protocole thérapeutique des problèmes de santé. Il va à l'opposé des affirmations et met en échec la démarche diagnostique en prenant le médecin à contre-pied. Ça peut être également une rétention ou dissimulation d'information (mensonge par omission, confessions volontaires) ou une exagération sur la consommation alimentaire ou la qualité et la durée d'exercice physique effectuées. Ce procédé, qui « brouille les pistes », recadre l'interaction

au moment d'esquive à la vérité, oblige le médecin à mener plus profondément l'enquête et l'élargir, limite son emprise sur le patient au fur et à mesure de l'interrogatoire.

Extrait 6 :

89 M : wah (+) maɣakch tochoɣbi elma bezzaf

[oui (+) tu ne bois pas assez d'eau]

90 Sα : SI wallah (+) nachɣob

[si (elle jure) (+) j'en bois]

91 M : ch'Hal tchoɣbi f'nhak ?

[combien tu bois par jour ?]

92 Sα : presque un litre un litre 500

93 M : c'est le minimum, l'OMS y'gouloulak il faut boire (+) 8 verres

[recommande]

94 Sα : DEUX, deux litres

95 M : laà 8 verres d'eau par jour c'est l'équivalent taɛ 1 litre 500 au minimum

96 Sα : hum, BON ...

97 M : pour le bon fonctionnement taɛ le corps taɛna c'est-à-dire ghi bach le corps taɛak ykoun mliH

(+) HUIT verres d'eau (+) qaɣɛa taɛ sɛida (+) daɣwak yliq nti ɛandak chwiya lithiase ykoun(+)

fougah chwiya (++) w il faut quantifier l'eau

[pour le bon fonctionnement de notre corps c'est-à-dire rien que pour notre corps soit bien de l'intérieur (+) il faut prendre huit verres d'eau (+) une bouteille d'eau minérale (+) maintenant vu que tu as des lithiases rénales (+) il faut que la quantité soit un peu plus (++)]

98 Sα : oui

99 M : sbaH kitnodi Hal hadik la bouteille (+) au minimum mkamlatha à 4h walla 5h mkamla::

mɛaha

[le matin quand tu te réveilles, ouvre cette bouteille d'eau (+) au minimum tu dois la finir au bout de 4 heures ou 5 heures]

Extrait 7 :

105 M : jus:: limonade ? ↑ tchoɣbi ?

[tu les bois ?]

106 Sα : manachɣabhomch, manachɣoubhoumch

[je ne les bois pas, je ne les bois pas]

107 M : je pense pas

108 Sα : wallah manachɣobhomch [wallah manachɣobhom

[wallah que je ne les bois pas [sérieux je ne les bois pas]

109 M : [(rire)

110 Sα : AH NHAB nachɣab elqahwa bezzaf w le thé

[ah par contre j'aime bien prendre du café et du thé]

111 M : saHa hadouk c'est diététique mlaH

[bon ceux-ci sont diététique ils sont bien]

112 Sα : hadouk nachɣobhom

[je les prends]

Dans les deux échanges ci-dessus, tirés de la même consultation précédente (jeune femme de 27 ans chez l'urologue) et survenus au moment de l'examen clinique (échographie), le médecin et la patiente sont désireux d'investir une relation de confiance médicale. En se référant à des réalités biologiques (bulletin d'analyse et image radiographique), le médecin se rend compte du mode d'adaptation suivi par la patiente qui échappe au contrôle médical et s'éloigne de la rationalité des consignes et recommandations. En effet, il constate la présence des lithiases rénales sur l'échographe et en déduit que la patiente ne boit pas suffisamment d'eau (ligne 89 - 91) ou encore surconsomme les boissons gazeuses qui sont impérativement déconseillées dans son cas (ligne 105 - 107).

Cependant, la patiente plutôt conforme se veut volontairement provoquer et joue avec la démarche diagnostique du médecin. Elle s'oppose aux affirmations du médecin et esquivait à ses reproches en jurant avec persistance ne pas avoir consommé ces boissons (ligne 90 - 106 - 108) ou encore elle prétend consommer des aliments autres qui n'ont pas fait objet d'interrogation pour le médecin (ligne 110) et qui semblent d'ailleurs diététiques et inoffensifs pour lui (ligne 111). Le sujet de l'interrogatoire qui porte sur une conduite alimentaire se détourne vers des interrogations sur la réalité de prise des produits à leur mode d'usage (avec des connaissances implicites sur leur nature et des explications objectives sur les quantités recommandées) (ligne 93-95-97-99 / extrait 1).

Conclusion

Ce travail a été réalisé auprès des patients et des médecins spécialistes dans deux établissements de la structure sanitaire publique de la ville de Tlemcen. Ce qui nous a permis de constater que les interactions entre médecins et patients en contexte hospitalier sont marquées par des processus de négociations de normes, de rôles et de représentations. Ainsi, la communication est garnie de procédés de facilitation de compréhension, de régulation de sens, d'accommodation de la langue à celle du patient, de réadaptation de l'information et d'ajustement des discours. Lors des enregistrements des séances de consultations, nous avons assisté à un riche travail de développement de stratégies communicatives qui surgissaient au fur et à mesure de l'interaction, en fonction que l'intercompréhension soit établie. Les cultures et les langues des uns et des autres diffèrent et montrent à quel point les pratiques communicatives sont constitutives d'activités professionnelles différentes dans la sphère médico-sociale.

Ce type d'interactions contribue à l'appréhension des situations d'échanges où des profils communicatifs provenant de différents environnements socioculturels et linguistiques sont en contact. En effet, le médecin va partir d'un raisonnement basé sur l'expertise médicale, il use systématiquement de variétés linguistiques et des termes relevant du discours de spécialité que le patient ne maîtrise pas toujours. Le patient utilise à son tour un lexique qui émane de

répertoire ordinaire et témoigne de connaissances profanes lorsqu'il décrit les symptômes et les ressentis. Pensant favoriser l'interaction, il développe des stratégies discursives relevant de sa réalité culturelle, susceptibles de donner lieu à des malentendus, des confusions ou de créer l'opacité autour d'une notion ou expression donnée. Ces ressources mettent le médecin dans une situation d'incompréhension cherchant à interpréter les propos et à faire le diagnostic en lien avec la maladie. Il intervient alors en réparant le discours par le recours aux procédés de régulation des discours (reformulation / vulgarisation) pour remédier aux situations d'incompréhension liées aux disparités culturelles.

Bibliographie

- BLAN CHET Philippe, 2000, Linguistique de terrain, méthode et théorie (une ap- proche ethno- sociolinguistique), Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Dictionnaire encyclopédique, Petit Larousse (1980 : 298).
GÉNOLINI. J.P, MEMBRADO.M, ROCA. R, ROLLAND. C. « L'éducation du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? » In John Libbey Eurotext « Sciences sociales et santé » 2011/3 Vol. 29 | pages 81 à 122 https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs_01322256/document.
- GAJO. L. (2004). « Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins ». Institut de linguistique et des sciences du langage. Cahiers de l'ILSL N° 16.
- KERBRAT-ORECCHIONI.C, Les interactions verbales, tome1, Paris, A. Colin, 1990
- KERBRAT-ORECCHIONI.C (1998) : Les Interactions Verbales, I-III/ Approches• interactionnelle et structure des conversations, Armand Colin, Paris.
- KERBRAT-ORECCHIONI.C (2001) : Les actes du langage dans le discours. Théories et fonctionnement. Nathan / VUEF, Université, Paris.
- Roger Brunet, Robert Ferras et Hervé Thery, Les mots de la géographie, dictionnaire critique, Montpellier, 1992
- TRAVERSO.V, « Rencontre interculturelle à l'hôpital : la consultation médicale avec interprète". In Tanel (Travaux neuchâtelois de linguistique) 36, 81-100, 2002
-

Biographie de l'auteur :

BENAISSA Azzeddine, Maître de conférences au département de l'Université Aboubekr BELKAID Tlemcen. Titulaire d'un Doctorat en sciences du langage, soutenu en Février 2022 et traitant des connecteurs et modalisation dans le discours médical médiatisé. Ses centres d'intérêt dans le domaine de la recherche scientifique se manifestent essentiellement autour de l'analyse conversationnelle, les interactions verbales et l'analyse du discours avec des axes de recherche variant entre le discours médiatique et surtout le discours médical médiatisé.