

Discours rapportés et assomption énonciative

L'analyse énonciative du corpus montre une présence significative de discours rapportés, qui peuvent être spécifiés en discours hétéro-rapportés (l'énonciateur rapporte les discours que le patient lui a tenus) et en discours auto-rapportés (l'énonciateur rapporte ses propres discours, ceux qu'il a tenu au patient). La lettre de consultation acte ainsi une certaine mise en mémoire de l'interaction discursive ayant eu lieu lors de la consultation correspondante. L'énonciateur « reboute » les discours qui se sont construits et co-construits au fur et à mesure des tours de paroles, sélectionne, résume, condense ou au contraire développe certains points, dans une réénonciation, une nouvelle mise en discours par le truchement de la lettre de consultation.

Contrairement à ce qu'une vision mécaniciste pourrait nous faire croire, le discours indirect n'est pas le dispositif syntaxique et énonciatif qui permet de convertir mécaniquement un discours direct en discours indirect. Comme le précise bien Dominique Maingueneau, le discours direct et le discours indirect « *sont deux modes de citation indépendants l'un de l'autre, qui fonctionnent selon des régimes énonciatifs disjoints* »⁴²⁴. Les discours rapportés au discours indirect sont introduits ici par des verbes de parole sélectionnés à l'intérieur de deux paradigmes restreints : *rapporter que, dire que, parler de, décrire, se plaindre de* (pour les discours hétéro-rapportés) ; *expliquer que, dire que, conseiller, recommander, informer de, discuter de* (pour les discours auto-rapportés). Ces verbes introducteurs sont suivis de subordonnées complétives objet qui reprennent le contenu des discours tenus :

« *Son épouse ne rapporte plus aucune crise depuis fin avril (...) Parallèlement, son épouse décrit depuis le mois de mai une aggravation de l'état neurologique de son mari* »

« *Elle décrit en effet que depuis qu'elle est sous LAMICTAL, elle a quelques myoclonies* ».

« *Les témoins rapportent une rupture de contact, un arrêt de l'activité, peut-être une révulsion oculaire, pas d'automatisme manuel ni oro alimentaire* »

« *Elle décrit une perte de connaissance, des mouvements tonico-cloniques puis une confusion post critique prolongée* »

« *Elle me dit que lorsqu'elle consommait de l'alcool, elle ne prenait pas son traitement pour éviter de mélanger les deux. Je lui explique qu'il faut éviter cela, car cela cumule les facteurs favorisant les crises* ».

Cette reprise ne s'effectue pas mécaniquement mot à mot, mais au contraire présente une médiation, c'est-à-dire une « traduction » telle qu'elle a été définie dans le cadre théorique

⁴²³ Lettre 9, tous les extraits appartiennent à la seconde moitié de lettre.

⁴²⁴ MAINGUENEAU Dominique, *Analyser les textes de communication*, Paris, Colin, 2005 (Lettres Sup), page 127.

*supra*⁴²⁵, qui implique nécessairement une transformation dans le passage de la culture patient à la culture médicale. Soit l'extrait suivant, issu de la Lettre de consultation 4 :

« Les témoins rapportent une rupture de contact, un arrêt de l'activité, peut-être une révélsion oculaire, pas d'automatisme manuel ni oro alimentaire »

Il correspond à la « traduction » des deux extraits suivants, eux-mêmes issus de la consultation transcrite en M02⁴²⁶, avec L1 le neurologue, L2 la belle-fille de la patiente, L3 la patiente (94 ans) :

« L2 : Donc ça c'est passé comme ça la première fois que je l'ai vue donc elle a comment dire les yeux un peu révélsés puis elle s'est mis elle s'est mis à faire comme ça (mime), comme ça puis après elle s'est mis à vomir. »

Puis plus tard dans « l'interrogatoire patient » :

« L1 : Les difficultés à parler c'est pendant la crise ou c'est après quand elle se réveille qu'il y a des difficultés pour parler ?

L2 : Oh non après quand elle reprend connaissance euh ça va quoi mais ça l'a fatiguée ça... non non après ça va mais pendant la crise elle parle pas du tout hein.

L1 : (...) Est-ce que pendant la crise elle a tendance à mani- à faire des choses avec ses mains ? <L2 : Non.> à essayer d'attraper ? Non <L2 : Je ne crois pas.> ni avec la bouche elle a pas tendance à faire des mouvements de bouche (mime) des choses comme ça ?

L2 : Non bah ...

L1 : Vous avez pas remarqué.

L2 : Non non j'ai pas du tout... /

L1 : En fait elle reste figée quoi <L2 : Hum hum (acquiesce)> c'est ça ? <L2 : Hum hum (acquiesce)> Elle s'arrête de faire /

L2 : Après elle revient à elle. »

Les discours rapportés dans l'extrait de la lettre de consultation n'ont pas uniquement subi un traitement syntaxique du type :

*Paul a dit : « il pleut » (Discours direct) > Paul a dit qu'il pleuvait (Discours indirect)*⁴²⁷ correspondant à un remaniement syntaxique en subordonnée complétive après un verbe de parole et une concordance des temps appliquée au verbe conjugué de la proposition rapportée – ce qu'on entend traditionnellement par « discours rapportés ». Ils ont ici également subi une *condensation*, une *traduction intralinguale* de la terminologie (cette fois-ci telle que la conçoit Mortureux, cf. Chapitre 2) et une *concaténation* qui permet une mise en relation des différentes propositions rapportées dans le cadre d'un raisonnement médical.

Dans certains cas, les discours sont même « re-sémiotisés » ou plus précisément « trans-sémiotisés » dans la mesure où l'on passe du mime (langage gestuel) à la traduction en « mots » (langage verbal), dont l'extrait donne un exemple représentatif avec le mime du mâchonnement et sa traduction en langue médicale « *automatismes oro alimentaires* ». Cet

⁴²⁵ Notamment dans le chapitre II, en conclusion de la partie II.2.5.2. « *Sémiosphère et traduction* ».

⁴²⁶ Il s'agit de la transcription de la consultation qui a donné lieu à la Lettre 4 et à laquelle nous avons assisté le 7 septembre 2016.

⁴²⁷ Pour reprendre l'exemple de Maingueneau dans : MAINGUENEAU Dominique, *op. cit.*, 2005, page 127.

exemple de traduction intersémiotique⁴²⁸ entre ce qui se passe en consultation et ce qui est rédigé dans la lettre ne constitue pas un phénomène isolé, et se trouve même récurrent d'après l'étude menée. L'utilisation de mime dans les séances de consultation est souvent sollicitée⁴²⁹ et nous émettons l'hypothèse que la nature « spectaculaire » de l'épilepsie en est la raison principale.

En outre, la frontière entre discours hétéro-rapportés et auto-rapportés se montre parfois floue. En effet, toujours avec le même exemple comparatif, il est possible de voir que ce qui est rapporté explicitement comme émanant du patient ou de son entourage « Les témoins rapportent... » naît d'une co-construction où la « paternité » de tous les éléments est difficilement imputable à un locuteur en particulier.

Interaction en consultation		Lettre de consultation
L1 (neurologue)	L2 (témoin)	
		<i>Les témoins rapportent</i>
	<i>« mais pendant la crise elle parle pas du tout hein »</i>	<i>une rupture de contact</i>
<i>« En fait elle reste figée quoi c'est ça ? » « Elle s'arrête de faire / »</i>	<i>« Après elle revient à elle »</i>	<i>un arrêt de l'activité</i>
	<i>« les yeux un peu révulsés »</i>	<i>peut-être une révulsion oculaire</i>
<i>« tendance à faire des choses avec ses mains ? à essayer d'attraper ? »</i>	<i>« Non » « Je ne crois pas »</i>	<i>pas d'automatisme manuel</i>
<i>« elle a pas tendance à faire des mouvements de bouche (mime) des choses comme ça ? »</i>	<i>« Non non »</i>	<i>ni oro alimentaires</i>

Tableau 7. Exemple de co-construction du sens et traduction en discours rapportés

Le neurologue, dans la lettre de consultation, rapporte un discours qu'il a co-construit avec le patient et/ou les accompagnateurs, témoins des crises épileptiformes, par l'intermédiaire de « l'interrogatoire patient ». L'utilisation de questions ouvertes comme « à quoi ressemble les crises ? » permet une première saisie des informations, puis l'emploi de questions fermées du type « est-ce que le patient fait tel geste avec ses bras ? », « est-ce que le patient continue de parler pendant la durée de la crise ? » ou encore « est-ce que le patient a tendance à attraper les objets qui se trouvent autour de lui ? » permet au médecin, qui guide ainsi l'interrogatoire, de préciser la description clinique dont il a besoin pour le diagnostic. Le discours indirect, ainsi construit, témoigne donc d'une hybridité énonciative due à la forme de l'entretien dirigé par les

⁴²⁸ D'après la typologie de Roman Jakobson, déjà évoquée plus haut, originellement dans : JAKOBSON Roman, *Essais de linguistique générale*, Éditions de Minuit, 1963, page 79.

⁴²⁹ Voir analyse des transcriptions de consultation dans la prochaine partie.

questions du médecin. Les discours rapportés du patient ou de son entourage sont en réalité co-énoncés.

Cet effet d'hybridité est soutenu dans certains cas par l'incursion d'*îlot textuels*⁴³⁰ dans le discours rapporté, bénéficiant ou non d'une mise en exergue typographique (guillemets, italique, gras, etc.). La notion d'îlot textuel est empruntée à Maingueneau, qu'il définit comme un fragment attribué à l'énonciateur du discours cité, à l'intérieur du discours rapporté. Dans le corpus, ce phénomène existe dans quelques séquences, et se manifeste de manière explicite avec une mise en relief (guillemets et glose métalinguistique) :

*« Du fait de ses difficultés familiales, il a présenté également des 'crises de nerfs', comme il les appelle, avec une agitation, une agressivité intense et brutale. Il y a une certaine intolérance à la frustration »*⁴³¹

Ou de manière implicite, soit l'extrait suivant :

*« Elles ont débutés par une sensation de malaise qui monte, comme l'impression de tomber dans les pommes ou de gonflement dans la tête puis une perte de connaissance a priori uniquement sur la dernière grossesse »*⁴³²

La partie de discours rapporté ici soulignée n'a pas subi de traduction intralinguale ni de « *traduction* » sémiotique. L'énonciateur assume entièrement la familiarité et le manque de précision de l'expression car l'attribue implicitement au patient. L'insertion de cet îlot correspond à un discours direct « intégré », mais dont l'origine énonciative est tacitement cédée au patient, l'écart des vocabulaires recrutés étant suffisant pour la révéler.

Les discours rapportés impliquent une assomption énonciative à degrés variables, passant par le choix des verbes introducteurs du discours indirect (rapporter, décrire, avouer...), par les temps et modes utilisés et par l'emploi de locutions modalisatrices. En effet, le verbe introducteur a une fonction d'indexation, il *montre* que ce qui suit n'est pas pleinement assumé par l'énonciateur :

*« À la différence de ce qui se passe au discours direct, c'est le sens du verbe introducteur 'raconte' qui fait percevoir qu'il y a ici discours rapporté et non une simple subordonnée complétive objet »*⁴³³

Avec une telle structure, l'énonciateur se dédouane et laisse la responsabilité de l'énonciation de la proposition subordonnée à un autre énonciateur (témoin, patient). L'utilisation de verbe (de parole) introducteurs est déjà un premier indice d'assomption énonciative non complète de la part de l'énonciateur. Pour accentuer ce phénomène, on note l'utilisation, non systématique mais récurrente de proposition négative introduite par une conjonction de coordination contrastive notamment, ou l'expression d'un commentaire à l'axiologie négative. Soient les exemples suivants :

*« Elle me dit avoir eu un suivi EEG régulier tous les 5 ans depuis 1993 avec des EEG normaux, mais je n'ai aucun des tracés »*⁴³⁴

⁴³⁰ MAINGUENEAU Dominique, *op. cit.*, 2005, page 129.

⁴³¹ Lettre 16, Tome II, souligné par nous.

⁴³² Lettre 8, Tome II, souligné par nous.

⁴³³ MAINGUENEAU Dominique, *op. cit.*, 2005, page 127.

⁴³⁴ Lettre 8, extrait souligné par nous.

« La patiente décrit également des troubles phasiques sur certaines crises avec impossibilité de s'exprimer, même si l'interrogatoire est peu fiable »⁴³⁵

« Depuis la dernière fois, il me dit avoir fait une possible crise au mois d'avril 2016 puisqu'il s'est réveillé le matin avec une perte d'urine. Cela reste incertain. »⁴³⁶

« Elle me dit avoir fait une crise en avril 2015 un peu différente puisque les manifestations concernaient les 4 membres, ce qui est assez étonnant »⁴³⁷

Le jeu des temps et des modes verbaux constitue également un lot de précieux indices indiquant une assomption énonciative faible. L'utilisation du conditionnel (passé ou présent dans le corpus) conditionne une lecture presque « méfiante » de la proposition qui suit, introduisant une modalisation véridictoire, inhérente au temps verbal faisant partie des subjectivèmes :

« Sur la première crise, elle aurait présenté des mouvements rythmiques des membres supérieurs »

« Elle aurait eu une IRM cérébrale en 2008 dont je n'ai pas les résultats »⁴³⁸

De la même façon, l'utilisation de locutions adverbiales ou d'adverbes modalisateurs comme « a priori », « selon », « peut-être », viennent questionner le statut véridictoire des propositions affirmées en discours indirect ou en discours indirect libre

« puis une perte de connaissance a priori uniquement sur la dernière grossesse. Elle a du mal à me décrire les événements, ne s'en souvient plus mais a priori il y avait eu des mouvements anormaux sans plus de précision »

« il a bénéficié du radiographie du poumon qui met en évidence selon la belle-mère une bronchite tabagique »

« L'observance du traitement était bonne, peut-être une certaine fatigue ».

« Elle présente une première crise qui survient sans prodrome. A priori perte de connaissance, mouvements tonico-cloniques généralisés. Elle se réveille avec les pompiers ».

Outre l'usage du conditionnel, de verbes de parole comme introducteurs spécifiques du discours rapporté, et d'adverbes modalisateurs, l'étude met en évidence que les fluctuations d'assomption énonciatives sont également prises en charge par les choix lexicologiques de l'unité clinique de base de l'épilepsie : la *crise*. Ce substantif-clé fait partie d'un paradigme synonymique fermé à l'intérieur du corpus. Le médecin évoque ainsi : la « crise », le « trouble », « l'épisode », le « malaise », la « manifestation », pour parler de ce que décrit le patient ou son entourage comme la raison de la consultation, et ce de manière bien différenciée en fonction du contexte. Il appert que l'énonciateur crée une sorte d'échelle de gradation lexicologique de l'assomption énonciative :

⁴³⁵ Lettre 4, extrait souligné par nous.

⁴³⁶ Lettre 10, extrait souligné par nous.

⁴³⁷ Lettre 12, extrait souligné par nous.

⁴³⁸ Lettre 14, extrait souligné par nous.



Figure 13. Assomption énonciative graduée en fonction des choix lexicologiques

En procédant par une analyse sémique computationnelle de base des lexies (sémèmes) proposées, il est possible de faire apparaître une succession de sèmes inhérents et afférents contextuels (actualisés par le contexte de la consultation chez un neurologue épiléptologue)⁴³⁹ :

Manifestation /il se passe quelque chose/ + /élément discriminé/
Trouble /axiologie négative/ + /non-normal/
Malaise /élément discriminé/ + /axiologie négative/ + /non-normal/ + /survenue/
Événement /élément discriminé/ + /axiologie négative/ + /non-normal/ + /survenue/ + /ponctuel/
Épisode /élément discriminé/ + /axiologie négative/ + /non-normal/ + /survenue/ + /ponctuel/ + /itérativité/
Crise /élément discriminé/ + /axiologie négative/ + /non-normal/ + /survenue/ + /ponctuel/ + /itérativité/ + /origine épileptique certifiée/

Figure 14. Analyse sémique computationnelle

Plus l'énonciateur semble mettre en doute le diagnostic de l'épilepsie, plus ses choix lexicologiques pour qualifier l'objet de la visite vont correspondre à la tension gauche du continuum proposé ci-dessus. Au contraire, plus l'assomption est forte et plus il aura tendance à suivre la tension droite jusqu'à réellement parler de « crise d'épilepsie ». L'échelle de gradation proposée semble superposable à une succession hiérarchique au niveau lexicologique, c'est-à-dire un enchaînement d'hypéronymes et d'hyponymes successifs, « trouble » et « manifestation » étant les hypéronymes, alors que crise est l'hyponyme le plus spécifique. Prenons l'exemple de ces quelques séquences⁴⁴⁰, présentant l'assomption énonciative la plus faible vers l'assomption la plus forte à propos du diagnostic d'épilepsie :

- Lettre 11 : « que je suis pour des malaises avec *suspicion d'épilepsie*. (...) Il ne les sent pas venir et a une amnésie totale de l'épisode. Les épisodes sont très prolongés.

⁴³⁹ La distinction entre sèmes inhérents et sèmes afférents (socialement normés ou contextuels) est à retrouver chez François Rastier, notamment dans : RASTIER François, *Sémantique interprétative* [1987], 3ème éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009 (Formes sémiotiques), pages 131-133.

⁴⁴⁰ Les propositions ont été sélectionnées dans la lettre puis concaténées pour former un passage récapitulatif de la situation mais mettant en évidence les choix lexicologiques. Les mises en exergues typographiques (graisse, souligné, couleur de police, encadrement) sont de notre fait. La mise en gras témoigne du traitement de la conjugaison, ce qui est souligné correspond aux choix lexicologiques à étudier, les encadrés se rapportent aux pathologies rentrant dans le diagnostic différentiel, la couleur de police grise met en évidence les précisions explicites d'assomption énonciative faible.

(...) *Devant la sémiologie peu évocatrice d'épilepsie mais plutôt nettement en faveur de crises non épileptiques psychogènes.* (...) *L'EEG a permis d'enregistrer de la veille et du sommeil parfaitement normaux. Aucune activité épileptique n'est retrouvée.* (...) *Il continue à faire des malaises deux à trois fois par semaine. Ce jour, son amie me montre une vidéo de malaises qu'elle a pu filmer.* (...) *Cliniquement, ces manifestations sont clairement en faveur de crises non épileptiques psychogènes.* (...) *L'aspect clinique et l'électroencéphalogrammes éliminent donc définitivement une épilepsie chez Monsieur X et permet de poser de façon certaine le diagnostic de crises non épileptiques psychogènes.* La prise en charge doit être psychiatrique »

- Lettre 2 : « *épisodes étiquetés somnambulisme, épisodes nocturnes, survenue d'un de ces épisodes de jour, épisode identique à ce qu'il fait la nuit, les manifestations décrites par la maman ce jour sont évocatrices d'un somnambulisme, ce d'autant plus vu les antécédents familiaux, étant donné qu'il s'agit souvent d'un trouble familial. Pour autant, pour être certains de ne pas passer à côté de phénomènes épileptiques, je préfère demander un EEG de sieste. Si celui-ci est normal, nous serons définitivement rassurés. Pas d'introduction antiépileptique. Je suis rassurante avec la maman* »
- Lettre 4 : « *pour ses malaises suspects d'épilepsie, ce qui l'amène me voir est la survenue de malaises depuis 2012. Elle aurait présenté des mouvements rythmiques des membres supérieurs. Il n'y a pas eu de mouvements tonico-cloniques. L'interrogatoire est peu fiable. Ces malaises se sont reproduits de façon annuelle. Un traitement par KEPPRA a été mis en place au mois d'avril devant un aspect clinique en faveur de crise. Depuis l'introduction, elle n'a pas présenté de malaise, mais nous ne sommes qu'à 5 mois, sachant qu'auparavant elle présentait un malaise par an. Il est donc difficile d'affirmer avec certitude l'origine épileptique des manifestations présentées par la patiente, mais l'aspect clinique est favorable* »
- Lettre 6 : « *que je suis pour une épilepsie partielle cryptogénique possiblement occipitale. Il fait des crises partielles secondairement généralisées. La généralisation secondaire est systématique et la fatigue est un facteur aggravant* ».

L'étude montre que l'énonciateur a recours à des généralisations hypéronymiques pour ne pas s'engager « lexicologiquement » sur la nature épileptique des descriptions cliniques. Les jeux de conjugaison des verbes et le cotexte qui accompagnent ces lexies-clefs permettent d'établir encore plus précisément le degré d'assomption énonciative de l'énonciateur.

Temps verbaux et valeurs d'usage

Les verbes sont conjugués à plusieurs temps et dans plusieurs modes. Ils offrent ainsi une palette riche pour circonscrire des scènes énonciatives et structurer l'ensemble de la lettre de consultation. Au niveau des modes, l'indicatif, l'impératif (« rappelons ») et le conditionnel sont employés. Les différents temps les plus représentés sont le présent, le passé composé, l'imparfait, le plus-que-parfait, le futur.

- Présent et valeur de vérité générale : Beaucoup moins utilisé et localisable que celui présenté dans les articles scientifiques de la première partie de ce chapitre, le présent à valeur de vérité générale s'insinue à l'intérieur des lettres de consultation, sans véritable « zone d'exercice » privilégiée. Il fait le plus souvent l'objet d'un recadrage (qui sera développé dans la discussion).

« Le LAMICTAL est l'un des meilleurs traitements pour cela puisqu'il n'augmente pas le risque tératogène »

« Toujours est-il que sur ce type de crise le traitement est recommandé pendant trois mois après l'opération »

« Étant épileptique, la conduite est interdite pendant un an près la dernière crise »

« Le TEGRETOL est compatible avec les grossesses, et très actif sur les épilepsies partielles »

« Il arrive fréquemment que les épilepsies post traumatisme crânien se déclarent longtemps après »

- Présent de narration : Particularité énonciative de la lettre de consultation, cette dernière présente un nombre important de verbes conjugués au présent dit « de narration ». Le présent est utilisé dans ces cas-là pour rapporter des actions passées en leur donnant une consistance actuelle, grâce à laquelle la scène semble se dérouler « sous nos yeux », comme projetée au moment de l'énonciation :

« Dans un contexte de fièvre à 39° sur une angine bactérienne, il fait la sieste en début d'après-midi. La maman vient et le réveille pour lui donner son traitement et, il présente alors un épisode identique à celui de la nuit. »

« Le 28 août 2015, son mari est éveillé par une agitation à côté de lui. Lorsqu'il allume la lumière, son épouse présente des mouvement tonico cloniques des 4 membres bien décrits, avec révolusion oculaire. Puis elle présente une confusion post critique prolongée. »

« Lors d'un repas familial, elle ressent des douleurs dans le ventre puis des vertiges avec impression d'avoir la tête qui tourne. Puis, elle perd connaissance avec un léger affaissement sur sa chaise mais sans chute »

Cet usage du présent est quasi-exclusivement réservé à la section « description clinique des crises » et permet une sorte de spectacularisation de la description, qui *donne à voir* les manifestations, utile pour l'élaboration et la justification du diagnostic.

- Le trio passé composé / imparfait / plus-que-parfait : L'association de ces trois temps du passé permet l'organisation temporelle des différentes scènes qui « situent » les événements participant de l'histoire clinique du patient sur l'axe du temps⁴⁴¹. Le passé composé, dans cette triade, rend compte des actions de premier temps passées et accomplies, dans une démarche de « bilan », l'imparfait se charge de la description des actions d'arrière-plan, quand le plus-que-parfait introduit une antériorité d'un événement déjà révolu par rapport une scène passée.

⁴⁴¹ Voir *supra* la partie III.2.2.3. « Principaux résultats », § « Omniprésence des repères temporels ».

« Elle a présenté une crise fin février 2016. (...) Le tout a duré quelques minutes avant le retour à la normale. A l'arrivée des pompiers, il existait une hémiparésie gauche »

« L'imagerie retrouvait l'hémorragie intra parenchymateuse frontale gauche. Il a été pris en charge en Neurochirurgie à Toulouse pour une évacuation de l'hématome 48h plus tard. Il présentait en post-opératoire une hémiparésie droite et des difficultés de compréhension à la lecture qui ont régressé progressivement »

« En 2012, un EEG d'une semaine a enregistré deux manifestations à type d'aréactivité avec pour une des acouphènes à droite, diplopie, hallucinations visuelles, sans manifestation épileptique concomitantes. Il avait été conclu à des crises non épileptiques, ce pourquoi elle avait consulté un psychiatre »

- Conditionnel et assumption énonciative faible : Comme mentionné plus haut, le mode conditionnel est utilisé par l'énonciateur qui se désengage en partie du discours qu'il rapporte.
- Conditionnel et raisonnement hypothétique : Le conditionnel est également employé pour construire le raisonnement, qui certes ne peut pas présenter une assumption énonciative complète du fait de la part d'incertitude qui demeure, mais ne correspond pas au cas de figure du point précédent : dans le premier, le conditionnel est utilisé pour exprimer un doute sur la véridiction d'une proposition rapportée, dans le cas présent, il s'agit de construire un raisonnement hypothétique nécessaire à la pratique médicale, qui se manifeste sous la forme [Si + P1 au présent / à l'imparfait , P2 au conditionnel] et ses variantes en fonction de la concordance des temps, du type :
 - « **Si** l'introduction permet de stopper les manifestations, cela serait un argument de plus en faveur de l'épilepsie »
 - « Par contre je ne peux pas lui garantir l'absence totale de récurrence de crise à l'arrêt du traitement puisqu'il existe toujours un petit risque. **Si** tel était le cas, le traitement serait remis en place à la dose antérieure »
 - « **Si** de nouveaux événements épileptiques survenaient, nous modifierions alors son traitement antiépileptique »
- Futur et construction de probabilité : Le futur de l'indicatif est quasi-exclusivement utilisé dans la construction canonique suivante [Si + P1 au présent , P2 au futur simple] :
 - « **Si** celui-ci est normal, nous serons définitivement rassurés »
 - « **Si** cet EEG montre des activités épileptiques, le traitement sera indiqué au long cours »
 - « **Si** les choses sont stables, je la reverrai annuellement »
 - « **Si** l'EEG est normal, nous arrêterons la DEPAKINE de façon progressive »Cette construction se concentre en fin de lettre de consultation, ouvrant ainsi sur les perspectives envisagées les plus probables. De la même façon, en fin de lettre, dans les ultimes paragraphes, le futur simple est utilisé de manière systématique, exprimant ainsi la suite à donner à la prise en charge du patient.
 - « Son traitement antiépileptique sera : DEPAKINE 750 mg matin et soir »
 - « Nous réaliserons donc les recherches classiques sur la ponction lombaire »

« Je reprogramme un EEG dans six mois au décours duquel je le reverrai »

L'imbrication et la concentration de ces temps et modes différents à l'intérieur de l'espace textuel restreint d'une lettre de consultation produisent un effet d'agrégation de discours. Les valeurs attribuées aux usages permettent de mettre en évidence des fonctions différentes comme celles de récit, de bilan, d'hypothèse, de probabilité, de vérité générale, etc. La lettre de consultation construit alors un microcosme particulier, à l'intérieur duquel des actes se produisent et des êtres s'instaurent.

III.2.2.4. Discussion : la lettre de consultation comme un genre de « l'agir du sens »⁴⁴²

Il a été posé dans le deuxième chapitre que la transmission de l'information induit nécessairement une transformation qui n'est pas « à perte », car du sens se crée, et parfois même, le sens agit. Par le truchement de la médiation discursive que constitue la lettre de consultation, des actes de langage se réalisent et des instaurations s'actualisent.

III.2.2.4.1. Fonctionnalité de traduction

La fonction de traduction œuvre à deux niveaux dans la lettre de consultation. Les résultats de l'analyse montrent que les discours tenus par le patient ou son entourage, quand ils sont rapportés par l'énonciateur, subissent une traduction intralinguale au niveau lexical : le médecin traduit dans la terminologie médicale les énoncés produits par le patient en consultation. Ainsi, « elle papillonne des yeux » devient une « elle présente des clonies palpébrales », une position « couchée sur le côté » devient un « décubitus latéral », le phénomène de « bave » devient une « hyper sialorrhée », le « mâchonnement » devient « automatisme oro alimentaire », etc. Cependant, la traduction qui opère dans la lettre de consultation ne se réduit pas à cette traduction intralinguale qui permet le passage d'un lexique à un autre – qui, de surcroît, n'est pas stérile et implique nécessairement des transformations sémantiques. Elle n'en constitue qu'un des mécanismes opératoires. Elle fonctionne de conserve avec plusieurs opérations concomitantes : une opération de condensation qui sélectionne les contenus et propose donc un ensemble d'énoncés condensés, parfois résumés ; une opération de concaténation qui organise cet ensemble d'énoncés selon une juxtaposition chronologique, cette distribution des contenus permettant leur mise en relation dans un raisonnement ; enfin, une opération de transformation syntaxique se manifestant par l'apparition de nombreux connecteurs et repères temporels, de participes présents et autres structures épithètes expansées, réduisant ainsi les verbes conjugués et favorisant la description comme un état des lieux, une banque de données qui sert à la pratique médicale. La traduction en tant que médiation permet un réel passage de frontière entre la sémiosphère du patient et celle de la médecine, le médecin se faisant paradoxalement à la fois Parole du centre expert et actant passeur d'informations au niveau de la frontière poreuse. Il permet

⁴⁴² FAMY Aurore et COUÉGNAS Nicolas (éds.), *Éthnosémiotiques : l'Agir du sens. Cultures, santé, croyances.*, 2019 [à paraître].

d'apporter des informations de la sphère du patient dans celle de la médecine, grâce à ses compétences de « traducteur ». L'information nouvelle permet d'alimenter le dynamisme de la sphère médicale, et évite au centre de se scléroser : la pratique médicale a besoin des informations du patient, c'est d'ailleurs tout l'enjeu de « l'interrogatoire patient ».

III.2.2.4.2. Fonctionnalité de bilan et compilation des inscriptions

L'étude permet de mettre en évidence le caractère « compilé » des discours qu'elle met en scène. Elle permet de faire le bilan c'est-à-dire d'élaborer un inventaire de tous les éléments de la situation ayant une importance pour la prise en charge. Elle répertorie ainsi l'histoire du patient en précisant ses antécédents personnels, périnataux, et familiaux, mais également en retraçant la chronologie des événements, des examens et des soins qui ont déjà été réalisés. Pour se faire, l'énonciateur de la lettre compile les discours : ceux tenus par le patient, ceux des autres acteurs professionnels de santé, ceux des témoins (entourage du patient), ceux qu'il a lui-même tenus, et ceux qu'il a co-construit avec le patient ou son entourage. Les discours rapportés le sont par le biais de discours indirects et indirects libres. Il les agence et les organise en fonction d'une structure canonique de distribution des contenus permettant d'établir le raisonnement médical, établir le diagnostic puis donner les suites de la prise en charge.

Le jeu des verbes conjugués (présent de narration, trio de temps du passé, conditionnel, présent de vérité générale, présent de l'énonciation, etc.) et les nombreux verbes introducteurs de parole (rapporter, décrire, expliquer, ...) sont les éléments les plus ostentatoires de la mise en relation des différents discours. Parallèlement, l'omniprésence des repères temporels (dates, adverbes et locutions adverbiales de temps) ainsi que les différences de valeurs fonctionnelles des temps verbaux déjà précisées, sont les marqueurs de la fonctionnalité « *bilan* » de l'énonciation qui sert elle-même la fonction « *archive* » de la lettre de consultation identifiée en III.2.2.1. (« *Caractérisation d'un document-discours* »). Le tout participe d'une même mission de thésaurisation des informations : cependant, il s'agit d'une thésaurisation dynamique, c'est-à-dire une énonciation qui ne se contente pas de construire une mémoire de la prise en charge médicale mais qui en constitue le moteur d'instauration. Le macro-discours que constitue la lettre de consultation, certes compile les discours antérieurs, mais le fait dans une démarche qui peut être qualifiée d'heuristique puisque le médecin cherche à poser un diagnostic ou à le réfuter, dans tous les cas s'inscrit dans une démarche de connaissance vers la guérison. Il est en effet nécessaire au médecin d'être en possession de toutes les données, de toutes les informations, organisées selon une certaine structure, afin de pouvoir élaborer son raisonnement médical, possédant sa propre logique de sémiologie (cf. *infra* « Le diagnostic comme figure du simulacre »). La lettre de consultation constitue donc à la fois le bilan des actions et discours antérieurs et l'actualisation d'une nouvelle sémiologie, d'une nouvelle énonciation, d'un nouveau raisonnement.

III.2.2.4.3. Fonctionnalité de requête

La lettre de consultation peut également, dans certains cas précis, constituer ou contenir un acte de langage particulier : la *requête*. Dans le corpus, plusieurs lettres ou séquences de lettre constituent des actes de requête, dont nous rappelons la définition :

« *Nous parlerons de requête chaque fois qu'un locuteur produit un énoncé pour demander à son interlocuteur d'accomplir un acte quelconque (à caractère non-langagier)* »⁴⁴³

La requête peut être supportée, selon Catherine Kerbrat-Orecchioni, par plusieurs types d'actes de langage indirects : la question, la suggestion, l'assertion (affirmation d'un désir ou d'une obligation). Dans le corpus étudié, deux lettres semblent incarner un acte de requête à part entière. Cette caractéristique particulière va de pair avec un non-respect de la structure canonique de la distribution du contenu (ces deux lettres ne suivent pas l'ordre canonique des « sections » identifié plus haut) et sur la forme, une longueur de lettre moindre par rapport à toutes les autres (moins d'une page). Ainsi, les lettres 18 et 24 se désolidarisent des autres dans leur fonction générale : elles participent moins de l'établissement d'un diagnostic ou du suivi d'un patient déjà diagnostiqué, que d'une demande à un autre acteur de la relation de soin d'effectuer une tâche particulière : une admission/prise en charge et un examen particulier respectivement pour les deux lettres concernées. Soit la Lettre 18, destinée au médecin traitant de la patiente en question :

« *Son état de santé nécessite une prise en charge médicale, et le défaut de cette prise en charge pourrait entraîner des conséquences graves pour Mme X. Je vous transmets la copie de mes courriers ainsi que de l'EEG réalisé en décembre 2015.* »

L'acte de requête est ici indirect, et consiste en l'affirmation d'une obligation (choix lexical du verbe « *nécessiter* ») accompagnée d'une *menace* par raisonnement hypothétique dans le cas où le destinataire ne répondrait pas à la requête formulée « *le défaut de cette prise en charge pourrait entraîner des conséquences graves* ». Enfin, l'embrayage de la deuxième personne du pluriel « *vous* », utilisé comme complément d'objet indirect permet d'inscrire l'énonciataire dans l'acte, en faisant de lui encore plus explicitement le destinataire de la requête. L'objet de la lettre de consultation est de faire faire quelque chose à son destinataire, plus précisément, de faire en sorte que le médecin traitant destinataire s'occupe de la « *prise en charge médicale* » mentionnée.

Soit maintenant la lettre 24, destinée à un confrère neuropsychologue dans le même établissement hospitalier :

« ***Merci de programmer** un bilan neurophysiologique dès que possible pour Monsieur X né le JJ.MM.1950. (...) Il est donc nécessaire de faire le point sur ses capacités cognitives afin de mettre en évidence des difficultés ou un éventuel début de démence et également pour avoir un point de repère dans l'avenir par rapport à son évolution ultérieure. Je te remercie. Amicalement* »

L'acte de langage « *requête* » est ici réalisé par le remerciement en tant que formulation indirecte. En effet, le remerciement, qui constitue habituellement un acte de langage à part

⁴⁴³ KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *Les actes de langage dans le discours : théories et fonctionnement*, Malakoff (Hauts-de-Seine), Armand Colin, 2016 (Cursus la collection qui vous réussit), page 98.

entière par lequel « *un locuteur accuse réception d'un 'cadeau' quelconque en témoignant sa reconnaissance envers le responsable du cadeau* »⁴⁴⁴ est ici anticipé, ce qui change considérablement son mode d'action. Le remerciement anticipé de A envers B induit une action de B pour A, et dissimule ainsi une requête. L'extrait proposé fonctionne en trois étapes successives, une première correspondant à la structure [**Merci de** + infinitif], le remerciement précède la formulation de la requête « **Merci de programmer** un bilan neurophysiologique ». La deuxième étape consiste en l'affirmation d'une obligation exprimée par une structure impersonnelle « *il est nécessaire de...* », tenant lieu de justification. Puis, en fin de lettre, la formulation de politesse « Je te remercie » contient en réalité une rénonciation de la requête. Il est possible de remarquer ce que Kerbrat-Orecchioni nomme un « procédé aggravateur » dans l'expression « *dès que possible* » qui constitue un morphème à valeur d'impatience, qui peut mettre à mal la relation intersubjective. Nous rappelons que la Lettre 24 comporte une particularité par rapport à toutes les autres : la présence de la deuxième personne du singulier. Le tutoiement indique une proximité intersubjective entre destinataire et le destinataire de la lettre. C'est ce qui explique en partie la « brutalité »⁴⁴⁵ des formulations pour ce passage, la familiarité de la demande exprimée sans procédé de « mitigation ».

Outre ces deux lettres-actes de langage, certaines lettres contiennent de courtes séquences incarnant des actes de requête indirects qui fonctionnent comme :

- L'affirmation d'un désir à la première personne du singulier (au conditionnel) :
« *Pour ma part, puisque le patient n'est pas épileptique, je ne prévois pas de le revoir, mais je serais intéressée d'être tenue au courant des suites par mes confrères psychiatres* » (mis en destinataires)⁴⁴⁶
- Un remerciement anticipé [Remercier de + infinitif] :
« *Elle (la patiente) préfère ne pas programmer ces examens maintenant et voir cela d'abord avec vous. Si cela vous va, je vous remercie de rappeler le service pour programmer une consultation avec EEG dans un an, avec dans l'intervalle une IRM cérébrale.* »⁴⁴⁷
« *Je vous remercie de me contacter avant toute modification thérapeutique anti épileptique afin que nous puissions en discuter ensemble. Cordialement.* »⁴⁴⁸
- Une délégation d'action [Laisser le soin de + infinitif] :
« *Il s'agit donc de séquelles vasculaires multiples qui nécessitent un bon contrôle des facteurs de risques cardio-vasculaires, et un traitement antiagrégant par Kardégic de façon préventive à 160 mg/jour que je vous laisse le soin d'introduire.* »⁴⁴⁹

La « requête » constitue alors dans ces lettres une fonction mineure, qui vient s'adjoindre aux fonctions majeures de traduction, de compilation, et d'instauration. Elle ne consiste pas en

⁴⁴⁴ KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *op. cit.*, 2016, page 124.

⁴⁴⁵ KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *op. cit.*, 2016, page 102, « *Formulations brutales* ».

⁴⁴⁶ Lettre 11, Tome II.

⁴⁴⁷ Lettre 23, Tome II.

⁴⁴⁸ Lettre 31, Tome II.

⁴⁴⁹ Lettre 28, Tome II.

l'essentiel de la lettre, mais ajoute une fonctionnalité à ce document-discours déjà riche en « agir du sens ».

III.2.2.4.4. Fonctionnalité d'instauration (expertise)

Dans sa définition liminaire, nous avons présenté la lettre de consultation comme un document-discours possédant une fonction « médiation », dans la mesure où elle constitue une énonciation dynamique et actualisante, « où il se passe des choses » comme l'instauration ou la réfutation d'un diagnostic, la transmission de savoirs scientifiques, ou encore la construction d'un ethos médical spécialisé. La fonctionnalité instauratrice participe pleinement de la fonction médiation.

Le diagnostic comme figure du simulacre

Le raisonnement médical constitue une sémiologie particulière. Il s'agit d'une médiation qui procède par catégorisation et qui ainsi autorise le passage d'une série de symptômes cliniques particuliers, accompagnée d'un ensemble de données résultant d'examens, à une maladie générale. Dans la théorie de l'effectuation, la figure de médiation appelée « simulacre » travaille l'hétérogénéité dans un rapport de projection entre un intérieur et un extérieur. Comme il a été présenté dans le deuxième chapitre, le simulacre est associé à la catégorie interne/externe et permet de tracer une limite entre, trivialement, « ce qui est dedans » et « ce qui est dehors ». Le simulacre délimite, borne, produit un « effet de constitution » quasi-juridique. Il apparaît que le diagnostic est une médiation qui agit selon cette logique particulière : il permet de catégoriser un ensemble de données hétérogènes à l'intérieur d'une maladie, et consiste à éliminer les « choses » qui ne peuvent y rentrer.

L'analyse du corpus a montré une forte concentration de phrases négatives dans les sections « bilan de l'interrogatoire » et « interprétation des examens ». Cela vient corroborer la thèse de la « juridiction » du diagnostic qui consiste à interroger l'appartenance de chaque donnée à la telle catégorie. L'importance de la négation est la marque privilégiée du diagnostic différentiel qui met en rapport pour mieux les discerner deux maladies possédant des propriétés communes. Ainsi, dans le corpus, les crises épileptiques sont mises en rapport avec les malaises vagues ou encore avec les crises non épileptiques psychogènes. Comme pour le signe linguistique, on trouve la valeur dans la différence, c'est-à-dire qu'il y a spécification dès qu'il y a différenciation avec une entité proche. Les différentes structures négatives permettent d'écartier tel ou tel symptôme pour justifier la catégorisation produite par le simulacre. La mise en discours de ces exclusions successives participe à l'élaboration du sens et au raisonnement diagnostic. Dans certaines lettres, le diagnostic différentiel est explicitement annoncé, comme dans la Lettre 19 qui comporte un passage très représentatif :

« Pour autant, je me pose la question sur la véracité de l'origine épileptique des malaises. En effet, leur pharmaco-résistance, et quelques spécificités cliniques comme le fait qu'elle reste en décubitus latéral pendant la crise, et que celles-ci aient pu durer jusqu'à 15 min sont étonnantes pour des crises généralisées tonico-cloniques. Il faut s'assurer qu'il ne s'agisse pas de crises non épileptiques psychogènes. Puisqu'elle en

fait régulièrement, je demande à son mari de filmer la prochaine. Je pourrai ainsi avoir des éléments pour différencier les deux. »

Les données empiriques soulevées (pharmaco-résistance des crises face au traitement, décubitus latéral, durée longue des crises) sont des arguments en défaveur d'une origine épileptique. Le médecin attend des précisions cliniques (visionnage de la vidéo de la crise) et un examen physiologique (EEG) pour éliminer définitivement le diagnostic de l'épilepsie.

De la même façon, cet extrait de la Lettre 34 met en évidence la mise en place d'une interprétation différentielle de l'examen neurologique clinique par l'emploi d'un nombre important de propositions négatives :

« Son examen neurologique ne retrouve pas de déficit moteur ni sensitif. Les réflexes sont présents, pas de syndrome pyramidal ni extrapyramidal. La patiente est légèrement ralentie et dyspraxique. La marche se fait avec un élargissement du polygone de sustentation à petits pas et le Romberg est positif de façon non latéralisée. Pour autant, il n'y a pas de syndrome cérébelleux. (...) Pour ma part, je ne retrouve pas d'argument à l'interrogatoire pour une origine épileptique à ces malaises. »

La figure du simulacre s'impose donc comme logique interne du diagnostic élaboré par la médiation discursive de la lettre de consultation. Chaque diagnostic réalisé incarne l'actualisation existentielle de la maladie aux yeux de la communauté médicale et à ceux du patient. La maladie s'instaure par le truchement de cette médiation discursive.

L'ethos et la légitimité

Parallèlement, par l'intermédiaire de la lettre de consultation, d'autres « êtres » s'instaurent : la médiation qu'elle constitue permet en effet à l'énonciateur de parler de lui-même et de construire une image de son énonciataire. La relation intersubjective qui s'instaure alors par l'énonciation peut déterminer différents rapports entre l'énonciateur et l'énonciataire.

- ***Un rapport entre pairs*** : Le relevé des résultats dans la partie précédente montre la construction d'une « connivence » qui établit un rapport de parité entre les deux instances de l'énonciation. En effet, l'utilisation de sigles et acronymes non explicités, l'utilisation récurrente de phrases nominales stéréotypées et l'expression d'un partage de savoirs et savoir-faire du type

*« Nous réaliserons donc les recherches classiques sur la ponction lombaire »
« Une prise de sang récente avec un bilan thyroïdien était normale, le bilan standard rénal sans anomalie »*

participent de la construction d'une relation intersubjective horizontale, c'est-à-dire qui place l'énonciateur et l'énonciataire à un même niveau.

- ***Un rapport hiérarchisé*** : Au contraire, certaines séquences font remonter la nature verticale de la relation entre le neurologue spécialisé en épilepsie et le destinataire qui se trouve souvent être le médecin traitant du patient concerné. À ce titre, les lettres-requêtes évoquées dans la sous-partie précédente, et leur caractère incursif, instaurent une relation hiérarchisée en posant l'énonciateur comme étant « en droit de » formuler la requête.

Parallèlement, certaines séquences de « vulgarisation », certes très peu présentes dans le corpus, participent à la création d'une verticalité dans le rapport épileptologue / médecin traitant :

« Les états de mal épileptiques c'est-à-dire les crises généralisées durant plus de 5 minutes, ce qui est rare »

« Elle présente un syndrome HHE (Hémiplégie Hémiconvulsion Épilepsie) se rapprochant maintenant d'une épilepsie généralisée non idiopathique de type Lennox Gastaut »

Enfin, certaines séquences semblent constituer des actes de langage de « recadrage », voire de « reproche » qui elles aussi instaurent l'énonciateur en position « haute » par rapport à l'énonciataire, sous la forme d'un regret :

« Cher confère, merci de m'avoir adressé Mme X (...) Se pose donc l'arrêt de son traitement antiépileptique. Nous envisageons l'arrêt des traitements antiépileptiques après 5 ans sans crise si les EEG sont normaux. Ce qui est dommage est qu'aucun EEG n'a été programmé concomitamment à ma consultation. Il m'est impossible de décider »⁴⁵⁰

Ou sous la forme d'un constat négatif suivi d'un conseil :

« Par contre, nous voyons ensemble ce jour que le dosage pré grossesse et le dernier dosage ont été faits à 8h tandis que les deux dosages plus élevés étaient réalisés à 14h. Habituellement, le dosage est réalisé juste après la prise du matin. Il est important de réaliser les dosages au même moment pour éviter les variations de résultats, d'autant plus qu'elle prend tout son traitement le matin ».

Rappelons également à ce titre la séquence recadrage / compliment mentionnée *supra* qui matérialise particulièrement bien ce rapport vertical qui s'instaure :

« Vous me l'avez adressée ce jour pour renouveler sa prescription de DEPAKINE dans le cadre des nouvelles lois, mais Mme X est ménopausée depuis 7 ans. Il n'y a donc pas de nécessité d'une prescription annuelle par un neurologie, ni du formulaire d'accord de soins.

Pour autant, il était judicieux de reprendre un suivi neurologique pour réévaluer son épilepsie et son traitement. »⁴⁵¹

Le recadrage et le compliment qui le suit agissent comme deux actes de langage qui tentent de s'équilibrer : le recadrage étant considéré comme « menaçant », c'est-à-dire faisant partie des *Face Threatening Acts* (FTA) vient être adouci par l'acte de langage « compliment » à sa suite, le compliment faisant partie des actes de langage considérés comme le pendant des FTA, appelés les *Face Flattering Acts* (FFA) qui eux tendent *a contrario* à valoriser l'énonciataire⁴⁵².

L'instauration de rapports intersubjectifs hiérarchisés implique moins une position « haute » et une position « basse » socialement marquées qu'une dissymétrie dans le partage de l'information. Le spécialiste épileptologue est conjoint à un /savoir/ extrêmement spécifique

⁴⁵⁰ Lettre 8 en annexe, Tome II, souligné par nous.

⁴⁵¹ Lettre 23 en annexe, Tome II, souligné par nous.

⁴⁵² La théorie des faces goffmaniennes est reprise et systématisée dans le modèle de Brown et Levinson. « Cette théorie repose sur l'idée que tout individu est mû par le désir de voir préserver son 'territoire' (corporel, matériel, spatial, temporel ou mental) et sa 'face' (on dit aussi qu'il cherche à faire bonne figure dans l'interaction) » Or le désir de face est contrarié par de nombreux actes de langage du quotidien, ils sont alors qualifiés de « menaçants », voir KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *op. cit.*, pages 72-74.

duquel le médecin généraliste est disjoint. Cette dissymétrie qui se manifeste, dans les séquences de recadrage notamment, instaure l'expertise de l'énonciateur. C'est lui qui est en position d'émettre un jugement de valeur sur les paroles et actes antérieurs de son énonciataire, c'est lui qui possède les compétences lui permettant d'instaurer le diagnostic ou au contraire de l'éliminer. L'embrayage en première personne qui se montre omniprésent n'exclut pas la scientificité, il permet à l'énonciateur d'assumer le fait qu'il en soit le dépositaire. Son discours est argumenté et entre dans une logique démonstrative (connecteurs nombreux, structure canonique de la présentation des informations, diagnostic différentiel et structures négatives, etc.). Pour résumer, le discours de la lettre de consultation permet d'instaurer la maladie (le diagnostic), le patient en tant que patient, l'ethos scientifique de l'énonciateur et les rapports intersubjectifs complexes qui se nouent entre l'énonciateur et l'énonciataire. La fonctionnalité d'instauration met donc en œuvre la fonction « médiation » de la lettre de consultation.

Conclusion :

FONCTIONS <i>définitoires</i>	FONCTIONNALITÉS <i>qui les mettent en œuvre</i>
Juridico-administrative	Compilation Requête
Archive	Compilation
Médiation	Traduction Requête Compilation Instauration

Figure 15. Récapitulatif des fonctions de la lettre de consultation

Le discours médical, d'après l'étude, présente des caractéristiques formelles, énonciatives, lexicales et pragmatiques particulières. La lettre de consultation se présente comme un document clos possédant un statut juridique et administratif, cependant porteur d'un ensemble de discours hétérogènes. Ce dialogisme est pris en charge par l'énonciateur de la lettre qui compile, condense, organise, les différents discours dans une démarche à la fois d'archivage mais aussi heuristique, lui permettant d'élaborer le raisonnement médical. La lettre de consultation constitue donc une médiation (dans son sens plein et riche) discursive actualisant la pratique médicale.

III.2.3. La consultation médicale : interaction et remédiation discursive⁴⁵³

Cette partie est consacrée à l'étude du discours construit par le médecin en consultation, constituant une *remédiation*, c'est-à-dire une réénonciation qui incarne une « réparation dans le processus de médiation »⁴⁵⁴. La remédiation, comme il a été montré plus haut, n'introduit pas nécessairement une *médiatisation*, mais consiste en la réénonciation de médiations premières sédimentées dans la praxis énonciative. En ce sens, la remédiation ne se réduit pas à une simple *médiatisation* mais constitue une véritable sémiose ou autrement dit une « re-sémiotisation ». En s'effectuant, la remédiation qui agit comme résolution, pallie des discontinuités apportées par des ruptures (cognitives, affectives, axiologiques, etc.) au sein d'un contexte de décalage ou d'une situation conflictuelle entre deux parties, honorant ainsi son étymologie de « tiers médiateur ». En consultation, le médecin et le patient s'inscrivent dans une interaction verbale particulière, mettant en scène, au sens théâtral du terme, cette *remédiation*. Dans cette situation, nous émettons l'hypothèse que le médecin épiléptologue se place en position de vulgarisateur de la pratique médicale et des savoirs scientifiques. Il est donc question, dans cette partie, d'interroger cette hypothèse et le cas échéant d'identifier les mécanismes qui mettent en œuvre cette *vulgarisation*.

III.2.3.1. Enjeux de l'analyse de l'interaction médecin/patient

De manière générale, les interactions constituent un objet d'étude polymorphe privilégié pour les sciences humaines et sociales, et sont souvent étudiées dans une perspective pluridisciplinaire. La consultation médicale incarne un type d'interaction précis qui se prête particulièrement bien à l'analyse, à l'aune des différentes disciplines qui composent le champ des sciences humaines et sociales. Ainsi, la sociologie, la psychologie cognitive, l'histoire de la santé, la sémiotique, les sciences de l'information et de la communication, la linguistique discursive, la linguistique conversationnelle, l'analyse du discours, l'analyse des interactions, etc. ont montré quelque intérêt à questionner cet objet singulier.

La consultation médicale incarne de manière exemplaire une situation d'interaction verbale complexe. En guise d'introduction, quelques traits définitoires peuvent être succinctement présentés comme suit :

- Il s'agit, premièrement, d'une **pratique discursive intersubjective** où interviennent donc *a minima* deux personnes, deux locuteurs différents. Cette pratique discursive possède ses propres codes, où coexistent une formation discursive spécifique (celle du médecin spécialiste, qui possède ses propres règles) et la langue ordinaire, et où le sens est négocié au gré des tours de parole, largement ponctués de phatiques.
- D'autre part, c'est aussi une **pratique sociale** précise qui impose des rôles prédéfinis, des conventions sociales implicites entre les protagonistes identifiés, des anticipations, des stéréotypes, etc. En effet, trivialement, l'un des locuteurs va jouer le rôle de

⁴⁵³ Cette partie de l'étude trouve son origine et s'appuie partiellement sur : FAMY Aurore, « Interactions médecins/patients : pratique discursive et transmission des savoirs », in: *Actes des Journées thématiques 2017 de l'École doctorale Cognition, Comportement, Langage(s)*, Poitiers, 2017.

⁴⁵⁴ Voir dans le Chapitre II, la partie II.2.3. « *Remédiation* ».

médecin, et l'autre le rôle de patient. Ces deux rôles sont socialement normés, sont connus de tous, et ces normes entraînent par extension des attentes normatives, ce qui provoque un certain phénomène d'anticipation.

- Enfin, et c'est là notre hypothèse, elle incarne une **pratique de transmission des savoirs** en tant que moment privilégié de vulgarisation des savoirs scientifiques par la parole experte elle-même, contenant son lot de reformulations, métaphorisations, médiations discursives et d'assomptions plus ou moins fortes envers l'univers de référence (la science). Cette interaction est *communicative*, dans le sens où elle possède un faisceau d'objectifs particuliers travaillant de concert pour une transmission des savoirs. Les informations transmises possèdent alors une autorité de fait car elles sont émises par la parole experte, c'est-à-dire par la figure de l'expert sans intermédiaire.

La consultation médicale est un objet d'étude bien connu de la littérature sur les interactions verbales, ainsi Pierre Bange⁴⁵⁵, Catherine Kerbrat-Orecchioni⁴⁵⁶, Véronique Traverso⁴⁵⁷ et Robert Vion⁴⁵⁸ pour ne citer qu'eux, en disposent fréquemment comme cas exemplaire ou illustration. En effet, son caractère prototypique, son cadre bien circonscrit et ses forts enjeux sociaux en font un terrain de recherches privilégié. La communication médecin/patient se trouve au cœur d'enjeux thérapeutiques et sociaux importants, de ce fait, sa compréhension et son optimisation font l'objet d'une réelle demande sociale. Dans le cadre de notre recherche, il s'agit de récolter et d'analyser un corpus de discours authentiques, dans une réelle démarche de Linguistique des interactions, pour comprendre les mécanismes linguistiques mis en œuvre dans la transmission des savoirs lors de cette interaction médecin/patient. La problématique articule donc à la fois la recherche du fonctionnement sémiotique de la transmission des savoirs et de la co-construction du sens, mais également, plus localement, l'identification de mécanismes lexicaux, sémantiques, rhétoriques impliqués dans cette construction. L'enjeu théorique premier est donc de pointer les caractéristiques définitoires d'un discours médical vulgarisé dans ce cadre spécifique qu'est la consultation.

III.2.3.2. Le cadre interactif

Comme nous l'avons mentionné supra, la consultation médicale est avant tout une pratique sociale précise qui impose des rôles prédéfinis. En ce sens, il s'agit d'une interaction sociale avant même d'être une interaction verbale. Les deux locuteurs identifient, parfois même

⁴⁵⁵ BANGE Pierre, *Analyse conversationnelle et théorie de l'action*, Paris, Hatier/Didier : CREDIF, 1992 (Langues et apprentissage des langues).

⁴⁵⁶ KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *Les interactions verbales : Approche interactionnelle et structure des conversations. Tome 1*, Paris, Armand Colin, 1990 (Linguistique).

KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *Les interactions verbales. Tome 2.*, Paris, Armand Colin, 1992 (Linguistique).

KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *Les interactions verbales : Variations culturelles et échanges rituels. Tome 3.*, Paris, Armand Colin, 1994 (Linguistique).

⁴⁵⁷ TRAVERSO Véronique, *L'analyse des conversations*, Paris, Colin, 1999 (128).

⁴⁵⁸ VION Robert, *La communication verbale : analyse des interactions*, Paris, Hachette, 1992.

inconsciemment, ce que Vion appelle un *cadre interactif*⁴⁵⁹. En effet, se produit la reconnaissance du positionnement d'un locuteur vis-à-vis de l'autre et réciproquement. Un rapport de places spécifique s'instaure alors, des « rôles interactionnels » dépendants de la nature sociale de l'interaction en consultation. La rencontre est motivée (le malade va chez le médecin pour guérir) et un contexte particulier (la consultation dans le cabinet du médecin) structure en partie les messages produits :

« *L'ensemble des rôles interactionnels définit le contrat de communication auquel sont soumis les participants dans un type déterminé d'interaction* »⁴⁶⁰

Dans une certaine mesure, tous les messages vont être interprétés à travers ce prisme. Même si les rôles interlocutifs ne cessent de d'alterner (le locuteur devient l'allocutaire au tour de parole suivant), les rôles interactionnels, eux, restent stables le temps de la consultation, et de consultation en consultation qui jalonnent le suivi du patient. Les rôles interactionnels sont liés par ce qu'on appelle en sémiotique le *contrat d'assomption* :

« *L'interaction intersubjective considérée comme un face à face de sujets modalisés et compétents cherchant à se persuader et s'interpréter mutuellement met en jeu aussi d'autres opérations cognitives par lesquelles les sujets arrivent justement à fonder cette structure intersubjective. (...) ce n'est qu'à la suite d'une acceptation mutuelle de la conformité des simulacres respectifs que les sujets sont capables, réciproquement, d'assumer l'autre, de s'assumer eux-mêmes et d'assumer leur relation modale.* »⁴⁶¹

C'est la reconnaissance réciproque des sujets compétents en présence qui permet à l'interaction d'avoir lieu. C'est grâce à ce contrat que l'interaction intersubjective se réalise.

Dans la situation qui nous intéresse, celle de la consultation médicale, le cadre interactif est dit institutionnel car les places sont « institutionnalisées »⁴⁶². Dans l'interaction de la consultation, un des locuteurs se positionne comme le médecin et à ce titre jouit d'une certaine autorité. Il utilise un certain lexique et use d'une syntaxe particulière. D'après cette logique des places, le locuteur médecin occupe une position « haute » car il dispose d'un /savoir/ et d'un /savoir-faire/ spécialisés qui sont socialement reconnus. Parsons montre déjà en 1951 que la pratique médicale contemporaine repose sur une relation d'asymétrie entre l'expert et le patient⁴⁶³. Cette position haute est ce qui lui permet de conduire l'interaction, c'est ce qui l'instaure en tant que « meneur » du dialogue : il fait entrer l'interlocuteur patient dans son espace, c'est lui qui ouvre et qui clôture le dialogue, c'est essentiellement lui qui pose les questions – ce qu'on a appelé plus haut l'interrogatoire patient – etc. Une nuance doit cependant être immédiatement mentionnée, car s'il *conduit* l'interaction, il ne la *gère* pas seul. Le patient participe aussi à la gestion de l'échange, en répondant, en apportant des

⁴⁵⁹ VION Robert, « L'analyse des interactions verbales », *Les Carnets du Cediscor. Publication du Centre de recherches sur la didacticité des discours ordinaires* (4), 01.01.1996, pp. 19-32.

⁴⁶⁰ KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *La conversation*, Paris, Éditions du Seuil, 1996 (Mémo Lettres sciences sociales 25), page 21.

⁴⁶¹ GREIMAS Algirdas Julien, COURTÉS Joseph et AL., *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Tome 2. Compléments, débats, propositions*, Paris, Hachette, 1986 (Sémiotique), page 25.

⁴⁶² LACOSTE Michèle, « La vieille dame et le médecin (Contribution à une analyse des échanges linguistiques inégaux) », *Études de Linguistique Appliquée* (37), 1980, pp. 34-43.

⁴⁶³ PARSONS Talcott, *The social system*, Londres, Routledge, 1951.

informations sur son état, en posant des questions en retour, et en participant à la négociation du sens :

« Cette asymétrie est définitoire de la situation mais n'empêche pas que se déroulent localement des négociations entre le médecin et le patient sur une décision, un traitement, l'importance d'un symptôme, etc. »⁴⁶⁴

Le cadre interactif de la consultation médicale est à préciser pour notre étude car le corpus regroupe des transcriptions de consultations de patient chez des épiléptologues. Il ne s'agit pas de médecins généralistes mais bien de spécialistes. Le diagnostic est donc le plus souvent déjà établi ou doit être confirmé au moment de la consultation. De plus, la spécialisation socio-professionnelle du locuteur et actant médecin engage un /hypersavoir/ et un /hypersavoir-faire/ par rapport au généraliste.

Cependant, à l'ère de la Petite Poucette⁴⁶⁵, l'actant patient possède une compétence modale inédite jusque-là dans son histoire : un /pouvoir savoir/ immédiat à portée de pouce ou à portée de clic. La « figure experte » perd alors de son aura et, même si le savoir n'est toujours pas partagé équitablement, le gap entre les deux locuteurs est potentiellement moins profond. Riche de cette nouvelle compétence, l'actant patient redessine parfois les contours du cadre interactif qui vient d'être défini.

III.2.3.3. Corpus et méthode

Récolte des données

Pour ce qui nous intéresse ici, le discours de consultation, la méthodologie utilisée est celle de l'analyse des interactions⁴⁶⁶ qui consiste en l'enregistrements d'échanges authentiques en situation, puis à leur retranscription et enfin à l'identification des faits saillants et récurrents. Le corpus est constitué à partir de l'observation *in situ* de séances de consultations auprès de trois épiléptologues différents, un au CHU Robert Debré à Paris et deux au CHU Dupuytren à Limoges. Cette diversité permet de contourner les risques de biais idiosyncrasiques ou institut-centrés. Ces enregistrements ont été réalisés en présence de l'enquêteur et concernent des patients atteints d'épilepsie, du petit enfant à la personne âgée, souvent accompagnés d'un proche. La présence d'un tiers paraît évidente pour l'enfant en bas-âge mais elle s'avère primordiale dans toutes les séances, y compris pour les autres malades car les proches sont des sources d'informations importantes pour le diagnostic et l'ajustement du traitement dans le contexte de l'épilepsie. La nature très « visuelle » des manifestations et le fait que le patient perde le plus souvent connaissance lors des crises, font que le proche devient « témoin ». Il ne participe pas uniquement d'un accompagnement psychologique et émotionnel du malade, il intervient en tant que témoin rapportant les détails de la crise, informateur au service de l'épiléptologue et véritable adjuvant dans la quête au diagnostic.

⁴⁶⁴ TRAVERSO Véronique, « Analyse de consultations médicales en présence d'un intermédiaire linguistique non professionnel », in : *Actes du VIIIème congrès de l'ARIC*, Université de Genève, 2001.

⁴⁶⁵ SERRES Michel, *Petite poucette*, Paris, Le Pommier, 2012 (Manifestes).

⁴⁶⁶ KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, « L'analyse du discours en interaction : quelques principes méthodologiques », *Limbaje si comunicare*. (IX), 2007, pp. 13-32.

Traitement des données

Les 18 heures et 16 minutes d'enregistrement sont complétées par leur transcription, artefacts indispensables pour procéder à l'analyse. La transcription a été réalisée par nos soins également, sans recours à une grille préétablie. En effet, nous avons procédé à la transcription avec une grille *ad hoc* qui suit ses propres normes car les objectifs de l'étude n'étaient ni prosodiques, ni gestuels, ni intonatifs, et le besoin de lisibilité et d'accessibilité étaient prégnants pour l'enquêteur. La transcription a été régie par une volonté de ne pas (ab)user de formalisation pour anticiper un éventuel post-traitement lexicométrique. La grille utilisée se rapproche dans une certaine mesure de la grille du GARS (Groupe Aixois de Recherche en Syntaxe) de l'Université d'Aix-Marseille : cela s'explique par la nature de certains des objectifs de recherche « phraséologiques » comme l'identification de métaphores, de reformulations, de tournures syntaxiques comparatives, notamment. La grille de transcription peut être résumée comme suit :

L1 L2 L3 L4	Étiquettes locuteurs
< >	Chevauchement de parole
()	Didascalies et commentaires du transcripateur
/	Interruption par un autre locuteur (se fait couper la parole)
-	Troncation introduisant une anacoluthie
,	Pause courte
.	Pause longue
...	Allongement
#	Syllabe incompréhensible
[]	Information confidentielle résumée par un terme générique

Figure 16. Grille de transcription en contexte médical – conventions utilisées

Atouts et limites

La phase de « terrain » dans les deux établissements hospitaliers a permis une récolte de données authentiques et situées, par enregistrement audio et prise de notes. Le principal atout réside en effet dans le caractère authentique des discours saisis dans l'acte de vulgarisation en train de se faire. Cela répond au principe premier de Kerbrat-Orecchioni qui pose la nécessité de fonder l'analyse sur des données authentiques

« Si l'on veut savoir comment les choses se passent vraiment dans les interactions quotidiennes, le seul moyen fiable consiste à enregistrer des échanges se déroulant entre personnes réelles dans des situations réelles, puis à les retranscrire de la façon la plus fidèle possible »⁴⁶⁷

L'énonciation énoncée qui se manifeste dans les transcriptions est alors le témoin de l'effectuation à analyser. L'hétérogénéité des locuteurs médecins permet, comme précisé plus haut, de s'extraire d'un possible risque de biais idiosyncrasique ou qui dépendrait des spécificités de l'établissement (politiques d'établissement différentes entre Paris et la province par exemple). Cependant, cette hétérogénéité constitue une limite importante puisqu'elle induit

⁴⁶⁷ KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, « L'analyse du discours en interaction : quelques principes méthodologiques », *Limba je si comunicare*. (IX), 2007, pp. 13-32.

une hétérogénéité des locuteurs en présence : patient enfant, patient adulte, parents, accompagnateur, etc. Le critère de l'âge de l'interlocuteur est particulièrement prégnant car il conditionne en partie la production des discours du médecin (les images utilisées, le tutoiement, etc.). De la même façon, la catégorie socioprofessionnelle (CSP) du patient – ou des parents du patient quand celui-ci est en bas-âge – ou de manière plus nuancée la CSP de l'allocutaire construite par le locuteur médecin, conditionne également l'interaction. L'étude de terrain a effet permis de constater une forte hétérogénéité des publics pris en charge par un même médecin, de l'indigence sociale aux CSP les plus élevées. Dans les catégories sociales les plus basses, où le niveau d'éducation est moins élevé, le « gap » que nous avons évoqué *supra* entre les encyclopédies de chaque locuteur est davantage creusé. La rupture cognitive et encyclopédique demande alors une forte remédiation (au sens de résolution). Les efforts de reformulation sont donc variables en fonction de l'âge de l'allocutaire et de la CSP dans laquelle le locuteur médecin le situe.

D'autre part, une autre limite réside dans la présence de l'enquêteur lui-même dans les séances de consultation. Même avec une position détachée (spatialement, l'enquêteur se place dans un angle du cabinet, derrière le bureau du médecin, à une distance équilibrée entre une tentative d'effacement et un besoin technique de mise en marche de l'outil d'enregistrement entre chaque consultation), la présence de l'enquêteur constitue une modification du cadre interactif préétabli. De ce fait, les locuteurs peuvent tenir compte de cette présence intrusive dans la production de leur discours : le locuteur médecin ne fait-il pas trop de zèle dans ses tentatives de reformulation en présence d'un chercheur en science du langage ? le locuteur patient ose-t-il formuler toutes les questions en présence d'un tiers ? Il faut cependant noter que les deux établissements d'accueil sont *universitaires*, et les acteurs sont souvent accompagnés de stagiaires, observateurs, étudiants, etc. si bien que même les patients sont habitués (quand ce n'est pas leur première consultation) à la présence d'une tierce personne dans le cadre de la consultation médicale.

Le travail de transcription constitue également une limite à cause de la part de subjectivité qu'il contient. En effet, il y a autant de transcriptions envisageables que de transcrip-teurs potentiels puisque chaque analyste possède sa propre appréhension des phénomènes de pause, d'intonation de fin de phrase, de changement de ton pour les discours rapportés, etc.). Nos objectifs étant surtout lexicaux et rhétoriques, cette limite nous paraît surmontable et finalement peu déterminante pour la constitution du corpus. Enfin, le caractère intrinsèquement oral de la consultation médicale introduit une rupture avec la constitution du corpus pour l'analyse : le passage de la conversation à sa transcription exclut tous les phénomènes para-verbaux comme le débit de parole et les intonations spéciales, ainsi que les phénomènes non-verbaux comme les gestes, les postures, les regards, les mimiques, etc. Les « didascalies » insérées par le transcrip-teur tentent de pallier, au moins dans une certaine mesure, ces lacunes.

Objectifs et méthode

Le cadre interactif dessine les limites de la scène intersubjective et borne les échanges linguistiques qui interviennent à l'intérieur. En effet, les rôles sociaux contraignent dans une certaine mesure les « rôles » linguistiques et par extension l'orientation des discours, le but étant d'en comprendre le fonctionnement. En effet, l'objectif principal de cette étude est l'identification des mécanismes linguistiques qui mettent à l'œuvre la transmission des savoirs au sein du discours de consultation. Le cadre interactif identifié en introduction de cette partie permet de situer cette transmission des savoirs dans le cadre d'une vulgarisation et d'une remédiation discursive. Le but de cette étude est donc de comprendre par quels procédés linguistiques les discours vulgarisés sont mis en œuvre. Pour ce faire, la méthode du dépouillement manuel est convoquée. À l'intérieur des transcriptions de consultation, de 7,6 pages en moyenne, les séquences de transmission de savoir sont localisées. À partir de ce repérage primitif, un relevé systématique de différents marqueurs s'effectue :

(1) Au niveau énonciatif :

- a. Phatiques
- b. Embrayage personnel, temporel, spatial
- c. Formes de l'adresse
- d. Débrayage
- e. Discours rapportés
- f. Précautions énonciatives et métalinguistiques
- g. Repérage verbal (temps, mode, voix)

(2) Aux niveaux lexical et syntaxique :

- a. Marqueurs métalinguistiques
- b. Adverbes de comparaison
- c. Concentration d'équivalences sémantiques
- d. Structures d'extraction syntaxique

Ces différents relevés doivent permettre d'identifier des stratégies de reformulation et d'explicitation à l'intérieur des discours.

III.2.3.4. Principaux résultats⁴⁶⁸

Embrayage interlocutif

L'étude montre un évident **embrayage personnel** qui instaure les locuteurs en présence, selon différentes scènes :

⁴⁶⁸ Les verbatims utilisés pour illustrer les résultats proviennent d'une transcription qui se veut fidèle aux discours authentiques. Ils en ont conservé l'exacte teneur, dont les tournures malheureuses et/ou agrammaticales.

Scène 1 : docteur, patient enfant, parent 1

Je / Tu : docteur / jeune patient

Je / Vous : docteur / parent

Je / Vous : docteur / patient + parent

Je / Tu ou Vous : jeune patient / docteur

Il : jeune patient

Scène 2 : docteur, patient enfant, parent 1, parent 2

Je / Tu : docteur / jeune patient

Je / Vous : docteur / parent

Je / Vous : docteur / patient + parents 1 et 2

Je / Vous : docteur / parent 1 + parent 2

Nous / Vous : parent 1 + parent 2 / docteur

Il : jeune patient

Scène 4 : docteur, patient adulte, accompagnateur

Je / Vous : docteur / patient

Je / Vous : patient / docteur

Je / Vous : docteur / accompagnateur

Je / Vous : accompagnateur / docteur

Je / vous : docteur / patient + accompagnateur

Il : patient

Scène 3 : docteur, patient adulte

Je / Vous : docteur / patient

Je / Vous : patient / docteur

Du fait de la nature dialogale voire multilogale de la consultation médicale, qui incarne une conversation (type particulier d'interaction verbale, elle-même type particulier d'interaction sociale)⁴⁶⁹, l'énonciation est *de facto* embrayée au niveau des personnes. Les procédés de débrayage ou d'embrayage qui ne correspondent pas aux situations présentées dans les quatre scènes précédentes sont donc signifiants.

Cet embrayage est possiblement accompagné par des **formes d'adresse** à fonction vocative. Ces adresses permettent, au niveau de l'énonciation, d'insister sur la définition des rôles interactionnels, que ce soit celui du docteur :

« L2 : Je vous remercie beaucoup docteur »

« L3 : Au revoir docteur. »

Ou le rôle interactionnel du patient :

« L1 : Je suis désolé je vais t'embêter hein jeune homme » (à l'auscultation)

« L1 : les patients qui ont le même type d'épilepsie que [PRÉNOM DE LA PATIENTE], je leur mets facilement du Fycompa »

« L1 : Je vous explique. (en lui montrant l'ordonnance)

L2 : Oui docteur »

Ces quelques formes d'adresse qui ponctuent le corpus de transcriptions de consultation manifestent dans le discours le « contrat d'assomption » défini *supra*. Il y a bien une reconnaissance réciproque des actants et de leurs compétences, qui construit la relation intersubjective.

Enfin, puisqu'il s'agit d'une interaction directe, qui de surcroît implique une transmission d'information, les **marqueurs de la fonction phatique** sont extrêmement fréquents. Les occurrences les plus utilisées sont : « OK ? » ; « D'accord ? » ; « Bon » ; « Hein » ; « Ça va ? » ; « Ça te paraît clair ? ». La fonction phatique est l'une des six fonctions du langage

⁴⁶⁹ KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *La conversation*, Paris, Éditions du Seuil, 1996 (Mémo Lettres sciences sociales 25), page 8.

chez Jakobson⁴⁷⁰. Ce sont des éléments linguistiques ou paralinguistiques qui servent essentiellement à établir, prolonger optimiser la communication et surtout à vérifier que le message circule dans les meilleures conditions. Dans le corpus, ils peuvent intervenir dans une accumulation comme dans :

« *Ça va ? Tu comprends ce que je veux dire ? Ça te paraît clair ?* »

Ou encore dans la séquence :

« *L1 : Bien. Bon écoutez, faut surtout rien changer hein.* »

« *L2 : Bin je crois pas hein, non non surtout pas.* »

Les marqueurs de la fonction phatiques caractérisent l'interaction verbale orale. Ils font partie des mécanismes qui mettent en œuvre la *synchronisation interpersonnelle* définissant la conversation⁴⁷¹. Il n'est donc pas étonnant de remarquer leur présence au sein de ce corpus de consultation médicale. Leur concentration aux abords des séquences que nous nommerons plus tard « de vulgarisation » en constitue un indice : les séquences qui sont « dédiées » à la transmission de l'information sont l'objet d'un *effort phatique* encore plus important.

Marqueurs métalinguistiques

L'étude permet d'effectuer, à partir du corpus, une identification de marqueurs métalinguistiques sculptant le discours du médecin mais aussi parfois celui du patient. On retrouve ainsi, de manière récurrente, les marques linguistiques suivantes :

- ***Les présentatifs*** (« c'est » / « ce sont » ; « il y a » ; « voilà ») : Les présentatifs sont des outils grammaticaux qui permettent des procédures de mise en relief. Dans le corpus étudié, « c'est » est le présentatif le plus utilisé. Il permet d'introduire un élément mais sert aussi d'anaphorique avec ce qui précède dans une construction segmentée. Il endosse donc un rôle de pivot.

« *C'est le médicament table de nuit* »

« *C'est le traitement recommandé, le meilleur traitement pour les grossesses* »

« *C'est des épilepsies qui sont souvent difficile à contrôler avec les traitements* »

« Il y a » est un présentatif très fréquent également mais constitue moins un réel effet de mise en exergue qu'un phénomène d'actualisation. C'est, selon les grammairiens, un *actualisateur d'existence* : il actualise l'existence de ce qu'il introduit. Cette propriété est commentée dans la discussion, *infra*.

« *Il y a par exemple le Tégrétol, c'est un médicament antiépileptique qu'on utilise fréquemment* »

« *Voilà il y a une petite cicatrice au niveau du cerveau (...) Voilà y a des séquelles là* »

« *Il y a des traitements qui vont très bien marcher pour quelqu'un et pas chez vous et inversement* »

⁴⁷⁰ JAKOBSON Roman, *Essais de linguistique générale*, Éditions de Minuit, 1963.

⁴⁷¹ Le concept de synchronisation interpersonnelle est emprunté à Catherine Kerbrat-Orecchioni dans : KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, *La conversation*, Paris, Éditions du Seuil, 1996 (Mémo Lettres sciences sociales 25).

« Il y a toujours des effets secondaires hein du- des traitements au long cours »

Outre ces marqueurs présentatifs spécifiques, la structure syntaxique d'extraction permet également une forme de « présentation », une mise en exergue d'un syntagme nominal qui fait l'objet d'un traitement particulier. La structure de l'extraction segmente la phrase et met en relief le mot ou le groupe de mots extrait :

« Dans l'état de nos connaissances en fait, ton épilepsie, quand on a fait une IRM cérébrale (...) »

La présence de présentatifs est caractéristique du discours vulgarisateur du médecin car elle se concentre surtout dans ses tours de paroles. Cependant, il est possible de rencontrer de tels marqueurs dans le discours du patient : les occurrences chez le patient sont en fait des reprises, des répétitions pour montrer qu'il a bien compris.

- Les embrayeurs de séquences explicatives : Nous empruntons cette expression à Vergely et collaborateurs⁴⁷² pour désigner les marqueurs du type « c'est-à-dire » ; « prenons un exemple » ; « autrement dit » ; « ça veut dire que » ; « genre » ; « en gros » ; « je vous explique » ; « en fait » ; « qu'est-ce que je veux dire par là ? », etc. Les embrayeurs de séquence explicative permettent au locuteur d'introduire des reformulations. Ce sont des outils métalinguistiques qui indiquent la présence d'une médiation, d'une reformulation. Simultanément à l'embrayage qu'ils produisent, ils indexent : autrement dit, les embrayeurs de séquence explicative montrent voire mettent en relief la médiation discursive en même temps qu'ils la mettent en œuvre :

« Ton IRM elle est normale c'est-à-dire qu'on ne trouve pas, avec ce que peut faire comme qualité d'image l'IRM (...) on trouve pas d'anomalie qui explique pourquoi t'as fait des crises d'épilepsie. »

« Il y a quasiment pas de récurrence entre neuf mois et deux ans de suivi ce qui veut dire que le risque maximum du risque de récurrence il sera dans les trois premiers mois. »

« Donc là en gros puisqu'il y a encore des crises la stratégie ce serait d'augmenter le Lamictal c'est-à-dire que le but c'est d'augmenter de 25 en 25 jusqu'à ce que vous fassiez plus de crise. D'accord ? »

« Ce que je préfère c'est que tu fasses des crises comme t'as fait, des petites genre des arrêts sur image »

- Les embrayeurs de séquence d'exposition de savoir : Certains marqueurs indiquent l'introduction d'une séquence où le médecin s'apprête à exposer un ensemble d'informations structurées : « on sait que... » ; « ce qu'il est important de savoir c'est que... » ; « dans + article défini + [situation], il y a ... » ; « chez + article défini + [groupe], il y a ... » ; « D'après mon expérience / D'après les données scientifiques ... »
« Chez les patients qui ont deux ans sans crise et une IRM normale, quand on arrête le traitement, il y a 40% qui en refont [des crises] »

⁴⁷² VERGELY Pascale, CONDAMINES Anne, FABRE Cécile et al., « Analyse linguistique des interactions patient/médecin », in: FÉLIX Catherine et TARDIF Julien, *Actes du colloque « Actes éducatifs et de soins »*, Nice, 2009.

« C'est vrai qu'avec le temps dans les épilepsies on sait que la probabilité de réponse au traitement elle baisse mais on sait aussi que la probabilité de répondre au traitement elle existe toujours »

« On sait que pour ces épilepsie-là, on sait que quand on arrête le traitement, il y a quand même beaucoup de personnes qui récidivent »

« Dans l'épilepsie en gros y a deux types d'épilepsie, il y a les épilepsies qui sont généralisées (...) et les épilepsies partielles (...) ».

- Les précautions métalinguistiques : L'étude du corpus montre une récurrence de formules métalinguistiques qui permettent au locuteur de « prendre de pincettes linguistiques » avec l'objet de son énonciation :

« J'ai calmé ton cerveau entre guillemets avec la Micropakine »

« Donc si jamais on se pose la question d'un arrêt de traitement, j'ai envie de dire, c'est cette année »

« On va tenter entre guillemets le diable (...) il y a plus de risque de récidive que de pas récidive »

« Les parents j'veux dire si tu fais une grosse crise ils vont... »

« Mais on a quand même l'impression que de mettre le cerveau au repos entre guillemets de toute crise, et bin ça nous aide un peu »

« Il y a un endroit d'un gène où entre guillemets on va dire c'est comme une phrase comme un texte d'un livre »

L'usage de tel ou tel de ces marqueurs est plutôt de nature idiosyncrasique dans le détail, chacun des épiléptologue ayant ses marqueurs privilégiés. Il est cependant manifeste que leur présence est récurrente dans une association syntagmatique du type : [marqueur de précaution + discours trivial/profane], comme pour introduire un discours non spécialisé. Cette tentative de mise à niveau de la part du médecin, qui s'écarte ainsi explicitement de sa formation discursive pour jouer avec la langue ordinaire, semble être définitoire du genre de la consultation médicale.

- Les marqueurs d'autonymie : Nous empruntons cette expression à Valérie Delavigne⁴⁷³, qui montre qu'en plus de leur dimension explicative et didactique, caractéristique du discours de vulgarisation, le recours à l'autonymie permet la manifestation des positions de l'énonciateur par rapport aux termes qu'il énonce (assomption forte ou faible). Les marqueurs d'autonymie peuvent être des verbes (« appeler », « désigner », « signifier », « qualifier de », etc.), des noms (« le nom X », « le mot Y », etc.) ou encore des adjectifs (« le fameux », « le dit »). Les marqueurs d'autonymie indexent le mécanisme de traduction intralinguale permettant au patient d'accéder à la terminologie du médecin. Cependant, dans le corpus, un seul marqueur d'autonymie est systématiquement employé : le verbe « appeler », dans sa version pronominale :

⁴⁷³ DELAVIGNE Valérie, « Repérage de termes dans un corpus de vulgarisation : aspects méthodologiques », in: *Conférence TIA-2001*, Nancy, 2001.

« Le traitement qui remplace le Valium c'est comme ça, ça s'appelle le Buccolam »

« Ça s'appelle le score d'Epworth ça. C'est une échelle qui évalue de façon subjective la somnolence »

« Si vous avez un générique ça s'appelle le Lévétiracétam »

« Ça s'appelle du Citalopram »

« Un qui s'appelle le Fycompa »

Ou dans sa version non réfléchie, avec la structure de base [SUJET + APPELER + X + Y], avec le sujet quasi-systématiquement pris en charge par l'impersonnel « on », structure dans laquelle le COD X à dénommer peut être antéposé :

« Il y a une zone dans ton cerveau-là qui est derrière les oreilles qu'on appelle les zones temporales, sur lequel il y a un petit hypersignal »

« Quand les zones de ton cerveau qu'on appelle les zones temporales sont fabriquées... »

« Je peux essayer de vous donner un médicament relativement naturel pour euh les moments où vous avez un peu plus des problèmes de sommeil pour essayer d'induire un sommeil de meilleure qualité, alors ce médicament naturel c'est quelque chose qu'on appelle la mélatonine »

« Ça c'est normal je pense enfin ça- on appelle ça des myoclonies d'endormissement ça fait partie de ce qu'on appelle les parasomnies c'est-à-dire des manifestations motrices qui accompagnent le sommeil »

« Ce médicament-là comme je l'appelle c'est le médicament table de nuit » (exception au « on », ici l'énonciateur médecin renforce l'assomption énonciative en se faisant sujet du verbe métalinguistique)

Bien sûr, différents marqueurs métalinguistiques peuvent intervenir dans une même phrase ou une même séquence, pour œuvrer ensemble dans l'effectuation de la remédiation discursive, comme dans le pénultième verbatim ou dans la séquence suivante issue de G11, très éloquente avec sa fonction autonymique forte :

« L2 : Et est-ce qu'on peut parler d'absence dans ce cas-là ? »

L1 : Alors en fait « absence » c'est le terme qu'on utilise le plus régulièrement avec les patients, parce que c'est un terme qui indique ce dont il s'agit. C'est-à-dire euh que pendant une crise partielle complexe on est un peu absent.

L2 : Voilà.

L1 : Maintenant, c'est pas un terme neurologique. Le terme normalement « absence » est réservé à des petites ruptures de contact très courtes qui vont durer trois à trente secondes et qui surviennent dans le contexte d'épilepsie généralisée. Pas d'épilepsie partielle. »

Marqueurs de cohésion

Les différentes transcriptions de consultation sont parcourues de marqueurs de cohésion discursive différents, qui participent à différentes fonctions dans le cadre de la consultation.

- Les connecteurs logiques : Le discours présente une forte concentration de connecteurs logiques comme « *alors* » ; « *donc* » ; « *mais* » ; « *par contre* » ; « *parce que* » ; « *puisque* » ; etc. Ces connecteurs structurent la pensée et par extension le discours. Ils embrayent et en même temps incarnent les traces d'un cheminement de pensée qui correspond peu ou prou à une démarche intellectuelle : celle du diagnostic, celle de l'auscultation, celle de l'historique patient, etc. Dans leur exercice, ils construisent également l'ethos du locuteur : un ethos d'autorité et de spécialité attendu du médecin mais aussi parfois un ethos « tenté » par le patient qui s'approprie l'usage de connecteurs, parfois non nécessairement à bon escient, pour créer un simulacre d'ethos que l'on pourrait paraphraser trivialement par un « je suis capable de comprendre la parole experte ». Les connecteurs logiques caractérisent à la fois le discours du locuteur médecin et celui du locuteur patient/parent.
- Les connecteurs temporels : Les discours dans le cadre de la consultation sont caractérisés par la forte fréquence de connecteurs temporels : « *avant* », « *après* », « *maintenant* », « *aujourd'hui* », etc. Cette fréquence importante peut s'expliquer par la temporalité et l'aspectualité spécifique de la crise épileptique définitoire de la maladie, nous tenterons d'en faire l'interprétation dans la partie discussion. Parallèlement, les adverbes de fréquence (« *jamais* » ; « *rarement* » ; « *quelques fois* » ; « *des fois* » ; « *parfois* » ; « *de temps en temps* » ; « *souvent* » ; « *toujours* ») sont aussi fortement représentés, et particulièrement dans le discours du locuteur médecin. Ces adverbes de fréquence ont tendance à être retrouvés dans des cotextes relativement similaires par l'emploi du présent de vérité générale, et celui de marqueurs métalinguistiques comme les présentatifs ou les embrayeurs de séquence explicative :
 - « *Mais souvent c'est sur une maladie donnée* »
 - « *Parce que quand il y a beaucoup de fluctuation de traitement c'est parfois un critère d'exclusion dans les essais clinique, parfois on demande que le traitement n'ait pas changé* »
 - « *Les absences souvent les gens ne s'en rendent pas compte* »
 - « *Souvent, quand il y en a dans la famille, ça se perpétue* »
 - « *Parce que les déséquilibres de l'épilepsie ça peut parfois être dû à ça. C'est jamais- c'est rarement ça tout seul* »
 - « *Après, ton type d'épilepsie c'est celui où parfois il y a des gens qui sont sensibles* »
 - « *ça n'arrive pas chez beaucoup de patient mais de temps en temps ça augmente le le- la fréquence d'aller aux toilettes avec le Zonegran* »
 Ainsi, les adverbes de fréquence semblent être quasi-systématiquement utilisés dans les séquences d'exposition ou d'explication d'informations savantes. Ils peuvent être remplacés dans leur fonction d'expression de la fréquence par l'usage de pourcentages statistiques :
 - « *mon impression c'est que un patient sur quatre qu'est très amélioré au début et où l'effet de ne maintient pas dans le temps* »
 - « *la probabilité de récurrence elle est quasiment de quatre-vingts pour cent* »

« C'est même plutôt rare en fait. Il y a que quatre pour cent des épileptiques qui sont sensibles à la lumière »

« Chez les patients qui ont deux ans sans crise, et une IRM normale, quand on arrête le traitement, y a quarante pour cent qui en refont, et surtout ce qui est intéressant, y a soixante pour cent qui refont pas »

- Les connecteurs de causalité : Les tours de parole du locuteur médecin présentent une récurrence de connecteurs de causalité du type « vu (que) » ; « étant donné (que) » ; « ce d'autant plus (que) » ; « comme... ». Ils introduisent des subordonnées causales à partir desquelles se construit le raisonnement :

« Dans votre épilepsie, comme c'est une sensibilité personnelle et génétique à faire des crises, c'est quelque chose qui persiste quand même au long court. (...) Ce d'autant plus s'il y a des anomalies sur l'électro. »

« Vu les vidéos ça laisse pas de crise épileptiques mais plutôt des épisodes de tremblements »

« Vu comment vous me le décrivez, ça peut y ressembler mais euh je peux pas vous dire à cent pour cent 'c'est sûr c'est des crises d'épilepsie' »

« Étant donnés les tremblements, le fait qu'il existe des pertes urinaires quasi quotidiennes et l'absence d'efficacité du Keppra je préfère changer de traitement. »

Les connecteurs de causalité permettent d'introduire de la cohésion dans le discours, mais permettent surtout mettre ou remettre en discours les informations permettant d'établir le raisonnement. Les subordonnées qu'ils introduisent servent ainsi de mémoire interdiscursive artificiellement réénoncée pour construire le raisonnement, et pour que l'interlocuteur participe ou au moins comprenne celui-ci (voir discussion).

Discours rapportés

Comme on pouvait le prévoir à partir des résultats obtenus lors de l'étude précédente à propos des lettres de consultation, les transcriptions de consultation elles-mêmes présentent une forte concentration de discours rapportés. Les discours rapportés au discours indirect ou indirect libre ressortissent de la même fonctionnalité de compilation⁴⁷⁴ identifiée *supra* qui met en évidence le caractère « compilé » des discours que la lettre de consultation met en scène : les discours antérieurs de l'épileptologue, les discours des autres professionnels de santé engagés dans la relation de soin, les discours du patient, les discours des témoins (proches, parents, etc.), les discours de la loi, etc. On retrouve alors la même fonctionnalité de compilation de cette multitude de discours rapportés.

Parallèlement, le discours de consultation présente un autre type de discours rapporté, qu'on ne trouve pas dans la lettre de consultation, et dont la présence semble donc être caractéristique de la consultation elle-même : les discours rapportés en discours direct, aussi bien dans les tours de parole du locuteur médecin que dans ceux du locuteur patient.

⁴⁷⁴ Voir pour rappel la partie III.2.2.4. « Discussion : la lettre de consultation comme genre performatif », § « Fonctionnalité de bilan et compilation des inscriptions ».

Dans les tours de parole du locuteur médecin, les discours rapportés semblent répondre d'une stratégie d'extraction du raisonnement qui sera développée en discussion et qui prend, par exemple dans les séquences représentatives rapportées ci-dessous, la forme suivante :

« Y a deux façons d'approcher la question. (...) Donc la première façon de faire c'est de dire « Bah on arrête la Micropakine et quand y aura des crises bah on choisira autre chose pour traiter. » Ça c'est la première façon de faire. La deuxième façon de faire c'est de se dire « Bon bah de toutes façons on sait que l'IRM est anormale, il y a plus de risque de récurrence que de pas récurrence donc on va pas tenter le diable, pas vérifier si en effet on fait des crises ou pas par le fait d'arrêter le traitement et on met autre chose et on enlève, on met un autre antiépileptique et on enlève la Micropakine ». En sachant qu'on prend quand même un risque de récurrence » (A03)

« On a tendance à simplifier le raisonnement en disant : « J'ai des crises, j'ai pris un traitement, j'ai plus de crise. Si j'ai pris le traitement et que les crises reviennent, je reprendrai le traitement et tout ira bien. » Ça c'est vrai pour 99% des patients enfin pour une grande majorité des patients. Mais ça arrive (...) On enlève le traitement les crises reviennent, on remet le traitement ça marche plus. (...) Mais bon à la fois voilà, c'est une situation rare. Soit on dit « oui je ne veux vraiment plus que ça bouge, je tiens à mon traitement et je le garde comme ça parce que ma vie va bien mais je continue à prendre mon traitement » mais ça fait partie des éléments qui faut savoir quoi. Je...- Si... Si on arrête le traitement je te souhaite que tout se passe bien bien sûr, on arrête le traitement tu fais des crises, j'te remets le traitement ça marche plus et je te dis « Ah ouais c'est vrai ça m'arrive de temps en temps » tu vas dire « oh bah c'est sympa il aurait fallu me le dire avant ! » Donc c'est le minimum que je t'explique jusque dans quel détail on va. » (A02)

« Donc du coup, on est un peu bloqués avec le Lamictal, alors la première question c'est « Est-ce qu'on essaye de changer le traitement par Lamictal ? » en espérant qu'il y ait un médicament qui interagisse moins avec le sommeil si le Lamictal a un effet un peu somnolent chez vous, voilà. » (G03)

Dans les tours de parole du locuteur patient ou du locuteur accompagnateur (parent, proche), les discours rapportés au discours direct ne possèdent pas ce même statut d'extracteur de raisonnement mais s'orientent plutôt vers une fonction d'extracteur d'expérience qui atteste de l'authenticité du témoignage apporté :

« L2 : Parce que des fois avec les ça qu'elle prend elle marche dans la rue et puis elle me dit « Maman j'ai mes yeux bizarres, pis je vois pas bien j'ai mes yeux bizarres » » (A01)

« L2 : Oui de bruit, parce qu'il met toujours de la musique que je n'aime pas du tout, alors je lui dis « Éteins ta musique elle m'énerve », il met souvent des musiques de jeux vidéos, ou alors des musiques de manga, enfin des trucs euh... Affreux, je lui dis « Arrête ta musique ça m'énerve » mais bon, il l'arrête pas. Donc en fait euh... Bon je suis habituée maintenant, mais des fois quand même son bruit ça m'énerve. » (G03)

Équivalence sémantique

Le discours de consultation, dans les tours de parole du locuteur médecin plus précisément, présente une récurrence de procédés mettant en œuvre une équivalence sémantique entre deux expressions (entre deux lexies, entre une lexie et un syntagme, entre un syntagme et une proposition, etc.). Ces procédés peuvent être typologisés comme suit :

- Juxtaposition d'équivalence lexicale ou reformulation paraphrastique : Il s'agit du procédé le plus « économique » car il consiste en la juxtaposition linéaire de deux expressions équivalentes :

« *Donc on devient out bleu donc on a une anoxie, on manque d'oxygène, on a une acidose, le sang devient un petit peu plus acide* » (G02)

Où on pose : Anoxie ≈ manque d'oxygène

Acidose ≈ sang qui devient acide

« *C'est la même molécule <L2 : Ouais.> mais ce qui entoure, les excipients, c'est pas les mêmes* » (M02)

Où on pose : Excipients ≈ ce qui entoure la molécule du médicament

« *Là on voit l'activité cérébrale normale, le cerveau qui fonctionne normalement* » (M02)

Où on pose : Activité cérébrale ≈ Fonctionnement du cerveau

« *Mais la voie d'administration, là où on le met, c'est quand même mieux, pour la vie quotidienne d'un jeune homme de cet âge* » (A14)

Où on pose : Voie d'administration ≈ Là où on met le médicament

Cette juxtaposition enchaîne les deux expressions équivalentes avec une simple pause à l'oral ici traduite par une virgule, qui procède d'une structure syntaxique d'extraction – et donc de mise en exergue du terme dont on donne l'équivalence.

- Équivalence par explicitation-définition : L'équivalence peut être introduite par un embrayeur de séquence explicative (cf. *supra*), qui constitue ainsi une structure syntaxique différente, introduisant une relative « définitoire », d'après le modèle suivant : [terme à définir + embrayeur de séquence explicative + extension définitoire]

« *En dehors du trouble primaire, c'est-à-dire ce qui caractérise vraiment ce qu'est l'autisme...* » (A09)

« *Ça montre plutôt une atteinte périphérique c'est-à-dire qui n'est pas en lien avec le cerveau mais plutôt les nerfs et la jonction nerf muscle effectivement* » (M06)

« *Le Lamictal il est quand même bien toléré c'est-à-dire que souvent il n'y a pas beaucoup d'effet secondaire* » (M09)

« *Pour éviter la grosse crise qui est souvent le truc très impressionnant pour tout le monde et qui va en tout cas pour quelques temps changer ta vie quotidienne* » (A02)

Marie-Françoise Mortureux⁴⁷⁵ semble désigner ce procédé « énumération par coordination », qui diffère de la simple « énumération par juxtaposition » (qui

⁴⁷⁵ MORTUREUX Marie-Françoise, « Paraphrase et métalangage dans le dialogue de vulgarisation », *Langue française* 53 (1), 1982, pp. 48-61.

correspond au point précédent) par l'intervention d'un coordinateur entre les deux blocs équivalents, que nous avons qualifié d'*embrayeur de séquence explicative*.

- Équivalence outillée par la comparaison : L'équivalence, au lieu de se donner dans la juxtaposition synonymique ou l'extension définitoire, dans le corpus étudié, peut se construire grâce à la structure comparative introduite par la conjonction « comme » :
« *Et quand il y a des anomalies on voit des choses un petit peu plus aiguës, c'est-à-dire plus rapides, comme des- plus pointues en fait <L2 : Hum (acquiesce)> comme des petits pics... euh à certains endroits.* » (M02)
« *Si vous voulez c'est plutôt le soir, quand on est assis, couché, immobile, et bin l'immobilité est gênante et ça se traduit par des sensations dans les membres, les jambes en général, comme une sorte de stress un peu qui monte et en fait c'est qu'on a un besoin de bouger* » (G03)

Ou de manière directe avec l'injonction à la comparaison quand la comparaison devient plus élaborée :

« *Si on compare le nerf vague à un câble électrique avec plein de petites fibres dedans, il faut que, pour être certain de recruter toutes les fibres électriques dans la stimulation, faut que je monte jusque deux milliampères* » (A12)

- Équivalence construite par la métaphore : Dans la même démarche, l'équivalence sémantique peut se construire à l'aide de la figure de la métaphore, sorte de comparaison « non-outillée ». Le discours du médecin lors de la consultation peut y recourir pour établir un rapport fonctionnel entre deux entités différentes. Prenons quelques séquences du corpus pour illustrer ce procédé. Soit la séquence suivante, avec L1 le médecin, L2 la mère de la patiente :

« *L2 : Par contre on n'a jamais baissé le Tégrétol.*

L1 : Ouais mais elle a eu le Trileptal, c'est des cousins cousins <L2 : Ah c'est pareil>, euh c'est pas pareil pareil mais c'est des cousins. » (A01)

Le locuteur médecin établit un rapport de proximité entre deux médicaments antiépileptiques, le Tégrétol et le Trileptal par le truchement de la métaphore des liens de parenté. Le locuteur a choisi de les faire entrer dans la relation de cousinage et non de fraternité, donc la proximité est déjà nuancée et extrêmement signifiante. Soit une deuxième séquence avec L1 le médecin, L2 la mère du patient, L3 le patient :

« *L1 : Ma console elle va jouer avec ton boîtier qui est là. Tu vas voir c'est pas une console très intéressante hein.*

L2 : Il a fait une crise de jour la semaine dernière aussi.

L1 : Pourquoi il est démonté ce truc-là ?

L3 : Je veux une DS.

L1 : Ah non moi c'est pas une DS hein. Regarde c'est un vieux truc pourri. Regarde je me mets là-dessus, hop, il va parler avec ton boîtier. » (A12)

Dans cette séquence, le médecin L1 utilise la « console » pour parler de l'appareil technique qui règle et programme le stimulateur qu'on vient d'implanter à L3, le patient, accompagné de sa mère, L2. À noter que le jeune patient est venu en consultation ce jour-là avec sa propre console de jeux. Cette séquence sera interprétée dans la discussion.

Enfin, soit une dernière séquence qui procède par métaphore :

« Y avait quand même des petites choses en dehors des lumières. Y avait eu... Pas grand-chose mais des petites euh des petites activités épileptiques c'est là les petites étincelles qui montrent que y a bien encore un petit quelque chose. »
(M07)

Cette séquence verbale accompagne la lecture « collective » du tracé de l'EEG, le locuteur L1 « montre » ainsi l'inscription obtenue à partir de l'examen et tente, par l'intermédiaire de la métaphore, de qualifier les anomalies du tracé (appelées pointes, pointes-ondes, etc.) comme des « petites étincelles ». Cette métaphore semble s'inscrire dans un interdiscours plus large dans lequel l'épilepsie est décrite par métaphore à un orage et la crise d'épilepsie à un court-circuit.

Fréquence de la forme interrogative

L'étude du corpus montre une récurrence de phrases interrogatives. La présence de nombreuses questions de la part du médecin était « attendue » puisque comme il a été évoqué dans l'étude des lettres de consultation qui en faisaient le bilan, la séance se compose en partie d'un « interrogatoire patient ». Cet interrogatoire permet au médecin de saisir toutes les informations dont il a besoin pour construire son raisonnement, à partir de questions ouvertes auxquelles le patient ou l'entourage répond avec des descriptions plus ou moins longues des phénomènes observés ou des impressions ressenties, et de questions fermées qui permettent le guidage de l'interrogatoire, pour l'orienter afin de préciser certaines informations en fonction du raisonnement diagnostique.

« Et les myoclonies, vous en avez plus ou moins ou c'est pareil ? » ; « Est-ce que vous vous souvenez de ce que ça avait donné ou pas ? » ; « Kepra il a déjà eu ? » ; « Mais là vous avez monté quand la dernière fois ? » ; « Pour vous, qu'est-ce qui fait le plus de problèmes ? Qu'il ait des myoclonies et que les myoclonies elles soient photo-déclenchées ou qu'il soit plus amorphe parce qu'on a mis plus de médicament ? Qu'est-ce qui aujourd'hui vous semble le plus important ? » (A16)

« Depuis le mois de mars quand est-ce qu'il a eu des crises ? » ; « Vous le prenez bien ? » ; « Et on a monté à 250 c'est ça ? » ; « Pas de fatigue ? Pas de manque de sommeil ? » ; « Y a pas eu un événement particulier de stress ? Qui aurait pu le déstabiliser ? Rien du tout ? » (M08)

Certaines occurrences de phrases interrogatives ne rentrent pas dans le cadre de l'exercice de « l'interrogatoire patient » mais servent au contraire d'introducteur à la parole du patient. De nombreuses questions ouvertes, posées par le médecin au patient ou aux parents du patient, permettent ainsi d'embrancher sur l'avis « empirique » :

« L1 : Toi qu'est-ce que t'en penses ? Potentiellement d'un arrêt de traitement ? Tu voudrais essayer ? Tu voudrais pas essayer ? »

« L1 : On va être obligés de monter la dose du traitement. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ? »

« L1 : Qu'est-ce que vous en pensez, vous, de ça ? »

De manière moins récurrente mais tout de même présente, les interrogatives apparaissent également dans les tours de parole qui n'appartiennent pas au médecin. Ces questions ne participent donc pas de l'interrogatoire patient mais contribuent à la co-construction du sens

par les demandes d'explicitation, de reformulation ou simplement de confirmation de la part du patient ou de son entourage :

« Placebo ça veut dire y aura rien ? (A15)

« Ça veut dire quoi QSP ? » (M08)

L'acte de langage que constitue la question peut également être indirect en venant se greffer sur un simple acte d'assertion, comme pour la séquence suivante :

« L4 : *En fait le papa il avait une petite question/*

L1 : *Ouais ?*

L4 : *Qui peut paraître bête mais.../*

L1 : *Y a pas de question bête.*

L4 : *En fait il est tombé sur une vidéo tout bêtement où des médecins allemands qui disaient que y a pas de cause entre les épilepsies et le change- enfin la modification les gènes et les substances biologiques du patient. Moi je n'ai aucune explication j'ai juste- je vous ai donné les termes de ce médecin.*

L1 : *Euh il pense que la génétique n'a rien à voir avec l'épilepsie ce médecin c'est ça ?*

L4 : *Il a dit que la- les maladies génétiques n'étaient pas la cause euh de /*

L1 : *Des épilepsies ?*

L4 : *Voilà.*

L1 : *Bin c'est un charlatan ! »*

Dans cette séquence la question est même co-construite par le médecin qui tente de reformuler à son tour pour demander la confirmation du contenu de la question. La réponse, c'est-à-dire l'information attendue qui fait l'objet de la question arrive après quelques tours de parole sous la forme d'une exclamative (d'un ton d'exclamation à l'oral plus précisément) et de manière tranchée « *Bin c'est un charlatan !* ».

Enfin, un quatrième type de question apparaît à l'intérieur du corpus étudié, dont la fonction diffère des deux premiers susmentionnés. Certaines interrogatives directes ou indirectes, prises en charge par le locuteur médecin, viennent instaurer la problématique, la question « point de départ » du raisonnement médical, dans une démarche de co-construction entre les locuteurs :

« *Bah ça reposerait la question de toujours essayer de changer le médicament, trouver un médicament qui vous stabilise. Ça sert à rien je pense d'alourdir trop votre traitement, déjà vous en avez deux* » puis, plus tard dans la consultation : « *Si on n'y arrive pas sans vous changer de traitement, euh la question ça peut être aussi d'essayer d'enregistrer les crises, pour mieux les comprendre* » (G07)

« *Alors après on peut prendre la question, c'est souvent la façon dont je travaille en médecine, c'est je prends souvent dans le sens inverse, je fais « OK, disons que c'est... si c'est pas bon, qu'est-ce que je devrais voir ? » Et en fait voilà, au lieu de dire « ça ne lui amène pas de positif est-ce que au moins ça ne lui amène pas de négatif ? »* » (A09)

« *On se pose la question d'essayer de diminuer un peu le traitement en se disant :*

<L2 : *Est-ce qu'on peut l'arrêter ?> « est-ce que c'est toujours nécessaire ? » » (G03)*

Cette dernière séquence montre un exemple criant de co-construction du sens par l'intermédiaire de la question-support, au discours direct, du médecin qui externalise son raisonnement et laisse ainsi la place à son interlocuteur. L2 quant à lui, profite de cet appel implicite de L1, et, sur un chevauchement de parole, propose une question-support lui-même, participant ainsi activement à la construction du raisonnement.

Les questions au style direct correspondent entièrement au cas des discours rapportés en discours direct, mentionnés plus haut dans le relevé des résultats, participant à la stratégie d'extraction du raisonnement, pour une meilleure mise en visibilité à l'attention du patient.

Pour résumer, la forme interrogative est particulièrement représentée dans le corpus, mais actualise quatre fonctions différentes : l'interrogatoire patient, l'embrayeur d'avis du patient, la demande d'explicitation ou de confirmation, et enfin l'extraction de la problématique du raisonnement.

Présence de nombreuses structures conditionnelles

De nombreuses structures conditionnelles charpentent les raisonnements et plans d'action thérapeutiques hypothétiques à l'intérieur du discours de consultation :

« *Si jamais on doit choisir de faire une deuxième tentative d'arrêt de traitement...* »

« *Que tu puisses passer ton permis sans qu'on se dise 'oh bah non il faut attendre parce que ça fait pas assez longtemps sans crise* »

« *Mais si tu récidives c'est reprise du traitement !* »

« *Limite si y avait que les myoclonies vous diriez c'est pas grave on sait quand est-ce qu'il faut faire gaffe quoi* »

« *Si un jour bien sûr il y a un problème bah il faudra pas hésiter à me rappeler, je vais vous relaisser toutes mes coordonnées* »

« *On ne sait pas si tu l'auras encore pendant... l'âge où tu auras envie d'avoir des enfants, des grossesses, là t'as quatorze ans donc effectivement y a quand même du temps devant toi, mais il est possible que quand tu auras envie d'avoir un enfant tu aies toujours ton traitement, parce que ce n'est pas une épilepsie qui guérit avec l'âge* »

Le risque, la potentialité, les « pincettes conditionnelles » prises par le locuteur médecin s'expliquent par le mode d'existence spécifique de la crise. L'épilepsie se caractérise en effet par son « en-puissance » : c'est le mode d'existence qu'on appelle le virtuel. La survenue de la crise correspond à son actualisation. L'actualisation marquant le passage du virtuel à l'actuel est un événement, une saillance tensive singulière⁴⁷⁶ qui intervient de manière spontanée (non-prévisible).

Le recours au gestuel

Même si ce dernier marqueur relève du non-verbal, il mérite d'être évoqué car se présente comme récurrent dans le corpus étudié. Le recours au gestuel ou au mime, est typique de l'interaction verbale directe de la consultation, puisqu'impossible en vulgarisation écrite par exemple. Il apparaît comme indispensable pour établir des équivalences lexicales avec l'expérience, pour une maladie définie en substance par son caractère spectaculaire, la crise tonico clonique en constituant l'exemple paroxystique. Pour traiter du mieux possible d'une

⁴⁷⁶ FONTANILLE Jacques et ZILBERBERG Claude, *Tension et signification*, Sprimont, Belgique, Mardaga, 1998 (Philosophie et langage).

myoclonie particulière du bras par exemple, le médecin va recourir à la gestuelle pour être sûr de se faire comprendre par le patient, et lui apprendre par le truchement d'une traduction intersémiotique⁴⁷⁷, une sorte de nouvelle nomenclature, le locuteur profane n'ayant pas les ressources dans la langue ordinaire, n'ayant pas simplement « les mots pour le dire ».

Le recours au mime peut aussi être engagé par le patient qui décrit les manifestations au moment de l'interrogatoire patient. Le passage intersémiotique de l'observation de terrain à l'artefact de transcription des discours par l'intermédiaire d'enregistrement implique nécessairement une impossibilité d'analyser dans le détail ce langage gestuel. Il en reste néanmoins la trace dans les didascalies proposées entre parenthèses dans les transcriptions :

« L1 : *Faut pas dire ça ! Est-ce que pendant la crise elle a tendance à mani- à faire des choses avec ses mains ?* <L2 : *Non.*> *à essayer d'attraper ? Non* <L2 : *Je ne crois pas.*> *ni avec la bouche elle a pas tendance à faire des mouvements de bouche (mime) des choses comme ça ?* » (M02)

« L1 : *Non ça ne vous dire ça hein ? Des espèces de petits trucs un peu comme ça (mime des sursauts).* » (G01)

« L3 : *Je l'ai faite asseoir et elle a commencé à tourner sa tête, voilà sa tête, c'est sa tête qui se tournait toute seule comme ça comme ça comme ça (mime le geste) (...)*

L3 : Et puis elle arrivait plus à respirer elle faisait « uhh » (mime le geste et produit un son), j'ai cru que...

L1 : D'accord.

L3 : Elle- ah oui elle a sa main gauche qui s'est mise à trembler comme ça (mime le geste) » (M10)

Verbes épistémiques embrayés en première personne

La notion de verbes épistémiques regroupe les verbes exprimant une attitude de savoir ou de croyance particulière du sujet par rapport à l'objet de son énonciation : « savoir que » ; « penser que » ; « croire que » ; « être persuadé que » ; « être certain que / de » etc. À l'étude du corpus, deux constats peuvent être faits quant aux verbes épistémiques : premièrement, ils sont très fréquemment représentés conjugués à la première personne du singulier à l'indicatif présent, deuxièmement, ils ne constituent pas l'apanage des locuteurs médecins puisqu'on en trouve également dans les tours de parole qui ne lui appartiennent pas. Ainsi, dans le cas des tours de parole du locuteur médecin, ces verbes épistémiques correspondent à des embrayeurs de séquence d'exposition de savoir (cf. *supra*) :

« L1 : On sait que *c'est dose-dépendant* »

« L1 : On sait qu'il y a plus de risques de malformation et même pour ceux qui ont pas de malformation, chez les bébé qui ont été exposés à la Dépakine, même sur le niveau intellectuel ça peut avoir un impact »

« L1 : *Bon, on sait que le risque le plus important il sera dans trois premiers mois. On sait que tu as plus de risques que de chance que ça marche* »

« L1 : *C'est vrai qu'avec le temps dans les épilepsies on sait que la probabilité de réponse au traitement elle baisse* »

⁴⁷⁷ JAKOBSON Roman, *Essais de linguistique générale*, Éditions de Minuit, 1963 (Arguments).

« L1 : Mais je pense que si on arrête ton traitement, c'est ce que je t'ai déjà dit, t'as plus de risque de récurrence que de chance de ne plus jamais faire de crise »

Dans le cas des tours de parole qui n'appartiennent pas au locuteur médecin, c'est un avis à la fois « profane » (non légitime car le locuteur n'appartient pas à la communauté scientifique ou à la communauté médicale) mais aussi « expert » empirique qui semble apparaître :

« L2 : Bah personnellement je pense que quand il est énervé il y a toujours une raison pour moi. En fait comme il ne sait pas parler pour moi il est il est... » (A04)

« L1 : Ah non clairement pas. La question c'est à monter ou pas. Vous la trouver plus présente ?

L2 : Euh oui. Bon pendant les vacances de Noël je pense que c'était peut-être parce qu'elle s'était couchée tard aussi, tous les jours elle a dormi énormément. Euh après-midi hein <L1 : Ouais.>. Mais bon je pense que c'est suite au fait qu'elle se soit couchée tard etc. ou autrement non non très bien hein, comme la dernière fois. » (A10)

« L2 : Et il m'a demandé si je voulais éventuellement un traitement /

L1 : Bah c'est un peu dans la même chose que je voulais /

L2 : Un traitement contre l'anxiété.

L1 : Ouais. Alors qu'est-ce que vous avez dit ?

L2 : J'ai dit que je pensais que c'était pas nécessaire pour l'instant du moins... De mon point de vue. Parce que la dernière fois il m'avait donné de l'Urbanyl en 10 milligrammes. » (G01)

La présence de verbes épistémiques à l'intérieur de structures affirmatives dans le discours du patient montre la participation active de celui-ci dans la mise en place du raisonnement. Que son avis soit donné spontanément ou qu'il soit requis par le discours du médecin (cf. la question « embrayeur d'avis du patient » *supra*), le locuteur patient / accompagnateur participe aux prises de décision et à la construction du raisonnement.

III.2.3.5. Discussion : discours de consultation et stratégies de remédiation

Mise en discours et mise en scène du raisonnement

Les résultats de l'analyse permettent de définir une mise en scène du raisonnement médical par l'intermédiaire de la mise en discours elle-même. Le recours incessant aux marques de cohésion discursive, notamment les connecteurs logiques et les connecteurs de causalité qui en constituent un type particulier, disposent les premières marques d'une mise en scène particulière. Ils permettent en effet de structurer le discours, structurant lui-même la pensée, et d'insister localement et ponctuellement sur le caractère raisonné et organisé du discours. Essentiellement utilisés par le locuteur médecin, les connecteurs logiques et spécifiquement les connecteurs de causalité qui (ré)introduisent des propositions informationnelles nécessaires pour la suite du raisonnement, témoignent d'un ethos scientifique particulier. Il contribue ainsi à maintenir le locuteur médecin dans son rôle interactionnel et garantir ainsi le maintien du contrat d'assomption. Comme évoqué dans la partie Résultats, le locuteur patient ou accompagnateur s'essaye, avec plus ou moins de félicité, à l'utilisation de ces connecteurs, comme pour construire lui aussi un certain ethos, celui de « comprenant » voire de « bon

élève » ayant compris le discours du médecin, c'est-à-dire lui permettant de construire un ethos de « bon patient ».

Les connecteurs de causalité, en plus de structurer le discours, servent à mettre en exergue la réintroduction d'une information nécessaire pour le raisonnement, une explicitation « à haute voix » qui aurait pu demeurer implicite mais que le locuteur médecin a choisi de partager avec son interlocuteur. Dans la même perspective, les discours rapportés au discours direct qui ont été relevés plus haut participent à l'entreprise d'exposition de tous les éléments nécessaires au raisonnement. En effet, dans les tours de parole du médecin, les discours rapportés procèdent à une extraction artificielle de propositions. Le discours direct permet avant tout une mise en relief (tonale à l'oral, typographique avec les guillemets dans la transcription écrite) qui vient rompre avec le rythme syntaxique de la phrase en cours. La rupture énonciative qu'il introduit constitue également une mise en lumière de la proposition extraite. En outre, certains exemples relevés montrent que cette extraction peut s'opérer avec un ré-embayage à la première personne où le locuteur médecin simule une énonciation du patient :

« On a tendance à simplifier le raisonnement en disant : « J'ai des crises, j'ai pris un traitement, j'ai plus de crise. Si j'ai pris le traitement et que les crises reviennent, je reprendrai le traitement et tout ira bien. » Ça c'est vrai pour 99% des patients enfin pour une grande majorité des patients » (A02)

« Vous me dites « voilà j'envisage d'avoir une grossesse dans un an » et puis on met en place tout ce qu'il faut pour que ça se passe bien. » (M07)

Ce procédé, que nous proposons d'appeler *empathie énonciative* implique donc une extraction-relief des propositions « rapportées » ou plutôt « apportées », mais aussi et surtout montre la capacité du médecin à « se mettre à la place de » son patient. Ce ré-embayage « en son nom » fait participer directement le patient au raisonnement, l'implique dans la construction du sens. L'*empathie énonciative* participe donc entièrement à l'élaboration de la mise en scène du raisonnement médical et offre une « prise » au patient avec ce mode de pensée particulier – où le médecin se substitue à lui dans une énonciation simulée. Cette « prise » proposée, ce « prêt-à-penser » énoncé par le médecin à la place du patient, permet à ce dernier, puisqu'il est concerné (et énonciativement concerné) une compréhension plus aisée du contenu des propositions énoncées et par extension la transmission facilitée du savoir médical.

Enfin, les connecteurs temporels contribuent à la mise en scène, non pas du raisonnement en lui-même, mais de la situation générale dans laquelle il doit être réalisé. Bien qu'en partie attendue à cause de la *fonctionnalité compilation*⁴⁷⁸ qui dresse le bilan de la prise en charge du patient, la fréquence importante de ce type de connecteurs à l'intérieur du corpus s'explique surtout par la temporalité et l'aspectualité spécifiques de la crise épileptique, définitoire de la maladie. En effet, elle se caractérise par l'*itérativité* – l'épilepsie étant définie comme la répétition de crises épileptiques. De plus, notons que cette itérativité n'est pas régie par un principe de régularité, si bien que la prochaine ne peut être prédite ou prévue : l'épilepsie relève donc de l'ordre de l'épisodique et du spontané. Enfin, la crise d'épilepsie se caractérise

⁴⁷⁸ Identifiée au moment de l'étude de la lettre de consultation, qui constitue une mise en discours particulière de ce bilan.

par son *inceptivité* (de l'ordre de l'inceptif soudain), de la non-durativité, indiquant la fin d'un état et le début d'un autre. L'inceptivité qualifie donc la survenue de la crise, son caractère bref et brusque.

La mise en scène du raisonnement conduite par le discours du locuteur médecin laisse tout de même une place au discours du patient. Son avis et ses discours font partie intégrante de la mise en scène notamment à partir du recours aux questions ouvertes (« question avis du patient » identifiée dans les résultats) de la part du médecin pour inciter son interlocuteur à faire part de son « expertise patient ». Il est alors invité à donner son avis, son point de vue de patient, qu'il exprime à l'aide de verbes épistémiques, aussi bien à l'affirmative qu'à la négative (« je pense que... », « je sais que... », « je crois... », « je ne sais pas si... mais... », etc.).

Enfin, la mise en discours permet la mise en scène des rapports interlocutifs et la construction des ethos respectifs des allocutaires. Si le locuteur patient tente de construire l'image énonciative d'un « bon patient » dans sa coopération à « l'interrogatoire patient », dans ses questions confirmation et demandes d'explicitation (« comment ça s'appelle ? », « ça veut dire quoi QSP ? », etc.) et surtout dans sa participation à la co-construction du sens à travers les différents tours de paroles, le locuteur médecin aussi construit un ethos particulier par le truchement de son énonciation. Cet ethos peut sensiblement varier en fonction de du « public » pour lequel le construire. Ainsi, le médecin insistera sur différentes « faces » de son ethos professionnel :

- La *scientificité* de son raisonnement et son *expérience* empirique, par les nombreux recours à l'univers de référence de la science et les rappels de son expérience du « terrain » en tant que médecin :
 - « *Maintenant voilà moi je vous dis tout ce que nous disent les données scientifiques, je vous donne mon expérience...* » (A05)
 - « *dans mon expérience, on ne pourra pas se baser sur les données scientifiques mais mon travail de docteur depuis plusieurs années, dans mon expérience, c'est quand même assez rare que...* » (A18)
 - « *que mon analyse en tout cas ce que me disent les données scientifiques* » ;
 - « *C'est juste qu'en tant que docteur quand je me dis (...) Mais la façon dont nous les docteurs on construit nos connaissances c'est comme ça.* » ;
 - « *mais moi la façon dont j'ai construit mes connaissances, pas que moi et puis les autres docteurs* » (A03)
- Son *appartenance à la communauté légitime* faisant autorité en épiléptologie :
 - « *Toute la communauté internationale enfin je veux dire tous les spécialistes de l'épilepsie dans le monde, on est d'accord* » (A15)
 - « *En sachant que l'attitude des médecins spécialisés de l'épilepsie de l'enfant et de l'adolescent, même s'ils savent pas le risque de récidence ou pas, en pratique, y a deux tiers des médecins spécialisés de l'épilepsie de l'enfant et de l'adolescent qui font une deuxième tentative d'arrêt de traitement.* »
- Ou encore sur la *proximité* et la *convivialité* de sa prise en charge, par l'utilisation ponctuelle d'un registre familial voire humoristique (« *c'est une dose de nain* », « *on s'en fout de l'essai clinique, ce qu'on veut c'est qu'il soit bien* », « *elle s'appelle comment ta maîtresse ? Elle est jolie ou elle est sympa ?* », « *est-ce que notre ami le Fycompa continue d'avoir un effet ?* », etc.), par des références à la culture populaire

« Mais voilà je ne sais pas lire dans l'avenir quoi, je suis ni Madame Irma ni Harry Potter », par le choix de postures particulières, comme dans la séquence suivante, où le médecin crée une rupture avec la disposition spatiale canonique de la consultation en quittant son bureau et en s'accroupissant auprès de la patiente âgée qui peine à comprendre :

« L1 : Attendez. (le docteur quitte son bureau et se rapproche de la patiente)
Tout est bon. L3 : Oui. L1 : L'électro il est bon. L'examen, il est bon. Ça va bien.
Donc on reste comme ça. Est-ce que vous avez des questions ? » (M02)

Pour finir, mentionnons la mise en scène de la pratique médicale comme *technè supérieure* et science productive par l'usage de certains marqueurs. En effet, il a été posé en introduction de cette étude sur le discours médical que, depuis Aristote, il était entendu que les résultats des sciences productives comme la médecine étaient soumis à des lois probabilistes. Les marqueurs comme les adverbes de fréquences, d'autant plus quand ils sont incorporés à une séquence d'exposition de savoir, et les nombreuses références statistiques en termes de « pourcentage de patients » permettent de mettre en discours le caractère probabiliste du raisonnement médical et ainsi de mettre en scène l'indétermination qu'il existe entre *science* et *art* pour qualifier la médecine.

Une mise à niveau terminologique : définition des termes pivots

Nous reprenons l'hypothèse, qui ne semble pas porter à débat, de Vergely & collaborateurs⁴⁷⁹ selon laquelle les deux locuteurs de la consultation doivent s'entendre sur le sens qu'ils accordent aux termes qu'ils emploient pour garantir la qualité de l'échange. L'élaboration du sens se construit en interaction. Les résultats de notre étude de corpus ont en effet relevé différents marqueurs métalinguistiques permettant d'instaurer des remédiations discursives, qui apparaissent comme moteur de l'acte vulgarisateur autorisant cette dite « entente ». Il apparaît que, outre leurs fonctions respectives identifiées dans les résultats, ces différents marqueurs collaborent, construisent ensemble la remédiation, au sein de séquences complexes qui les convoquent collectivement. Soit la séquence représentative du corpus suivante, en M01 :

« L1 : Toi t'es plutôt dans les (crises) généralisées c'est-à-dire que c'est ton cerveau en entier qui est un peu sensible à faire des crises. D'accord, y a pas d'endroit spécial qui est malade. (...) En fait c'est que toi t'es sensible à faire des crises. C'est une sensibilité qu'est d'origine génétique en gros à faire des crises d'accord ? Et tout- tout ce que tu présentes les secousses comme ça on appelle ça des myoclonies nous, c'est comme des toutes petites crises [si] on fait un électroencéphalogramme à ce moment là on [aura] un petit, une petite décharge au moment où tu as le bras qui... qui sursaute. (...)
OK ? ça c'est important à savoir. Il y a- chez certaines personnes on peut essayer d'arrêter le traitement, parfois, mais c'est quand même risqué, on sait que pour ces épilepsies-là, on sait que quand on arrête le traitement, il y a quand même beaucoup

⁴⁷⁹ VERGELY Pascale, CONDAMINES Anne, FABRE Cécile et al., « Analyse linguistique des interactions patient/médecin », in: FÉLIX Catherine et TARDIF Julien, *Actes du colloque « Actes éducatifs et de soins »*, Nice, 2009.

de personnes qui récidivent, qui refont des crises, parce que comme c'est... voilà, t'es faite comme ça en fait »

Dans cette séquence, le locuteur médecin convoque à la fois les présentatifs (« c'est » et « il y a » notamment) le plus souvent accompagnés de relatives apportant une extension définitoire au présent de vérité générale, à l'entité « présentée » : « *c'est ton cerveau qui est un peu sensible à faire...* », « *c'est une sensibilité qu'est d'origine génétique* », etc. Cette séquence présente aussi l'emploi d'un marqueur d'autonymie avec l'usage du verbe « appeler » dans une structure impersonnelle en « on » mais associé à une structure d'insistance par le redoublement du sujet post posé « nous » : « *on appelle ça des myoclonies nous* ». Ce simple marqueur d'autonymie permet ainsi de réaliser trois actions simultanées dans l'énonciation :

- Indiquer une séquence de reformulation, de remédiation locale de la terminologie, une fonction de monstration métalinguistique
- Instaurer l'éthos de l'énonciateur et conforter le « rôle » interlocutif allouer au médecin, sa « position haute » dans l'interaction verbale.
- Coordonner l'équivalence sémantique qui se crée entre « les secousses » et « les myoclonies »

L'équivalence sémantique ainsi posée entre « secousses » et « myoclonies » est ce que Marie-Françoise Mortureux⁴⁸⁰, qui reprend à son compte le concept de Jacqueline Authier-Revuz⁴⁸¹, appelle une *structure double*, c'est-à-dire une association syntagmatique dans le discours vulgarisé d'un élément de terminologie spécialisée et de sa paraphrase – l'équivalence qui en est donnée. La structure double est donc la cooccurrence des deux composants de l'équivalence sémantique instaurée. Dans le cas de cette micro-séquence qui relie « secousse » et « myoclonie », l'équivalence est dite coordonnée (par le marqueur d'autonymie), contrairement au segment « *personnes qui récidivent, qui refont des crises* », où les deux composants entrent simplement dans une énumération par juxtaposition, non coordonnée, et où la fonction métalinguistique est moins ostensible.

Cette structure double est complétée par l'utilisation de la comparaison « comme des toutes petites crises » qui augmente le champ des synonymes référentiels. Cette comparaison permet d'introduire la mise en rapport de l'aspect « clinique » (ce qu'on voit de la crise, le sursaut) et l'aspect « examen » (ce qu'on voit sur le tracé de l'EEG) en étant associée au raisonnement hypothétique en [si + futur] « si on fait un électroencéphalogramme à ce moment-là on aura une petite décharge ». Ainsi, « petites crises » et « petite décharge » sont elles-mêmes posées comme équivalentes. L'ensemble de ces cooccurrences construit au fil de la macro-séquence ce que Mortureux appelle *l'équivalence distributionnelle* :

« L'équivalence distributionnelle, au niveau de l'énoncé, constitue en paradigme ces synonymes référentiels dont telle ou telle occurrence a été généralement mais pas nécessairement reliée syntagmatiquement dans une structure double ; c'est

⁴⁸⁰ MORTUREUX Marie-Françoise, « Paraphrase et métalangage dans le dialogue de vulgarisation », *Langue française* 53 (1), 1982, pp. 48-61.

⁴⁸¹ AUTHIER-REVUZ Jacqueline, « La mise en scène de la communication dans des discours de vulgarisation scientifique », *Langue française* 53 (1), 1982, pages 34-47.

principalement à cette relation paradigmatique qu'est dû l'effet de « doubles » et de variété dans le vocabulaire »⁴⁸²

L'équivalence distributionnelle se construit donc non pas dans une micro-séquence comme pour les équivalences coordonnées par des embrayeurs ou juxtaposées, mais dans des macro-séquences, au fil des remédiations.

La séquence présente également plusieurs embrayeurs dont l'embrayeur de séquence explicative « *c'est-à-dire que* » qui vient coordonner une nouvelle structure double en reliant « *crises généralisées* » et « *le cerveau en entier qui est sensible à faire des crises* » comme équivalence sémantique, la deuxième expression étant l'extension définitoire de la première. Cette séquence est également caractéristique dans son emploi de marqueurs de la fonction phatique (dans l'extrait en couleur de police grise), qui témoignent de la nature orale intrinsèque mais également, par leur concentration importante dans ce segment, de la fonction de « transmission des savoirs » qui lui est associée.

Les mêmes procédés sont actualisés dans la séquence suivante, en M09 :

L1 : Euh **ça veut dire que** c'est la partie qui est à l'intérieur du cerveau et votre hippocampe à droite il est tout raplapla. Il est un petit peu... Au lieu d'être **comme ça** il est raplapla il est un petit peu dur. On appelle ça une sclérose de l'hippocampe. C'est cette zone **là** qui est un peu durcie et qui s'est rétrécie d'accord ? Et ces anomalies **là** elles donnent beaucoup d'épilepsie. C'est une zone qui est très sensible **ici** et vu qu'elle est un petit peu abîmée ça peut donner de l'épilepsie. »

Nous notons cependant dans cette séquence un effort combiné à l'ensemble des procédés métalinguistiques déjà identifiés, celui de la *monstration commentée*. Les différents déictiques signalés en police verte sont les marqueurs énonciatifs d'une activité de monstration outillée par l'imagerie cérébrale, de schéma, de maquettes, etc. en fonction de ce dont le locuteur médecin dispose dans son cabinet ou son dossier. Cette activité polysémotique, à la fois verbale et visuelle, est caractéristique de la nature interactionnelle, *in praesentia*, en consultation.

Les différents résultats répertoriés plus haut et les deux exemples récapitulatifs repris ici montrent un réel investissement métalinguistique dans l'énonciation du locuteur médecin qui organise la remédiation discursive grâce à la convocation fonctionnelle de chacun des marqueurs présentés. Ces différentes considérations présentent également un trait définitoire du discours de vulgarisation qui consiste à faire intervenir au sein du même discours des termes spécialisés (s'inscrivant dans le système formel d'une terminologie, d'une langue de spécialité) et leurs paraphrases utilisant la langue ordinaire, « vulgaire ». Cette coprésence, qui est structurée par les différents marqueurs et mécanismes mentionnés, met en lumière l'existence des termes-pivots évoqués dans le Chapitre 2. Extrait de son « milieu naturel » c'est-à-dire des discours circulant à l'intérieur de la communauté scientifique ou médicale, le terme-pivot subit une série de traitements métalinguistiques qui à la fois le laissent indemne dans sa forme – il se présente tel quel dans le discours de vulgarisation, et à la fois le transforment dans son statut. En effet, le terme pivot vient endosser une fonction mythique⁴⁸³

⁴⁸² MORTUREUX Marie-Françoise, *op. cit.*, 1982, page 54.

⁴⁸³ JURDANT Baudouin, « Le rôle mythique des termes scientifiques dans la vulgarisation scientifique », Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1970.

par son extraction, comme représentant de la langue scientifique « sacralisée ». Le terme spécialisé est extrait de son milieu légitime, introduit et « exhibé » dans le registre de vulgarisation afin de lui appliquer des opérations de reformulation et d'explication en vue d'une appropriation par le profane.

L'analogie comme logique de sémiologie de la vulgarisation

De la même façon qu'il a été posé que la mise en discours de la recherche scientifique relevait de la logique du *modèle*, que la mise en discours de la pratique médicale dans la lettre de consultation était régie par le *simulacre*, il nous est permis ici de rapprocher le discours de vulgarisation du médecin de la figure de médiation de l'*analogie*. L'analogie a été définie, chez Bordron, comme la figure de la médiation qui se caractérisait par sa valeur unificatrice.

« *il s'agit d'une règle générale d'unification de la diversité par l'établissement de rapports entre ses éléments* »⁴⁸⁴

En effet, l'analogie permet de construire une unité de rapport entre des éléments extrêmement hétérogènes en sélectionnant une « ressemblance » de propriétés entre ces derniers. Les figures rhétoriques de la comparaison et de la métaphore qui ont été identifiées dans les résultats relèvent du mode de l'analogie, de manière implicite ou de manière explicite par l'utilisation d'un marqueur de comparaison.

Rappelons à titre d'exemple la séquence de comparaison entre le nerf vague et le câble électrique :

« L1 : *Pour le moment ça ne marchera peut-être pas forcément parce qu'on va être d'abord dans une dynamique où on va augmenter progressivement, donc là j'ai mis à zéro cinq milliampères de stimulation. La quantité d'électricité elle se mesure en ampère, on sait que plus on va mettre <L3 : (en chuchotant) ###.> que si on compare, mais non ce n'est pas un tazer, si on compare le nerf vague à un câble électrique avec plein de petites fibres dedans, il faut que, pour être certain de recruter toutes les fibres électriques dans la stimulation, faut que je monte jusque deux milliampères. Si je vais au-dessus ça sert à rien je perds juste de l'énergie de la batterie.* » (A12)

À partir de l'analyse du corpus, il semble que la médiation analogique permet la création d'une passerelle sémantique entre deux langues : la langue scientifique médicale et la langue ordinaire. Les images triviales (« câble électrique » pour le nerf vague, « la console vidéo » pour l'appareil programmateur, « pics » pour les pointes-ondes de l'EEG, etc.) choisies à dessein par le locuteur vulgarisateur possèdent quelques propriétés communes avec l'univers de référence scientifique. Il existe un groupe de sèmes inhérents solidaires, ce que Rastier appelle une molécule sémique, qui est partagé par le propre (le nerf vague) et par le figuré (le câble électrique), c'est-à-dire qui connecte les deux isotopies, par exemple ici : /connexion/ ; /électricité/ ; /tubulure/. Le but de la métaphore est de pouvoir proposer à l'énonciataire interprétant la possibilité d'une contagion sémique d'un sémème d'usage courant vers le sémème spécialisé, le terme-pivot. L'activité métaphorique permet à l'énonciateur de faire de cette molécule sémique une passerelle lui permettant ainsi d'intégrer les sèmes partagés dans le sémème scientifique qui vient de lui être présenté. Nous empruntons ce concept de

⁴⁸⁴ BORDRON Jean-François, « Analogie, modèle, simulacre : trois figures de la médiation », *Modèles Linguistiques* 24 (1), 2003, pp. 21-34.

passerelle sémique à Audrey Moutat⁴⁸⁵, qui montre l'existence d'une molécule sémique « en flottaison » permettant d'établir un lien entre un sémème spécialisé de la pratique de la dégustation œnologique :

« Cette molécule, constituée des sèmes spécifiques inhérents au sémème de l'isotopie-source, est strictement identique à celle du sémème de l'isotopie-cible (...) Cette molécule sémique en flottaison nous permet ainsi d'observer que la communicabilité des propriétés organoleptiques du vin repose sur l'existence d'une 'passerelle sémique' : celle-ci assure le passage d'un dialecte à un sociolecte par la médiation d'une molécule de sèmes spécifiques extraite du sémème d'usage courant (non pas considéré comme un sens propre mais communément admis par le sujet interprétant) et renvoie à des propriétés analogues à celles de l'objet décrit. Elle ouvre un nouvel espace figuratif qui permet au lecteur d'appréhender le contenu véhiculé au moyen de ses propriétés sémiologiques partagées. »⁴⁸⁶

Cette théorie de la molécule passerelle nous semble être d'ailleurs le moteur de toute construction métaphorique, comme processus de reconstruction du sens autorisé par la transversalité de certains sèmes poly isotopes. Pour notre exemple extrait du corpus, en reprenant les symboles et abréviation de Rastier dans *Sémantique interprétative*, nous obtenons :

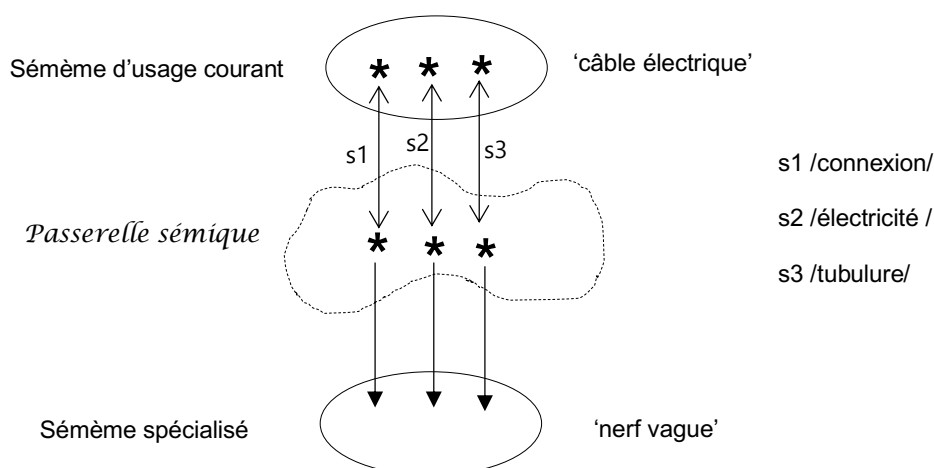


Figure 17. Molécule sémique passerelle

Les isotopies connectées par les figures analogiques de la comparaison et de la métaphore font que les propriétés appartenant à l'entité comparante ('câble électrique') emprunté au domaine sémantique //installations électriques// présentant une isotopie mésogénérique, sont attribuées à l'entité comparée ('nerf vague'). L'analogie est le mode de sémiologie permettant d'interpréter cette connexion inter isotopique. Le locuteur vulgarisateur crée une homologie structurelle entre le savoir scientifique (l'information à transmettre à qu'il détient) et des univers de sens qu'il pense être connus de son destinataire. Ainsi, la comparaison du stimulateur du

⁴⁸⁵ MOUTAT Audrey, *Du sensible à l'intelligible. Pour une sémiotique de la perception.*, Limoges, Lambert-Lucas, 2015.

⁴⁸⁶ MOUTAT Audrey, « Des sens aux sens : Stratégies sémantiques dans les commentaires de dégustation des vins », in: *Journées d'études Figures et images dans le discours sur le vin en Europe*, Dijon, 2010.

nerf vague avec une « console » est évidemment motivée par le jeune âge du patient et le fait qu'il ait amené le jour de la consultation sa console de jeux et endosse, en plus de la fonction structurante isotopie source pour construire une molécule passerelle, la fonction de *captation*. La captation est, selon Jeanneret⁴⁸⁷, la capacité de la structure métaphorique à rendre « captivante », c'est-à-dire intéressante pour l'interlocuteur, le propos exposé :

« À des sujets a priori peu attrayant, la métaphore donne un caractère tangible et implicite qui la rend particulièrement apte à jouer les hors-d'œuvre, à faire les ouvertures »⁴⁸⁸.

En ce sens, la métaphore joue surtout les ornements. Nonobstant, nous avons pu remarquer que la métaphore incarne une opération établissant des correspondances structurelles entre des entités hétérogènes, et ainsi ne fait pas que proposer une forme d'expression mais incarne un véritable mode de pensée, une logique de sémiologie (analogique), qui effectue un déplacement de sens – qui se rapproche en cela du sens étymologique de *metapherein* : transporter, transposer.

Pour conclure, il est possible de discriminer trois plans de l'énonciation dans le discours de la consultation médicale :

- Un *niveau référentiel* qui appartient au registre de la science et qui constitue l'univers de référence. Le discours y est complètement débrayé et le lexique et la syntaxe employés sont spécifiques. Il s'agit d'un niveau « latent », très peu accessible lors de l'interaction médecin/patient (on le trouve préférentiellement dans les articles et partiellement dans les lettres de consultation).
- Un *niveau ordinaire* « vulgaire qui appartient au registre du patient, partagé par tous les locuteurs d'une même langue, dont le médecin avec ou sans sa « blouse » ou sa « casquette de médecin ». Ce niveau apparaît particulièrement dans les séquences au registre familier et celles qui relèvent de la « conversation » ordinaire.
- Un *niveau médiateur* qui appartient au registre du médecin qui vulgarise, sorte de niveau intermédiaire entre les deux premiers niveaux extrêmes. Ce niveau énonciatif est caractérisé par l'apparition de molécules sémiologiques passerelles, de propositions extraites au discours direct (dont les phénomènes d'empathie énonciative et les questions-problématiques soulevées) et de marqueurs métalinguistiques, actualisant des homologues structurelles entre des univers de sens différents et l'accès aux termes-pivots, dans leurs statuts fonctionnel et mythique.

⁴⁸⁷ JEANNERET Yves, « Le choc des mots : pensée métaphorique et vulgarisation scientifique », *Communication & Langages* 93 (1), 1992, pp. 99-113.

⁴⁸⁸ JEANNERET Yves, *op. cit.*, 1992, page 101.

Procédés du niveau médiateur	« Présence » métalinguistique	Fonctions
Marqueurs d'autonymie	+++ ↑ ↓ -	Nomenclature
Embrayeurs de séquence explicative		Définition
Embrayeurs de séquence d'exposition		Instauration
Équivalence par comparaison		Définition structurelle Captation
Présentatif		Instauration
Équivalence par juxtaposition		Nomenclature
Équivalence par métaphore		Définition structurelle Captation
Équivalence distributionnelle		Nomenclature Définition

Tableau 8. Procédés métalinguistiques engagés dans le niveau médiateur

Conclusions du chapitre

Les études menées dans ce chapitre permettent de mettre en évidence les traits définitoires de chacun des types de discours identifiés : les articles scientifiques, les lettres de consultation et les discours en consultation au moment de l'interaction médecin-patient. Grâce à l'identification de récurrences linguistiques spécifiques dans la mise en discours prenant sens que dans leur coprésence – récurrences que nous nommerons plus bas les *corrélats génériques* – et des modalités énonciatives mises en place dans chacun de ces discours, nous avons pu rendre compte de fonctions discursives particulières, dépassant le simple cadre linguistique pour toucher à des dimensions génériques, pragmatiques et existentielles. La perspective multidimensionnelle de notre appréhension des discours répond à la fois de notre approche sémio-pragmatique et de notre attitude générale de recherche dite anthroposémiotique. Mises en regard, les identités respectives de ces types discursifs montrent que même s'il s'agit de discours légitimes proférés par des acteurs appartenant à des communautés discursives d'autorité, ils ne possèdent pas les mêmes caractéristiques, leurs usages variant en grande partie en fonction des publics auxquels ces discours s'adressent. En est-il de même pour les discours profanes ?