

PRATIQUES LANGAGIÈRES ET MANIFESTATIONS DU DÉCALAGE ENTRE LE LANGAGE MÉDICAL ET LE LANGAGE DES PATIENTS

Gatoudje Bakari

Université de Ngaoundéré (Cameroun)
Laboratoire Langues, Dynamique & Usages
(LADYRUS)
Mail : gatoudjeb@gmail.com

Résumé

Le présent article passe au crible les pratiques langagières en milieu hospitalier considéré comme un lieu où s'effectuent des prestations de services, et où se tissent des relations sociales. Mais ce lieu possède sa culture, sa langue et ses propres codes qui sont parfois explicités mais restent le plus souvent implicites, opaques pour les patients qui effectuent une sorte de migration institutionnelle (Gajo, 2004). Dès lors, certains patients ne comprennent pas les informations communiquées par leur médecin et lorsqu'ils quittent le cabinet, ne savent ni ce que leur médecin venait de leur expliquer, ni ce qu'ils doivent faire du fait non seulement de la non pratique d'une langue commune, mais aussi du caractère hermétique du technolecte médical. Or, nous savons que si la relation médecin-malade a pour premier objet le corps du malade, la parole constitue le premier moyen thérapeutique (Portes, 1995). Il est donc capital pour toute initiative thérapeutique que la parole ne soit pas une source d'incompréhension, de frustration et d'erreurs. C'est pourquoi, il paraît important d'établir le diagnostic précis du décalage entre le langage des médecins et le langage des patients en contexte médical, notamment à l'hôpital régional de Ngaoundéré (Cameroun). L'objectif étant de mettre en lumière les usages linguistiques des médecins et des patients et d'en dégager les difficultés qui entravent la communication entre ces derniers pendant les consultations médicales.

Mots-clés : pratiques langagières, technolecte médical, communication, langue, hôpital.

Abstract

This article sifts through the language practices in hospital where services, and relationships are plaited. But this place has its own culture, its own language and its own codes which are sometimes explicit but most often implicit, opaque for patients who are from different places (Gajo, 2004). Consequently, some patients don't understand what their doctor say and when they leave the office, they don't know what he had explained them. Moreover, they have no idea of what to do because of language problems. This is due to the non-practice of the common language, and the hermetic features of the medical technolect. However, we know that if the patient's health is the first objective of the doctor, then language is the first therapeutic means (Gates, 1995). It is, therefore, relevant to any therapeutic approach that language should not be a source of misunderstanding, frustration and errors. That's why, it seems important to establish the diagnosis of the mismatch between the language of the doctor and the patient's language in the medical context, especially at the regional hospital of Ngaoundere (Cameroon). The objective is to highlighting the linguistic uses of doctors and patients and to identify the difficulties that hinder communication between them during medical consultations.

Keywords : language practices, medical technolect, communication, language, hospital.

De tous les outils de communication qui existent, la langue a toujours été considérée par de nombreux chercheurs (Bouché, 1994 ; Jackson, 1998 ; Bowen, 2001, Tourneux &

Métangmo -Tatou, 2006) comme la technologie la plus indispensable ou encore le premier instrument de l'exercice (médical). Mais dans la pratique, il s'ensuit que la maîtrise de ce moyen d'intercommunication humaine est loin d'être la chose la mieux partagée surtout lorsque les interactants (médecin-patient) ne partagent pas le même code. À l'hôpital régional de Ngaoundéré notamment, la majorité des médecins s'expriment en français tandis qu'une bonne partie de patients parlent *fulfulde*, la langue véhiculaire régionale (Tourneux & Metangmo-Tatou, 2006). Cette situation est rendue encore plus complexe par le caractère hermétique du technolecte¹⁰⁵ médical. Face à cette situation qualifiée d'alarmante par (Brisset, 1984), il paraît important d'établir le diagnostic précis du décalage entre le langage des médecins et le langage des patients en milieu hospitalier. La problématique à laquelle tente de répondre cette étude est la suivante : Quelle (s) langue (s) parlent le médecin et le patient à l'hôpital régional de Ngaoundéré? Y a-t-il toujours intercompréhension entre le médecin et le patient ? Comment se manifeste le décalage entre le langage des médecins et le langage des patients ? Pour mener à bien une telle réflexion qui s'inscrit dans la sociolinguistique, nous nous appuyons sur un corpus constitué à partir des situations réelles qui ont été enregistrées au cours des quelques séances de consultations qui se sont déroulées à l'hôpital régional de Ngaoundéré.

1. Présentation du corpus, de la méthodologie, des conventions et du paysage linguistique

1. 1. Le corpus

L'étude s'appuie sur un matériel authentique, c'est-à-dire sur un corpus qui se présente sous forme d'une série d'enregistrements audios effectués à l'hôpital régional de Ngaoundéré auprès de 07 médecins dont 03 spécialistes et 04 généralistes travaillant dans quatre services sanitaires : Accueil et Urgences, Gynécologie, Pédiatrie et Chirurgie. Leur âge est compris entre 30 et 50 ans. Au total, nous avons enregistré 40 conversations dont 22 d'entre elles sont transcrites. Les 18 restantes sont incomplètes et l'enregistrement de mauvaise qualité ; celles-là, nous les avons retirées. Pour ce travail, nous avons retenu, comme échantillon d'analyse, 22 conversations. La durée de ces conversations étant longue, nous n'en prendrons que quelques passages pour étayer nos propos.

1. 2. La méthodologie

Le présent article se fonde sur une approche descriptive (Traverso, 1999). Nous exploitons des énoncés tirés de notre corpus constitué à partir des situations réelles qui ont été enregistrées au cours des quelques séances de consultations qui se sont déroulées du 23 avril au 25 mai 2018 à l'hôpital régional de Ngaoundéré. Ces enregistrements, effectués par l'enquêteur, ont duré exactement 03 h 06 mn 09 s. Le temps minimum est de 1 mn 43 s et le temps maximum 20 mn 35 s. Ces enregistrements ont été réalisés à l'aide d'un téléphone Android, d'une capacité interne de 8G plus une carte mémoire de 8G. Aussi, avons-nous, au cours de la collecte de données, essayé de noter au fur et à mesure tous les faits et gestes sans pour autant les filmer d'où l'absence de leur analyse.

1. 3. Les conventions de transcription

¹⁰⁵ Par technolecte, Messaoudi entend : « un terme générique englobant toutes les manifestations langagières d'un domaine spécialisé, car il trouve ses ressources dans les dialectes, le langage technique et scientifique, les usages standardisés et argotiques et recouvre plusieurs dénominations (terminologie, langue scientifique et technique, langue spécialisée, langue de spécialité, jargon [médical]), etc. » (Messaoudi, 2014 : 77).

Notre corpus est transcrit suivant le modèle élaboré par Rouzeau (www.lycos.fr/davidrouzeau/com.html). Nous avons choisi ce modèle parce qu'il répond à notre type d'interaction. Ainsi, les médecins et les patients sont désignés par leurs initiales en majuscules : **M** : Médecin ; **P** : Patient. Par contre, les intermédiaires sont désignés par leurs trois premières lettres suivies des lettres I (Infirmier-è-s) et F (membres de la famille du ou de la patient-e) : **Int I** : l'intermédiaire est une infirmière ; **Int F** : l'intermédiaire est un membre de la famille du ou de la patient-e. Le calcul des pauses (silences) et des hésitations n'est pas mesuré avec exactitude, mais de façon approximative sans aucun moyen de mesure : . : Pause très courte ; .. : Pause de moyenne durée ; ... : Pause de longue durée. Les difficultés d'écoute : **xxx** : suite de syllabes inaudibles (bruits, distance, intonation très basse...). Les marques d'intonation : / : Intonation montante ; \ : Intonation descendante. Toutes les remarques du transcripteur sont mises entre parenthèses : (). Les noms des médecins, infirmiers, intermédiaires et patients ainsi que les noms des quartiers, les numéros de téléphone des interactants, ne sont pas mentionnés mais remplacés par des pseudonymes. Le code utilisé est : +++ Toutefois, les noms des villes, des pays et de certains quartiers sont mentionnés. Les interruptions sont marquées par : →. Certaines expressions dans le corpus sont transcrites suivant ce que l'on entend. Par exemple, des expressions comme « il y a », « s'il y a » etc. seront transcrites « iya » ou « il y a » (deux formes) et « siya » ou « s'il y a ». De même, nous ne corrigeons pas les erreurs grammaticales qui apparaissent dans les discours des interactants au tant en français qu'en *fulfulde*. Par exemple, on entend « petit boule » au lieu de « petite boule », ou encore « kuujeeji » au lieu de « kuuje » (les choses). Les mots doublement articulés comme « pique pique », « boule boule », « bizarre bizarre », etc. sont fidèlement reproduits. L'usage du *fulfulde* est transcrit selon l'ordre de l'alphabet orthographique du peul élaboré par (Tourneux & Daïrou, 1999 : 6) : a, A, b, B, ß, 'B, c, C, d, D, d', 'D, e, E, f, F, g, G, h, H, i, I, k, K, l, L, m, M, n, N, ŋ, 'Ŋ, o, O, p, P, r, R, s, S, t, T, u, U, v, V, w, W, y, Y, y', Y, z, Z.

1. 4. Paysage linguistique de la région de l'Adamaoua : une représentation de (Essono, 2001)

Phylums	Familles	Sous- Familles	Branches	Sous-branches	Langues		
Afro-asiatique	Tchadique		Ouest		Hausa		
Congo-Kordofan	Niger-Congo	Ouest-Atlantique	Nord		fulfulde		
		Adamaoua-Oubanguienne	Oubanguienne		Gbaya		
			Adamaoua	vere-dii		Dii	
				Mbum		Mbum	
		Bénoué-Congo	Bantoïde			Mambiloï de	mambila
							Tikar
							Vute
							Konja

Il est à noter que ces langues sont en contact avec les langues européennes telles que le français et l'anglais et occupent une position haute du point de vue de leur place socio-fonctionnelle. *De jure*, elles dominent toutes les langues de la Région. *De facto* cependant, c'est le fulfulde qui est véhiculaire et se place au-dessus des autres langues.

2. Langage des médecins

L'existence d'une langue propre à la profession n'est pas l'apanage de la science médicale : chaque corps de métier possède son vocabulaire spécifique. Mais la langue des médecins dépasse un peu la dimension d'un simple argot de métier (Bouché, 1994: 9). En effet, la langue médicale, encore appelée langue de spécialité se caractérise par la présence des termes techniques qui sont parfois explicités mais restent le plus souvent implicites pour les non spécialistes, c'est-à-dire pour les patients qui ne sont pas du domaine médical. Dès lors, ces termes deviennent une source de malentendus, d'incompréhensions et par conséquent, peuvent « augmenter l'anxiété et la frustration ressentie par le patient » (Whitman & Davis, 2009). Selon (Bouché, 1994), cette difficulté réside dans la complexité du vocabulaire médical constitué en grande partie des mots d'origine latine et grecque.

2.1. Sur le plan terminologique

En général, la langue médicale utilise deux types de termes : les termes techniques, dont la signification est très précise et que les patients connaissent en général mal ou pas du tout ; et les mots de la langue courante, des mots de tous les jours, dont les médecins se servent dans un sens qui leur est propre.

2.1.a). L'usage des termes techniques

Si l'usage des termes techniques facilite la pratique médicale et le dialogue entre professionnels de santé, il ne faut pas oublier que, dans un échange construit par le médecin et le patient, l'usage de ces termes médicaux peut donner lieu à des malentendus, principale source d'incompréhension comme on peut le voir dans les exemples ci-après :

www.univ-bejaia.dz/leu
<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/618>

©Tous droits réservés

Exemple 1 :

M : Iya le *fibrome* tu connais non/ C'est une *tumeur abdominale*. Iya en a deux.

P : Eh hein.

M : Iya aussi une *infection annexite gauche...annexite gauche* c'est quoi je vais vous dessiner ...iya une *fibrome-ci*.

P : Eh hein.

Exemple 2 :

M : Ce qui pose des problèmes ici. C'est ça qui cause trop de douleur. De. Ce qu'on va faire. On va écraser ça par *hystérosalpingographie*. Eh hein/

P : (Silence).

M : Est-ce que tu me comprends/

P : Non.

M : Oui. On va faire une *radiographie des trompes et de l'utérus* pour que tu n'aies pas de problème pour déboucher les *trompes* là.

P : (Silence).

Exemple 3:

M : Iya une *infection* au niveau des *trompes* là.

P : (silence)

M : Iya aussi des *myomes*.

P : Concernant le trompe là. Iya pas le problème/

Dans l'exemple (1), nous avons deux mots techniques utilisés : le « *fibrome* » et l'« *annexite gauche* » qui sont des termes médicaux. S'en tenant à la définition de ces termes donnés par le médecin, nous disons que le terme « *fibrome* » est une tumeur généralement abdominale, composée par des tissus fibreux ; alors qu'une « *annexite gauche* » est une inflammation des annexes de l'utérus (trompes et ovaires). Dans cet exemple, ce terme n'est pas défini mais expliqué à l'aide d'un dessin. En utilisant cette image, le médecin veut simplifier son discours pour mieux se faire comprendre.

Dans l'exemple (2), nous remarquons la présence des termes techniques en l'occurrence l'«*hystérosalpingographie*», formée à partir des préfixes *hyster-/ hystero-* d'origine grecque indiquant une relation avec l'utérus. En d'autres termes, l'*hystérosalpingographie* est une radiographie des trompes et de l'utérus. Mais à bien y voir, la définition de ce mot a donné lieu à d'autres termes techniques comme « *trompe* » et « *utérus* », méconnus de la patiente. D'où la rupture de l'échange interactionnel occasionnée par la non-compréhension de ces termes par la patiente. Pourtant, en définissant le concept « *hystérosalpingographie* », le médecin croyait avoir simplifié son discours. Mais que non ! Cela a plutôt rendu la conversation plus complexe. Peut-être, fallait-il suivre le conseil donné par Borel qui disait: *Lorsqu'il y a introduction d'un lexème dont l'identification correcte par le patient est d'office mise en doute, le travail du soignant consiste alors à lui fournir une représentation fonctionnelle immédiatement accessible, en procédant à une reformulation auto-déclenchée qui anticipe l'opacité lexicale contre laquelle la patiente pourrait buter* (Borel, 2004: 44).

En revanche, il faut noter que la reformulation seule ne résout pas le problème tant que les interlocuteurs ne partagent pas le même code, et donc la même culture. C'est pourquoi, il faut, en plus de la « reformulation auto-déclenchée » que les praticiens essaient de décoder ce que (Métangmo-Tatou, 2011) a appelé le « décalage culturel » entre la culture hospitalière et celle des patients.

L'exemple (3) quant à lui, contient trois mots techniques : « *infection* », « *trompes* » et « *myomes* ». Ici, ces termes ne sont pas définis comme dans les deux premiers cas. Cette absence de définition de ces concepts par le médecin s'explique par le fait que la patiente comprend le sens de ces concepts. Ceci peut être vérifié à partir du mot « *trompe* » introduit par la patiente dans sa prise de parole : « Concernant *le trompe-là* iya pas le problème/ ». L'erreur commise par la patiente dans cette phrase (usage de l'article défini, masculin-singulier « le » devant un mot féminin « trompe » en lieu et place de l'article « la ») n'impacte en rien la compréhension du sens de ce terme.

En utilisant ces termes techniques, les médecins n'ont pas l'intention de mettre en valeur leur expertise terminologique, mais plutôt de trouver les meilleures façons de communication, lesquelles passent par le recours aux termes communs.

2.1.b). L'usage des termes communs

En s'adressant aux patients, les médecins optent pour un discours plus facile et plus compréhensible en essayant à chaque fois d'utiliser une terminologie courante. Autrement dit, ils opèrent des alternances entre la langue spécialisée et la langue générale, c'est-à-dire entre les mots techniques et les mots communs afin de se faire comprendre par les patients qui ne possèdent généralement pas de connaissance dans ce domaine. En voici quelques exemples illustratifs.

Exemple 1 :

M : Vous achetez un cahier non. On écrit comment ça ce p'ti *machin* comme ça... Tu vomis hein/

M : Il est où/..c'est le *truc* là/. Il doit avoir. Il faut qu'on nettoie. On lui prescrit les antibiotiques.

M : Deux semaines hein. Tu as pris le *truc* là depuis deux semaines. Tu as pris les quinines/

Exemple 2:

1- M : Tu as *mal au ventre*/.

2- M : Non. Tu ne chauffes pas. Est-ce que tu as *mal à la tête*/

3- M : Tu avais fait l'accident euh. Vous avez *mal au dos* alors/

4- M : Eh hein. Tu as le *mal d'estomac* hein/

5- M : Parce que tu *n'as pas du sang*. Je vais seulement t'envoyer en médecine hein. Le pied est gonflé/

6- M : Vous repartez là-bas. On va *nettoyer*,

7- M : Ce qui pose des problèmes ici. C'est ça qui cause trop de douleur. De. Ce qu'on va faire. On va *écraser* ça par hystérosalpingographie. Eh hein/

Exemple 3 :

M : Eh... (le médecin appelle l'infirmière pour traduire). Viens parler avec cette femme ci. Viens parle (s'adressant à la patiente, il lui dit). Ça coule *bonne-bonne*/.

M : c'était *l'eau l'eau*/

À partir des exemples ci-dessus, nous constatons que les médecins, dans leur échange avec leurs patients ont recours aux termes communs ne relevant pas de leur domaine. Dans cette perspective, nous pouvons citer le mot « *machin* » employé par le médecin dans l'exemple (1). En effet, le mot « *machin* » est un mot qui relève du registre familier; son sens dépend du contexte dans lequel il est employé. Si nous reprenons notre exemple, nous disons que le mot «*machin*» remplace le mot « carnet » dont a parlé le médecin à l'entame de sa prise de parole. En fait, le carnet dont parle le médecin dans cette phrase ressemble à un brouillon; et comme tel, le médecin ne trouve pas de mot approprié. D'où le recours à ce terme commun mais dont le contenu reste vide. En outre, dans ce même exemple, nous avons un

autre terme issu de la langue courante. Il s'agit du mot « *truc* » (employé deux fois) qui est un terme appartenant au registre familier. On l'emploie pour désigner quelque chose dont on ne connaît pas le nom ou que l'on a oublié le nom mais que l'on connaît en le voyant. Dans ce sens, *machin* et *truc* pourraient être considérés comme des synonymes. Toutefois, il est à noter que dans la dernière phrase, le sens de ce mot (*truc*) change et devient ce que (Marion-Sandré, 2013: 65) appelle « phénomène de recherche de mots ». Et le mot recherché ici est « les quinines » explicitement exprimés dans cet extrait.

En (2), toutes les occurrences mises en italique signifient en jargon médical:

- 1- *Mal au ventre*: douleur abdominale.
- 2- *Mal à la tête*: céphalée.
- 3- *Mal au dos* : douleur dorsale ou la dorsalgie.
- 4- *Mal d'estomac*: épigastralgie.
- 5- *Tu n'as pas du sang (absence du sang)*: anémie.
- 6- *Nettoyer/ laver le bas ventre*: toiletter l'organe vaginal.
- 7- *Écraser/ détruire les microbes*: lutter contre les germes.

Le recours à ces formes se justifie par le fait que le médecin veut faciliter son vocabulaire, le rendre accessible et compréhensible.

Dans les deux derniers cas (voir l'exemple 3), nous avons affaire à des mots doublement articulés tels que « *boule-boule* » et « *l'eau-l'eau* » qui sont des intensificateurs. La répétition de ces termes tient au fait que le médecin, préoccupé par l'état de santé de sa patiente et conscient de l'incapacité de celle-ci à comprendre les termes techniques, veut traduire en des termes simples, cette notion du sang coagulé ayant pris la forme d'une boule ou d'un caillou. Il ne s'agit donc pas d'une erreur, mais de ce qu'on pourrait appeler « création linguistique spontanée »¹⁰⁶, à laquelle faisait implicitement allusion (Chebouti, 2014) lorsqu'il disait : « Il y a toujours une façon d'exprimer les notions scientifiques, entre autres en médecine, d'une façon simplifiée parce que le médecin reste en contact permanent avec ses patients ; du coup, il doit être en mesure de se faire comprendre ».

Toutefois, dans certaines circonstances, certains optent pour le non-dit. D'où l'usage de l'implicite dans la langue des médecins.

2.2. L'implicite

Par implicite, (Kerbrat-Orecchioni, 1986: 25) entend « les informations qui, sans être ouvertement posées (...) sont cependant automatiquement entraînées par la reformulation de l'énoncé, dans lequel elles se trouvent intrinsèquement inscrites, quelle que soit la spécificité du cadre énonciatif ». Pour les besoins d'illustration, considérons et examinons l'exemple suivant:

Exemple:

1. M : xxx *ça brule non/ Ça chauffe/*
2. P : Oui.
3. M : *Ça chauffe/*
4. P : Oui comme le piment. Avant aussi ça me. Ça fait dix jours maintenant.
5. M : Tu as un petit ami/ tu ne connais pas encore *les choses-là/*

À partir des exemples ci-dessus, nous pouvons constater que l'information que les médecins donnent à leurs patients n'est pas complètement accessible à ces derniers. C'est le cas de la phrase (1) où le médecin, sans avoir nommé ce dont il parlait remplace péjorativement le référent (sexe) par le pronom démonstratif « *ça* ». Il en est de même de la phrase (5) où le médecin emploie l'expression « *les choses-là* » pour désigner le « rapport

¹⁰⁶ C'est nous qui le disons.

sexuel ». Mais ce qui nous intéresse le plus dans cette séquence, c'est de savoir: pourquoi le médecin a-t-il refusé d'appeler les choses par leurs propres noms? Est-ce parce qu'en Afrique, le sexe est considéré comme un acte sacré? À cette question, la SCEPF¹⁰⁷ répond en ces termes : « Dans certaines communautés africaines, l'usage du nom sexe est formellement interdit ». Pour cette raison, la manière de sentir, de dire, d'exprimer, de signifier et de symboliser le contenu sexuel de la vie est grandement affectée par le contexte culturel. À ce niveau, les médecins ont recours à la métaphore.

2.3. La métaphore

En médecine, il y a deux types des métaphores: les métaphores voilées et celles dites apparentes. Concernant les métaphores voilées, elles sont qualifiées de « métaphores mortes » à cause de la difficulté dans leur compréhension, par des raisons étymologiques.

En voici quelques illustrations:

Exemple 1:

M : C'est le *fer*.

M : Ça *brule*/ ça *chauffe*/

Exemple 2:

M : Eh...(le médecin appelle l'infirmière pour traduire). Viens parler avec cette femme-ci. Viens parle (*s'adressant à la patiente, il lui dit*). Ça coule *boule-boule*/.

M : C'était *l'eau l'eau*/

Les mots mis en italique constituent les différentes occurrences de métaphores. Ainsi, en (1), le médecin emploie le mot « *fer* » pour désigner un constituant de l'hémoglobine; il est utilisé en thérapeutique pour la reconstitution du sang dans les anémies de type hypochrome (Quevauvilliers, Somogyi & Fingerhut, 2009: 357). Ici, la métaphore est dite voilée en ce sens que, pour déchiffrer le sens de ce mot, il faut mobiliser des connaissances propres au domaine médical. Dans la deuxième phrase, les mots tels que « *brule* » et « *chauffe* » forment ce que les stylisticiens appellent la métaphore verbale. Dans ce sens, ces mots « *brule* » et « *chauffe* » renvoient de manière analogique à un signal lumineux pour déterminer le degré de la douleur ressentie par la patiente. En (2), le médecin introduit d'autres concepts métaphoriques tels que: « *boule-boule* » et « *l'eau-l'eau* » que nous avons vus *supra*. Ces termes renvoient par analogie à l'écoulement du sang perçu respectivement sous forme de la coagulation et du liquide.

En gros, ce premier tour d'horizon permet de constater que la langue des médecins est une langue spécialisée caractérisée par des termes techniques rendus compréhensibles grâce à l'emploi des termes communs issus de la langue des patients.

3. Langage des patients

Comme le dit (Bouché, 1994), « l'homme de la rue possède lui aussi son vocabulaire médical qui lui est propre et qui lui permet de dissenter avec ses congénères de ses ennuis de santé ». Dans les lignes qui suivent, nous présentons les différentes manifestations de la langue des patients observées en salle de consultation. Ces manifestations se situent à divers niveaux : phonétique, morphosyntaxique, terminologique et du point de vue des calques.

¹⁰⁷La SCEPF se définit comme la Société Civile Engagée pour la Planification Familiale. Elle a été créée le 3 juillet 2017 et a pour objectif l'amélioration de l'accès des jeunes et adolescents aux programmes de santé de la reproduction y compris la prévention du VIH/SIDA.» (www.ayegbemicro.maf)

www.univ-bejaia.dz/leu

<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/618>

©Tous droits réservés

3.1. Sur le plan phonétique

À l'hôpital régional de Ngaoundéré comme dans l'ensemble des formations hospitalières présentes dans la région de l'Adamaoua, la pratique du français par les patients est confrontée à la distorsion de certains sons vocaliques et consonantiques. Les patients ont du mal à prononcer certains sons parce que la langue maternelle (et surtout le *fulfulde*) a formé leur appareil phonatoire (Bilou & Tankhu, 2007). Ainsi, il s'ensuit une mauvaise prononciation des sons vocaliques et consonantiques.

3.1. a) Mauvaise prononciation des sons vocaliques: les sons [ui] et [y]

L'exemple suivant nous fournit quelques traits de manifestations d'insécurité linguistique.

Exemple :

1. M : L'étoile brillante qui quitte de +++ (nom du quartier) c'est toi/
2. P : (rit).
3. M : Eh hein. Tu es venue avec qui/
4. P : Je *su* seule.
5. M : (Avec le carnet en main) Où est votre billet de consultation/
6. P : Voici.
7. M : Elle a quel âge/ (s'adresse à la maman de la fille)
8. Int F: (silence)
9. P : On.ze. Onze ans.
10. M : Vous habitez où/
11. P : +++ (nom du quartier).
12. M : Vous avez le numéro de téléphone/
13. P : +++ (numero de téléphone).
14. M : C'est depuis quand/ Eh hein/
15. Int F: Eh hein/
16. M : Elle a eu ça depuis quand/
17. P : *Depis* (mauvaise prononciation du mot depuis) Samedi.

En parcourant minutieusement l'exemple ci-dessus, il ressort que la patiente est dans un inconfort linguistique. Cette insécurité linguistique est matérialisée dans le texte par la mauvaise prononciation du son [ui] dans le mot « *su* » [sy] (ligne 4) au lieu de « *suis* » [sɥi]. Selon (Bilou & Tankhu, 2007 : 157), « [cette] distorsion de la prononciation de ce son français est due soit à l'absence de ce son dans le système de la langue maternelle soit à la tendance à accentuer les sons présents dans le *fulfulde* ». À la ligne 17, la patiente, après avoir vainement cherché de l'aide auprès de sa maman, introduit un mot: « *depuis* » déformant ainsi la prononciation: « *depis* » [dɛpi]. Ainsi, la patiente remplace le son [ui] par le son [i] dans le mot « *depuis* ». Tous ces sons ainsi produits sont calqués sur les schèmes du système phonétique du *fulfulde* (P.: 160). Ces mauvaises prononciations se retrouvent aussi au niveau du système consonantique.

3.1.b) Confusion des consonnes : les sons [ʒ] et [z]

Exemple :

1. M : Vous avez fait l'accident là quand/..
2. P : Le cinq.
3. M : Tu avais fait l'accident euh. Vous avez mal au dos alors/..
4. P : Z'ai mal au dos.
5. M : Depuis l'accident que vous avez mal au dos alors/..

6. P : Oui... Ze ne peux pas rester trente minutes. Euh. Et. Parfois là. Quand ze suis allé pour pisser là. Z'ai vu le sang
7. M : Tu as cogné le dos ou tu as fait l'accident/..
8. P : Non. C'est le dos.
9. M : Le dos/..
10. P : Oui. C'est la vature là. Que m'a cogné contre accident là.
11. M : La voiture/..
12. P : Oui. C'est la vature.

Dans cet extrait, nous notons dans l'expression du patient une tendance à remplacer le son [ʒ] par le son [z]. Cette difficulté à prononcer ces sons consonantiques apparaît presque dans toutes ses prises de parole : « *Z'ai mal au dos* » (j'ai); « *Ze ne peux pas rester trente minutes euh. Et. Parfois là. Quand ze suis allé pour pisser là. Z'ai vu le sang* » (je). Ainsi, le patient confond et remplace le son [ʒ] par le son [z]. Pourtant, comme le rappellent (Biloua & Tankhu, 2007 : 161), ces deux consonnes fricatives ([ʒ] et [z]) diffèrent de par leur point d'articulation: [ʒ] est dorso-alvéolaire labialisé tandis que [z] est dorso-alvéolaire. De la sorte, la tendance à prononcer [z] au lieu de [ʒ] peut s'interpréter comme la conséquence directe de la non-maitrise de la langue française par le patient. Par ailleurs, selon ces mêmes auteurs, cette déperdition est due à l'influence du système consonantique du *fulfulde* qui ne comporterait pas cette dernière consonne labialisée. En outre, nous remarquons, dans le même texte, la substitution par le patient des sons [vwa] par [va]. C'est le cas du mot « *voiture* » [vwaɥr] prononcé « *vature* » [vatyr] (lignes 10, 12). L'une des raisons qui pourraient expliquer cet état de choses est que le patient aurait, pour reprendre l'expression de (Nola & Noumssi, 2007 : 114), appris le français sur le tas, c'est-à-dire dans la rue.

3.2. Sur le plan morphosyntaxique

Ici, les patients éprouvent un malaise quant à l'emploi des déterminants, des pronoms, du genre, etc.

3.2. a). Confusion des déterminants

Compte tenu du fait que le système morphosyntaxique du *fulfulde* ne fait clairement pas la distinction entre les déterminants, les patients n'ayant pas une bonne connaissance de la langue française font parfois la confusion entre les articles définis et indéfinis comme nous le montrent les exemples ci-dessous:

Exemple 1:

P : *Le crampe* m'arrête là qui la vature m'a cogné...

P : Concernant *le trompe-là* iya pas le problème/

P : D'accord...et *le colonne-là* (*la colonne*). Ça n'a pas un problème/..

Exemple 2:

P : Bon. Il y avait *un pompe* (une pompe) qu'on a amené. Mais j'étais en train de disparu. Je ne savais pas qu'il y avait le reste de produit dans. Dans les pulvérisateurs là. Bon. J'ai essayé de. De manipuler comme ça pour voir sya sya la pression.

Exemple 3:

1. P : Non. Iya des moments quetu sens si xxx. Tu manges quelque chose *de acide* (d'acide). Vraiment je ne comprends pas.
2. P : Pouf. Non. Pas du tout...Je ne peux même pas me concentrer même pendant un (*une*) minute.

À partir de ces exemples, nous remarquons une distorsion des règles d'emploi des articles. Dans l'exemple 1, le patient emploie l'article défini masculin « *le* » en lieu et place de « *la* ». En effet, les mots « *trompe* », « *colonne* » sont féminins. Par conséquent, ils devraient, conformément à la règle grammaticale, s'accorder en genre et en nombre. Or, tel qu'on le voit, cette règle est loin d'être respectée. Il y a donc, comme le disent (Biloua & Tankhu, 2007: 166) violation des règles d'accord par le patient.

Dans l'exemple (2), nous constatons que le patient a violé une fois de plus la règle d'accord. Cette violation de cette norme grammaticale apparaît avec le mot « *pompe* » où le patient, au lieu de l'article indéfini féminin « *une* » a employé l'article indéfini masculin « *un* ». Aussi, observons-nous la même faute dans l'exemple 3. Ici, c'est la règle d'élimination qui est violée en ce sens que le patient n'a pas, comme l'indique la règle de grammaire, supprimé la voyelle finale « *e* » devant le mot « *acide* » à initiale vocalique. Toutes ces difficultés liées à la pratique langagière du patient seraient dues au fait que « Le système des déterminants (du français standard) est complexe et difficile à maîtriser. » (Biloua, 2001: 8). Il paraît aussi intéressant d'observer quelques emplois insécures¹⁰⁸ des pronoms relatifs.

3.2.b). Emplois insécures des pronoms relatifs

En règle générale, le pronom relatif est un mot qui remplace généralement un nom ou un pronom, nommé « antécédent » exprimé dans la proposition qui précède. Il établit ainsi une relation entre cette proposition et la seconde, dite « relative » qui complète ou explique cet antécédent. Toutefois, l'observation de notre corpus permet de se rendre à l'évidence que les patients se rebiffent devant ces contraintes morphosyntaxiques du fait de la non-maîtrise de la langue française par ces derniers; ce qui trahit de leur part un manque, une défaillance comme le montre l'exemple ci-dessous.

Exemple:

1. P : Oui. C'est la vature là. *Que* m'a cogné contre accident là.
2. P : Le crampe m'arrête *là qui* la vature m'a cogné...
3. P : Au niveau de *là que* la vature m'a cogné là.
4. P : Les mangues *dont* j'avais sucées c'est ça qui m'a produit ça.

À l'évidence, dans cet exemple, le locuteur emploie le relatif « *que* » en lieu et place de « *qui* » oubliant que le morphème « *que* » fonctionne comme régime direct de l'antécédent et non comme sujet. En (1, 2 et 3), nous relevons une tendance régulière à employer les relatifs « *qui* » et « *que* » pour marquer le lieu, en lieu et place de « *où* », principal marqueur de lieu. En (4), le locuteur substitue le relatif « *que* » par le relatif « *dont* » comme si le verbe support de proposition relative induisait un régime indirect. Ceci nous amène à parler des confusions des verbes.

3.2. c). Confusion des verbes: les auxiliaires *être* et *avoir*

Si l'auxiliaire *être* s'emploie pour former les temps simples et composés à la voix passive, l'auxiliaire *avoir*, lui, s'emploie pour former les temps composés des verbes transitifs et de la plupart de verbes intransitifs à la voix active. En revanche, compte tenu du fait que la maîtrise de la langue française n'est pas la chose la mieux partagée, les patients font une mauvaise distribution de ces auxiliaires comme l'illustrent les occurrences suivantes:

Exemple:

¹⁰⁸ « Le terme « insécure » est un terme d'origine anglaise qui signifie : qui n'est pas accompagné d'un sentiment de sécurité. Ce terme, nous l'avons emprunté à (Nola & Noumssi, 2007 : 123).

1. P : Oui. Z'étais sur la moto. euh. *Z'ai tombé* encore sur le goudron... Quand ze m'assois là. Même trente minutes là.
2. P : Le mois-ci. *ça n'a pas venu*.
3. P : J'ai appuyé. Bon. Le produit est sorti et ma. Ma. M'a entré dans l'oreille gauche là.
4. P : Euh.. C'est. C'est...c'est. Cela m'a arrivé quand je jouais le foot hier soir. Donc il m'a cogné. Et quand je suis rentré j'ai commencé à ressentir la douleur. Je n'ai pas pu dormir. Je crois que c'est ça

Dans ces exemples susmentionnés, il y a une confusion totale entre l'auxiliaire *être* et l'auxiliaire *avoir*: les locuteurs ne font pas de différence entre ces deux auxiliaires. Ainsi, ils emploient l'auxiliaire *avoir* en lieu et place de l'auxiliaire *être* devant les verbes tels que *tomber*, *venir*, *entrer* et *arriver*. À ce propos, (Bretegnier, 2002 : 8) en déduit que ces constructions sont représentatives de « décalages illégitimes » entre ce qui est et ce qui devrait être.

3.3. La comparaison

Comme les médecins, les patients, pour exprimer leur pathologie, ont recours à la comparaison.

Exemple 1:

M : (Se lève) c'est ici non/ (en touchant le corps du malade)

P : Oui. Et puis *iya* aussi euh. C'est *comme du ver* ça fait trop de bruit aussi. C'est vrai depuis ce dernier temps là je n'ai pas vu ça mais ça fait vraiment de bruit

P : Euh. Non. Sauf que la semaine passée je faisais *le selle comme le charbon*

Exemple 2:

M : Ça chauffe/

P : Oui *comme le piment*. Avant aussi ça me fait. Ça fait dix jours maintenant

Dans ces deux exemples cités, l'articulation comparative est introduite par le motif *comme*. En (1), la patiente compare le « *selle* » (excréments humains ou animaux) au charbon. Cette comparaison tient au fait que, entre le comparé (le selle) et le comparant (le charbon), il y'a, analogiquement parlant, un dénominateur commun : la couleur. Ensuite, la patiente compare le gargouillement du ventre au ver rampant dans le corps. Ici, le sème¹⁰⁹ commun serait le bruit. En (2), le comparé n'est pas exprimé: la comparaison est dite immotivée. Dans cette comparaison, nous relevons comme sème commun, le feu ou la brûlure. À travers toutes ces images, les patientes veulent, avec tant de précision, rendre plus explicite la description de leurs maladies.

3.4. Le calque

D'après (Essono, 1998:61), « le calque est une forme d'emprunt qui consiste à utiliser les unités lexicales d'une langue dans un arrangement structural d'une autre langue ». Comme nous pouvons le voir dans l'exemple ci-dessous, les patients introduisent des mots ou expressions issues de la langue générale, considérée comme la langue des patients pour les insérer dans la langue spéciale qu'est la langue des médecins.

Exemple:

1. P : Voici le seul *comprimé qu'on m'a donné*. On m'a injecté. L'injection qu'on m'a donnée là. Ça m'a troublé la tête. Depuis le zour là. Je ne peux même pas contrôler la tête.
2. P : Ok. C'est vrai que j'ai aussi *mal au cœur*.

¹⁰⁹Le sème représente « le plus petit trait pertinent sémantique » (Pottier, 1970, 120).

3. P : Bon. Avant les règles là j'ai d'abord commencé à *sentir mal*.
4. P : Ouais. Et jusqu'à aujourd'hui là *la tête-là ne disparaît pas*.
5. P : C'est depuis deux semaines que je ne suis pas ici. Je suis en brousse. Depuis là j'ai payé de l'eau. J'ai rincé. Après deux jours je sens déjà que. Que *je n'ai pas ma santé au niveau de gauche là*. Petit à petit maintenant je sens la douleur de là. L'oreille gauche-là ne me fait pas mal. Mais je n'entends pas bien là où le produit est est..

Dans cet exemple, nous remarquons que chacune des phrases contient des calques forgés à partir des langues locales. Ainsi, dans la phrase (1), l'expression suivante : « *Voici le seul comprimé qu'on m'a donné* », tire sa source du vocabulaire des patients, lui-même « taché de couleur locale » (Bilola & Tankhu, 2007). En tant que tel, cette expression est qualifiée de fautive par les spécialistes de la médecine ; car, en jargon médical, on ne dit pas « *donner des comprimés* », mais plutôt « prescrire des comprimés ». Dans la phrase (2), l'expression : « *avoir mal au cœur* » veut dire « *avoir des nausées* » (Bouché, 1994 : 437). Or, dans cette phrase, le sens de cette expression est loin d'être celui d'avoir des nausées, puisque, comme l'explique un médecin, « les patients ne connaissent pas ce qu'on appelle « cœur » : ils ont mal à la poitrine, ils disent qu'ils ont mal au cœur; ils ont mal à l'estomac, ils disent qu'ils ont mal au cœur; ils confondent tout ». C'est donc le même constat qui se dégage de cet exemple où la patiente fait une confusion entre le cœur et l'estomac. En clair, il s'agit de ce que (Bouché, 1994 : 382) appelle « les faux-amis », c'est-à-dire des mots connus du patient et du praticien, mais ne revêtant pas le même sens pour l'un ou l'autre.

Dans la phrase (3), la patiente emploie l'expression « *sentir mal* » en lieu et place de « avoir mal ». En (4), l'expression : « *la tête-là ne disparaît pas* » est une traduction mot à mot des langues locales pour parler de céphalée. De même, dans la phrase (5), le patient traduit sa langue maternelle en ces termes : « *je n'ai pas ma santé au niveau de gauche là* », comme pour dire : (j'ai mal du côté gauche).

En grosso modo, la langue des patients se caractérise par la méconnaissance de la langue française mettant ainsi les patients dans un inconfort linguistique appelé l'insécurité linguistique. À divers niveaux, le problème des niveaux de langue se pose. Toutefois, il faut noter avec (Meisser, 1987 : 13) que « le problème des niveaux de langue ne se pose pas seulement dans le lexique commun. Il existe aussi dans les langues de spécialité (...) ».

En définitive, il convient de noter que la communication entre médecin-patient n'est pas facultative dans une consultation. Elle relève d'une bonne connaissance de la langue. Or, il se trouve que les médecins et les patients, lorsqu'ils sont en « présence physique immédiate » (Goffman, 1973), ne parlent pas toujours la même langue. Les uns parlent une langue spécialisée au caractère strictement scientifique, « indissociable de la démarche médicale » (Balliu, 2010) avec un niveau de technicité de l'information plus élevé. Les autres parlent une langue commune « tachée de couleur locale » (Bilola & Tankhu, 2007). Les manifestations d'un tel décalage se situent à divers niveaux : phonétique, morphosyntaxique, terminologique et, dans une certaine mesure à l'environnement dans lequel se trouvent les interactants. En outre, les mots employés par les uns et les autres ne sont pas porteurs de la même connotation pour l'émetteur et le récepteur. Pour y remédier, les praticiens ont recours à divers moyens de communication, entre autres, la métaphore, l'implicite, l'« alternance codique ». Mais étant donné la complexité du technolècte médical, il est intéressant d'attirer l'attention des médecins sur l'importance du choix des mots. En effet, avoir conscience de quel mot utiliser sans que cela ne compromette la relation qualifiée d'harmonieuse par (Schulz Von Thun, 1998) est fondamental, sans quoi la relation médecin-malade risque d'être exposée à des erreurs plus graves pouvant induire inéluctablement à une mauvaise prise en charge du patient, et donc à la mort.

Bibliographie

- Balliu, C., 2010, « Le traducteur, le médecin et le patient. » in *Meta*, vol. 55, n° 1, pp. 14-22.
- Biloua, E., 2001, « La syntaxe du français parlé au Nord Cameroun », in *Le français en Afrique*, N° 15, CNRS et Institut de Linguistique Française, pp. 115-131.
- Biloua, E., Tankhu, A.Y., 2007, « L'insécurité linguistique au Nord du Cameroun : causes, manifestations, conséquences et traitement », in Mendo Zé G., 2007, *Langue et communication/Insécurité linguistique & éthnolinguistique / Revue scientifique internationale de recherche multidisciplinaire*, Clé, Université de Yaoundé I, pp. 147-174.
- Borel, S., 2004, « Collision de lexiques experts et ordinaires en milieu institutionnel hospitalier : quelle médiation par quelles stratégies discursives ? Une approche interactionniste autour de l'expertise du patient », in Gajo, L., 2004, *Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins*, éd., Cahier de l'Institut de linguistique et des sciences du langage, N°16, Université de Lausanne, pp.33-60.
- Bouche, P., 1994, *Les mots de la médecine*, Belin, Armand Colin.
- Bowen, S., 2001, *Barrières linguistique dans l'accès aux soins des patients*, Santé Canada, Ottawa.
- Bretegny, A., 1996, « L'insécurité linguistique : un objet insécurisé ? », in Robillard, D., Benamino, M., (Eds), *Le français dans l'espace francophone*, t. 2, Paris, Champion, pp. 903-923.
- Brisset, C., 1984, *La santé dans le tiers monde*, Paris, La découverte.
- Chebouti, K., 2014, *Le vocabulaire médical du point de vue des trois fonctions primaires*, Thèse de doctorat, Université Paris 13.
- Essono, J.-M., 1998, *Précis de linguistique générale*, Paris, L'Harmattan.
- Essono, J.-M., 2001, « Le Cameroun et ses langues », in *Cameroun 2001 : Politique, Langues, Economie et Santé*, Paris, L'Harmattan, pp. 61-87.
- Gajo, L., 2004, *Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins*, éord. Cahier de l'Institut de linguistique et des sciences du langage, N°16, Université de Lausanne.
- Goffman, E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne, 1. La présentation de soi*, Paris, Minuit.
- Jackson, C., 1998, « Medical interpretation: an essential service for non-English-speaking immigrants », in Loue, S. (Ed.), *Hand book of Immigrant Health*, New York, Plenum, pp. 61-79.
- Kerbrat-Orecchioni, C., 1986, *L'Implicite*, Paris, Armand Colin.
- Marion-Sandre, 2013, *Analyser les discours oraux*, Paris, Armand Colin.
- Meisser, B., 1987, *Le lexique médical contemporain : analyse linguistique sous l'angle de la synonymie*, Peter Lang.
- Metangmo-Tatou, L., 1999, « Linguistique et développement : un défi à relever », communication à la conférence internationale sur « L'université et son environnement », Ngaoundéré, Université de Ngaoundéré, pp. 26-67.
- Metangmo-Tatou, L., 2011, « Sur le pas de S.B. Chumbow: l'aménagement terminologique comme contribution au développement », in *Les annales de la FALSH, Sciences sociales, sciences du langage et développement, Mélanges offerts aux professeurs Beban Sammy CHUMBOW et Jean-Louis DONGMO*, Université de Ngaoundéré. », pp. 211- 225.
- Portes, L., 1950, « Du consentement l'acte médical communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques », in *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et PUF.
- Quevauvilliers, J., Somogyi, Fingerhut, 2009, *Dictionnaire médical*, 6e éd, Paris, Elsevier Masson.

- Rouzeau, D. « Analyse conversationnelle d'une consultation médicale ». Repéré à : www.membres.lycos.fr.davidrouzeau/consultation.html, le 12/03/19, 20 h 48 mn 12 s.
- Schulz Von Thun, F., 1998, *Miteinander Reden 3 – Das « Team innere » und Kommunikation situationsgerechte*, Rowohlt, Reinbek.
- Tourneux, H., Dairou, D., 1999, *Vocabulaire peul du monde rural, Maroua-Garoua (Cameroun)*, Paris, Karthala.
- Tourneux, H., Métangmo-Tatou, L., 2006, *La communication technique en langues africaines*. Paris, Karthala.
- Whitman M. V., Davis J. A., 2009, « Register nurses' perceptions of cultural and linguistic hospital resources », *Nursing Outlook*, pp. 35-41.