

**Institut des Lettres et des Langues**  
**Département des Langues Etrangères**  
**Filière : Langue française**

**Les spécificités psycho-affectives dans le milieu**  
**Médical : cas des consultations médicales dans les**  
**Établissements de santé (publique et privés)**  
**Commune de Mila.**

**Mémoire élaboré en vue de l'obtention du diplôme de Master en sciences du langage**

**Présenté par :**

1/ BENKHALEF Radia  
2/ LALALI Radhwane

**Sous la direction de :**

Dr. TOURET Hafiza

**Devant le jury composé de :**

Dr. BOUCHOUCHA Myriam, MCA .CU abdelhafid boussouf (Président)

Dr. TOURET Hafiza, MCB. École Normal Supérieure de Constantine (Rapporteur)

Dr. HAROUN Zineb, MCA .Université Frères Mentouri Constantine 1 (Examinateur)



**Les spécificités psychoaffectives dans le milieu médical : cas de consultation médicale dans les établissements de santé (publiques et privés) commune de Mila.**



## Dédicace

*A la lumière de ma vie à mes parents :*

*Je dédie le présent travail A« Mon père Tounsi» pour sa tendresse, son  
encouragement et l'homme qui*

*Se veut pour moi le symbole du sacrifice. L'exemplaire père et qui m'a toujours  
aidé et soutenu durant la période des études « Papa je t'aime ».*

*« Ma mère Zolikha» source d'amour, de tendresse bijoux de ma vie, et la femme  
qui m'a encouragé, aidé et orienté vers le bon sens de ma vie « Maman je  
t'aime».*

*A mes frère : Abd Alfetah, Toufike, Abd Nour*

*A mes sœurs : Nasira, Sabah, kawther, Aicha, Soulef Mes tantes, mes oncles et  
leurs enfants.*

*Je le dédie également à mes très chers amis :*

*L. (walid. Yaakobe. Siffdine, Moaide. Abdmalak Hamoudi. ) bnrmt. Ayoub, B.  
Aissa, B. Zakaria, B. Saleh, B. Houseme, A, Hichem. O, Abdelhak)*

*A mon binôme : BENKHLEF Radia*

*A mes camarades de promotion 2017-2022 master 2 français et à tous les  
étudiants de centre universitaire Abdelhafidh Boussouf .Mila .*

*Radhwane*

## Dédicace

*A la lumière de ma vie à mes parents :*

*Je dédie le présent travail, « Mon père, AbdelHafid » pour sa tendresse, son encouragement et l'homme qui*

*Se veut pour moi le symbole du sacrifice. L'exemplaire père et qui m'a toujours aidé et soutenu durant la période des études « Papa je t'aime ».*

*« Ma mère Yamina » source d'amour, de tendresse bijoux de ma vie, et la femme qui m'a encouragée, aidée et guidée dans le Chemin de la vie*

*«Maman je t'aime».*

*A mes frères : Adel Abdelfattah Mounir Saleh Abdenour Kamel.*

*A ma sœur : Samia.*

*Mes tantes, mes oncles et leurs enfants.*

*Je le dédie également à mes très chères amies : Chahra, Fella et Khadija*

*A mon binôme : LALALI Radhwane*

*A mes camarades de promotion 2017-2022 master 2 français et à tous les étudiants de centre universitaire Abdelhafidh Boussouf. Mila.*

*Radia*

## Remerciements

*Nous tenons à remercier en premier lieu dieu « ALLAH » qui nous a dotés de la Volonté, de la confiance et du courage pour avoir réalisé cette recherche.*

*En second lieu, nous tenons à remercier nos chers parents pour leur patience et leurs encouragements.*

*Nous remercions vivement notre honorable encadrante Mme Hafiza TAOURET qui nous a aidés dans la réalisation de ce mémoire et tous les membres de jury*

*D'avoir acceptés d'examiner notre travail de recherche.*

*Nous tenons à remercier sincèrement :*

*Les enseignants du département des langues étrangères et tous les médecins ainsi que le personnel soignant des établissements publics et privés de la commune de MILA.*

*Nous remercions Les étudiants de master 2, français promotion 2017-2022.*

*Sans oublier nos parents pour leur contribution, leur soutien et leur patience.*

*Enfin, nous adressons nos sincères remerciements à tous nos proches et amis, qui nous ont toujours encouragés. Merci à tous et à toutes.*

République algérienne démocratique et populaire

Ministère de l'enseignement supérieure et la recherche scientifique

Centre universitaire abdelhafidh Boussouf mila

**Déclaration sur l'honneur relatif à l'enseignement aux règles d'intégrité scientifique en vue d'élaboration d'une recherche**

Mr. Mme : **LALALI RADWANE**

Qualité : Etudiant

Portant carte d'identité n° : **200386211** délivré le : **26.04.2016**

Inscrit à l'Institut des lettres et des langues département des langues étrangères, filière de français

Chargé d'élaborer des travaux de recherche (mémoire de master) dont le titre est :

La multidimensionalité de l'image dans le manuel scolaire de cinquième année primaire de français.

Je déclare en mon honneur de m'engager à respecter les critères scientifiques et méthodologiques ainsi que les critères d'éthique de la profession de l'intégrité académique requise dans l'élaboration de la recherche citée dans l'arrêté 1082 du 27/12/2020.

Le **12.06.2022**

Signature de l'intéressé(e)





**République algérienne démocratique et populaire**  
**Ministère de l'enseignement supérieure et la recherche scientifique**  
**Centre universitaire abdelhafidh Boussouf mila**

**Déclaration sur l'honneur relatif à l'enseignement aux règles d'intégrité scientifique en vue d'élaboration d'une recherche**

Mr. Mme : **BENKHALEF Radia**

Qualité : Etudiant

Portant carte d'identité n° : **103039274** délivré le : **14.07.2019**

Inscrit à l'Institut des lettres et des langues département des langues étrangères, filière de français

Chargé d'élaborer des travaux de recherche (mémoire de master) dont le titre est :

**Les spécificités psychoaffectives du discours professionnel dans le milieu médical (cas des consultations médicales dans les établissements de santé (publiques et privées) commune de Mila).**

Je déclare en mon honneur de m'engager à respecter les critères scientifiques et méthodologiques ainsi que les critères d'éthique de la profession de l'intégrité académique requise dans l'élaboration de la recherche citée dans l'arrêté 1082 du 27/12/2020.

Le **12.06.2022**

Signature de l'intéressé(e)



## Résumé

---

### Résumé

Ce travail s'inscrit dans le cadre des sciences du langage, il consiste à étudier un ensemble de discours adoptés lors des différentes consultations médicales. Il consiste également en l'analyse des résultats obtenus du questionnaire. En effet, notre travail a pour objectif de proposer des solutions qui dans le futur pourraient assurer une communication plus fluide lors des consultations médicales. L'Efficacité des traitements nécessite une bonne relation entre le patient et le médecin à savoir que le contact ne s'établit qu'en fonction des discours qui t'entent à rassurer le malade en réconfortant son état mental. De ce fait, nous avons réalisé une investigation à travers une analyse psycho-affective, pragmatique des discours collectés. Notre analyse du questionnaire se veut, de ce fait, à la fois qualitative et quantitative.

Les résultats obtenus de cette analyse confirment que la quasi-totalité des médecins affronte des difficultés dans l'annonce d'une maladie grave. Gérer des situations émotionnelles difficiles ne s'avère pas une tâche facile. Ceci nécessite une psychologie que les médecins doivent adopter pour gérer les différentes révoltes des malades désespérés auxquels ils sont contraints de faire face.

Enfin Les résultats obtenus de l'expérimentation ont permis de mettre en évidence ce qui particularise ce discours.

**Mots clés :** discours médical, spécificités psycho-affectives , communication, émotions, maladies graves .

## Liste des abréviations

---

### Liste des abréviations

**M:** Médecin

**P:** Patient

**CM:** Consultation Médicale

**AD:** Analyse de Discours

**Epsp:** Etablissement public de santé et de proximité

**Eph:** Etablissement public hospitalier

**TA:** Tension Artérielle

**O2:** Oxygène

## Liste des tableaux

---

### Liste des tableaux

Tableau 1 : Discours oral et écrit .....	41
Tableau 2 : Discours formel et informel .....	42
Tableau 3 : Présentation des discours .....	58
Tableau 4 : Les codes de transcription des consonnes utilisées .....	60
Tableau 5 : Les codes de transcription des voyelles utilisées .....	61
Tableau 6 : Le Tanwin .....	61
Tableau 7 : Les actes du langage présenté dans le discours N <sup>0</sup> 01.....	63
Tableau 8 : Les actes du langage présenté dans le discours N <sup>0</sup> 02.....	68
Tableau 9 : Les actes du langage présenté dans le discours N <sup>0</sup> 03.....	73
Tableau 10 : Les actes du langage présenté dans le discours N <sup>0</sup> 04.....	78
Tableau 11 : Les actes du langage présenté dans le discours N <sup>0</sup> 05.....	85
Tableau 12 : Identification de la population cible (public) .....	89
Tableau 13 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	90
Tableau 14 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	91
Tableau 15 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	92
Tableau 16 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	92
Tableau 17 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	93
Tableau 18 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	94
Tableau 19 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	95
Tableau 20 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	96
Tableau 21 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	97
Tableau 22 : Représentation des justifications des médecins .....	98
Tableau 23 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	99
Tableau 24 : Représentation des justifications des médecins .....	99
Tableau 25 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	100
Tableau 26 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	101

## Liste des tableaux

---

Tableau 27 : Représentation des justifications des médecins .....	102
Tableau 28 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	104
Tableau 29 : Représentation des résultats selon leurs fréquences.....	105

## Listes des figures et des graphiques

---

### Liste des figures

Figure 1 : Le schéma de la communication de Shannon.....	44
Figure 2 : Principe du fonctionnement psychologique.....	49

### Liste des graphiques

Graphique 1 : Sexe des médecins.....	90
Graphique 2 : Année d'expérience.....	91
Graphique 3 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	92
Graphique 4 : Répartition des résultats selon leurs pourcentages .....	93
Graphique 5 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	94
Graphique 6 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	95
Graphique 7 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	96
Graphique 8 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	97
Graphique 9 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	98
Graphique 10 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	99
Graphique 11 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	101
Graphique 12 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	102
Graphique 13 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	103
Graphique 14 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage .....	106

### Table des matières

Dédicace .....	5
Dédicace .....	6
Remerciements .....	7
Résumé .....	10
Liste des abréviations .....	11
Liste des tableaux .....	12
Liste des figures .....	14
Liste des graphiques .....	14
Table des matières .....	15
Introduction générale .....	21
Chapitre 1 : Contexte théorique .....	24
Introduction : .....	25
1. La pragmatique .....	25
1.1. Austin et la naissance de la pragmatique .....	26
1.2. Searle et la théorie des actes de langage .....	27
1.3. Grice : une nouvelle vision théorisée de la pragmatique .....	29
1.3.1. La notion de signification non- naturelle .....	29
1.3.2. L'implicature conventionnelle .....	31
1.3.3. L'implicature conversationnelle .....	31
1.3.4. L'approche inférentielle .....	31
1.4. Vers une pragmatique cognitive .....	31
1.5. La pragmatique linguistique (intégrée) .....	33
1.6. Énoncé/ énonciation .....	35
1.6.1. L'énonciation .....	35
1.6.2. L'énoncé .....	35
1.7. L'étude du discours en tant qu'acte d'énonciation .....	36
1.7.1. Le discours comme suite d'énoncés .....	36
1.7.2. D'énoncé au discours .....	37
1.8. La subjectivité .....	37

## Table des matières

---

2.	L'analyse du discours.....	38
3.	Entre pragmatique et l'AD.....	39
4.	La consultation médicale.....	40
5.	Le discours.....	40
5.1.	Notion de discours.....	40
5.2.	Le discours dans la consultation médicale et un discours oral.....	41
5.3.	Le discours dans la consultation médicale et un discours dialogal.....	41
5.4.	Le discours dans la consultation médicale et un discours formel.....	41
5.5.	Le discours de consultation médicale en langue de spécialité.....	42
6.	La Communication dans la consultation médicale.....	42
6.1.	Communication de CM est une communication interpersonnelle.....	43
6.2.	Formes de communication.....	44
6.3.	Communication Médecin-Malade.....	44
6.4.	Communication et consultation médicale.....	45
6.4.1.	L'importance de la communication dans la consultation médicale.....	45
6.4.2.	Difficultés en communication dans la consultation médicale.....	46
6.4.3.	Des difficultés de compréhension : origine sociale, sens des mots.....	46
6.4.4.	Des façons d'échanger plus ou moins propices à une bonne communication.....	47
6.5.	L'analyse psychosociologique de la communication.....	47
6.6.	Les facteurs déterminants de la communication.....	48
6.6.1.	Variables cognitives.....	48
6.6.2.	Variables sociales.....	48
6.6.3.	Les variables psychologiques.....	48
6.6.4.	Principes du fonctionnement psychologique.....	49
6.6.5.	L'aspect affectif et émotionnel de l'échange dans une situation de communication	49
7.	Définition de l'affect et de l'émotion.....	50
7.1.	L'affect et les émotions dans la langue : étude linguistique des affects et des émotions	50
7.2.	Types des émotions dans la consultation médicale.....	51
7.2.1.	Émotion émergente, émotion persistante.....	51
7.2.2.	Macro-émotion, micro-émotion.....	51
7.2.3.	Émotions longues, Émotions court.....	51



## Table des matières

---

7.3. L'émotion émergente comme syndrome, comme expérience.....	52
7.4. Les différentes émotions ont des durées et des intensités variables.....	52
7.5. L'exemple des émotions dans le travail hospitalier.....	52
8. Le choix des langues dans la consultation médicale.....	53
8.1. L'arabe standard (moderne).....	53
8.2. Le dialecte algérien (parlé).....	54
8.3. Le français.....	54
8.4. Le jargon médical.....	55
Conclusion.....	55
Chapitre 2 : Méthodologie et analyse de corpus.....	56
Introduction.....	57
1. La méthodologie.....	57
2. Description du corpus.....	57
3. Les difficultés de collecte des données des discours.....	58
4. Grille d'analyse.....	58
4.1. La transcription du corpus.....	60
5. Analyse du discours N° 01 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 01).....	61
5.1. Analyse psycho-affective.....	61
5.1.1. L'état psycho-affective du patient.....	62
5.1.2. L'état psycho-affective du médecin.....	62
5.2. Analyse pragmatique.....	63
5.2.1. Les actes du langage.....	63
5.2.2. La taxonomie de Searle.....	65
6. Analyse du discours N° 02 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 02).....	66
6.1. Analyse psycho-affective.....	66
6.1.1. L'état psycho-affective du patient.....	66
6.1.2. L'état psycho-affective du médecin.....	67
6.2. Analyse pragmatique.....	68
6.2.1. Les actes du langage.....	68
6.2.2. Les actes indirects.....	69

## Table des matières

---

6.2.3.	La taxonomie de Searle .....	69
6.2.4.	Les indices de subjectivité.....	71
7.	Analyse du discours N° 03 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 03).....	72
8.	N° 03 (Annexes N° 03).....	72
8.1.	Analyse psycho-affective .....	72
8.1.1.	L'état psycho-affective du patient.....	72
8.1.2.	L'état psycho-affective du médecin .....	73
8.2.	Analyse pragmatique .....	73
8.2.1.	Les actes du langage.....	73
8.2.2.	La taxonomie de Searle .....	75
8.2.3.	Les indices de subjectivité.....	76
9.	Analyse du discours N° 04 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 04).....	77
9.1.	Analyse psycho-affective .....	77
9.1.1.	L'état psycho-affective du patient.....	77
9.1.2.	L'état psycho-affective du médecin .....	78
9.2.	Analyse pragmatique .....	78
9.2.1.	Les actes du langage.....	78
9.2.2.	La taxonomie de Searle .....	80
9.2.3.	Les indices de subjectivité.....	81
10.	Analyse du discours N° 05 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 05).....	82
10.1.	Analyse psycho-affective.....	82
10.1.1.	L'état psycho-affective du patient.....	83
10.1.2.	L'état psycho-affective du médecin .....	83
10.2.	Analyse pragmatique .....	85
10.2.1.	Les actes du langage.....	85
10.2.2.	Les actes indirects .....	86
10.2.3.	La taxonomie de Searle .....	86
10.2.4.	Les indices de subjectivité.....	87
11.	Interprétation des résultats .....	87
12.	La présentation de l'outil de la recherche .....	88

## Table des matières

---

12.1.	Caractéristique du questionnaire.....	88
12.2.	Présentation du questionnaire .....	88
12.3.	L'identification de la population cible (public) .....	89
12.4.	Le déroulement de l'enquête.....	89
12.5.	Les informations générales sur l'échantillon de l'enquête.....	90
.13	Des analyses des résultats obtenus.....	106
	Conclusion Générale .....	109
	Références bibliographiques .....	112
	ANNEXES:.....	116
	Abstract .....	141
	ملخص.....	142

# **Introduction générale**

## Introduction générale

Le terme spécificité psycho- affective est un processus complexe relatif à la structure psychologique issue des relations affectives entretenues notamment dans la petite enfance.

Il représente un élément important, qui ne peut être nié. Le refus de l'acceptation de la réalité, suite à une frustration, entraîne la défaillance dans l'apprentissage des règles stables quand les causes fondamentales d'une < dissociabilité > possible apparaissent. Ceci signifie l'existence d'une forme d'inadaptation psychique.

Dans les sciences du langage, la notion de "discours" est beaucoup utilisée "Nous appellerons "discours" l'usage du langage en situation pratique, parmi les types du discours qui existent Le discours professionnel peut être compris comme : une langue appartenant à un «domaine » ou « sous-domaine » (Buvet & Mathieu-Colas, 1999) et que l'on connaît dans le domaine de la linguistique comme « langues spécialisées » (Lerat, 1995). Un discours représente un développement oral fait devant une audience, le plus souvent à l'occasion d'un événement particulier.

Au sein d'une consultation médicale le médecin joue un rôle primordial, il doit adapter son langage pour que ses mots soient compréhensibles pour le patient. Les niveaux socioculturels de compréhension sont différents d'un patient à l'autre et le médecin doit s'adapter en permanence. Aussi, le médecin va prendre en considération tout type de spécificité de chaque patient et surtout les spécificités psycho affective. Prendre en considération de ces spécificités est généralement nécessaire lorsque le patient présente des maladies graves ou quand il s'agit d'un cas de santé qui fait déprimer les patients et les rend agressifs.

Le présent travail est une recherche dont le souci majeur est d'analyser la spécificité psycho -affective du discours adopté dans le domaine médical. C'est en effet, une dimension qui ne peut être niée dans la mesure où il s'agit d'un type d'énonciation impliquant au plus haut point le sujet parlant. Il est à souligner que le milieu médical est un milieu qui possède sa langue et ses propres codes c'est également le lieu où se tissent des relations mettant en jeu une certaine affectivité exigeant un type d'échange verbal dont la fonction consiste à mettre en œuvre la relation établie entre l'énoncé et les circonstances de la situation de communication.

Sur la base de ce qui a précédé, nous avons établi une problématique qui s'articule comme suit :

Quelles sont les spécificités psycho-affectives du discours professionnel et comment se conçoit la communication dans la consultation médicale ? Cette question conduit à un ensemble de sous question.

- Quelles sont les difficultés que rencontre le médecin lors de l'annonce des maladies aux patients ?
- Quelle est la langue utilisée par les médecins dans leur communication avec les patients ?
- Quelles sont les stratégies énonciatives que le personnel médical adopte pour faire aboutir le message ?

A la lumière des questions secondaires et la problématique, nous émettons les hypothèses suivantes :

- Les difficultés rencontrées par les médecins lors de la communication avec les patients sont essentiellement, la réfutation des patients et leurs incapacités d'accepter les maladies. Autrement dit, état psychoaffective des patients.
- On suppose que la langue la plus utilisées au sein de la conversation entre le médecin et les patients soit la langue arabe, plus précisément le dialecte algérien cela justifie par le fait que cette langue représente la langue parlée par la majorité des algériens donc les patients, ce qui oblige le médecin de parler en arabe.
- Pour faire aboutir le message, le médecin doit choisir un cadre spatio-temporel convenable.

Le choix de notre objet d'étude n'est pas le fruit du hasard, il est né d'après notre observation des hôpitaux publics, nous avons constaté après une enquête récente fait à la polyclinique de SANAOUA que le discours médical se caractérise, par l'implicite et des difficultés à comprendre par les patients dans certains cas surtout dans la consultation médicale. La plupart des problèmes dans cet établissement et à cause du malentendu et les problèmes de communication entre médecin et patient. En tant que spécialistes de la langue nous somme dans l'obligation de trouver des solutions à travers la réponse aux questions posées. Aussi, La curiosité de connaître l'effet de paroles du médecin sur l'état mental et psychologique du patient. Ainsi que la manière dont les médecins communiquent avec leurs patients dans les cas des maladies graves.

Notre travail de recherche ayant pour intitulé :les spécificités psycho affective dans le milieu médical «**cas de consultation médicale dans les établissements de santé (publiques et privés) commune de Mila**» .Cette recherche a pour objectif de mener une étude en pragmatique et en psycho-socio-linguistique afin d’apprécier les spécificités psycho- affectives du discours entre patient médecin et montrer les caractéristiques de la communication entre les médecins et les patients dans le contexte médicale et aussi faciliter la tâche aux étudiants de médecine dans leur formation initiales aussi rendre le discours médicale explicite simple et facile à comprendre par tous les locuteurs qui s’intéressent à ce sujet quel que soit chercheurs, ou étudiant en science du langage. En nous appuyant sur les résultats d’un questionnaire et un entretien qui base sur observation.

Notre travail de recherche subdivise en deux chapitres : un premier chapitre théorique ; qui sera consacré à la présentation des théories aussi que nous allons définir les concepts se rapportant à notre thème.

Un deuxième chapitre pratique sera consacré à la présentation du terrain, la description du corpus, critères du choix, ainsi que l’analyse du corpus qui nous permettra une affirmation soit une infirmation de nous hypothèses.

Pour clôturer notre travail, nous proposerons une conclusion générale qui va englober et synthétiser les résultats de notre étude.

**Chapitre 1 : Contexte théorique**

# **Chapitre 1**

Le discours établi dans la consultation médicale  
comme objet d'analyse pragmatique



## **Introduction :**

Dans ce chapitre intitulé “ le discours établi dans la consultation médicale comme objet d'analyse Pragmatique et linguistique nous mettons en évidence accent sur un concept clé qui est la pragmatique nous mettrons en évidence sa naissance sa définition et sa relation avec le discours et analyse du discours .nous aborderons ensuite la notion d'énoncé et dénonciation Nous devons de ce faite de définir la notion de consultation médicale , dans le milieu hospitalier ainsi que son aspect avec la linguistique.

### **1. La pragmatique**

*« La pragmatique est à la base de toute la linguistique »* Rudolf Carnap

La pragmatique est un nouveau courant qui est apparu après une tentative de répondre d'un ensemble d'interrogations philosophes entre autres : Que faisons-nous lorsque nous parlons ? Que disons-nous exactement lorsque nous parlons ? ...

L'émergence ou plutôt la construction de ce courant est d'abord imputable d'une situation de crise philosophique, survenue à la fin de XIX<sup>e</sup> siècle. Il apparait pour la première fois chez Morris en 1938 pour définir la relation entre les signes et ses usagers dans le domaine de la sémiotique. Puis elle devient un courant autonome de recherche dans les sciences du langage.

En 1938, Morris donne la plus ancienne définition de la pragmatique.

*« La pragmatique est cette partie de la sémiotique qui traite du rapport entre les signes les usagers des signes ».*

Cette définition renvoie à l'idée que la pragmatique pourrait désigner l'étude des aspects biotiques de la sémiotique, autrement dit, les aspects qui en rapport avec la vie ou les êtres vivants en général.

Une définition linguistique proposée par Anne-Marie Diller et François Récanati (1979).

*« La pragmatique étudie l'utilisation du langage dans le discours et les marques spécifique qui, dans la langue, attestent sa vocation discursives ».*

Pour être plus clair, dans la linguistique, on ne peut pas étudier le sens sans le définir par son usage dans le discours.

La définition la plus satisfait, est celle de Francis Jacques en 1979.

*« La pragmatique aborde le langage comme phénomène à la fois discursif, communicatif et social ».*

A partir de ce point de vue, le langage est conçu comme un ensemble intersubjectif de signes dont l'usage est déterminé par des règles partagées. Donc, il s'agit des conditions de possibilité du discours.

Du confluent pluridisciplinaire dans lequel s'est constituée la pragmatique, on peut retenir trois travaux principaux de la pensée :

La philosophie du langage anglo-saxonne, John L. Austin, John R. Searle et H. Paul Grice, puis le modèle cognitiviste de Dan Sperber et Deirdre Wilson et enfin les théories de l'école française, représentée par Oswald Ducrot et Jean-Claude Anscombe. (Martine Bracops, Introduction à la pragmatique : Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée. 2006).

### **1.1. Austin et la naissance de la pragmatique**

En se basant sur les travaux de Morris, le philosophe Austin ; en 1955, prononce « les willam james lectures » dans le but de fonder une nouvelle discipline philosophique, la philosophie du langage, il a réussi, mais cette contribution était un point de départ de la pragmatique linguistique. Selon laquelle, le langage a pour le but de décrire la réalité et toutes les phrases.

Elles sont vraies si la situation qu'elles décrivent s'est effectivement produite dans le monde, elles seront fausses si le ces contraires. Cette hypothèse quant au caractère descriptif des phrases, Austin la baptise, de façon évocatrice, du nom d'illusion descriptive, il part d'une simple constatation, de nombreuses phrases qui ne sont ni des questions, ni des phrases impératives, ni des exclamations ne décrivent rien et ne sont pas évaluables du point de vue de leur vérité ou de leur fausseté.

En effet, elles cherchent à agir sur l'état du monde, à le modifier. Austin appelle ce type de phrases des performatifs, ils servent à accomplir les actes, autrement dit, qui n'existent que relativement à une institution humaine et qui fait référence à une convention humaine. Les phrases performatives, si elles ne sont pas susceptibles de vérité ou de faussetés, ne sont pas pour autant impossibles à évaluer, leur évaluation se fait en termes de succès ou d'échec.

En résumé, c'est à partir l'opposition de constitutive, décrire la réalité, et performative, accomplir un acte, que la notion d'actes de langage est apparu pour la première fois.

Austin admet que toute phrase complète, en usage, trois actes de langage différents ; le premier est un acte locutionnaire, celui que l'on accomplit par le simple fait de dire quelque chose, le deuxième est un acte illocutionnaire que l'on accomplit en disant quelque chose, le troisième est un acte perlocutionnaire que l'on accomplit par le fait de dire quelque chose.

Conformément à ses doutes quant à la distinction constatif/performatif, Austin admet que toute énonciation d'une phrase grammaticale complète dans des conditions normales correspond de ce fait même à l'accomplissement d'un acte illocutoire. Cet acte peut prendre des valeurs différentes selon le type d'acte accompli et Austin distingue cinq grandes classes d'actes illocutoires :

- ❖ Les verdictifs ou actes juridiques (acquitter, condamner, décréter...);
- ❖ Les exercitifs (dégrader, commander, ordonner, pardonner, léguer...);
- ❖ Les promissifs (promettre, faire vœu de, garantir, parier, jurer de...);
- ❖ Les comportatifs (s'excuser, remercier, déplorer, critiquer...);
- ❖ Les expositifs (affirmer, nier, postuler, remarquer...).

## 1.2. Searle et la théorie des actes de langage

La première contribution de Searle à la théorie austinienne est la formulation du principe d'exprimabilité,

*« Pour toute signification X, et pour tout locuteur L, chaque fois que L veut signifier (à l'intention de transmettre, désire communiquer...) X, alors il est possible qu'existe une expression E, telle que E soit l'expression exacte ou la formulation exacte de X »* (Searle, 1972, P. 56-57).

Autrement dit, tout état mental peut être exprimé explicitement ou littéralement par une phrase.

Cependant, ce principe découlent deux autres éléments essentielles ; l'intentions et la convention. Searle affirme que tout locuteur est animé, lors de la communication, d'une double intentions : communiquer à son interlocuteur le contenu de sa phrase et , en même temps, faire reconnaître à ce dernier cette première intention grâce à des règles linguistiques conventionnelles qui fixent la signification de la phrase et font reconnaître cette première intention par la production d'une phrase en vertu des règles conventionnelles qui gouvernent l'interprétation de

cette phrase dans la langue commune. L'innovation principale de Searle consiste à distinguer deux parties dans un énoncé : le marqueur de force illocutionnaire et le marqueur de contenu propositionnel.

L'autre contribution de Searle consiste à une description des conditions selon lesquelles un acte illocutionnaire est ou n'est pas couronné de succès. Il distingue :

- ❖ Les règles préparatoires.
- ❖ La règle de contenu propositionnel.
- ❖ Les règles préliminaires.
- ❖ La règle de sincérité.
- ❖ La règle essentielle qui spécifie le type d'obligation contractée par l'un ou l'autre des interlocuteurs.
- ❖ Les règles d'intention ou de convention.

Le cas des actes indirects; du type « peux-tu me passer le sel (s'il vous plait) ». Pour Searle, dans un tel cas, le locuteur fait reconnaître son intention (qu'on lui passe le sel) grâce aux règles conventionnelles qui régissent l'interprétation de cette phrase, mais la théorie des actes de langage devrait prédire que cette intention ne sera jamais satisfaite, car elle ne peut être reconnue par la signification conventionnelle de la phrase. Searle propose une solution, il considère que le locuteur fait ici deux actes de langage :

- Un acte primaire, une enquête accomplie par l'intermédiaire.
- Un acte secondaire, une question.

### 1.3. Grice : une nouvelle vision théorise de la pragmatique

#### 1.3.1. *La notion de signification non- naturelle*

Pour expliquer cette notion, Grice est basé sur le verbe anglais « to mean » qui se traduit en français tout à la fois par indiquer, signifier ou vouloir dire, il a proposé une définition précise de cette notion, « dire qu'un locuteur a voulu dire quelque chose par une phrase, c'est dire que ce locuteur a eu l'intention, en énonçant cette phrase, de produire un effet sur son interlocuteur par la reconnaissance de cette intention».

Cette notion est liée étroitement avec le verbe « to mean », exactement, au verbe «vouloir dire» ; autrement dit, Grice insiste sur les intentions du locuteur et sur la reconnaissance de ces intentions par l'interlocuteur.

Grice introduit, en plus de la notion de signification non- naturelle, deux notions importantes ; la notion d'implicature et la notion principe de coopération.

Il suppose que des interlocuteurs qui participent à une conversation commune respectant un principe, le principe de coopération, selon lequel les participants s'attendent à ce que chacun d'entre eux contribue à la conversation de manière rationnelle et coopérative pour faciliter l'interprétation de ses énoncés.

*« Que votre contribution à la conversation soit, au moment où elle intervient, telle que le requiert l'objectif ou la direction acceptée de l'échange verbal dans lequel vous êtes engagé ».* (Grice, 1979, P. 93)

Cela signifie que dans une situation de communication, lorsque le destinataire tente de détecter une intention communicative, il peut s'attendre à ce que le locuteur suive ce principe et donc agisse de manière coopérative.

Grice (1979) explicite ce principe en proposant quatre maximes qui en découlent et qui sont supposées être respectés par les interlocuteurs :

- Maximes de quantité : Impose que la contribution d'un locuteur :
  - Soit informative que nécessaire.
  - Ne soit pas plus informative que nécessaire.
- Maximes de qualité Impose :
  - La sincérité ; ne dites pas ce que vous croyez être faux.

- Ne dites pas ce que vous n'avez pas de raisons suffisantes de considérer comme vrai.
- Maxime de relation (ou de pertinence)
  - Soyez pertinents.
- Maximes de manière.
  - Évitez de vous exprimer de manière obscure.
  - Évitez l'ambiguïté.
  - Soyez bref.
  - Soyez ordonné.

Revenons à la notion d'implicature. Cependant, la notion de la signification non-naturelle prévoit l'interprétation d'un énoncé ne se réduit pas toujours à la signification linguistique conversationnelle de la phrase correspondance. Il est donc une différence entre ce qui est dit (la signification linguistique conventionnelle de la phrase) et ce qui est transmis ou communiqué (l'interprétation de l'énoncé). Si la signification renvoie à ce qui est dit, donc l'implicature est ce qui est communiqué, dans la mesure et à proportion de ce que ce qui est transmis est différent de ce qui est dit.

En effet, les implicatures correspondent au vouloir dire du locuteur. Ainsi, le destinataire s'il souhaite comprendre le vouloir dire du locuteur, doit détecter l'intention du locuteur. Or un énoncé ne révèle pas naturellement l'intention du locuteur, d'où la nécessité de processus inférentiel. La théorie des implicatures de Grice met donc en avant la reconnaissance des intentions, qui passe, comme le montrent les sciences cognitives contemporaines par la théorie de l'esprit, c'est-à-dire, par la capacité à comprendre les états mentaux d'autrui et à prédire son comportement sur cette base. Le fait de détecter l'intention communicative du locuteur permet au destinataire de comprendre qu'il doit comprendre l'information que le locuteur veut lui faire passer et ainsi s'engager dans la conversation.

Grice distingue entre le sens conventionnel, objectif, d'un énoncé, et son sens subjectif, selon ce que le locuteur voulait dire. Il distingue alors deux types d'implicature : l'implicature conversationnelle dépend du contexte de la conversation, tandis que l'implicature conventionnelle dépend de l'énoncé lui-même.

### ***1.3.2. L'implicature conventionnelle***

Sont des déclenchées par les constructions linguistiques et sont liées à la forme de ces constructions. On trouve comme exemple :

- Pierre est français, il est donc chauvin.
- Valentine divorce, mais serge en est ravi.

### ***1.3.3. L'implicature conversationnelle***

Résultent de l'application des maximes conversationnelles. Si le locuteur, basé sur l'une ou l'autre maxime, infère une proposition quelconque, on dira qu'il a tiré de l'énoncé du locuteur une implicature conversationnelle. La récupération d'une implicature conversationnelle est le résultat d'une inférence non démonstrative gouvernée par les règles (maximes) pragmatiques universelles.

### ***1.3.4. L'approche inférentielle***

La façon dont, dans le modèle de Grice, on dérive les implicatures, et notamment les implicatures conversationnelles, est bien évidemment inférentielle. Autrement dit, le modèle gricéen est un modèle inférentiel contraint par les maximes conversationnelles.

Pour être plus clair, l'inférence est définie comme un processus logique qui, à partir d'un certain nombre d'informations connues (les prémisses), en dérive de nouvelles (la ou les conclusion (s)).

## **1.4. Vers une pragmatique cognitive**

Appelée aussi « radicale » qui s'inscrit dans la tradition philosophique et logicienne anglo-saxonne à laquelle s'intègrent, on parle, précisément, des travaux de Dan Sperber et Deirdre Wilson et la théorie de la pertinence.

La théorie de la pertinence est un héritage ou une continuité des travaux de Grice. Même si elle diffère sur quelques points, elle garde certains principes fondamentaux de la théorie gricéenne de la communication.

Selon Sperber et Wilson, la pertinence (définie par la minimisation des coûts de traitement et la maximisation de l'effet cognitif d'un stimulus donné) est une caractéristique de l'esprit humain, et la tendance de la cognition humaine est de maximiser cette pertinence. Cette tendance générale est plus précisément décrite par Sperber et Wilson (1995, p. 260) comme le

principe cognitif de pertinence : la cognition humaine tend à maximiser la pertinence de l'information qu'elle traite. Ce principe est suffisamment précis pour rendre compte de la partie raisonnement de la communication. Sperber et Wilson (1989) définissent le principe de pertinence applicable à la communication comme suit :

*« Tout acte de communication ostensive communique la présomption de sa propre pertinence optimale. »*

Cette propriété unique, le principe de pertinence, permet d'expliquer comment les individus choisissent l'information spécifique qui retient leur attention à un moment donné. La théorie de la pertinence ne prend pas seulement en compte les aspects linguistiques de la communication : elle s'intéresse avant tout au fonctionnement de l'esprit humain en situation de communication. Les déclarations ne sont pas les seuls éléments pertinents, tout comme les composants de l'environnement dans lequel les pensées, les croyances, les souvenirs et la communication ont lieu. Selon Sperber et Wilson, les énoncés ne sont pas interprétés à partir d'énoncés isolés, mais à partir d'énoncés contextuels, qui, comme nous le verrons ci-dessous, intègrent des données provenant d'une variété de sources, de situations de communication et d'informations de conversation sur les croyances de la personne. (La théorie de la pertinence de Sperber et Wilson).

On revenu à la notion de signification non-naturelle repose sur une double intention : l'intention de transmettre un contenu ; l'intention de réaliser cette intention de transmettre un contenu grâce à la reconnaissance par l'interlocuteur de cette intention. Dans le même esprit, Sperber et Wilson distinguent deux intentions :

- L'intention informative, c'est-à-dire l'intention qu'a le locuteur d'amener son locuteur à la connaissance d'une information donnée.
- L'intention communicative, c'est-à-dire l'intention qu'a le locuteur de faire connaître à l'interlocuteur son intention informative.

Bien que cela ne soit pas exactement similaire à la définition de Grice de la signification non naturelle et à la définition de Sperber et Wilson de l'intention informationnelle et communicative, plus important encore, de nombreux théoriciens de la communication ne voient pas l'existence de l'intention communicative. La nécessité d'une intention informationnelle place les auteurs de la théorie pertinente parmi les héritiers de Grice. Cela est particulièrement vrai pour un autre concept développé par Sperber et Wilson, le concept de communication inférentielle explicite, qui est directement lié à l'intention informationnelle et communicative.



L'un des avantages du concept de communication explicite-inférentielle est qu'il ne s'agit pas seulement de communication La linguistique, mais la communication en général. Il peut être défini comme suit : il y a communication ostensive-inférentielle lorsqu'un individu fait connaître à un autre individu par un acte quelconque l'intention qu'il a de faire connaître à cet autre individu une information quelconque.

La théorie de la pertinence fait deux hypothèses fortes, l'une sur la cognition, l'autre sur la communication :

- L'hypothèse sur la cognition est que l'esprit humain est orienté vers la recherche de pertinence; en d'autres termes, les processus cognitifs ne sont pas aveugles, ils sont pilotés vers la recherche d'effets cognitifs, ce qui explique que des efforts cognitifs (attention, traitement de l'information) soient mobilisés dans la communication.

- La deuxième hypothèse est que la communication verbale est un processus ostensif-inférentiel. La communication verbale est ostensive parce que les actes de communication sont des comportements intentionnels : le locuteur a une intention informative qu'il atteint par la reconnaissance par le destinataire de son intention communicative; la communication est inférentielle, parce que pour atteindre l'intention informative du locuteur, le destinataire doit faire des inférences non démonstratives, et donc accéder à des informations sur le monde (informations contextuelles) pour construire leurs prémisses. (D. Sperber et D. Wilson).

### **1.5. La pragmatique linguistique (intégrée)**

Pour Ducrot, une linguistique du langage est impossible sans une linguistique de la parole, ou une sémiotique sans sémantique. Il revendique un « structuralisme du discours idéal ». L'enchaînement que revendique tout énoncé n'est pas à confondre avec les enchaînements effectivement réalisés.

Ducrot définit l'activité « illocutoire » comme « l'ensemble des actes qui s'accomplissent immédiatement et spécifiquement par l'exercice de la parole » (DNPD : 36). (DNP : Dire et Ne Pas Dire).

L'acte illocutoire apparaît comme un acte juridique effectué par la parole. « Cette nouvelle notion s'applique lorsqu'on considère la transformation des rapports légaux comme l'effet premier de l'activité, et non comme une conséquence d'un effet logiquement ou chronologiquement antérieur » (ibid : 77). Se pose alors la question des conditions sociales de reconnaissance d'un acte illocutoire.

Cependant, Ducrot privilégie tour à tour deux actes illocutoires : la présupposition, par la suite, l'argumentation, sous entendu et les lois de discours.

La présupposition est une représentation discursive implicite. Cette forme de points de vue se définit comme suit (Ducrot, 1969, 1972) : le présupposé (désormais PP) est un point de vue implicite présenté comme préexistant à l'énonciation et pris en charge nécessairement par le locuteur de l'énoncé qui le véhicule. (<https://gerflint.fr/Base/Algerie17/khenifer.pdf>).

L'argumentation : refus de l'acception ordinaire du terme. Ce terme désigne habituellement les manœuvres discursifs forts variés qu'utilise un locuteur pour influencer son interlocuteur. Ducrot les écarte, dans la mesure où elles dépendent étroitement de la situation de discours et non de marques linguistiques internes à l'énoncé.

La valeur argumentative d'un énoncé se lit à travers la présence des connecteurs sémantiques (tels «mais, d'ailleurs, décidément» qu'analysent Les mots du discours). Ils articulent des contenus argumentatifs qui ont le statut de présupposés.

Ducrot définit alors l'argumentation comme un acte illocutoire. Dérivé et non primitif, car cet acte s'appuie sur des contenus argumentatifs au statut de présupposés, marqués eux-mêmes par un acte illocutoire de présupposition.

Les lois de discours :

*«On admet ... que la collectivité linguistique, à l'intérieur de laquelle se déroule le processus de communication, impose à l'acte d'énonciation certaines normes que j'appelle "lois du discours» (LD, P. 24). Il distingue plusieurs lois, on cite :*

- Loi d'informativité
- Loi d'exhaustivité
- Loi de sincérité
- Loi d'enchaînement
- Loi d'intérêt

Un sous-entendu est dérivé à partir du contexte global (connaissances des participants de la communication, situation de communication, communication avec son historique) et d'un principe d'inférence (principe de pertinence, principe de coopération et éventuelles déclinaisons

en termes maximes) voire de lois discursives (principe d'exhaustivité...). L'objet n'est pas ici de savoir quel traitement théorique choisir parmi les options que nous venons d'évoquer. Il suffit de noter que les sous-entendus s'apparentent aux implicatures de Grice, et qu'elles sont potentiellement pleinement communiquées, au même titre que ce qui est dit et énoncé. Pour reprendre un exemple de Paul Larreya (à paraître) :

- Tu crois qu'il supportera le froid ?
- Il est Savoyard. (Il a passé toute son enfance dans un village à 1400 mètres d'altitude.)
- « Il supportera le froid ». (Simonin, 2013)

## **1.6. Énoncé/ énonciation**

### ***1.6.1. L'énonciation***

Selon la définition donnée au dictionnaire de la linguistique, l'énonciation est

*«L'acte individuel de production, dans un contexte déterminé, ayant pour résultat un énoncé les deux termes s'opposent comme la fabrication s'oppose à l'objet fabriqué». (Dubois, 2002, P. 180).*

*«La plupart du temps, l'énonciation est déterminante dans notre emploi du langage : C'est elle qui commande tous les repérages par lesquels nous plaçons notre interlocuteur dans une situation de réception. Ces repérages ne sont jamais faciles à décrire, pour la simple raison qu'ils varient sans cesse selon la situation, et qu'ils varient d'un interlocuteur à l'autre. » (Gillen et Dan, p.209).*

Donc, l'énonciation permet au locuteur d'exprimer sa vision du monde. Il doit se référer aux objets de ce monde de manière à permettre à son interlocuteur une interprétation. Pour Benveniste, la particularité de chaque situation d'énonciation réside dans ces éléments. C'est là qu'est née la théorie de l'énonciation.

### ***1.6.2. L'énoncé***

En linguistique, un énoncé peut être défini comme une séquence orale ou écrite résultant d'un acte d'énonciation, c'est-à-dire produite par un sujet énonciateur dans une situation donnée.

Selon les principales théories de la pragmatique linguistique, tout énoncé est porteur de sens. Le chercheur doit s'intéresser à ses conditions d'utilisation et à son contexte d'énonciation. L'énonciation est un phénomène variable lié à l'activité du langage en situation dans un (je-ici-

maintenant). Elle est liée à un contexte et elle donne du sens à partir de la compréhension et de l'interprétation.

En résumé, l'énonciation est alors vue comme le processus même qui a pour point d'arrivée la réalisation de l'énoncé. Pour comprendre un énoncé, il est important de comprendre les raisons qui ont participé à sa réalisation. Car « l'énoncé est un processus unique, en ce sens qu'il ne peut être reproduit sans modifier les conditions dans lesquelles il se réalise ».

### **1.7. L'étude du discours en tant qu'acte d'énonciation**

L'étude du discours en tant qu'acte d'énonciation consiste à relever les formes linguistiques observables du point de vue de la langue : « En d'autres termes, si les discours sont intelligibles c'est parce que les énoncés qui les constituent sont porteurs des marques d'une énonciation construite en langue. » (Collinot et Mazières, 1999, p. 167) Le discours serait par conséquent formé d'énoncés, ces énoncés eux-mêmes dépendant de leurs énonciations :

Discours = énoncé + énonciation.

#### **1.7.1. Le discours et l'énoncé**

De nombreux travaux – notamment du courant français d'analyse du discours définissent le concept de « discours » par l'intermédiaire de l'énoncé. Deux acceptions s'en dégagent:

- Le discours est un énoncé ou une suite d'énoncés.
- Le discours est un ensemble d'énoncés de même « formation discursive ». La première acception ne constitue pas un objet théorique (Maingueneau, 1994). La seconde, où discours désigne un ensemble cohérent d'énoncés, est beaucoup plus intéressante.

#### **1.7.1. Le discours comme suite d'énoncés**

Tout énoncé si long soit-il peut être considéré comme un fragment de discours (Volochnov 1929, Ducrot 1984). Le mot, la phrase pris en situation réelle de communication sont déjà des énoncés. D'où le problème du *sens* d'un discours. Résulte-t-il de l'ensemble des sens des énoncés qui le composent ? Cela le ramène à une « suite d'énoncés » (Moeschler et Reboul, 1998, p.235) à une suite de phrases. Semblablement, la psycholinguistique présente le discours comme une séquence cohérente d'énoncés, ou encore une fois de phrases (Caron, 1983, p. 111-112), dont « la cohérence propre » suppose trois types d'opérations :

- une mise en relation des énoncés dans le discours observé.

- un processus qui permet le passage d'un état à un autre.
- une progression constituée par une succession d'états qui font de.

### **1.7.2. D'énoncé au discours**

Ces notions ont leur origine dans la sociolinguistique des années soixante-dix. La notion semble se rapprocher de celle de « contexte » ou de « situation de communication », voire d'énonciation, selon Benveniste (1966, 1974). La notion de « situation de communication ».

Désigne l'ensemble des données immédiates non linguistiques qui encadrent un échange se sert de la notion de « conditions de production » pour distinguer l'énoncé du discours. Contrairement à l'énoncé, proche du texte comme unité limitée dans le temps et dans l'espace et à ce titre doté d'une relative autonomie, le discours apparaît comme un processus dynamique inscrit dans un contexte de production. La distinction entre énoncé et discours elle-même s'effectue par la prise en compte de marques linguistiques référant à l'acte de production (Branca, 2002, p.118), il y a – en plus de la situation immédiate de production – les connaissances partagées ou le savoir préconstruit véhiculé d'un tour de parole à un autre, à la fois ce qu'on nomme les conditions de félicité de la communication, l'intertextualité, l'encyclopédie, l'expertise (la compétence) des interactants. La notion de « situation de communication » peut aussi être envisagée comme la mise en œuvre des interactions qui influencent non seulement la production mais aussi l'interprétation du message, le message prévu n'étant pas nécessairement le message émis ni à fortiori le message reçu (Vargas 1987, François 1990, Charaudeau 1997). Ainsi considérée, la situation de communication

admet trois composantes :

- L'intertexte, masse des énoncés déjà là et les différents cadres : explication, définition...
- L'interlocution, projet du locuteur et attente de l'interlocuteur.
- Les conditions de communication, référents et autres composantes.

Pour Maingueneau (2002, p.229), la situation d'énonciation désigne un « système de coordonnées abstraites associées à toute production verbale » alors que la situation de communication renvoie au « contexte effectif d'un discours ».

## **1.8. La subjectivité**

Le problème de l'énonciation est lié à celui de la "subjectivité dans le langage". Il met l'accent essentiellement sur la présence de l'homme dans le langage à travers l'étude des

différentes unités linguistiques qui sont des "indices spécifiques" à travers lesquels le locuteur énonce sa position (par rapport au monde et par rapport à d'autres).

*« La subjectivité dont nous traitons ici est la capacité du locuteur à se poser comme « sujet ». Elle se définit, [...] comme l'unité psychique qui transcende la totalité des expériences vécues qu'elle assemble, et qui assure la permanence de la conscience. Or nous tenons que cette « subjectivité » [...] n'est que l'émergence dans l'être d'une propriété fondamentale du langage. Est « ego » qui dit « ego ». Nous trouvons là le fondement de la « subjectivité », qui se détermine par le statut linguistique de la « personne ». (Benveniste et Tom, p. 258-259).*

La subjectivité est donc la particularité propre au langage humain, dans et par laquelle l'homme se construit en sujet. C'est la présence du « moi » ainsi que la conscience de l'existence de ce moi avec toutes ses propriétés psychiques, sociales et culturelles. L'énonciateur doit s'identifier comme sujet dans son énonciation.

La « subjectivité » dont nous traitons ici est la capacité du locuteur à se poser comme «sujet». Elle se définit, non par le sentiment que chacun éprouve d'être lui-même (...) mais comme l'unité psychique qui transcende la totalité des expériences vécues qu'elle assemble et qui assure la permanence de la conscience » (PLG 1, P. 259-260).

## **2. L'analyse du discours**

Le mot « discours » est apparu pour la première fois chez Gustave Guillaume en 1911. Il est le premier qui a mis en avant ce terme dans la linguistique.

L'analyse du discours reçoit des définitions très variées. Il existe une définition très large, « l'analyse de l'usage de la langue » (Brown et Yule, 1983, P.1); « l'étude de l'usage réel du langage, Par des locuteurs réels dans des situations réelles » (Van Dijk, 1985, t. IV, chap. 2). Surtout dans les pays anglo-saxons, considérant le discours comme une activité fondamentalement interactionnelle.

Mais avec ces définitions très vagues il s'avère difficile de distinguer l'analyse du discours d'autres disciplines qui étudient le discours. Nous jugeons préférable de spécifier l'analyse du discours comme la discipline qui au lieu de procéder a une analyse linguistique du texte en lui même ou a une analyse sociologique ou psychologique du texte « contexte », vise à articuler son énonciation sur un certain lieu social. Elle a ainsi affaire aux genres de discours

l'œuvre dans les secteurs de l'espace social (un café, une école, une boutique. . .), ou dans les champs discursifs (politique, scientifique.). (Maingueneau, 1996, P. 11-12).

Comme l'analyse du discours est au carrefour des sciences humaines, elle est soumise à une grande instabilité. Il existe des analystes du discours plutôt sociologues, d'autres plutôt linguistes, d'autres plutôt psychologues. À ces divisions s'ajoutent des divergences entre de multiples courants. L'anthropologie, la linguistique et la psychanalyse. (Analyse de discours entre critique et argumentation. in : <https://journals.openedition.org/aad/1343>).

Maingueneau 1995 : L'analyse du discours est seulement une des disciplines des études de discours : rhétorique, sociolinguistique, psychologie discursive, analyse des conversations, etc. Chacune de ces disciplines est gouvernée par un intérêt spécifique. L'intérêt de l'analyse du discours est d'appréhender le discours comme articulation de textes et de lieux sociaux. Son objet n'est ni l'organisation textuelle ni la situation de communication, mais ce qui les nomme à travers un certain dispositif d'énonciation (Analyse de discours entre critique et argumentation. in : <https://journals.openedition.org/aad/1343>).

Donc, l'analyse de discours (désormais AD), est une technique de recherche en sciences sociales permettant de questionner ce qu'on fait en parlant, au-delà de ce qu'on dit. Maingueneau (2005) affirme que l'AD : « *il s'agit de l'analyse de l'articulation du texte et du lieu social dans lequel il est produit* ».

### **3. Entre pragmatique et l'AD**

Pour résumer la relation entre les deux concepts, Longhi et Sarfati (2011) affirme que la pragmatique linguistique joue un rôle important dans l'AD, surtout au point de vue de sa diversité théorique relative aux notions : l'acte de langage, l'argumentation, l'énonciation de discours...

Maingueneau (2002) montre que la pragmatique et l'AD sont étroitement liées :

*« L'analyse de discours entretient des relations étroites avec la pragmatique, appréhendée dans ses divers facettes. Elle est obligée de s'appuyant constamment sur l'étude de phénomènes comme les connecteurs, la référence nominale, les actes de langage, etc. Elle est en outre profondément marquée par les idées forces de la conception pragmatique du langage (interactivité, rôle crucial de l'implicite, etc.) »* (Charaudeau et Maingueneau, 2002, P. 45).

#### 4. La consultation médicale

L'étude des consultations entre médecins et patients a suscité une littérature scientifique interdisciplinaire très importante, dont les objectifs et les démarches diffèrent assez nettement (*Ainsworth-Vaughn, 2001, P. 453*).

Les travaux émanant de la sphère médicale sont orientés vers la pratique. S'ils étudient certaines caractéristiques du discours produit dans ce contexte, c'est pour en mesurer les effets sur l'efficacité de la relation de soins. Ces analyses peuvent déboucher sur une meilleure compréhension des mécanismes de communication et sur des préconisations pour améliorer « l'habileté communicationnelle » des médecins (Fournier et Kerzanet, 2007, P.19). D'un autre côté, les travaux sur le discours, émanant de la communauté linguistique, s'intéressent aux consultations médicales comme un genre de discours particulier, présentant un ensemble de caractéristiques intéressantes qui amènent à prendre en compte une plus large gamme de phénomènes langagiers, depuis les aspects lexicaux jusqu'aux aspects pragmatiques, psychologique et affective. Des travaux portent par exemple sur la nature des actes de langage produits, sur la caractérisation du genre de la consultation, sur la façon dont médecin et Patient négocient ensemble la compréhension de la situation et le diagnostic (Gafaranga et Britten, 2004, P.24), etc. La richesse de ces descriptions linguistiques est indiscutable, mais, comme le remarque (Fleischmann, 2001, P.470), elles ne se traduisent pas facilement en recommandations assimilables par la communauté médicale.

#### 5. Le discours

##### 5.1. Notion de discours

Le discours peut traduire à la fois le grec *logos* et le latin *oratio*. Le *logos* désigne l'énoncé, la parole et l'exercice de la raison. L'*oratio* désigne l'énoncé, la parole et le discours de l'orateur (Carlott, P.45). Le mot discours dans son sens général est le développement oratoire, allocution prononcée en public (Reformulé, in: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discours/25859>). En linguistique est un énoncé égal ou supérieur à la phrase considérée du point de vue de son enchaînement.

Le discours se distingue de la phrase (Harris 1952). S'oppose à la *langue* depuis les études de Gardiner (1932). La langue se présente comme système de valeurs virtuelles alors que le discours désigne l'usage de la langue en contexte. Dans cette même opposition « langue vs discours », la langue apparaît comme un système partagé par les membres d'une communauté linguistique alors que le discours est un usage restreint de ce système (Carlotti, P. 45).



Le discours s'oppose au texte lorsqu'il est défini par J.-M. Adam (1999, P.39) comme

« L'inclusion d'un texte dans son contexte ». Enfin, le *discours* s'oppose à l'*énoncé* un peu comme s'opposent discours et texte (Guespin, 1971, P. 10).

## 5.2. Le discours dans la consultation médicale et un discours oral

Par oral, nous entendons un discours en interaction exprimé et transmis de vive voix; formulé par le moyen de la parole. A l'opposé, l'écrit est lui exprimé à travers des graphies, il est consigné dans le temps et l'espace.

**Tableau 1 : Discours oral et écrit**

Spécificité du discours oral	Spécificité du discours écrit
<ul style="list-style-type: none"><li>• La spontanéité</li><li>• Les phénomènes de « disfluence »</li><li>• Fréquences des signaux de régulation</li><li>• Les accents</li><li>• Les éléments prosodiques</li><li>• Les liaisons et les enchainements</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une production plus réfléchie</li><li>• L'absence de contact direct</li><li>• Une réception plus aisée</li></ul>

## 5.3. Le discours dans la consultation médicale et un discours dialogal

Il faut distinguer, dans tout discours conversationnel, la forme du discours de sa fonction. Un discours dialogal s'oppose à un discours monologal quant au nombre de participants et leur contribution au discours. Cette distinction se manifeste par la forme globale du discours, tandis que la fonction du discours différencie le discours dialogique du discours monologique. Nous parlons d'une dimension monologique lorsque la structure du discours est une structure d'intervention, et d'une dimension dialogique lorsque c'est une structure d'échange. (Roulet, 1994, P. 13-20).

## 5.4. Le discours dans la consultation médicale et un discours formel

Les deux discours dépendent de la nature de la situation de communication et nous les utilisons dans des situations différentes. Le discours formel est de nature officielle, il est employé au travail, dans les administrations et qui obéit à un ensemble de termes et de règles

syntaxiques pour permettre de communiquer sans aucune ambiguïté (par opposition à langage naturel). Le discours informel ce qui est réalisé de façon spontanée, sans caractère officiel, sans règles préétablies. Il est celui que nous l'employons avec nos proches.

**Tableau 2 : Discours formel et informel**

<b>Discours formel</b>	<b>Discours informel</b>
Bonjour, comment allez-vous ?	Salut ! Tu vas bien ?
Bonjour, ça va bien, et vous ?	Pas mal, et toi ?
Ça va, merci.	Ça va, ça va ...
Bonne journée, au revoir.	Au revoir, à demain.
Merci, à vous aussi, à bientôt.	Ciao, à demain !

### **5.5. Le discours de consultation médicale en langue de spécialité**

Le discours médical semble se dérouler en toute clarté à l'intérieur de contours définis: unité de son objet — le corps humain —, homogénéité de sa démarche associant théorie et pratique, lieu précis de production, le discours médical est souvent dispersé dans un discours plus vaste. (Frits, 1992, P .115-152).

Se caractérise par sa complexité et sa concision pour être compréhensible ou aura un sens, subis aux règles grammaticales de la langue commune c'est-à- dire qu'elle utilise le même système des règles en syntaxe et en grammaire. Dans discours médical on utilise deux types de termes : des mots techniques, dont la signification est très précise, et que les patients connaissent en général mal ou pas du tout (à chacun son métier) ; et des mots du langage courant, des mots de tous les jours, dont les médecins se servent dans un sens qui leur est propre. Tout ceci fait que, lorsqu'un médecin donne des explications à ses patients, ceux-ci risquent de ne pas tout comprendre, ce qui est une source fréquente d'angoisse.

### **6. La Communication dans la consultation médicale**

De manière général, La communication, c'est l'action de communiquer, de transmettre, d'informer. Cette fonction désigne l'étude générale du langage sous trois aspects :

- L'expression (celui qui utilise ce type de communication cherche à communiquer une intention, une émotion, un état de conscience).

- La représentation (donne des informations sur les événements, retransmet un savoir).
- L'action sur autrui (cherche à convaincre, à séduire, à influencer autrui, transmet des ordres, intime des interdictions).

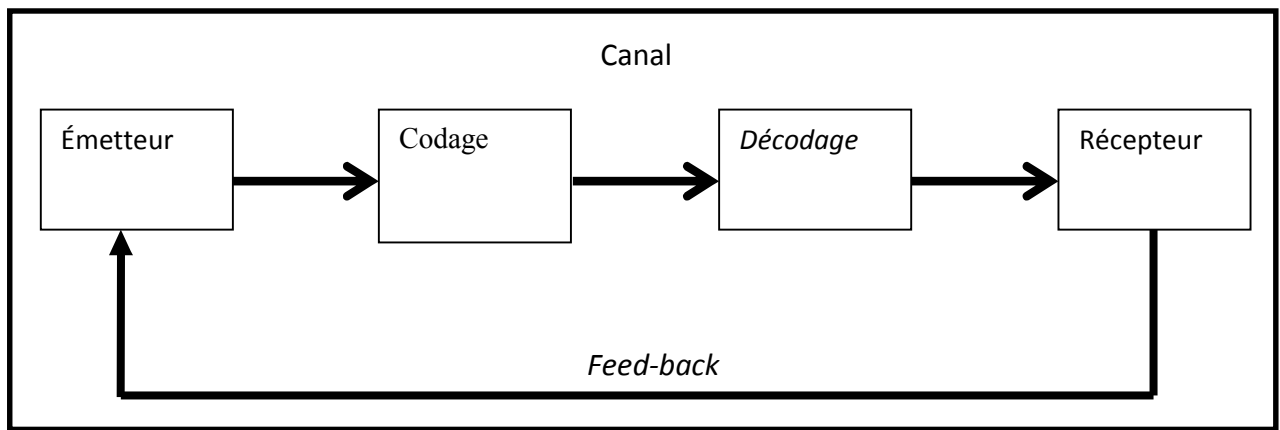
La communication déborde l'expression verbale et utilise de nombreux signaux mimiques ou gestuels, des techniques nouvelles et de nouveaux supports (informatique, téléphone mobile, numérique...). La communication permet l'échange d'informations entre les personnes (échange interpersonnel) mais aussi à travers notre société par le biais des acteurs de la communication. Ainsi, l'entreprise dispose de moyens et de techniques lui permettant de véhiculer ces informations. Elle adopte des stratégies de communication afin de pouvoir se développer. (Bruno, 2009, P. 7).

### **6.1. Communication de CM est une communication interpersonnelle**

La communication interpersonnelle est celle qui met en relation deux personnes. Cette forme de communication se construit à partir des échanges entre ces deux individus. Vos capacités de communication interpersonnelle constituent donc la base des relations privées et professionnelles. La communication interpersonnelle repose sur six éléments principaux : (<https://blog.hubspot.fr/marketing/les-types-de-communication>. Consulté le 03/05/2022).

- Un émetteur : qui entame la communication.
- Un récepteur : qui reçoit le message de l'émetteur.
- Un canal de communication : écrit, verbal ou électronique.
- Le codage : conversion par l'émetteur de sa pensée en langage.
- Le décodage : conversion par le récepteur du langage en pensée.
- La rétroaction feed-back : la réponse du récepteur.

**Pour Shannon.** La communication peut être définie comme la transmission d'un message d'un endroit à un autre. (Abric, 2019, P. 3).



**Figure 1 : Le schéma de la communication de Shannon**

## 6.2. Formes de communication

On distingue trois différentes formes de communication: La communication en face à face, verbale ou non verbale, entre des interlocuteurs en coprésence: elle peut être interprétée de différentes manières et permet des réponses immédiates. La communication écrite et la communication médiée par ordinateur ou téléphone sans coprésence des protagonistes: elle transcende les limites temporelles et territoriales (courrier, téléphone, e-mails, facebook, etc.). Une réponse est possible, mais une grande partie de l'information non verbale est perdue. La communication médiatique et publique (radio, télévision): en principe, elle n'offre aucune possibilité de réponse et est adressée à un public anonyme (La communication dans la médecine au quotidien. guide pratique, P. 8).

L'entretien entre le médecin et son patient relève typiquement de la communication en face à face, à l'instar des discussions quotidiennes, des échanges pratiques et d'idées ou des échanges conflictuels entre deux personnes, mais également des échanges sur le lieu de travail, des discussions ou des séquences de questions-réponses.

## 6.3. Communication Médecin-Malade

La communication est essentielle en médecine : communication entre le médecin et son patient, entre soignants au sujet d'un patient, etc. Savoir communiquer, c'est-à-dire se parler, est une nécessité pour soigner efficacement. (<https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/804-communication/>).

*« La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle. Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange verbal, ou par tout autre moyen, entre un médecin, un patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de santé. La communication en médecine comporte*

*essentiellement deux fonctions : l'échange d'informations, et le développement d'une relation* » (C. Richard et al, P.258).

La communication assure le transfert de l'information avec une vérification de la compréhension des nouvelles données par le receveur. Une communication adéquate est donc la base de la qualité de la relation entre les professionnels de la santé et les patients qui sont indispensables dans la prise en charge dans le contexte de la maladie chronique.

#### **6.4. Communication et consultation médicale**

La consultation médicale incarne de manière exemplaire une situation de communication et d'interaction verbale complexe. Il s'agit, d'une part, d'une pratique discursive intersubjective possédant ses propres codes. D'autre part c'est aussi une pratique sociale précise qui impose des rôles prédéfinis, des conventions sociales implicites et elle incarne aussi une pratique de transmission de savoirs en tant que moment privilégié de vulgarisation des savoirs scientifiques. (Thèse d'Aurore F. « Le rôle des discours dans la construction des savoirs scientifiques. Médiations sémiotiques de la recherche sur l'épilepsie»).

La consultation médicale c'est une rencontre entre un médecin et un patient demandeur de soin, qu'il recherche en exprimant un motif de consultation (Boyer, 2018, P.5). Il semblerait que la satisfaction du patient soit le produit de l'empathie du médecin au travers de son écoute et de sa disponibilité. De nombreuses études se sont intéressées à la relation médecin-patient et montrent que les principales insatisfactions des patients sont liées à des problèmes de communication avec le médecin. (Balint, 2009, P.18).

##### ***6.4.1. L'importance de la communication dans la consultation médicale***

La communication est essentielle dans la relation thérapeutique, car sans elle, le médecin s'expose à l'échec de sa prise en charge. La communication joue un rôle dans la question de l'observance. L'inobservance varie de 20 à 75% selon le type de problèmes et le type de traitement ou le type de changement de comportement attendu du patient. La communication peut contribuer à améliorer l'observance. Selon Cicourel la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignés et soignants. De même, une étude a montré que la communication améliore la guérison. Elle influence les résultats de santé de façon indirecte en augmentant la compréhension, la confiance dans la capacité à faire le traitement, la motivation, le sentiment d'être reconnu par le médecin comme une personne. Il existe également un lien entre mauvaise communication et risque pour le médecin de faire l'objet d'une plainte. La communication, si essentielle soit elle, reste encore trop souvent absente des

programmes de formation des futurs médecins. Plusieurs barrières à cet apprentissage existent, la plus importante étant la croyance que savoir communiquer est une compétence déjà acquise ou innée. Lors d'un colloque sur l'enseignement de la communication en médecine, une intervenante faisait remarquer qu'il ne viendrait à l'idée d'aucun médecin d'envoyer un étudiant réaliser une ponction lombaire sans s'être préalablement assuré qu'il a déjà pratiqué cette technique sous observation. Paradoxalement, cela ne gêne personne d'envoyer les étudiants réalisés des entretiens avec les patients en vue de remplir leur dossier et cela sans les avoir jamais observés et accompagnés pour s'assurer que leur technique est adéquate.

#### ***6.4.2. Difficultés en communication dans la consultation médicale***

Les obstacles et difficultés en communication pour le médecin comme pour le patient sont nombreux.

Le mécroit tout dire, ou s'il ne le fait pas, il a de bonnes raisons. Le regard que les médecins portent sur leur façon de communiquer est biaisé. Ils surestiment très fréquemment la quantité d'informations ainsi que la qualité de l'information qu'ils partagent avec leurs patients, tout en sous-estimant le désir des patients d'avoir de l'information. Ceci a été mis en évidence par la sociologue Fainzang dans son ouvrage *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. Elle rapporte ainsi que les médecins ont l'impression de tout dire : "on ne leur cache rien". En fait l'information donnée par le médecin ne correspond pas forcément aux attentes du patient : par exemple, le médecin donne un diagnostic là où le patient attend un pronostic. Dans les cas où une information n'est pas donnée, les médecins justifient cette attitude en expliquant que le malade ne veut pas savoir, ou qu'il le juge incapable d'assumer l'information.

#### ***6.4.3. Des difficultés de compréhension : origine sociale, sens des mots***

Les croyances liées à la maladie et à ses causes. D'un côté les médecins ne comprennent pas que les patients arrêtent d'eux-mêmes un traitement, ne viennent pas à des rendez-vous, ne révèlent pas des éléments importants de leur santé, de l'autre, les patients ont l'impression que le médecin n'est pas réceptif à leur point de vue, ne donne pas suffisamment d'informations. Il est ainsi frappant de constater qu'à la fois les médecins ont le sentiment de faire des efforts pour donner le plus d'informations possibles tandis que les patients se considèrent comme insuffisamment informés. Les questions et les préoccupations des malades sont souvent mal-entendues mal-comprises et font alors l'objet d'une réponse inappropriée. Enfin, les mots employés par les uns et les autres ne sont pas porteurs de la même connotation pour l'émetteur et le récepteur. C'est ce que Balint appelle la "confusion des langues".

#### **6.4.4. Des façons d'échanger plus ou moins propices à une bonne communication**

Les médecins utilisent de façon prédominante le style interactif : ils dominent les échanges, posent les questions et interrompent assez précocement les patients dans leurs explications des raisons pour lesquelles ils consultent. Ce style, marqué par le modèle biomédical, peut entraver une communication efficace car le patient n'a alors pas forcément la place d'exprimer ce qui l'angoisse, le sens qu'il donne à ce qui lui arrive... La réponse du médecin risque donc d'être inappropriée : ce dernier peut passer du temps à donner des informations qui ne sont pas celles dont le patient a besoin. Le médecin est plutôt appelé à une écoute active.

#### **6.5. L'analyse psychosociologique de la communication**

La communication est l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation sociale donnée.

Échange d'informations, de significations : les processus de communication sont donc fondamentalement sociaux, ils reposent et sont déterminés par les phénomènes d'interaction. Toute communication est une interaction. Étant une interaction, elle se présente comme un phénomène dynamique produisant une transformation, c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans un processus d'influence réciproque entre des acteurs sociaux. Il n'y a donc pas un émetteur et un récepteur, mais bien deux locuteurs en interaction : deux interlocuteurs. La communication ne peut être conçue comme un simple processus de transmission ; fondée sur l'interaction, elle est toujours une transaction entre les locuteurs : l'émission et la réception sont simultanées, l'émetteur est en même temps émetteur et récepteur, et non pas émetteur *puis* récepteur (et réciproquement). La communication est donc bien un acte social, cet acte pouvant être délibéré ou involontaire, conscient ou non. Il est en tout cas l'un des actes fondateurs du lien social, comme le formulent si bien les théoriciens (Watzlawick en particulier), « Si l'on admet que dans une interaction, tout comportement a la valeur d'un message, c'est-à-dire qu'il est une communication. Car la communication ne repose pas bien entendu sur la seule expression orale : elle est un système à canaux multiples. Les gestes, les mimiques, la position corporelle, le silence lui-même sont des actes de communication : ils véhiculent en effet une signification. Ils témoignent de la nature du lien social existant ou souhaité. (Abric, J, C, 2019, P. 5).

## **6.6. Les facteurs déterminants de la communication**

### ***6.6.1. Variables cognitives***

Tout individu fonctionne avec un système de représentation, il se réapproprie la réalité dans son système de représentation. Il n'existe pas dans une quelconque situation de communication, d'interaction de facteurs objectifs, il n'existe qu'une réalité reconstruite, organisée en un système de représentation. Toute réalité est représentée, et c'est cette image qui correspond à la réalité pour l'individu. Les représentations jouent un rôle de filtre interprétatif.

Dans les situations de communication, le système de représentation va intervenir selon trois facteurs essentiels : soi, autrui, la tâche.

- La représentation de soi : L'image que l'individu se fait de lui-même.
- La représentation d'autrui : L'image que je me fais d'autrui, de sa personnalité, son statut, ses compétences.
- La représentation de la tâche : En fonction de l'image que se fait l'individu de la tâche accomplir, qu'il va adopter un certain type de démarche cognitive (mode de raisonnement).

### ***6.6.2. Variables sociales***

Le rôle des préjugés et des stéréotypes dans la communication se rapproche des représentations. Ces préjugés sont des opinions ; ils constituent un filtre essentiel au déroulement des interactions. Ils sont directement liés à l'histoire sociale et au contexte idéologique et économique du moment.

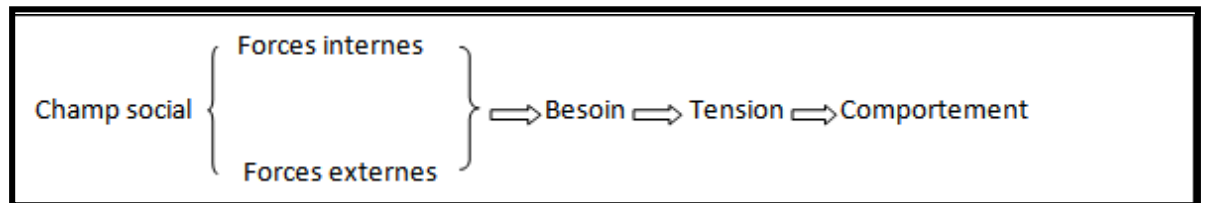
### ***6.6.3. Les variables psychologiques***

Tout individu qui communique est directement impliqué dans la situation, il y est engagé à travers sa personnalité et son système de besoins déterminant ses motivations (*cf.* Feertchak, 1996). Ces motivations, rappelons-le, peuvent être explicites, implicites ou non conscientes. Pour comprendre les facteurs psychologiques qui interviennent sur les acteurs de la communication, on peut s'inspirer du modèle que propose Lewin (1959) pour expliquer les comportements des individus.



#### **6.6.4. Principes du fonctionnement psychologique**

Le comportement adopté par un individu dans une situation donnée vise à réduire les tensions qui s'exercent sur lui, à satisfaire les besoins engendrés par le système de forces externes et internes auquel il est soumis.



**Figure 2 : Principe du fonctionnement psychologique**

Le comportement est finalement la résultante des forces qui s'exercent sur un organisme donné à un moment donné. Ces forces peuvent être de deux natures :

- Les forces positives correspondent aux besoins d'accomplissement, d'atteinte de certains objectifs, de réalisation. Elles créent des tensions positives, qui vont engendrer un certain type de comportement visant à résoudre ces tensions positives : ce sera le comportement d'approche.
- Les forces négatives correspondent aux besoins de se détourner d'objets ou de situations, de faire en sorte de ne pas rencontrer tel ou (Abric, J, C, 2019, P. 6).

#### **6.6.5. L'aspect affectif et émotionnel de l'échange dans une situation de communication**

Les consultations se déroulent la plupart du temps selon un modèle préétabli .Il semblerait que la satisfaction du patient soit le produit de l'empathie du médecin au travers de son écoute et de sa disponibilité. De nombreuses études se sont intéressées à la relation médecin-patient et montrent que les principales insatisfactions des patients sont liées à des problèmes de communication avec le médecin.

L'interaction dans la relation médecin-malade est régie par une double définition de la relation : (Marco, 2002, P.116- 117).

D'une part, elle est une relation inégalitaire, fondée sur la dominance et le pouvoir de l'expert qui doit prendre les décisions qui s'imposent et ne peut se permettre de tenir compte de l'inquiétude du malade.

D'autre part, elle est une relation de coopération entre deux partenaires, dans laquelle peuvent coexister des savoirs hétérogènes, des réalités multiples, et dans laquelle la gestion des émotions et la pratique de l'empathie occupent une place centrale.

Les études de médecine ne préparent guère à aborder les émotions. Or, l'échec de cette tâche complexe semble être la principale source de frustrations et d'insatisfaction chez le médecin et chez le patient.

Émotions et affects sont à la base du vécu émotionnel. Les émotions sont conscientes ; elles se développent et se gèrent en relation avec une source qui peut être très précise. Les affects et les sensations (feelings) correspondent à des zones émotionnelles diffuses ; leur source est moins clairement élucidable que celle des émotions. (Palantin, C, 2020, P.3).

## **7. Définition de l'affect et de l'émotion**

L'affect se définit comme Quantité d'énergie psychique, dont la production est susceptible d'accompagner toute impression psychique, le quantum d'affect (Affektbetrag) est d'abord une valeur (pour reprendre la traduction française proposée par Freud en 1893), c'est-à-dire qu'il possède une teneur qui, comme telle, dépasse nos instruments de mesure, mais ne s'en impose pas moins « énergiquement » au sujet. Cette valeur cependant échappe à l'appréciation, par suite de son extrême labilité : dépourvue de support, elle consiste en un processus centrifuge, mais orienté vers l'intérieur du corps. (<https://www.universalis.fr/encyclopedie/affect/>).

L'émotion se définit comme un événement violent, bref, accompagné d'une dynamique dans l'appréciation. Produite d'une perception immédiate d'un objet ou d'une situation, issue d'un jugement subjectif, elle est bien celle d'un être qui subit un choc extérieur. À l'origine des ressentis : leur déclenchement et leur déploiement, se trouve le traitement évaluatif de la situation. (Thèse. Gouaich, 2016, P. 170).

### **7.1. L'affect et les émotions dans la langue : étude linguistique des affects et des émotions**

On entend par affects les états et procès de perception, sensation, émotion, etc., qu'expriment des phrases affectives. C'est-à-dire, les affects renvoient à tout état affectif (émotionnel sentimental) qui peut être soit pénible, soit agréable et qui peut être qualifié (ex : amour, haine, colère, honte, culpabilité ...) mais qui est parfois ambigu. Ces affects se présentent sous la forme d'une décharge ou d'un état général. Ainsi, ces types d'interactions verbales font partie des objets d'étude qui se situent à l'interface du culturel et de la linguistique, de la compétence pragmatique et de la compétence sémantique. Or, l'étude linguistique des affects inclut l'expression des actes de langage, les modalités affectives et les connecteurs discursifs

affectifs surtout dans le cadre d'approches interactionnistes, qui s'intéressent aux phénomènes de variations interculturelles. (Thèse.Sánchez, 2018, P.198).

Dans le cadre de l'étude des émotions dans la langue, C. Plantin propose de voir les rapports du ressenti avec les normes sociales : dans son analyse, le linguiste doit montrer la conformité de l'émotion avec les valeurs du lieu psychologique. La connaissance du cadre social et culturel où se trouve le lieu psychologique s'avère donc extrêmement importante. La distance du lieu psychologique de l'événement déclencheur de l'émotion modifie en grande partie l'émotion éprouvée. Commentant les travaux de C. Plantin, R. (Thèse. Gouaich, 2016, P.164).

Amossy écrit : Fidèle à la tradition rhétorique, C. Plantin propose de dégager l'effet pathétique visé à partir d'une topique. Il s'agit de voir ce qui provoque un certain type de réaction affective dans une culture donnée, à l'intérieur d'un cadre discursif donné. Les questions que pose Plantin pour déterminer les lieux communs qui justifient une émotion sont De qui s'agit-il ? De quoi s'agit-il ? Où ? Quelle est la cause et est-elle contrôlable ? (Amossy, 2000, P. 171).

## **7.2. Types des émotions dans la consultation médicale**

### ***7.2.1. Émotion émergente, émotion persistante***

Les émotions émergentes sont des émotions in statu nascendi ; elles apparaissent et se développent dans le flux de l'interaction. On peut appeler émotions persistantes les émotions émergées, telles qu'elles se développent par-delà leur séquence émergente. Les émotions évoquées, partagées et racontées sont des émotions persistantes. (Palantin, 2020).

### ***7.2.2. Macro-émotion, micro-émotion***

On peut opposer des émotions longues, mémorables (macro-émotions, grandes émotions, émotions fortes) et émotions courtes (micro-émotions, petites émotions). Les macros émotions sont des émotions persistantes.

### ***7.2.3. Émotions longues, Émotions court***

L'émotion longue est caractérisée par les traits suivants. L'émotion est intense. L'événement associé est exceptionnel (en référence aux intérêts et aux valeurs de l'expérimenteur). L'émotion est thématisée. Elle est mémorisée dans la mémoire longue. Elle est socialisée, racontée. Sa gestion est longue et complexe, et implique plusieurs types d'action ; elle s'effectue en discontinu, au cours de différents épisodes.

L'émotion court typiquement associée aux interjections dans la vie courante est une micro-émotion la durée de vie des micro-émotions est limitée à leur séquence émergente.

### **7.3. L'émotion émergente comme syndrome, comme expérience**

Les psychologues considèrent l'émotion comme un syndrome affectant un individu La maladie est une transformation de la personne, mais toutes les transformations de la personne ne sont pas des maladies. L'émotion s'analyse selon cinq composantes : évaluation cognitive des situations. Activation psychologique. Expression motrice. Comportement et ébauche d'action. Sentiment subjectif (Palantin, 2020, p. 07).

L'expérience émotionnelle est située ; elle est liée à la perception d'une situation qui mobilise les ressources cognitives et les valeurs de l'expérimenteur. Le système cognitif opère en amont (analyse - évaluation de la situation) et en aval (gestion de l'émotion). La gestion, éventuellement contrôlée, du décours émotionnel fait partie de l'épisode émotionnel. Cette expérience est caractérisée par une modification de l'éthos corporel de l'expérimenteur : voix, mimiques, postures, gestes. Ces modifications VMPG constituent un système sémiotique par lequel se construit et se communique l'émotion. En résumé, l'émotion est une modalité spécifique, structurée, de la communication, de l'action et de l'interaction (Palantin, 2020, p.10).

### **7.4. Les différentes émotions ont des durées et des intensités variables**

Une émotion se distingue des autres par sa plus forte intensité. Quant à la durée, elle est assez différente selon les émotions. La Peur dure de quelques secondes à une heure maximum. Sans doute parce qu'elle est liée à un stimulus très précis et soudain qui provoque nécessairement des réactions adaptatives : fuite, Soumission, aversion, réassurance, qui font que l'émotion n'a plus lieu d'être. La Colère dure de quelques minutes à quelques heures. Liée à la personne ou à la situation déclenchante, l'expérience émotionnelle décroît avec l'adaptation du sujet ou avec l'évolution de la situation, en particulier si la personne n'est plus exposée à l'objet causal. La Tristesse, enfin, se prolonge de un à plusieurs jours. (Cosnier, 1994-2004-2015, p. 25).

### **7.5. L'exemple des émotions dans le travail hospitalier**

Le milieu hospitalier est un milieu favorable pour l'étude de la gestion et des processus de régulation des émotions: les soignants vivent des états émotionnels multiples et le personnel doit y faire face tout en régulant ses propres émotions. Une étude de M. Grosjean (2001) en a décrit trois types de mécanismes.

- **La régulation par empathie:** on participe à l'émotion de l'autre en affichant les mêmes expressions, voire en les amplifiant. Cette régulation par échoïsation primaire s'applique à la joie, à la peine, à la colère et affiche le partage d'affects comme preuve de "normalité" et de compréhension.
- **La régulation par mise à distance:** elle s'effectue par l'humour et la mise en récit (l'impersonnalisation). L'humour est surtout utilisé, il permet à la fois la distance, l'affichage de la maîtrise affective et le partage empathique par le rire. Ce type de régulation s'applique aux situations difficiles ou pénibles liées aux malades. La mise en récit se fait particulièrement à certains moments tels que la relève, elle permet de maîtriser verbalement la situation.
- **La régulation par réassurance:** elle se produit dans un contexte d'échec ou de culpabilité. Le soignant répare par une explication profonde et une minimisation de la gravité de la situation.

Au fil de ce premier chapitre nous mettrons l'accent sur le discours médical dont la spécificité psycho affective relève pertinemment de la linguistique et de tout ce qui s'y rapporte.

## **8. Le choix des langues dans la consultation médicale**

Pour analyser le discours des médecins avec les patients lors de la consultation médicale nous tenterons d'abord d'identifier les langues en présence.

En Algérie, les langues en usage utilisées par les Algériens pour leur besoin de communication, ont des degrés de maîtrise inégaux, sont d'un côté les langues nationales (l'arabe dans ses différentes acceptions, tamazight), et de l'autre côté nous avons les langues étrangères (français, anglais). Dans notre étude nous allons nous concentrer seulement sur les langues utilisées dans le discours des médecins avec les patients lors de la consultation médicale.

### **8.1. L'arabe standard (moderne)**

La langue nationale et officielle en Algérie depuis l'indépendance en 1962 afin de restituer l'unité du peuple algérien. C'est la véritable langue d'intercommunication entre tous les pays arabophones, il s'agit d'une langue de communication d'une élite ayant suivi un cursus scolaire plus ou moins long.

Khaoula Taleb Ibrahim note :

L'arabe standard est bien, à l'heure actuelle, le support de la littérature moderne avec l'apparition d'une nouvelle forme d'écriture arabe, mais il est surtout vulgarisé par les mass médias écrits et parlés qui contribuent à son expansion et par là même à son uniformisation dans toute l'aire arabophone. (TALEB Ibrahim, 1995, p.31).

Cette langue n'est pas la langue native des algériens elle n'est pas parlée à la maison ou dans les situations de communication quotidienne. Elle est réservée uniquement au domaine formel et prend en charge les discours officiels, le système éducatif, les médias, les discours religieux, juridiques,... etc.

## **8.2. Le dialecte algérien (parlé)**

Appelé aussi darija, est la langue vernaculaire de la majorité des algériens, c'est la langue maternelle ou première des Algériens, elle leur permet d'affirmer leur identité, de communiquer entre eux au quotidien. Il n'est pas intégré dans les institutions d'enseignement / apprentissage puisqu'il n'est pas officiel.

D'après K. Taleb Ibrahim :

Ces dialectes constituent la langue maternelle de la majorité des Algériens et sont le véhicule d'une culture populaire riche et variée ; par leur étonnante vitalité, les parlers algériens témoignent d'une formidable résistance face à la stigmatisation et au rejet que véhiculent à leur égard les normes culturelles dominantes. (Taleb Ibrahim, 2004, pp. 207-218).

On distingue au niveau de l'accent ou de la prononciation quelques différences lexicales caractérisent les variations de l'arabe algérien et révèlent l'origine géographique de ses locuteurs; on distingue donc quatre grandes régions dialectales : l'Algérois, et son arrière paye, l'Est autour de Constantine, l'Oranie puis le sud de l'Atlas saharien.

## **8.3. Le français**

L'Algérie est un pays francophone du fait de son passé colonial. Donc la langue française a été introduite par la colonisation, elle apparaît dans pratiquement la majorité des films algériens produits après 1962. Le français est utilisé dans plusieurs sphères, celle-ci reste une langue de prestige au niveau socio-économique. Nous pouvons dire que le français s'est beaucoup plus implanté à l'ère actuelle que durant la période coloniale. Un grand nombre d'institutions administratives, notamment celles des secteurs économiques et bancaires continuent à fonctionner en langue française, sans oublier qu'elle est enseignée à l'école à partir de la 3ème

année du cycle primaire comme langue étrangère obligatoire. Le français est aussi omniprésent dans le quotidien des Algériens. Les termes français sont abondants dans le lexique des Algériens. Concernant les moyens de communication, la plupart d'entre eux utilisent le français.

#### **8.4. Le jargon médical**

Le jargon peut être défini comme n'importe quel mot ou phrase qui est opaque pour quiconque n'ayant pas eu d'apprentissage ou d'exposition à la médecine. Dans son article « Le jargon, figure du multiple » publié en 2002, Béatrice Turpin définit le jargon médical comme le « parler propre à une profession, visant à faciliter la communication, à la rendre efficace » Le jargon médical prend différentes formes en employant des termes précis à partir des racines grecques et latines, parfois les deux regroupées dans un même mot. Parfois, il s'agit de termes utilisés dans le langage commun mais qui n'ont pas le même sens en médecine. Le jargon médical résultant d'un apprentissage, il est évident que les patients algériens éprouvent des difficultés pour le comprendre.

#### **Conclusion**

En guise de conclusion nous dirons que le discours est un objet qui se prête à tout type d'analyse, pragmatique, sociolinguistique, psycholinguistique.

En effet par le biais de discours que les locuteurs peuvent transmettre des informations dans une situation de communication bien déterminée.

## **Chapitre 2 : Méthodologie et analyse de corpus**

## **Chapitre 2 : Méthodologie et analyse de corpus**



## **Introduction**

Après avoir introduit et défini le cadre théorique de notre recherche nous passerons au deuxième chapitre (analyse de corpus et interprétation des résultats). Qui sera consacré à l'analyse du corpus.

Notre analyse consiste à étudier les discours entre les médecins et les patients tout en appliquant une analyse psycho affective et pragmatique ainsi qu'une analyse qui vent à la foi quantitative et qualitative d'un questionnaire destiné aux médecins afin de mettre en évidence nos hypothèses de recherche.

### **1. La méthodologie**

Notre méthodologie de travail se présente comme suit : la première partie nous présentons les théories convoqués pour argumenter nos différentes hypothèses. Dans la deuxième partie on a utilisé une analyse quantitative et qualitative. L'analyse quantitative a permis d'obtenir des données chiffrées que nous avons consignées dans des tableaux. L'analyse qualitative quant à elle a privilégié les opinions émises par nos enquêtés. On a employé deux instruments de recherche :

- Un questionnaire (14 questions) destiné aux médecins (généraliste et spécialiste) qui suivent leurs travail au niveau des établissements de sante (publiques et privés) commune de Mila.
- Une analyse pragmatique et psychoaffective du cinq discours entre médecins et patients collectées lors de la consultation médicale dans les établissements de santé de (publiques et privés) commune de Mila.

Tout d'abord, nous commençons par la description du corpus et les difficultés de collecte des données de chacun du deux outils de recherche. Ensuite, nous analyserons les discours entre les médecins et les patients, enfin, nous analyserons le questionnaire destiné aux médecins.

### **2. Description du corpus**

Notre corpus a été préparé suite à une recherche approfondie que nous menons au sein de différentes établissements publiques (Epsp, Eph) et privés de la Wilaya de Mila.

Cependant, notre corpus est constitue de cinq discours, que nous avons les obtenus dans la période de 14 mars 2022 à 21 mars 2022.

Aussi que, nous avons distribué 30 questionnaires dont nous avons collecté que 20 copies.

*Tableau 3 : Présentation des discours*

<b>La date</b>	<b>Le sexe du patient</b>	<b>L'âge</b>	<b>motif de consultation</b>	<b>Etablissement</b>
14/03/2022	Homme	37	Diabète type 2	Clinique privé
14/03/2022	Homme	28	Fracture grave	Epsp mila sanaoua
15/03/2022	Homme	30	Brûlure grave	Epsp mila sanaoua
16/03/2022	Femme	45	Covid -19	Epsp mila Bouaroudje
21/03/2022	Femme	42	cancer de sein	Eph frère maghlaoua mila

### **3. Les difficultés de collecte des données des discours**

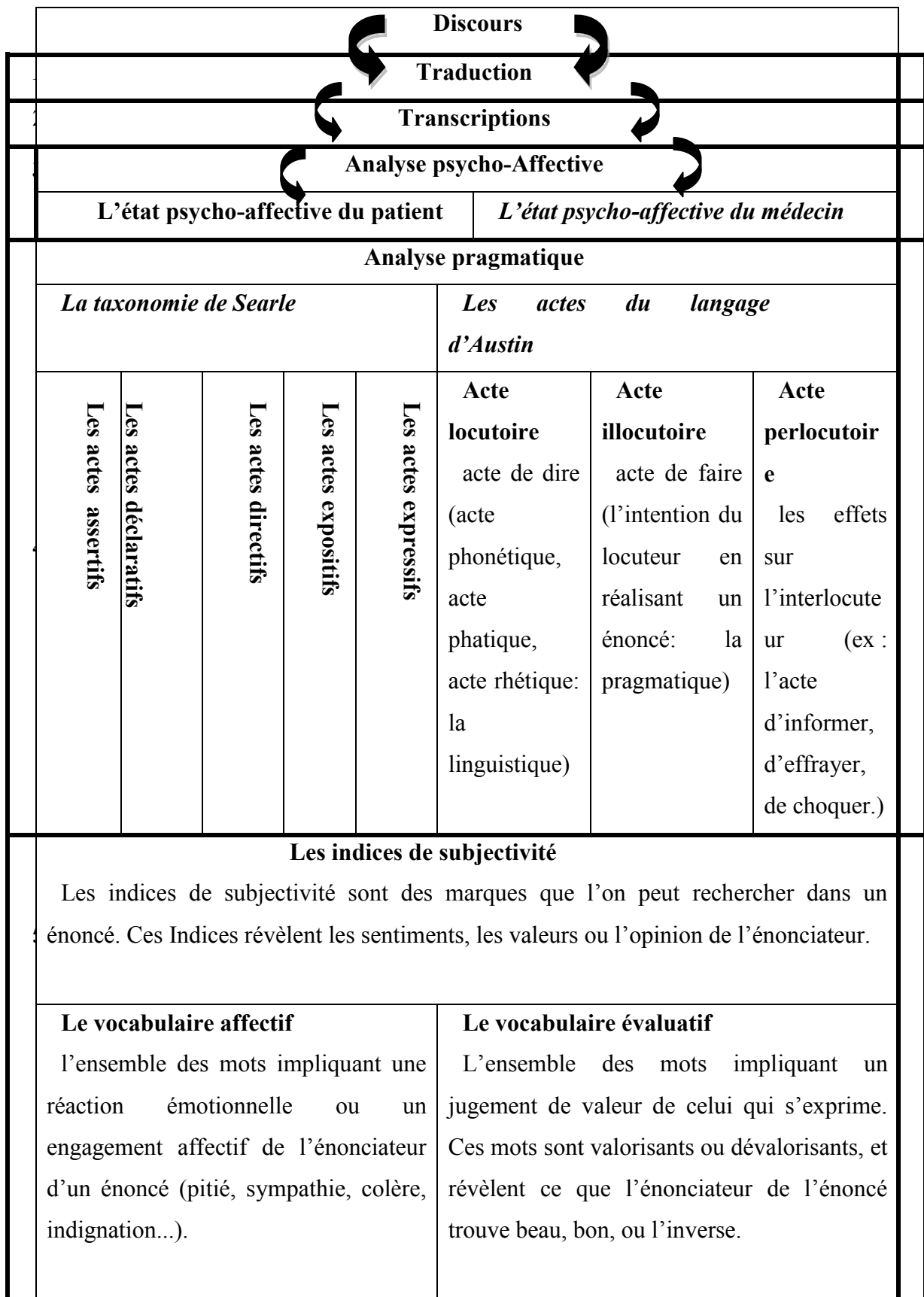
Au début, la collecte du corpus nous a posé certains problèmes :

Premièrement, la difficulté était d'obtenir l'autorisation pour entrer dans les cliniques.

Nous n'avons pas le droit d'enregistrer tous les discours car elles sont considérées comme des choses personnelles plus précisément un secret médical. Donc, nous avons basé sur l'observation et l'écriture des discours au lieu de les enregistrer.

### **4. Grille d'analyse**

Pour une analyse solide et pertinente de notre discours et avec l'exploration des données théorique nous avons créé cette grille d'analyse.



#### 4.1. La transcription du corpus

L'adoption de la transcription orthographique nous a semblé nécessaire, car en plus de la nature de notre travail qui prendra en considération l'usage des langues, certains auteurs, comme Véronique Traverso, précise que la transcription phonétique présente beaucoup de difficultés.

Après le recueil des données, il nous semble important de relever les énoncés en question et procéder par la suite à une transcription phonologique.

Il est clair que la transcription est une tâche délicate qui nécessite une attention particulière. Le corpus sur lequel nous avons travaillé est mené dans l'arabe dialectal. Nous avons opéré selon le mode suivant : - Pour ce qui est des phrases écrites en arabe, nous avons eu recours à l'API tel que présenté dans le dictionnaire de linguistique et des sciences du langage. (Dubois, J. & Al, 1994 : 28).

- Chaque phrase ou mot écrit en arabe est accompagné (e) d'une traduction littérale en langue française.
- L'alphabet arabe.
- Consonnes.

*Tableau 4 : Les codes de transcription des consonnes utilisées*

Transcription de la consonne selon API	Consonne arabe	Transcription de la consonne selon API	Consonne arabe
[tʰ]	ط	[a]	أ
[sʰ]	ص	[b]	ب
[dʰ]	ض	[t]	ت
[ðʰ]	ظ	[θ]	ث
[ʃ]	ع	[ʒ]	ج
[f]	ف	[h]	ح
[q]	ق	[x]	خ
[k]	ك	[d]	د
[l]	ل	[ð]	ذ
[h]	ه	[r]	ر
[w]	و	[z]	ز
[j]	ي	[s]	س

[ʔ]	ء/ؤ	[ʃ]	ش
-----	-----	-----	---

- Voyelles

*Tableau 5 : Les codes de transcription des voyelles utilisées*

Les voyelles Courtes	Transcription	Les voyelles Longues	Transcription
Fatha : ◌َ◌'	[a]	اى	[a:]
Kasra : ◌ِ◌'	[i]	و	[i:]
Dhama : ◌ُ◌'	[u]	ي	[u:]

- Le Tanwin

*Tableau 6 : Le Tanwin*

Tanwin	Transcription
◌ْ◌'	[un]
◌ِ◌'	[in]
◌ُ◌'''	[an]

**5. Analyse du discours N° 01 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale. (Annexes N° 01)**

**5.1. Analyse psycho-affective**

L'annonce du diagnostic de maladie chronique par le médecin présente un caractère soudain, parfois malgré de longs examens. Cela passe par des étapes incroyables avant et après la création. Il y aura une période de choc après l'annonce. Les patients et leurs familles n'ont pas été en mesure d'intégrer immédiatement le diagnostic et d'interpréter correctement toutes les données quantitatives et la terminologie médicale qui l'accompagne. Dans ce cas, le médecin essaie de déclarer la condition implicitement ou indirectement afin de préparer psychologiquement le patient à accepter sa maladie.

Dans le premier discours, le patient est âgé de 37 ans, il a du diabète de type 2. D'après la salutation, nous pouvons déduire que le patient a déjà eu un rendez-vous avec ce médecin

auparavant, il lui demande de faire les analyses pour confirmer ou infirmer sa maladie du diabète.

Dans cette situation de communication, nous pouvons analyser l'état du patient, ainsi que du médecin.

### ***5.1.1. L'état psycho-affective du patient***

Les personnes atteintes de diabète sont plus susceptibles d'être touchées par des troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété ou la fatigue nerveuse que les personnes non diabétiques. Ces sentiments peuvent aller d'une simple baisse de moral légère à une dépression plus grave. Cela est dû à un certain nombre de facteurs, dont le plus important semble être l'entourage du patient.

Comme nous avons observé dans ce cas là, malgré que le patient a une doute sur sa maladie, mais il était perturbé, peur et stressé. « Je m'inquiète un peu, et j'ai peur de revenir ».

L'influence de ses amis sur son état était négative, car il a une vision tout à fait déçu, ce qui est lui semble difficile à accepter sa maladie car il est encore jeune. « Oui, mais j'ai trop peur parce que je suis encore jeune, et mes amis m'ont tellement fait peur ».

Vivre avec le diabète, une maladie qu'on soigne mais qu'on ne guérit pas, n'est pas facile tous les jours.

### ***5.1.2. L'état psycho-affective du médecin***

Parce qu'il s'agit d'une maladie chronique, le diabète peut avoir un impact psychologique important sur les patients. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle peut affecter le suivi du traitement et l'équilibre du diabète. L'enjeu est donc de trouver les clés pour convaincre les patients de vivre mieux et surtout de s'adapter à la maladie.

La manière dont le médecin déclare la maladie et ses effets est l'une des conditions décisives qui favorise la possession de maladies chroniques. Des annonces de mauvaise qualité, telles qu'une terminologie vague, méchante, mensongère et/ou surprotectrice, peuvent exacerber le choc du patient et prolonger cette phase.

Pour éviter une sorte de choc, le médecin a essayé de normaliser la situation par la simplification de la maladie, « a votre avis, leur vie a-t-elle changé ou vivent-ils normale? » il influence sur son état par l'utilisation des termes faciles et surtout qu'il est basé sur le côté religieuse pour convaincre le patient à percevoir sa maladie et sa situation actuelle.

Le médecin a proposé au patient d'adopter une alimentation équilibrée et pratiquer une activité physique régulière. Aussi que de réduire des aliments sucrés.

Cependant, il choisit une stratégie efficace qui influence positivement sur l'état psycho-affective du patient pour éviter les contraintes du traitement au temps qu'elles prennent.

## 5.2. Analyse pragmatique

### 5.2.1. Les actes du langage

J. L. Austin introduit dans une conférence nommée « Quand dire, c'est faire », la distinction entre trois sortes d'actes :

- Acte locutoire: acte de dire (acte phonétique, acte phatique, acte rhétique: la linguistique).
- Acte illocutoire: acte de faire (l'intention du locuteur en réalisant un énoncé: la pragmatique).
- Acte perlocutoire : les effets sur l'interlocuteur (ex : l'acte d'informer, d'effrayer, de choquer).

**Tableau 7 : Les actes du langage présenté dans le discours N°01**

Acte locutoire	Acte illocutoire	Acte perlocutoire
D'accord, donne-les-moi.	Docteur, je t'ai apporté les analyses que tu m'as demandé la dernière foi.	Ne t'inquiète pas si Dieu veut. Tout ira bien. Comment vous sentez-vous aujourd'hui?
Je m'inquiète un peu, et j'ai peur de revenir.		
Honnêtement, j'ai toujours les mêmes symptômes, et avec le temps, ça continué à empirer. Je m'inquiète beaucoup.		
La plupart sont malades, certains utilisent des médicaments, et d'autres utilisent de l'insuline.	Tout va bien. Ne vous inquiétez pas, si Dieu le veut, je suis avec vous, et je vous suivrai.	Nous sommes des musulmans et nous croyons au destin d'Allah et ça c'est votre destin donc dit merci
Oui, mais j'ai trop peur parce que je Suis encore jeune, et mes amis m'ont tellement fait peur.		

<p>Je suis votre médecin et je vous dis que le diabète est une maladie normale que vous pouvez gérer. sachant que vous avez le diabète type 2. Donc, je vous prescris un médicament, et si Dieu le veut, les symptômes disparaîtront, mais vous devez suivre un régime.</p>	<p>Combien de personne diabétique dans votre famille ?</p>	<p>Dieu puisque votre votre situation de santé est mieux que plusieurs gens maintenant ya un traitement pour toutes les maladies grâce au développement de la médecine, juste suivez mes conseils et vous pouvez continuer votre vie comme personne saine.</p>
<p>Je te prescrirai le médicament avec le régime si vous avez besoin de quelque chose, vous avez mon numéro de téléphone, appelez-moi à n'importe quel moment.</p>	<p>a votre avis, leur vie a t-elle changé ou vivent- ils normale?</p>	
<p>D'abord je vous écris une lettre d'orientation chez un ophtalmologue comme procédure préventif. Deuxièmement il faut commencez de pratiquer le sport, Evitez les repas riches en sucre surtout les pâtisseries et zlabia Remplacez-les par des fruits, Prenez votre traitement et la lettre d'orientation, le rendez- vous après un moins.</p>	<p>Donc ma vie ne changera pas boucoup. Je n'ai pas le courage de voir les analyses et je ne dorme pas la nuit</p>	<p>Merci docteur parlez-moi sincèrement est ce que ils sont bien ou pas.</p>
	<p>Vais-je boire ce médicament toute ma vie ?</p>	



### 5.2.2. La taxonomie de Searle

Selon la taxonomie de Searle (1979), les actes illocutoires sont cinq types, cependant dans ce discours, nous avons remarqué l'existence de 03 types

- **Les actes assertifs.** « Nous sommes des musulmans et nous croyons au destin d'Allah et ça c'est votre destin donc dit dieu merci puisque votre situation de santé est mieux que plusieurs gens, Maintenant, il ya un traitement pour toutes les maladies, grâce au développement de la médecine, juste suivez mes conseils et vous pouvez continuer votre vie comme une personne saine.»

Dans ce cas-là, le médecin est assuré un acte illocutoire, dont le but est d'influence sur l'état du patient.

- **Les actes directifs.** « Ne t'inquiète pas si Dieu le veut. Tout ira bien. Comment vous sentez-vous aujourd'hui? »

Cet acte représente un demande, dont le but illocutoire est de faire demander quelque chose de l'illocutoire

- **Les actes expressifs.** « Merci docteur. Parlez-moi sincèrement sur les résultats des analyses est ce que ils sont bien ou pas ? »

« Merci docteur a bientôt »

Cet acte représente un remerciement, dont le but illocutoire est d'exprimer un état psychologique des interlocuteurs.

### 6.2.3. Les indices de subjectivité

Les indices de subjectivité sont les marques que l'on peut rechercher dans un énoncé. ces indices révèlent les sentiments, les valeurs ou l'opinion des interlocuteurs.

Dans ce discours, nous avons remarqué l'emploi des indices de subjectivité

- **Le vocabulaire affectif.** « Je m'inquiète un peu, et j'ai **peur** de revenir. »

« J'ai toujours les même symptômes, et avec le temps ça continue à empirer, c'est pour ça je me **sens mal.** »

« Oui, mais j'ai trop peur parce que je suis encore jeune, et mes amis m'ont **tellement fait peur.** »

« Donc ma vie ne **changera** pas beaucoup ».

À partir l'emploi du vocabulaire affectif, le patient veut transmettre une réaction émotionnelle, la peur, il est essentiellement cherché à susciter les émotions et les sentiments du médecin.

- Le vocabulaire évaluatif. « Ne t'inquiète pas si Dieu le veut. **Tout ira bien.**

Comment vous sentez-vous aujourd'hui? »

« **Tout va bien.** Ne vous inquiétez pas, si Dieu le veut, je suis avec vous, et je vous suivrai » « Merci docteur

« **Merci** docteur, Parlez-moi sincèrement sur les résultats des analyses est ce que ils sont **bien ou pas ?** ».

« À votre avis, leur vie a-t-elle **changé** ou vivent-ils **normale?** ».

« Nous sommes des musulmans et nous croyons au destin d'Allah et ça c'est votre destin donc dit merci dieu puisque votre situation de santé est **mieux** que plusieurs gens, Maintenant, il ya un traitement pour toutes les maladies, **grâce** au développement de la médecine, juste suivez mais conseilles et vous pouvez continuer votre vie comme une personne **saine** ».

« **Merci docteur** ».

## 6. Analyse du discours N° 02 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 02)

### 6.1. Analyse psycho-affective

Décider de la chirurgie n'est pas facile. Surtout quand on parle des risques liés à telle ou telle intervention ou des « complications » qui peuvent en découler.

Cette situation est se fait entre un médecin et un patient âgé de 28 ans qui souffre de paralysie des membres inférieurs du corps à la suite d'un accident ça fait cinq ans.

#### 6.1.1. *L'état psycho-affective du patient*

L'état psychologique du patient était très mauvais et qu'il ne supportait plus d'entendre des nouvelles.

Après trois interventions chirurgicales, le patient est dans un état de désespoir complet, il a complètement abandonné l'idée de la guérison. Bien que, selon les médecins, son état depuis le début était un cas désespéré.

Le patient a clairement exprimé son désespoir et sa haine de son situation, Il a exprimé sa désapprobation de l'opération. « Je ne peux pas patienter encore toute ma vie est passée aux opérations, pour quant je termine, je suis fatigué très fatigué ».

Dans ce cas là, le patient n'était pas conscient et en mesure de prendre une décision. A cet égard, le patient est ressenti le besoin de demander sa mère pour bénéficier de son point de vue pour éclairer sa prise de décision. « Est ce que je peux appeler ma mère et vous lui expliquez la situation ? Parce que je n'entends plus de l'opération, J'étais en bonne santé mais depuis cinq ans je marche avec les béquilles Désolé docteur je suis frustré ».

Pour bien dire, le patient était incapable de s'adapter à la situation qu'il l'a affrontée.

### ***6.1.2. L'état psycho-affective du médecin***

Le médecin est informé le patient que la chirurgie est nécessaire pour fixer les oses de ses pieds à l'absence d'alternatives.

Le médecin a utilisé une méthode implicite pour convaincre psychologiquement le patient de répéter l'opération pour la quatrième fois, Il lui assure que l'opération sera réussie à cent pour cent. « Oui je sais, j'aimerais que vous me rendre visite c'est mieux, pour que je puisse vous expliquez une chose très importante ».

Un autre argument a été utilisé, et que les autres patients hospitalisés ont des maladies graves par rapport à son état qui est normal et stable et peut être traité contrairement aux autres patients.

Il a essayé de lui faire confiance car le patient est dans un moment qu'il ne faisait plus confiance à personne.

6.2. Analyse pragmatique

6.2.1. Les actes du langage

Tableau 8 : Les actes du langage présenté dans le discours N°02

Actes locutoires	Actes illocutoires	Actes perlocutoires
<p>Oui je sais, j'ai voulais</p> <p>Que vous Me rendre visite c'est mieux, pour que je puisse vous expliquez une chose très importante.</p>	<p>vous m'avez appelé hier et vous m'avez dit de vous-rendre visite aujourd'hui Est-ce que tout va bien ?</p> <p>ne me dis pas que je dois refaire l'opération encore une autre fois ! c'est c'est la troisième opération déjà.</p> <p>Vous n'inquiétez pas, pour votre information au moment que vous avez fait l'accèdent on a décidé d'amputer votre pied parce que le pourcentage de la réussite de votre opération était faible , mais moi J'ai refusé et je vous fais trois opérations jusqu'à maintenant, et merci à dieu, ton pied va bien. Mais il y a un problème avec l'os parce que il est mal consolidé donc, je dois faire une autre opération pour aligner l'ose est le mettre à sa forme initiale et vous soulagez.</p> <p>Je ne peux patienter encore toute ma vie est passée aux opérations, pour quand je termine je suis fatigué, très Fatigué</p> <p>Je vous donne du temps, parce que l'opération n'est pas urgente, faites les analyses et les radios et aussi l'avis d'anesthésie, appelez-moi lorsque</p>	<p>Entrez s'il vous plait.</p> <p>Un peu de courage vous avez une vie tout entière devant vous, je suis avec vous jusqu'à la dernier instant, il ne reste un peu de ce qui vous avez passez avant, j'ai décidé de faire l'opération puisque je suis sur a 99 % qu'elle réussira, sinon je ne la ferai jamais, j'avais étudié tous les possibilités.</p>
		<p>Merci docteur vous avez fait votre devoir et plus et vous avez suivi mon état de santé tout le temps, mais je me sens que ma vie est détruite.</p>
		<p>Voyez les cas comme vous, ils ya des cas pire que la votre, vous</p>

	vous les terminez et quand votre état psychologique s'améliora, si dieu le veut, c'est la dernière opération et vous pourrez conduire la voiture comme avant, jouer le ballon aussi, je sais que vous l'aimez.	avez entré à l'hôpital et vous avez vu la souffrance des gens, patientez, il ne reste pas beaucoup comme je vous l'avais dit, avant de sortir vous devez sourire comme au paravent.
	<p>Est ce que je peux appeler ma mère et vous lui expliquez la situation?</p> <p>Parce que moi j'ai perdu la force d'écoute des choses sur mon opération J'étais en bonne santé mais depuis cinq ans je marche avec les béquilles Désolé Docteur je suis frustré.</p>	Merci docteur je vous appellerai.

### 6.2.2. *Les actes indirects*

« Est ce que je peux appeler ma mère et vous lui expliquez la situation ? »

Cet acte produit par le patient, représente un acte indirect dans le sens que le patient a posé une question pour faire demander quelque chose du médecin.

### 6.2.3. *La taxonomie de Searle*

- **Les actes assertifs.** « Vous n'inquiétez pas, pour votre information au moment que vous avez fait l'accident on a décidé d'amputer votre pied parce que le pourcentage de la réussite de votre opération est faible, mais moi J'ai refusé et je vous fais trois opérations jusqu'à maintenant et merci à dieu ton pied va bien. Mais il y a un problème avec l'os parce que il est mal consolidé donc, je dois faire une autre opération pour aligner l'ose est le mettre a sa forme initiale et vous soulagez. »

« Je vous appellerai »

Les locuteurs ajustent leurs énoncés en partant des mots pour appréhender la réalité.

**Les actes directifs.** « Merci, vous m'avez appelé hier et vous m'avez dit de vous-rendre visite aujourd'hui Est-ce que tout va bien ? »

« Oui je sais, j'ai voulais que vous me rendre visite c'est mieux, pour que je puisse vous expliquez une chose très importante »

« Ne me dis pas que je dois refaire l'opération encore une autre fois ! c'est troisième opération déjà ! »

Les actes directifs dont le but illocutoire est de faire accomplir une action à son interlocuteur.

- **Les actes expressifs.** « Je ne peux pas patienter encore toute ma vie est passée aux opérations, pour quand je termine, je suis fatigué très fatigué »

L'objectif de l'emploi de cette catégorie des actes est d'exprimer un fait.

- **Les actes expositifs.** « Je vous donne du temps, parce que l'opération n'est pas urgente, faites les analyses et les radios et aussi l'avis d'anesthésie, appelez-moi lorsque vous les terminez et quand votre état psychologique s'améliora, si dieu le veut, c'est la dernière opération et vous pourrez conduire la voiture comme avant, jouer le ballon aussi, je sais que vous l'aimez ».

« Voyez les cas comme vous, ils ya des cas pires que la vôtre, vous avez entré a l'hôpital et vous avez vu la souffrance des gens, patientez, il ne reste pas beaucoup comme je vous l'avais dit, avant de sortir vous devez sourire comme au paravent ».

Les locuteurs utilisent cette catégorie afin d'exprimer de remarques et une affirmation.

- **Les actes comportatifs.** « Est ce que je peux appeler ma mère et vous lui expliquez la situation? Parce que moi j'ai perdu la force d'écoute des choses sur mon opération J'étais en bonne santé mais depuis cinq ans je marche avec les béquilles Désolé docteur je suis frustré ».

« Merci docteur vous avez fait votre devoir et plus et vous avez surveillé mon état de santé tout le temps, mais je me sens que ma vie est détruite ».

« Merci docteur ».

Cette catégorie désigne une attitude et le comportement des locuteurs.

- **Les actes promissifs.** « Un peu de courage vous avez une vie tout entière devant vous, je suis avec vous jusqu'au dernier instant, il ne reste un peu de ce qui vous avez passez avant, j'ai décidé de faire l'opération puisque je suis sûr a 99 % qu'elle réussira, sinon je ne la ferai jamais, j'avais étudié tous les possibilités »

Le médecin s'engage vis-à-vis du patient à accomplir l'action de rester chez lui jusqu'à la fin de la période de la guérison.

#### 6.2.4. *Les indices de subjectivité*

**Le vocabulaire affectif.** « Oui je sais, **j'ai voulais** que vous me rendre visite c'est **mieux**, pour que je puisse vous expliquez une chose très importante ».

« **Je ne peux pas patienter** encore toute ma vie est passée aux opérations, pour quant je termine, **je suis fatigué très fatigué** ».

« Est ce que je peux appeler ma mère et vous lui expliquez la situation ? Parce que je **n'entends plus** de l'opération J'étais en bonne santé mais depuis cinq ans je marche avec les béquilles Désolé docteur **je suis frustré** ».

« Merci docteur vous avez fait votre devoir et plus et vous avez surveillé mon état de santé tout le temps, mais je me sens que **ma vie est détruite** ».

« Voyez les cas comme vous, ils ya **des cas pires** que la vôtre, vous avez entré a l'hôpital et vous avez vu **la souffrance** des gens, patientez, il ne reste pas beaucoup comme je vous l'avais dit, avant de sortir vous devez sourire comme au paravent ».

L'emploi du vocabulaire affectif sert à impliquer la réaction émotionnelle du patient.

**Le vocabulaire évaluatif.** « **Merci**, vous m'avez appelé hier et vous m'avez dit de vous-rendre visite aujourd'hui **Est-ce que tout va bien ?** ».

« Ne me dis pas que je dois refaire l'opération encore une autre fois ! **c'est troisième opération déjà !** ».

« Je vous donne du temps, parce que l'opération n'est pas urgente, faites les analyses et les radios et aussi l'avis d'anesthésie, appelez-moi lorsque vous les terminez et **quand votre**

**état psychologique s'améliora**, si dieu le veut, c'est la dernière opération et vous pourrez conduire la voiture comme avant, jouer le ballon aussi, je sais que vous l'aimez ».

« Est ce que je peux appeler ma mère et vous lui expliquez la situation ? Parce que je n'entends plus de mon opération. **J'étais en bonne santé** mais depuis cinq ans je marche avec les béquilles, Désolé docteur je suis frustré ».

« **Un peu de courage** vous avez une vie tout entière devant vous, je suis avec vous jusqu'à la dernier instant, il ne reste un peu de ce qui vous avez passez avant, j'ai décidé de faire l'opération puisque je suis sur a 99 % qu'elle réussira, sinon je ne la ferai jamais, j'avais étudié tous les possibilités ».

Le vocabulaire appliqué porte un jugement sur les idées du médecin et du patient.

## **7. Analyse du discours N° 03 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 03)**

### **8. N° 03 (Annexes N° 03)**

#### **8.1. Analyse psycho-affective**

Dans la plupart des cas, l'expérience des brûlures graves est un traumatisme mental capable de perturber les défenses habituelles du sujet.

Nous sommes confrontés à des brûlures graves, des événements traumatiques initiaux, des séjours hospitaliers longs, des soins infirmiers douloureux, des séquelles esthétiques et fonctionnelles importantes et une prise en charge évolutive au fil des années. C'est pourquoi cette population nécessite une prise en charge précoce et pluridisciplinaire.

Dans ce cas-là, le patient est âgé de 30 ans, il est brûlure grave. D'après la salutation, nous pouvons déduire que le patient a une consultation de routine.

##### ***8.1.1. L'état psycho-affective du patient***

Pendant l'hospitalisation, d'autres éléments viennent à perturber l'équilibre psychique du patient. Les douleurs intenses, le patient, malgré qu'il utilise des médicaments efficaces, il est toujours sent malheureux. « Je ne me sens pas bien, je ne peux dormir ni le jour ni la nuit, les douleurs sont intenses ».

En outre, le patient est souffre physiquement et psychiquement, il souffre d'intenses douleurs dans son corps.

Le patient face à la réalité d'un corps et d'une identité blessés et souffrants, et rendent difficile tout refoulement temporaire de sa situation. Pour toutes ces raisons, l'état psychique du patient brûlé est ainsi fortement altéré, cependant, il vit dans un état confusionnel-déirant.

Il semble que le patient désespère de la vie parce qu'il est fatigué de la douleur. Il est aussi fatigué de changer le pansement chaque jour, Il est devenu souhaitant la mort afin de se



débarrasser de cette douleur et de cette vie fatiguée. « La mort est un soulagement pour moi. Mieux mourir que vivre. Mon visage est déformé, mes mains aussi. Lorsque je me regarde dans le miroir je souhaite la mort ».

### 8.1.2. *L'état psycho-affective du médecin*

La tentative du médecin d'accompagner le patient à accepter sa situation de manière dépressive et à sortir de la régression se fait progressivement, c'est-à-dire qu'il aide naturellement le patient à devenir de plus en plus responsable et collaboratif de son processus de guérison, en le confrontant, au bon moment, à un bon niveau de frustration.

« Je ne veux pas entendre ça de vous encore une fois, vous serez comme vous avez été avant, je vous enverrez à un centre spécialisé en Tunisie, j'ai déjà soigné ma fille dans ce dernier, si vous la voyez aujourd'hui vous disiez : cette fille n'a jamais subi une brûlure. Vous devez patienter et coopérer avec nous et suivre la parole de votre frère et votre père ».

Cet accompagnement va de la stimulation à la progression de l'autonomie et de la confiance, la libre expression des sentiments d'anxiété, de peur, d'impuissance et de dépendance, la préparation à l'intervention chirurgicale, jusqu'à l'accompagnement lors des changements de pansements douloureux.

## 8.2. Analyse pragmatique

### 8.2.1. *Les actes du langage*

*Tableau 9 : Les actes du langage présenté dans le discours N°03*

Acte locutoire	Acte illocutoire	Acte perlocutoire
Je ne me sens pas bien, je ne peux dormir ni le jour ni la nuit, les douleurs sont intenses	Prenez-vous les médicaments que je vous ai prescrits?	Oui, je les prends, mais aucun résultat, les douleurs sont intenses. je ne peux plus supporter.
		C'est normal les douleurs au début. Avec le temps leur intensité diminuera.
D'accord, je vous prescris		

<p>un médicament plus efficace que le premier mais ne le prends qu'après les repas. et essayez de ne pas dormir sur le cote ou se trouve la brûlure, ne bouger pas beaucoup attention ! attention ! évitez L'eau pour que la plaie ne s'infect pas.</p>	<p>Docteur, prescrivez- moi un médicament plus efficace capable de stopper les douleurs.</p>	<p>La mort est un soulagement pour moi. mieux mourir que vivre. mon visage est déformé, mes mains aussi. Lorsque je me regarde dans le miroir je souhaite la mort.</p>
<p>Je ne veux pas entendre ça de vous encore une fois, vous serez comme vous avez été avant, je</p>		<p>Et lorsque je retournerai à Constantine qu'est- qu'ils vont me faire</p>
<p>vous enverrez à un centre spécialisé en Tunisie, j'ai déjà soigné ma fille dans ce dernier, si vous la voyez aujourd'hui vous disiez : cette fille n'a jamais subi une brûlure. vous devez patienter et coopérer avec nous et suivre la parole de votre frère et votre père.</p>		<p>A Constantine ils soigneront vos brûlures avec une méthode spéciale. mais il faut y aller chaque semaine parce que c'est un centre spécialisé. lorsque votre état s'améliorera ils vous orienteront en Tunisie pour continuer le traitement.</p>
<p>Est-ce que je peux changer le pansement une fois par semaine parce que</p>		<p>Non. vous devez les changer chaque jour sur deux jours. prends le médicament que je Viens de vous prescrire une demi-heure avant le changement du pansement pour soulager les douleurs.</p>
		<p>Merci docteur, je vous en serais très reconnaissant.</p>
		<p>C'est mon devoir. Si dieu le veut ,comme ce jour la vous reviendrez ici optimiste et en bonne santé. Voila le traitement .et à Constantine ils vous donneront les autres documents. A bientôt</p>
	<p>Au revoir à bientôt</p>	

c'est très douloureux.		
------------------------	--	--

### 8.2.2. La taxonomie de Searle

**-Les actes assertifs.** « Je ne me sens pas bien, je ne peux pas dormir ni le jour ni la nuit, les douleurs sont intenses ».

« Oui, je les prends, mais aucun résultat, les douleurs sont intenses. je ne peux plus supporter ».

Par ces actes, la patiente veut affirmer ses douleurs malgré qu'il prenne le médicament.

**-Les actes directifs.** « D'accord, je vous prescris un médicament plus efficace que le premier mais ne le prends qu'après les repas. Et essayez de ne pas dormir sur le cote ou se trouve la brûlure, ne bouger pas beaucoup attention ! attention ! éviter l'eau pour que la plaie ne s'infecte pas.

Le but de cet acte est de faire accomplir une action à son interlocuteur.

**-Les actes déclaratifs.** « C'est normal les douleurs au début avec le temps leur intensité diminuera. »

« A Constantine ils soigneront vos brûlures avec une méthode spéciale mais il faut y aller chaque semaine parce que c'est un centre spécialisé lorsque votre état s'améliorera ils vous orienteront en Tunisie pour continuer le traitement. »

La force illocutoire s'exerce dans le sens de la réalisation d'une action en fonction de l'énonciation. Ces actes correspondent aux déclarations.

**-Les actes expositifs.** « Non. Vous devez les changer chaque jour sur deux. prends le médicament que je Viens de vous prescrire une demi-heure avant le changement du pansement pour soulager les douleurs. »

Cet acte représente une objection.

- **Les actes promissifs.** « La mort est un soulagement pour moi. Mieux mourir que vivre. Mon visage est déformé, mes mains aussi. Lorsque je me regarde dans le miroir je souhaite la mort».

« Je ne veux pas entendre ça de vous encore une fois, vous serez comme vous avez été avant, je vous enverrez a un centre spécialisé en Tunisie, j'ai déjà soigné ma fille la bas, si vous la voyez aujourd'hui vous direz : cette fille n'a jamais subi une brûlure. Vous devez patienter et coopérer avec nous et suivez les conseils de votre frère et votre père.»

« C'est mon devoir. Si dieu le veut, comme ce jour la vous reviendrez ici optimiste et en bonne santé. Voilà le traitement .et a Constantine ils vous donneront les autres documents. À bientôt »

Le premier exemple, exprime un acte de volonté, quant au deuxième et troisième exemple, ils expriment la garantie.

### 8.2.3. *Les indices de subjectivité*

- **Le vocabulaire affectif.** « **Je ne me sens pas bien**, je ne peux pas dormir ni le jour ni la nuit, les douleurs sont intenses ».

« Oui, je les prends, mais aucun résultat, les douleurs sont intenses. **Je ne peux plus supporter** ».

« La mort est un soulagement pour moi. Mieux mourir que vivre. Mon visage est déformé, mes mains aussi. Lorsque je me regarde dans le miroir **je souhaite la mort** ».

« Je ne veux pas entendre ça de vous encore une fois, vous serez comme vous avez été avant, je vous enverrez a un centre spécialisé en Tunisie, j'ai déjà soigné ma fille dans ce dernier, si vous la voyez aujourd'hui vous disiez : cette fille n'a jamais subi une brûlure. **Vous devez patienter** et coopérer avec nous et suivre la parole de votre frère et votre père.»

« C'est mon devoir.si dieu le veut comme ce jour-là vous reviendrez ici **optimiste** et en bonne santé. Voilà le traitement .et a Constantine ils vous donneront les autres documents, à bientôt »

« Est-ce que je peux changer le pansement une fois par semaine parce que leur c'est très douloureux».

Le vocabulaire indique les émotions des locuteurs: la pitié, sympathie.

- **Le vocabulaire évaluatif.** « Oui, je les prends, mais **aucun résultat**, les douleurs sont intenses. je ne peux plus supporter ».

« C'est normal les douleurs au début avec le temps **leur intensité diminuera** ».

« Docteur, prescrivez- moi un médicament **plus efficace** capable de stopper les douleurs».

Le vocabulaire utilisé indiquant un jugement sur ce qui entoure les locuteurs, sur leurs idées.

## **9. Analyse du discours N° 04 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 04)**

### **9.1. Analyse psycho-affective**

La pandémie de COVID-19 a non seulement présenté des défis de santé publique sans précédent, mais a également causé de profondes souffrances humaines, en particulier pour les patients âgés. Nous avons eu le privilège d'être témoins du désespoir et de l'isolement que cette maladie a créés, ce qui nous laisse un désagréable arrière-goût d'impuissance.

La première conséquence de la pandémie est bien sûr le taux de mortalité disproportionnellement élevé de la population âgée. D'autres effets ont été rapidement perçus sur la santé psychosociale, ce qui était évident dans tous les groupes d'âge, mais était particulièrement prononcé dans la population âgée, isolement, instabilité de la société médicale, le deuil ont été mis en exergue dans cette pandémie, et ce dans tous les lieux de vie du sujet âgé.

La nécessité de développer une relation thérapeutique avec la dimension humaine et l'empathie apparaît comme une pratique nécessaire, voire recommandée. Cependant, la gravité de la pathologie, les choix éthiques importants qui en découlent, le nombre élevé de décès et la durée de la crise affectent également la santé mentale des gériatres.

#### ***9.1.1. L'état psycho-affective du patient***

La patient est âgée de 45 ans, admis pour malaise avec dyspnéique, les symptômes qui ils sont apparus sur elle confirme qu'elle a COVID-19. Mais seulement depuis des jours que madame souffre des douleurs a la tête, mal dans l'articulation et la diarrhée. La saturation en oxygène est insuffisante. C'est pour ça elle besoin de l'oxygène. Elle a besoin d'une surveillance spéciale puisque son état de santé était instable. « Je me sens pas bien, j'ai des difficultés à la respiration je me sens fatigue toute la journée comme hier. »

L'état psychique de la patiente était grave, elle était stressé et peur Elle souffre de dépression, anxiété et stresse. Elle vit d'une grande tristesse. D'ailleurs, elle a refusé de rester dans l'hôpital. Elle a confronté des situations comme l'isolement, la crainte de la mort.

Avant de terminer la consultation, nous avons dû partir car son état psychologique s'est encore aggravé.

### **9.1.2. L'état psycho-affective du médecin**

Les médecins ont du mal à annoncer un diagnostic de Covid-19 et demandent souvent l'avis d'un psychiatre. L'évolution méconnue de cette pathologie et le manque de formation dans le bulletin de diagnostic sont dus à des inquiétudes sur la réponse des patients et l'impact négatif du bulletin sur eux.

Dans ce ca-là, le médecin était obligé d'annoncer le diagnostic de la Covid-19, malgré que la patiente était sûr qu'elle est malade.

Durant la consultation, le médecin était capable de donner des informations claires et précises à sa patiente et l'orienter vers une prise en charge adéquate. Il a utilisé une méthode claire pour la convaincre de respecter la quarantaine à l'hôpital afin de préserver sa vie et celle de sa famille et de ses proches.

## **9.2. Analyse pragmatique**

### **9.2.1. Les actes du langage**

**Tableau 10 : Les actes du langage présenté dans le discours N°04**

<b>Actes locutoires</b>	<b>Actes illocutoires</b>	<b>Actes perlocutoires</b>
Est-ce que vous avez des courbatures ou mal dans l'articulation ?	Je ne me sens pas bien, j'ai des difficultés à la respiration je me sens fatigue toute la journée comme hier.	Allongez-vous sur la table je vais prendre vos constantes la TA est 9/5, la température 38,5, saturation en O2 94%, vous avez des douleurs a la tête ?
		Oui surtout la nuit les douleurs augmente d'intensité et la dyspnée devient fréquente
	Oui, je l'ai fait hier.	

	Mais de l'anxiété et la peur je l'ai oublié	Oui des fois quand je marche ou quand je mente les escaliers.
Est-ce-que vous avez Fait le Scanner que Je vous ai	dans la maison de ma mère. Mon frère est en route pour le ramener	D'accord. Les nausées, les vomissements, la diarrhée. est-ce que vous souffrez de ces symptômes dernièrement ?
Demandé hier?	Oui je sais. Que J'ai eu le covid19.	Pas de problème madame. en attendant l'arrivée du scanner, je vous mettrai sous oxygénothérapie puisque votre saturation en oxygène est insuffisante. C'est pour ça vous souffrez de la dyspnée.
	Les symptômes qu'ils sont apparus sur moi le confirment.	C'est bien pour vous parce que vous avez fait le scanner et revenir ici. il ya des patients pensent que le covid n'existe pas lorsque je leur demande de faire un scanner. ils partent sans revenir une autre fois.
	Je fais confiance à vous docteur. je le jure.	Selon le scanner vous avez un pourcentage de 65%. donc madame je vous fais une lettre d'orientation au service covid à l'hôpital frère Tobale .vous avez besoin d'une surveillance spéciale puisque votre état de sante est instable. surtout vous désaturerez rapidement lorsque je débranche l'appareil d'oxygène et le scanner le confirme, le degré d'atteinte est de 65%
	Non, je ne veux pas rester à l'hôpital. donnez-moi le traitement je le prends à la maison je déteste les hôpitaux.	Madame moi je vous conseille d'aller à l'hôpital puisque l'isolement est obligatoire. pensez aux autres personnes autour de vous, vous pouvez les contaminer. Même dans l'hôpital la surveillance est 24/24, l'oxygène est disponible. donc votre état s'améliorera rapidement et vous pouvez sortir et continuer votre traitement à la maison dès que vous

		<p>prenez la température de la patiente, passez la période de danger,</p>
--	--	---

### 9.2.2. La taxonomie de Searle

- **Les actes assertifs.** «Oui, je l'ai fait hier. Mais de l'anxiété et de la peur je l'ai dans la maison de ma mère ».

« Pas de problème madame. En attendant l'arriver du scanner, je vous mettrai sous oxygénothérapie puisque votre saturation en oxygène est insuffisante. C'est pour ça vous souffrez de la dyspnée ».

Ces actes permettent de décrire l'état réel des locuteurs, par des affirmations, des confirmations et des descriptions.

- **Les actes directifs.** « Je me sens pas bien, j'ai des difficultés à la respiration je me sens fatigué toute la journée comme hier ».

« Oui des fois lorsque je marche ou monte les escaliers ».

« Oui surtout la nuit les douleurs augmentent d'intensité et la dyspnée devient fréquente ».

« Les deux premières non, la diarrhée oui ».

« Oui je sais. Déjà je sais que j'ai eu le covid19. Les symptômes qui ils sont apparus sur moi le confirment ».

Ces actes visent à exprimer aux ordres, aux conseils, aux demandes.

- **Les actes expressifs.** « C'est bien pour vous parce que vous avez fait le scanner et revenir ici. Il y a des patients pensent que le covid n'existe pas lorsque je leur demande de faire un scanner. Ils partent sans revenir une autre fois. »

« Je fais confiance à vous docteur je le jure. »

Ces actes traduisent un état affectif émotionnel exprimé par le médecin dont il l'a utilisé convaincre la patiente.



- **Les actes déclaratifs.** « Allongez-vous sur la table je vais prendre vos constantes la TA est 9/5, la température 38,5, saturation en O2 94%, vous avez des douleurs à la tête ? ».

« D'accord. Les nausées, les vomissements, la diarrhée. Est-ce que vous souffrez de ces symptômes dernièrement ? »

« Est-ce que vous avez des courbatures ou mal dans l'articulation ».

« Est-ce-que vous avez fait le scanner que Je vous ai demandé hier ? »

« Merci, vous sentez bien a ce moment la dyspnée est disparu ? »

« Selon le scanner vous avez un pourcentage de 65%. Donc madame je vous fais une lettre d'orientation au service covid à l'hôpital frère Tobale. Vous avez besoin d'une surveillance spéciale puisque votre état de santé est instable. Surtout vous désaturez rapidement lorsque je débranche l'appareille d'oxygène et le scanner le confirme, le degré d'atteinte est de 65%».

« Non .je ne veut pas rester a l'hôpital. donnez-moi le traitement je le prends à la maison. Je déteste les hôpitaux ».

« Madame moi je vous conseille d'aller à l'hôpital puisque l'isolement est obligatoire. Pensez aux autres personnes autour de vous, vous pouvez les contaminer. Même dans l'hôpital la surveillance est 24/24, l'oxygène est disponible. Donc votre état s'améliora rapidement et vous pouvez sortir et continuer votre traitement à la maison dès que vous passez la période de danger».

Les actes déclaratifs s'exercent dans le sens de la réalisation d'une action en fonction de l'énonciation.

### 9.2.3. *Les indices de subjectivité*

- **Le vocabulaire affectif.** « Bonjours madame, **vous sentez bien** aujourd'hui qu'est ce qui se passe ? »

« **Je me sens pas bien**, j'ai des difficultés à la respiration je **me sens fatigue** tout la journée « comme hier »

« D'accord. les nausées, les vomissements, la diarrhée. Est ce **que vous souffrez** de ces symptômes dernièrement? »

« Oui je l'ai fait hier. Mais de l'anxiété et de la peur je l'ai dans la maison de ma mère».

« Pas de problème madame. en attendant l'arriver du scanner, je vous mettrai sous oxygénothérapie puisque votre saturation en oxygène est insuffisante. c'est pour ça **vous souffrez de la dyspnée** ».

« **Je fais confiance** à vous docteur, je le jure. »

« Non, **je ne veux pas** rester à l'hôpital. Donnez-moi le traitement je le prends a la maison. Je déteste les hôpitaux».

« Madame moi **je vous conseille** d'aller à l'hôpital puisque l'isolement est obligatoire. **Pensez** aux autres personnes auteure de vous, vous pouvez les contaminer. Même dans l'hôpital la surveillance est 24/24, l'oxygène est disponible. Donc votre état améliorera rapidement et vous pouvez sortir et continuer votre traitement à la maison des que vous passe la période de danger ».

Le vocabulaire affectif représente l'ensemble des mots impliquant une réaction émotionnelle ou un engagement affectif, nous trouvons comme exemple les verbes d'opinion, «pense».

- **Le vocabulaire évaluatif.** « Oui surtout la nuit **les douleurs augmente** d'intensité et la dyspnée devient fréquente ».

Cet acte porte un jugement sur l'idée que les douleurs de la patiente sont augmentées.

## **10. Analyse du discours N° 05 dans le dialogue qui prend forme entre le médecin et le malade lors de consultation médicale (Annexes N° 05)**

### **10.1. Analyse psycho-affective**

Entendre que l'on est atteint d'un cancer constitue toujours un choc. Les réactions sont très variables d'une personne à une autre et des états émotionnels très contrastés peuvent se succéder. Détachement ou sidération, colère puis déni, confusion et impression d'être submergé. Avoir un cancer est encore une notion assez abstraite à ce stade. D'où les angoisses et la difficulté à prendre conscience que l'on est bel et bien malade. Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réactions.

Dans ce discours, la patiente est âgée de 42 ans, elle a du cas cancer du sein.

Dans cette situation de communication, nous pouvons analyser l'état du médecin, ainsi que de la patiente.

### *10.1.1. L'état psycho-affective du patient*

Avoir un cancer est une épreuve psychologique et émotionnelle. Pendant des mois, la maladie engendre toute une série de sentiments puissants : peur, colère, tristesse, espoir, désespoir, déception... Elle te pose également quantité de questions, qui ne t'avaient peut-être jamais effleuré(e), sur la vie en général, la mort, l'amour... Ces émotions, ces questions évoluent au gré de ton état de santé et sont tout à fait normales.

À travers la discussion entre le médecin et la patiente, nous constatons qu'elle est hospitalisée, elle n'était pas capable de se faire face, il est possible qu'elle soudainement ressentit une grande solitude malgré qu'elle entoure par les infirmières. « Vous connaissez bien mon état docteur. J'ai essayé de patienter mais je ne peux plus encore ».

Elle n'était pas à l'aise, alors elle a demandé à voir un médecin pour s'enquérir de son état et de l'opération. « Je suis stressé et je veux savoir le jour de l'opération et son déroulement ».

Dans le cas, on estime que la patiente souffre sur le plan psychologique. Elle est totalement s'effondre, notamment au moment de l'annonce de la date de l'opération. Elle passe par une phase de baisse de moral, et la détresse psychologique.

La situation financière de la patiente n'est pas bonne et elle a donc besoin d'une prise en charge financière, ce qui l'a amené à l'envoyer à Constantine chez un autre chirurgien spécialisé afin qu'il puisse effectuer l'opération gratuitement.

Même après que le médecin l'ait rassurée sur le fait que son opération n'était pas si difficile, elle s'inquiétait toujours de la forme de ses seins après l'opération.

### *10.1.2. L'état psycho-affective du médecin*

Au-delà de cette diversité de situations cliniques, il convient que le médecin habitue les différentes situations d'annonce des maladies graves. Communiquer un diagnostic de maladie grave, annoncer la récurrence d'un cancer.

Le médecin l'a soutenu psychologiquement qui l'a permet d'exprimer ses sentiments, ses peurs et ses pensées et de bien les identifier et souvent de les soulager.

« Madame votre cancer ce n'est pas dans un stade développé. La tumeur est de petite taille en plus elle n'était pas propagé donc on enlèvera juste la tumeur. Votre opération est programmée pour la semaine prochaine à Constantine. »

---

Certes, le médecin était clair, précis, gentil et attentif dans ces instructions. Il améliore l'état psychologique de la patiente à partir ses recommandations, ses précautions et ses guides.

10.2. Analyse pragmatique

10.2.1. Les actes du langage

Tableau 11 : Les actes du langage présenté dans le discours N°05

Acte locutoire	Acte illocutoire	Acte perlocutoire
J'ai essayé de patienter mais je ne peux plus encore.	Je voulais vous poser une question, mais j'avais honte.	Comment allez-vous l'infirmière m'a dit que vous n'êtes pas bien ! Et vous voulez me voir?
Je suis stressé et	Je suis votre médecin et vous avez le droit de tout savoir avant l'opération. je vous réponde à toutes vos questions.	Vous connaissez bien mon état docteur.
Je veux savoir le jour de l'opération et son déroulement		Ne vous inquiétez pas madame Nous sommes là pour vous aider. Vous ne manquerez de rien ici. que ce que vous voulez savoir ?
J'ai pensé au mieux pour vous. J'ai un ami chirurgien spécialisé dans ce type d'opération .il a accepté de vous opérer volontairement. Il à une grande expérience dans ce type d'opération avec lui tout va bien. Ne vous inquiétez pas.		Madame votre cancer ce n'est pas dans un stade développé. la tumeur est de petite taille en plus elle n'était pas propagé donc on enlèvera juste la tumeur. Votre opération est programmée pour la semaine prochaine à Constantine.
Merci docteur, je veux connaître est -ce que la forme de mon sein changera beaucoup après l'opération. Et comment sa forme deviendra ?		Madame ne vous inquiétez pas et vous ne pensez à rien. Sa forme ne changera pas beaucoup. plusieurs mois après opération vous pouvez faire une chirurgie esthétique si vous voyez que sa forme est changée ou si vous n'aimera pas la nouvelle forme. on parlera à tout ça après l'opération.
		De rien c'est mon devoir. si vous avez besoin de quelque chose. parlez avec l'infirmière pour me contacter et je vianderai vous voir. ne vous inquiétez pas, tout va bien. on doit patienter c'est juste une période difficile.
		Merci beaucoup docteur
		Si dieu le veut, docteur vous m'avez mis à l'aise.
		Au revoir madame.
		Au revoir docteur.

### 10.2.2. *Les actes indirects*

« Pourquoi ne pas m'opérer ici ? »

Par cet acte, la patiente veut essentiellement assurer deux actes :

- Acte primaire : la question.
- Acte secondaire : demande.

### 10.2.3. *La taxonomie de Searle*

- **Les actes assertifs.** « Vous connaissez bien mon état docteur. J'ai essayé de patienter mais je ne peux plus encore ».

« Ne vous inquiétez pas madame Nous sommes là pour vous aider. Vous ne manquerez de rien ici qu'est-ce que vous voulez savoir ? »

« Madame votre cancer ce n'est pas dans un stade développé. La tumeur est de petite taille en plus elle n'était pas propagée donc on enlèvera juste la tumeur. Votre opération est programmée pour la semaine prochaine à Constantine ».

Dans les exemples ci-dessus, les locuteurs « le médecin et la patiente » ont assuré un acte illocutoire, dont l'objectif est d'assurer l'information transmise.

- **Les actes directifs.** « Je suis stressé et je veux connaître le jour de l'opération et son déroulement ».

« Si dieu le veut docteur, vous m'avez mis à l'aise ».

L'objectif de ces actes est de transmettre quelque chose à l'interlocuteur.

- **Les actes expressifs.** « Merci docteur je veux savoir si la forme de mon sein changera-t-il beaucoup après l'opération ? »

« Merci beaucoup docteur ».

Tous les actes représentent un remerciement, dont le but illocutoire est d'exprimer un état psychologique des interlocuteurs.

- **Les actes expositifs.** « J'ai pensé au mieux pour vous. J'ai un ami, chirurgien spécialisé dans ce type d'opération .il a acceptée de vous opérer volontairement. Il à une grande expérience dans ce type d'opération avec lui tout va bien ne vous inquiétez pas. »

Cet acte représente un postulat. La patiente veut exprimer ses pensées.

#### *10.2.4. Les indices de subjectivité*

Dans ce discours, nous avons remarqué l'emploi des indices de subjectivité

- **Le vocabulaire affectif.** « Comment allez-vous. L'infirmière m'a dit que **vous n'êtes pas bien** ! Et vous voulez me voir ? »

« **Je suis stressé** et je veux le jour de l'opération et son déroulement. »

Les locuteurs veulent transmettre une réaction émotionnelle, la peur, il est essentiellement cherché à susciter les émotions et les sentiments du médecin.

- **Le vocabulaire évaluatif.** « **Ne vous inquiétez pas** madame. **Nous sommes la pour vous aider.** Vous ne manquez de rien ici qu'est- ce que vous voulez savoir? »

« **J'ai pensé au mieux pour vous.** J'ai un ami, chirurgien spécialisé dans ce type d'opération .il a accepté de vous opérer volontairement. Il à une grande expérience dans ce type d'opération avec lui tout va bien. **Ne vous inquiétez pas** ».

Les locuteurs veulent essentiellement partager des appréciations positives et un point de vue.

## **11. Interprétation des résultats**

L'analyse psycho-affective nous permet d'obtenir les résultats suivants :

- ❖ Des mauvaises nouvelles sont annoncées aux patients dans des situations cliniques diverses mais toujours très difficiles. malgré la mise en place du système de bulletin, la bonne volonté du médecin et les précautions qu'il peut prendre, afin de déminer le choqué chez le patient, les choses peuvent toujours mal tourner à ce stade.
- ❖ Le médecin doit annoncer une mauvaise nouvelle à un patient qu'il voit pour la première fois et qui pour lui très familier. En raison de la sur intimité entre les deux. Un lien émotionnel qui se développe au cours de la maladie, les médecins

comprennent la réponse du patient. L'annonce est un moment délicate, souvent effrayant et parfois angoissant.

- ❖ Les patients ont peur et annoncer une mauvaise nouvelle est une mauvaise nouvelle pour les médecins eux-mêmes. Ils savaient que ce serait difficile à la fois pour eux et les patients. Le médecin était tenu de protéger le patient de la douleur que ses mots lui causaient. (devrez parler, expliquer la maladie et sentir l'accusation souffler de la personne en face de vous, défendre, et peut-être rebondir.) Ces phrases sont source de douleur pour les médecins.
- ❖ Dans le cas de maladie grave, exemple, discours 03, les mécanismes de défense correspondent aux moyens psychologiques mis en œuvre par le patient pour combattre la peur de la mort provoquée par la maladie et/ou toutes ses conséquences. La douleur ressentie n'est pas le produit d'un conflit intérieur, mais une douleur qui trouve sa source dans la réalité : la peur de la douleur et la peur de la mort.

## **12. La présentation de l'outil de la recherche**

### **12.1. Caractéristique du questionnaire**

Un outil méthodologique qui convient à la méthode de notre recherche ; il permet toucher le maximum de personnes concernées par cette étude ;

Un moyen de collecte d'information qui nous permet de guider notre recherche, et d'écartier le risque d'obtenir des résultats éloignés ;

L'anonymat que les individus ont tendance à apprécier du fait que rien ne peut être utilisé à leur encontre ; Economique, sur le plan temps et coût.

### **12.2. Présentation du questionnaire**

Notre questionnaire contient quatorze (14) questions simples, claires et précises

- Huit (08) questions fermées.
- Trois (03) questions semi-ouvertes.
- Trois (03) questions ouvertes.

Les résultats obtenus de chaque question sont représentés par des tableaux et des graphes type camembère.



- ❖ La durée de la distribution de questionnaire : 11- 03- 2022 au 18 -03- 2022.

### 12.3. L'identification de la population cible (public)

Dans notre recherche nous avons ciblé vingt médecins (spécialiste et généraliste) qui travaillent au niveau des établissements de santé (publique et prive) commune de Mila. Le tableau ci-dessous montre le nombre des médecins de chaque spécialité. Nous avons choisi plusieurs spécialités pour augmenter la fiabilité de l'enquête et afin de pouvoir collecter le plus grand nombre d'informations car chaque spécialité reçoit des cas spécifiques de patients compatibles avec notre recherche.

*Tableau 12 : Identification de la population cible (public)*

Spécialité	Nombre
Généralistes	08
Pédiatre	01
Chirurgie général	03
Anesthésie réanimation	02
Gynécologie-obstétrique	02
Diabétologie	01
Chirurgie Orthopédique et traumatologie	02
Chirurgie urologique	01
Totale	20

### 12.4. Le déroulement de l'enquête

Avant de distribuer le questionnaire aux médecins. Nous sommes présentées auprès les responsables de chaque établissement avec l'autorisation obtenu de notre centre universitaire (annexe) et nous avons expliqué l'objectif de notre travail de recherche afin qu'il puisse nous accordé son autorisation et pour les médecins aussi nous avons expliqué a chacun le bute et le rôle de notre travail de recherche et l'importance de leurs collaboration mais malheureusement plusieurs d'entre eux ont refusé la collaboration malgré nous l'avons rassurés en leur confirmant que les informations recueillies ne permettent en aucun cas une identification des participants.

Enfin, Le questionnaire a été rempli par les médecins le même jour, il a été distribué et récolté par nous-mêmes.

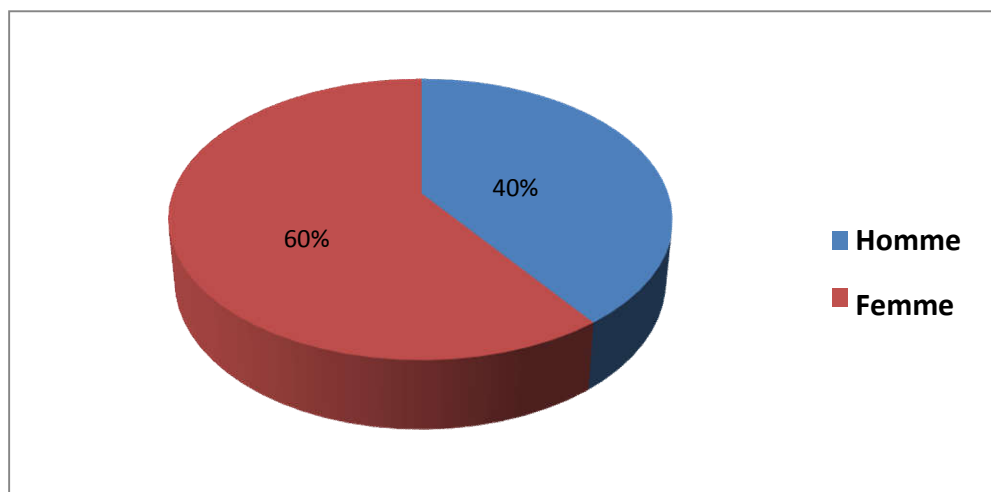
Nous signalons que parmi les 30 médecines, dix (10) n'ont pas répondu au questionnaire : trois d'entre eux ont été très occupés dans leur travail et les sept autres ont refusé de collaborer avec nous pour des raisons inconnues

La présentation et interprétation des résultats :

### 12.5. Les informations générales sur l'échantillon de l'enquête

*Tableau 13 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Sexe des médecins	Homme	Femme
Nombres	08	12
Pourcentage %	40	60



*Graphique 1 : Sexe des médecins*

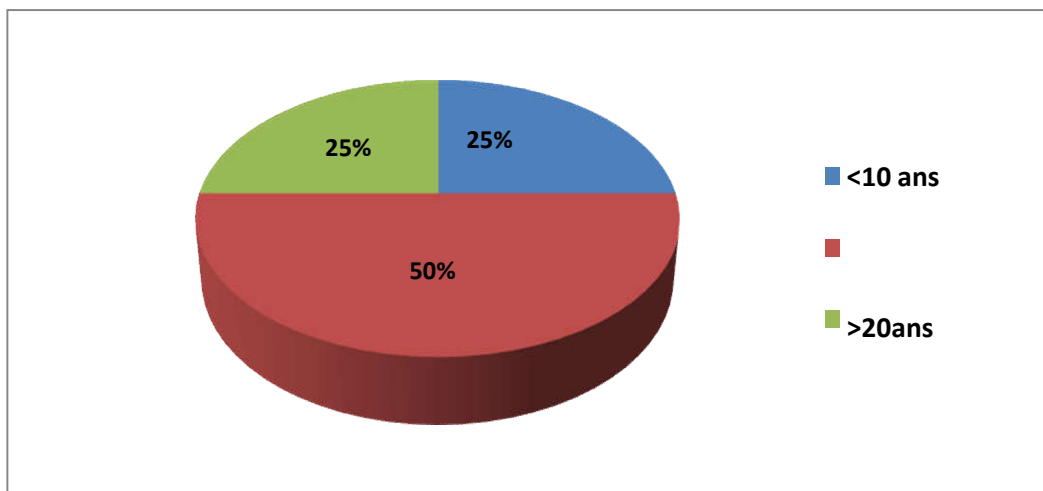
#### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 60% des médecins dans lesquels on a fait l'enquête sont des femmes et 40% sont des hommes, Nous constatons que Le nombre des médecins femmes est plus que les hommes dans le secteur de la santé. Les femmes sont considérées comme le sexe tendre, ayant une plus grande clairvoyance émotionnelle, c'est-à-dire une plus grande réactivité émotionnelle, et également une plus grande empathie et sensibilité pour les sentiments des autres. L'homme est le plus raisonnable restent calmes et maintiennent un contrôle de soi, même

dans les situations difficiles. Donc le sexe des médecins joue un rôle très important dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle et dans la communication (patients- médecin). (Paula .N, Silvia. K, François. R.2009).

**Tableau 14 : Représentation des résultats selon leurs fréquences**

Année d'expérience	Nombre	Pourcentage%
<10 ans	05	25
10à20 ans	10	50
>20ans	05	25
Total	20	100



**Graphique 2 : Année d'expérience**

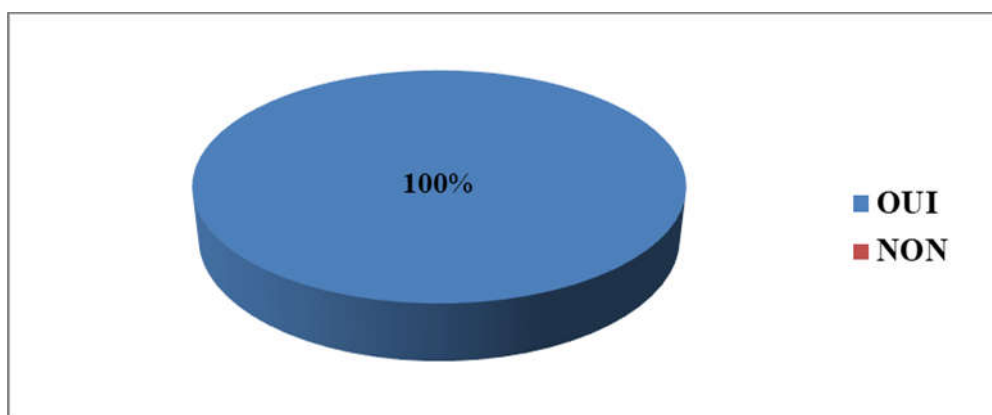
### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 25 % des médecins dans lesquels on a fait l'enquête ont une expérience professionnelle moins de 10 ans et plus de 20 ans et 50 % ont une expérience professionnelle exprimant entre 10 et 20 ans. Nous constatons que la majorité des médecins ont une expérience professionnelle plus de 10 ans donc Ils ont suffisamment d'expérience pour nous fournir des informations sur la façon de traiter les patients dans des cas difficiles et de choisir les mots appropriés lors de l'annonce du diagnostic et contrôler l'état psycho- affectif du patient.

- **Question N° 01 :** Voyez-vous des patients qui ont une maladie ou un problème de santé grave ?

**Tableau 15 : Représentation des résultats selon leurs fréquences**

Réponse	Nombre	Pourcentage
Oui	20	100%
Non	00	00%
Total	20	100%

**Graphique 3 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage**

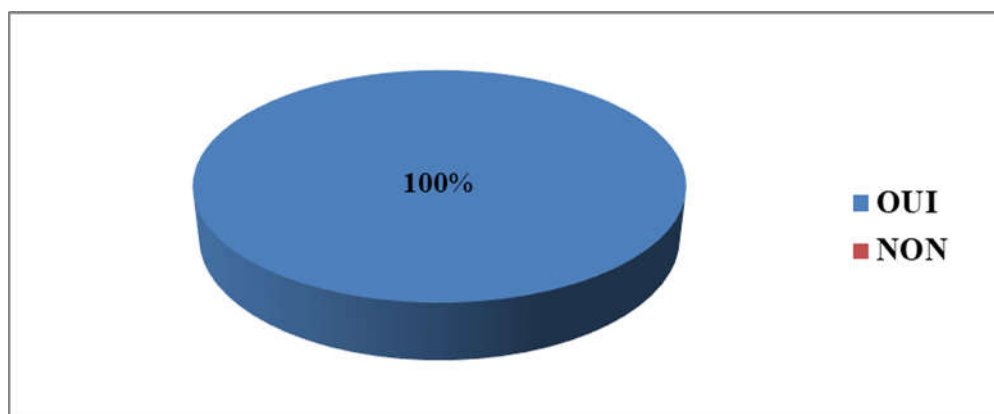
### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 100% des médecins dans lesquels on a fait l'enquête sont déjà vu des patients qui ont des maladies et des problèmes de santé grave. Donc c'est un indicateur positif pour notre enquête, pour notre recherche. L'expérience vécue par les médecins avec les patients est primordiale. Ils nous aident à confirmer les résultats de notre analyse.

- **Question N°02** : Le médecin doit-il révéler le nom de la maladie à son patient ?

**Tableau 16 : Représentation des résultats selon leurs fréquences**

Réponse	Nombre	Pourcentage
Oui	20	100%
Non	00	00%
Total	20	100%



**Graphique 4 : Répartition des résultats selon leurs pourcentages**

### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 100% des médecins dans lesquels on a fait l'enquête disent que le médecin doit révéler le nom de la maladie à son patient. Nous constatons que la totalité des médecins connaissent les règles du code de déontologie médicale algérien et donc les droits des patients. L'information a pour fonction de mettre le patient en mesure de faire des choix et de donner un consentement éclairé. (<https://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-droits/Les-droits-de-l-usager/Le-droit-d-etre-informe-et-de-participer-aux-decisions>) Mais ce que nous intéresse dans notre recherche est de savoir comment les paroles du médecin affectent l'état psycho-affectif du patient lors de l'annonce du diagnostic.

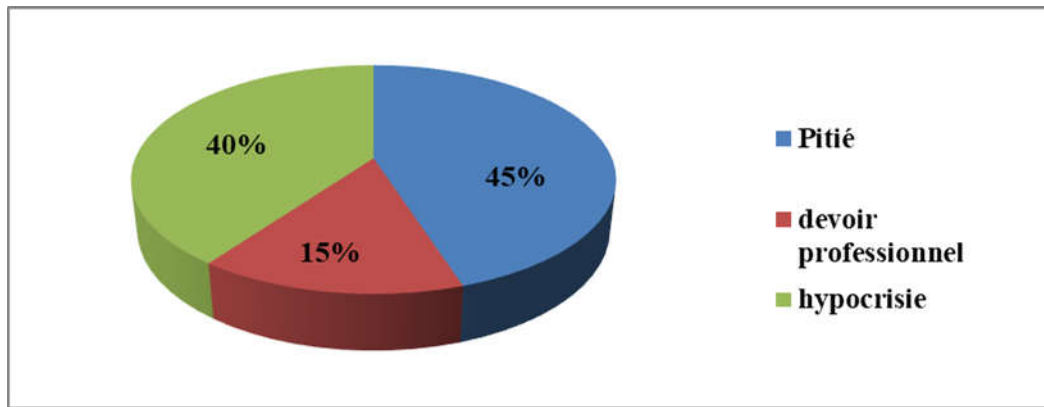
### Article 43 : CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ALGERIEN

Le médecin, le chirurgien-dentiste doit d'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical. (CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ALGERIEN Fait à Alger le 06 juillet 1992)

- **Question N°03** : Est-ce que dissimuler la vérité à certain patient serait par ?

**Tableau 17 : Représentation des résultats selon leurs fréquences**

Réponse	Nombre	Pourcentage
Pitié	09	45%
devoir professionnel	03	15%
Hypocrisie	08	40%
Total	20	100%



*Graphique 5 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

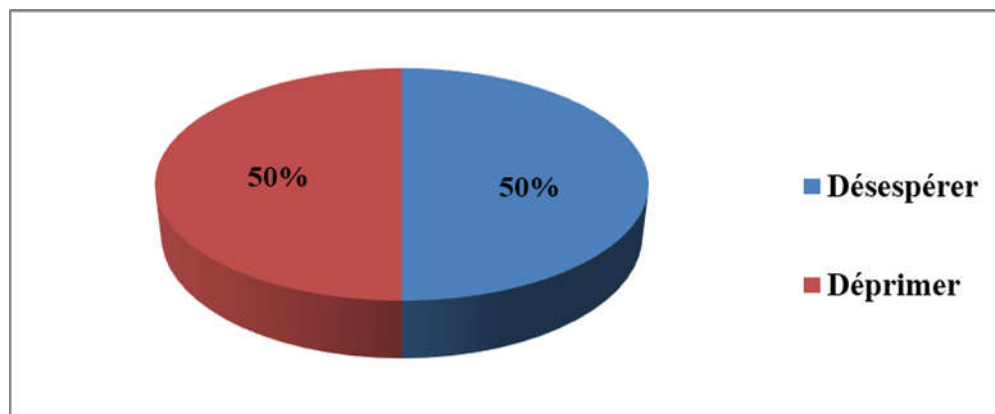
### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 45% des médecins dissimuler la vérité à certains patients par pitié, 40% par hypocrisie et 15% par devoir professionnel. Nous constatons que La quasi-totalité des médecins dissimuler la vérité aux patients soit par pitié soit par hypocrisie. Les médecins utilisent l'hypocrisie et la pitié comme outil de défense contre la charge émotionnelle négative des patients. L'annonce d'une maladie grave est écrasante pour le malade. La maladie débute, non pas avec les premiers symptômes, mais avec son annonce. (Odile, J. (2001) : 22,11).

**Question N° 04 :** En cas de maladies portant la mort, Est-ce que le malade a le droit de :

*Tableau 18 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Réponse	Nombre	Pourcentage
Désespérer	10	50%
Déprimer	10	50%
S'en prendre au médecin	00	00%
Total	20	100%



*Graphique 6 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

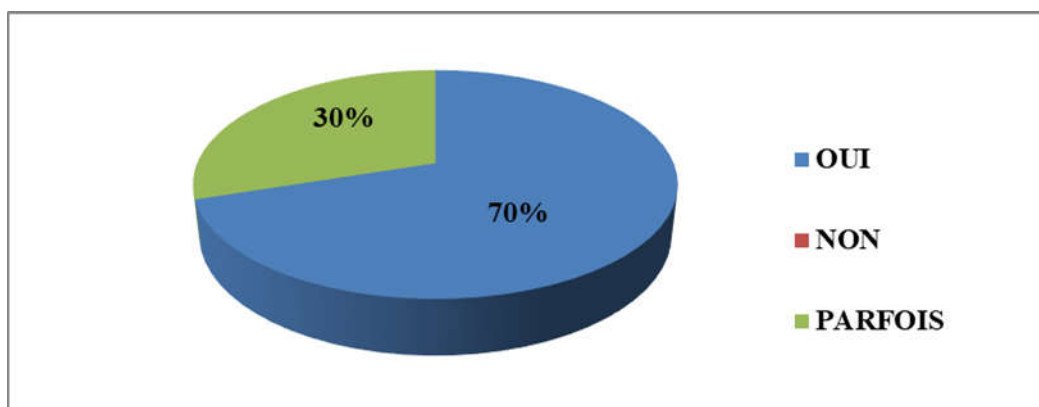
### Analyse et interprétation

Les résultats montrent qu'en cas des maladies portant la mort, 50% des médecins disent que le malade a le droit de désespérer. et 50% disent qu'il a le droit de déprimer. Nous constatons que La totalité des médecins confirment que dans les maladies portant la mort, les malades ont le droit de désespérer et de déprimer mais s'en prendre jamais au médecin. Cela prouve que l'état psychologique des patients se bouleverser lorsqu'ils sont informés d'une maladie qui porte la mort. Recevoir les mots inappropriés par le médecin traitant peut augmenter l'état de désespoir et de dépression de patient que peut les considérer aussi comme mécanisme de défense du patient contre les mauvaises nouvelles. Pour cette raison, étudier le discours professionnel des médecins avec les patients dans cette situation est très important, pour connaître ses caractéristiques et les ajuster à l'état psychologique du patient.

- **Question N° 05 :** Pensez-vous que le malade doit connaître la vérité pour comprendre mieux les exigences du traitement suivi ?

*Tableau 19 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Réponse	Nombre	Pourcentage
Oui	14	70%
Non	00	00%
Parfois	06	30%
Total	20	100%



*Graphique 7 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

### **Analyse et interprétation**

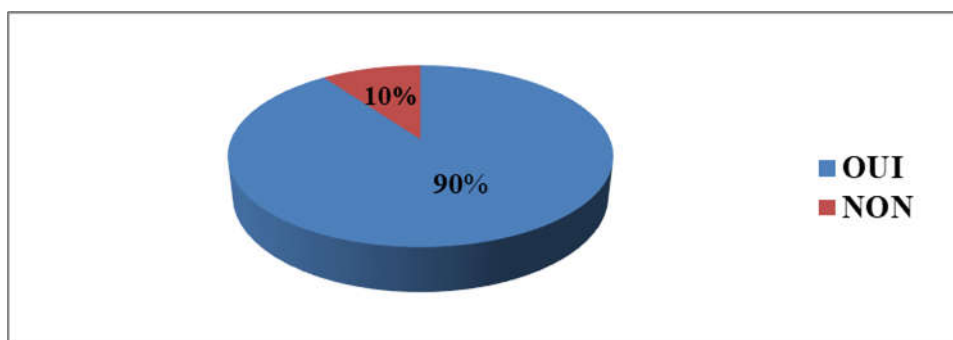
Les résultats montrent que 70% des médecins pensent que le malade doit connaître la vérité pour comprendre mieux les exigences du traitement suivi alors que 30% pensent que parfois c'est à dire selon le cas de patients. Nous constatons que La majorité des médecins pensent que le malade doit connaître la vérité pour comprendre mieux les exigences du traitement suivi. Les rapports médecin-malade gagnent énormément lorsque la vérité est connue. Le malade comprend mieux les exigences du traitement suivi, il accepte beaucoup plus aisément d'en supporter les effets secondaires. (*Viansson-Ponte, P.Schwartzenberg, L.1997*).

**Question N°06 :** Est-ce qu'il y a des malades qui préfèrent que les médecins ne leur disent pas la vérité ?

*Tableau 20 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Réponse	Nombre	Pourcentage
Oui	18	90%
Non	02	10%
Total	20	100%





*Graphique 8 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

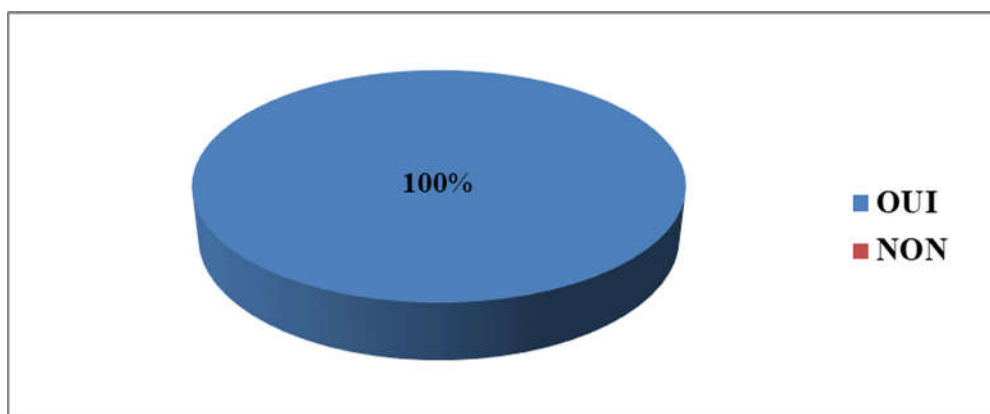
### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 90% des médecins confirment qu'il y a des malades qui préfèrent que les médecins ne leur disent pas la vérité. et 10% disent le contraire. Nous constatons que la quasi-totalité confirme qu'il y a des malades qui préfèrent que les médecins ne leur disent pas la vérité. Le médecin doit dire la vérité mais doit aussi respecter la volonté de certains malades de ne pas savoir. Il fut réussi à faire comprendre au malade ce qu'il peut ou veut comprendre. S'il souhaite se dissimuler à lui-même la vérité, alors qu'il le fasse ; qu'il soit lui, le responsable du mensonge, et non le médecin. Ce comportement du patient est considéré comme un mécanisme de défense pour éviter un traumatisme psychologique et gagner du temps pour qu'il puisse recevoir la mauvaise nouvelle. Parce que le nom de la maladie lui-même provoque la peur et la panique chez le patient, c'est pourquoi certains patients préfèrent ne pas entendre le diagnostic. ([https://www.artac.info/fr/prevention/combattre-la-maladie/relation-entre-le-medecin-et-le-malade\\_000073.html](https://www.artac.info/fr/prevention/combattre-la-maladie/relation-entre-le-medecin-et-le-malade_000073.html) consulte 04/05/2022) .

- **Question N° 07 :** Avez-vous, habituellement, des difficultés pour annoncer aux malades les conséquences de sa maladie grave ?

*Tableau 21 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Réponse	Nombre	Pourcentage
Oui	20	100%
Non	00	00%
Total	20	100%



*Graphique 9 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

*Tableau 22 : Représentation des justifications des médecins*

Justification	Nombre
inquiétude des réactions du patient (panique, dépression, abondement de traitement, d'espoir, retentissement psychique)	10
les malades n'acceptent pas cette réalité au début	05
les patients ne sont pas préparés sur le plan psychologique	05

### Analyse et interprétation

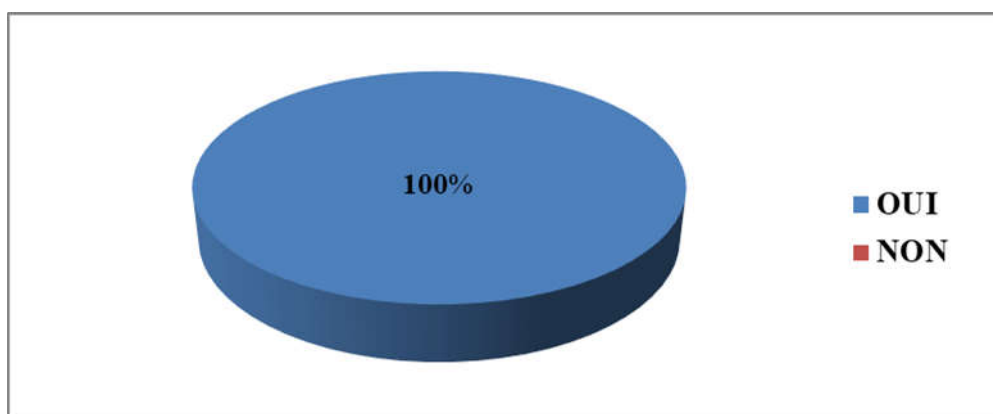
Les résultats montrent que 100 % c'est à dire la totalité des médecins confirment qu'ils ont des difficultés pour annoncer aux malades les conséquences de sa maladie grave. Ils nous ont donné plusieurs justifications. Nous l'avons résumé et classé en trois justifications selon le contexte.

- Inquiétude des réactions du patient (panique, dépression, abandonnement de traitement, d'espoir, retentissement psychique).
- Les malades n'acceptent pas cette réalité au début.
- Les patients ne sont pas préparés sur le plan psychologique.

- **Question N°08** : Pensez-vous que prendre en considération l'état psychologique et affectif des patients est nécessaire avant de leur annoncer la maladie?

*Tableau 23 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Réponse	Nombre	Pourcentage
Oui	20	100%
Non	00	00%
Total	20	100%



*Graphique 10 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

*Tableau 24 : Représentation des justifications des médecins*

Justification	Nombre
Facilite la prise en charge du patient	4
Pour que le malade accepte mieux sa maladie	4
Garde une relation de confiance entre le médecin et le patient	4
Garde l'espoir chez les patients et diminuer la charge émotionnelle négative.	8

### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 100% c'est à dire la totalité des médecins pensent que prendre en considération l'état psychologique et affectif des patients est nécessaire avant de leur annoncer

la maladie. Ils nous ont donné plusieurs justifications. Nous l'avons résumé et classé en quatre justifications selon le contexte.

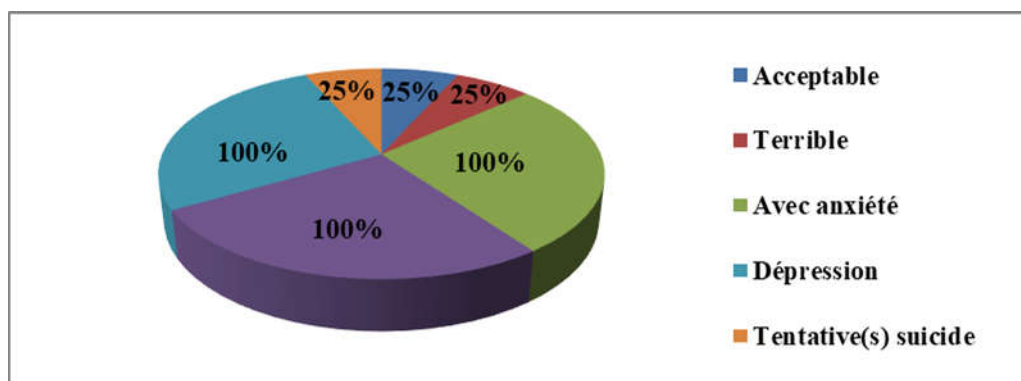
- Faciliter la prise en charge du patient.
- Pour que le malade accepte mieux sa maladie.
- Garder une relation de confiance entre le médecin et leur patient
- Garder l'espoir chez les patients et diminuer la charge émotionnelle négative.

L'annonce d'une maladie grave est un temps primordial dans la vie du médecin et de son patient. Elle a un effet fondateur de la relation médecin-malade. La manière dont l'annonce est faite façonne la relation ultérieure médecin-patient et facilite la prise en charge médicale. Elle conditionne l'acceptation de la maladie par le patient. Si cette annonce est « réussie », la suite de la prise en charge du patient sera facilitée. A l'inverse, une annonce, réalisée dans des conditions difficiles voire parfois traumatisantes pour le médecin et/ou pour le patient, peut compliquer l'instauration d'une relation de confiance entre eux.

- **Question N°09 :** D'après votre expérience, comment trouvez-vous la réaction des patients lorsque vous les annoncez des maladies graves ou des mauvaises nouvelles sur leurs états de santé ?

**Tableau 25 : Représentation des résultats selon leurs fréquences**

Réponse	Nombre	Pourcentage
Acceptable	5/20	25%
Terrible	5/20	25%
Avec anxiété	20/20	100%
Panique	20/20	100%
Dépression	20/20	100%
Tentative(s) suicide	5/20	25%



*Graphique 11 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

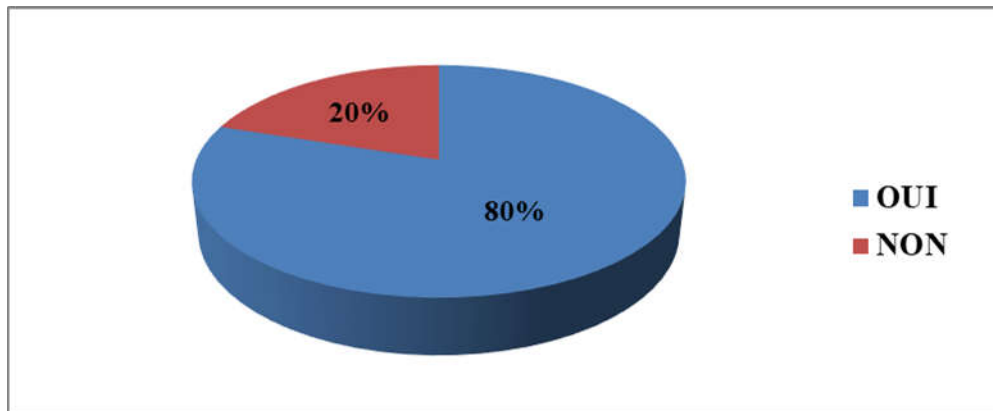
### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 100%, c'est-à-dire que tous les médecins sont d'accord que les réactions des patients lorsqu'ils leur annoncent des maladies graves ou des mauvaises nouvelles concernant leur santé sont l'anxiété, la panique et la dépression. Et seulement 25% d'entre eux sont d'accord sur l'acceptation, la réaction terrible et la tentative de suicide. Nous constatons que, après le patient a entendu le diagnostic du médecin, il est immédiatement entre dans un état psycho-affectif difficile (panique, dépression, anxiété) ce qui prouve le pouvoir des mots et leur impact sur le corps humain.

- **Question N°10** : Conseillez-vous les patients qui atteignent des maladies graves ou chroniques à faire des consultations psychologiques ou des séances thérapeutiques chez un psychologue ?

*Tableau 26 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Réponse	Nombre	Pourcentage
Oui	16	80%
Non	04	20%
Total	20	100%



*Graphique 12 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

*Tableau 27 : Représentation des justifications des médecins*

Justification	Nombre
Non : selon le cas de chaque patients.	4
Oui : Pour mieux gérer leur maladie (autonomie)	4
Oui : pour une meilleur réponse au traitement et faciliter le travail du médecin.	4
Oui : pour contrôler les sentiments négatifs du patient et savoir ce qu'il cache et quelle mécanisme de défense il a utilisé.	8

### Analyse et interprétation

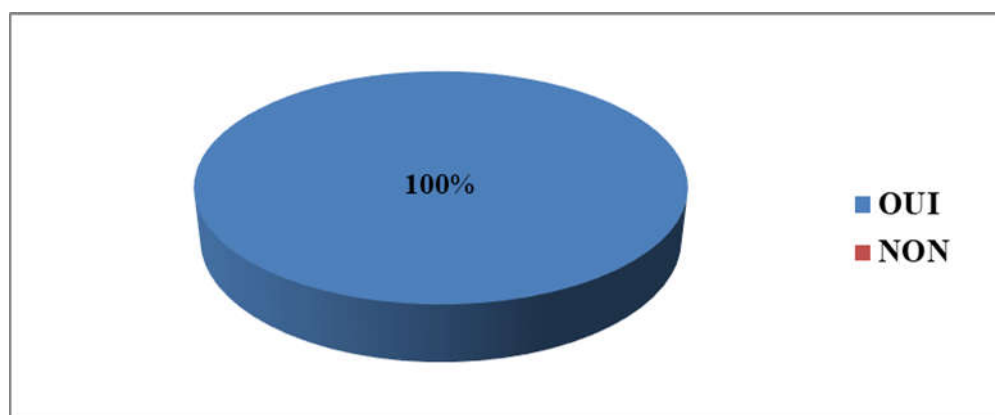
Les résultats montrent que 80% des médecins conseillent les patients qui atteignent des maladies graves ou chroniques à faire des consultations psychologiques ou des séances thérapeutiques chez un psychologue et 20 % ne le font pas toujours selon le cas de chaque patient. Ils nous ont donné plusieurs justifications. Nous l'avons résumé et classé en quatre justifications selon le contexte.

- Pour mieux gérer leur maladie (autonomie)
- Pour une meilleure réponse au traitement et faciliter le travail du médecin
- Pour contrôler les sentiments négatifs du patient et savoir ce qu'il cache et quelle mécanisme de défense il a utilisé.

- **Question N°11** : Est ce qu'il y a des cas qui vous obligent de mentir a vous patients ?

**Tableau N° 27 : Représentation des résultats selon leurs fréquences**

Réponse	Nombre	Pourcentage
Oui	20	100%
Non	00	00%
Total	20	100%



**Graphique 13 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage**

### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 100 % c'est à dire la totalité des médecins confirment qu'il y a des cas qui les obligent à mentir à ses patients. Comme l'explique la psychologue C. Biland dans son ouvrage *Psychologie du menteur*, la fonction du mensonge « est de simuler un état fictif et de dissimuler un état réel » (Biland C. *Psychologie du menteur*. Paris: Odile Jacob ; 2004.). Le mensonge des médecins aux patients est d'une finalité dit Mentir.

Par altruisme Il s'agit d'une catégorie de mensonges « protecteurs ». Cette intentionnalité transparait à travers le terme « pieux mensonge », aussi appelé « noble lie » par les anglo-saxons.

- **Question N°12:** Tant que la maladie est l'affaire du malade, pourquoi lui cacher la vérité et lui mentir dans certains situations ?

Les réponses des médecins :

- Parce que la relation médecin malade est imprévisible donc je préfère laisser un peu d'espoir chez les patients. Pour gagner le temps et lorsque j'estime que le moment est idéal j'annonce la maladie au patient.

-Pour éviter la panique et la réaction négative des patients envers moi (La projection agressive) et aussi envers son état de santé (dépression, angoisse, tentative de suicide). Je préfère leur donner la vérité étape par étape en plusieurs consultations.

- J'ai peur que le patient recherche sur internet et obtiendra des fausses informations sur sa Maladie, ce qui compliquera son état psychologique et diminuer sa réponse au traitement.

- Je ne peux pas mentir a mes patients je dis toujours la vérité soit partialement ou totalement selon le cas.

### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 100 % c'est à dire la totalité des médecins sont d'accord que cacher la vérité et mentir aux patients dans certains situations c'est une réalité, mais elle est temporaire. Dire la vérité est impératif en fin de compte. Parce que la relation médecin /malade est imprévisible. Ils mentent aux patients pour laisser chez eux un peu d'espoir, gagner le temps, les Protéger face aux fausses informations fournies par le monde extérieur, éviter la panique et la réaction négative. Ils préfèrent de leur donner la vérité étape par étape en plusieurs consultations ils choisissent le moment idéal pour l'annoncer.

- **Question N° 13 :** Quelle sont les stratégies utilisées pour annoncer aux patients une maladie grave ou des mauvaises nouvelles sur leurs états de santé ?

*Tableau 28 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Réponse	Nombre
programmer un entretien spécialisé avec le patient	2
simplifier la maladie et bien expliquer les choses essentielles pour la santé des patients.	2
annoncer la maladie avec la présence d'un psychologue.	2
banaliser la situation	4



utiliser le français ordinaire et le dialecte arabe pour expliquer la situation aux patients mais jamais le jargon médical puisque elle complique la compréhension surtout avec l'état psychoaffectif altéré du patients	<b>3</b>
dire la vérité progressivement en plusieurs consultations.	<b>2</b>
Aucune réponse	<b>5</b>

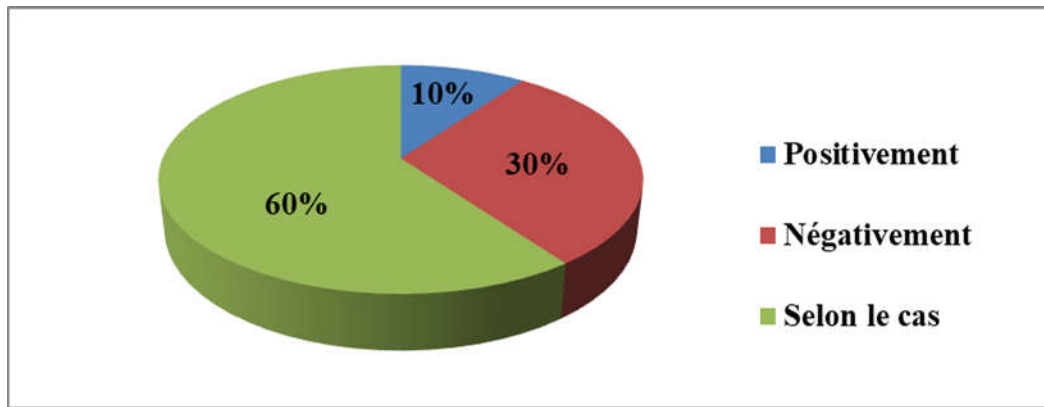
### Analyse et interprétation

Les résultats montrent que 75 % des médecins ont répondu à la question alors que 25% n'ont pas répondu. Nous constatons que la majorité des médecins ont nous donné des stratégies pour annoncer aux patients une maladie grave ou des mauvaises nouvelles sur leurs états de santé. Comme la banalisation. La simplification. La programmation d'un entretien spécialisé avec la présence d'un psychologue. Utiliser le français ordinaire ou l'arabe dialectal dans l'explication et éviter le jargon médical. Il y a un quart des médecins qui sont ignorants des stratégies pour annoncer aux patients une maladie grave ou des mauvaises nouvelles sur leurs états de santé.

- **Question N° 14** : d'après votre expérience avec les patients comment influe votre discours et vos mots sur leurs états psychoaffectifs ?

*Tableau 29 : Représentation des résultats selon leurs fréquences*

Réponse	Nombre	Pourcentage
Positivement	<b>2</b>	<b>10%</b>
Négativement	<b>12</b>	<b>60%</b>
Selon le cas	<b>06</b>	<b>30%</b>



*Graphique 14 : Répartition des résultats selon leurs pourcentage*

### **Analyse et interprétation**

Les résultats montrent que 60% des médecins confirment que leur discours est influé négativement sur l'état psychoaffectif du patient et 10 % confirment le contraire. Alors que 30% confirment que l'influence est selon le cas de chaque patient. Nous constatons que plus la moitié des médecins confirment que la réaction des patients envers leur discours est négative malgré les multiples stratégies utilisées dans l'annonce la maladie ou la mauvaise nouvelle...

### **13. Des analyses des résultats obtenus**

Notre enquête nous a permis de faire la lumière d'une manière claire et précise sur les spécificités psycho-affectives du discours dans les consultations médicales.

L'analyse et l'interprétation des résultats nous ont fourni des informations utiles sur les obstacles trouvés par les médecins lors de la communication avec les patients.

- D'après les résultats recueillis, il apparaît clairement que :

Les médecins ont des difficultés à contrôler les sentiments, les émotions et les états affectives négatives produit par la majorité des patients lors de l'annonce d'un diagnostic ou d'une mauvaise nouvelle par le médecin et l'impact rapide des mots de ce dernier sur la psychologie des patients.

Malgré les multiples stratégies utilisés dans l'annonce de la maladie, la réaction des patients demeure agressive.

Le discours des médecins avec les patients est parfois plein de mensonge.

- Après l'analyse des résultats nous n'avons constaté que :

Les médecins utilisent l'hypocrisie et la pitié comme outil de défense contre la charge émotionnelle négative des patients.

Les malades ont le droit de désespérer et de déprimer mais s'en prendre jamais au médecin. Cela prouve que l'état psychologique des patients se bouleverse lorsqu'ils sont informés d'une maladie mortelle. Recevoir les mots inappropriés par le médecin traitant peut augmenter l'état de désespoir et de dépression chez le patient qui peut les considérer aussi comme mécanisme de défense contre les mauvaises nouvelles. Malgré les multiples stratégies utilisées dans l'annonce de la maladie.

Les rapports médecin-malade gagnent énormément lorsque la vérité est connue.

La totalité des médecins sont d'accord que cacher la vérité et mentir aux patients dans certaines situations c'est une réalité mais elle est temporaire. Dire la vérité est impératif en fin de compte. Parce que la relation médecin /malade est imprévisible. Ils mentent aux patients pour laisser chez eux un peu d'espoir, gagner le temps. Les protéger face aux fausses informations fournies par le monde extérieur. Éviter la panique et la réaction négative. Ils préfèrent leur donner la vérité étape par étape pendant plusieurs consultations et choisissent le moment idéal pour l'annoncer.

Les stratégies utilisées par les médecins, pour annoncer aux patients une maladie grave ou des mauvaises nouvelles sur leurs états de santé, sont la banalisation, La simplification, la programmation d'un entretien spécialisé avec la présence d'un psychologue, l'utilisation de français ordinaire ou l'arabe dialectal dans l'explication et l'évitement de jargon médical.

La totalité des patients lorsqu'ils ont entendu le diagnostic du médecin, ils sont immédiatement entrés dans un état psycho-affectif difficile (panique, dépression, anxiété) ce qui prouve le pouvoir des mots et leur impact sur le corps humain.

A la lumière de notre analyse des résultats, Nous avons trouvé que les médecins ont besoin des stratégies linguistique efficace lors de la communication avec les patients. Donc ils se doivent s'adapter selon que chaque cas l'exige. Pour pouvoir gérer les émotions de chaque patient et leur charge émotionnelle .et de ce fait nécessaire une formation sur la relation entre le discours médical et l'état psycho-affectives de chaque patient.

# **Conclusion générale**

### Conclusion Générale

Dans cette recherche qui est intitulée « **les spécificités psychoaffectives dans le milieu médical : Cas des consultations médicales dans les établissements de santé (publiques et privés) commune de Mila** », nous avons mis la lumière sur le discours médical, tout en montrant ses spécificités psychoaffectives et pragmatiques.

Notre recherche s'inscrit dans le cadre des sciences du langage qui s'établissent dont l'objectif de définir les spécificités psycho-affectives du discours professionnel entre le médecin et les patients, ainsi que montrent les caractéristiques de leur communication dans un contexte professionnel et social. Dans différentes situations d'interaction. Éviter les lacunes, la rupture ou l'échec de la communication dans la consultation médicale entre médecin et patients c'est l'un des buts principaux de notre recherche. C'est pourquoi nous proposons des solutions pour faciliter la tâche aux étudiants de médecine et paramédical dans leurs formations initiales pour rendre le discours médical explicite, simple et facile à comprendre par tous les locuteurs même hors domaine médical.

Cependant, nous voulons répondre principalement aux questions suivantes : Quelles sont les spécificités psycho-affectives du discours professionnel et comment se conçoit la communication dans le milieu médical ? Quelles sont les difficultés affrontées par le médecin lors de l'annonce des maladies des patients ? Quelle est la langue utilisée par les médecins dans leur communication avec les patients ? Et quelles sont les stratégies énonciatives que le personnel médical adopte pour faire aboutir le message ?

Pour répondre à cette série de questions, nous avons supposé que : les difficultés rencontrées par le médecin lors de l'annonce des maladies aux patients sont la réfutation des patients et leur incapacité d'accepter les maladies. Vu leur l'état psycho-affectif. En outre, la langue la plus utilisée au sein de la conversation entre le médecin et les patients est la langue arabe, plus précisément le dialecte algérien cela justifie le fait que cette langue représente la langue la plus utilisée par la majorité des algériens entre autres les patients, ce qui oblige le médecin à parler en arabe. Enfin, pour faire aboutir le message, le médecin doit choisir un cadre spatio-temporel convenable.

D'après l'analyse psychoaffective de discours professionnel entre médecin et patient, nous avons constaté que le médecin est confronté à un certain nombre de difficultés lors de l'annonce de la maladie, particulièrement les maladies graves, cela lui fait toujours chercher des convenables méthodes, situation pour dire au patient sa maladie, ce qui l'oblige parfois ou on peut dire la

plupart du temps d'utiliser des arguments pertinentes liés à la vie, la progression de la science concernant le traitement de sa maladie et même des arguments liés à la religion.

Cependant, les difficultés sont essentiellement liées à l'état psychoaffectif des patients, dans le sens qu'ils n'acceptent pas leurs maladies. Ce qui nous permet de confirmer notre première hypothèse.

Sur la base de l'analyse pragmatique du discours constituant notre corpus, nous avons observé l'emploi des actes du langage comme une stratégie efficace pour gérer et contrôler les situations de communication. Ils permettent entre autres de montrer les différentes stratégies discursives et communicationnelles qui visent à atteindre le but de transmission des intentions de chaque partie de communication.

Revenons aux résultats obtenus de l'analyse du questionnaire, nous avons constaté que les médecins ont besoin de stratégies plus efficaces pour communiquer avec leurs patients. Le médecin doit être capable de gérer les émotions de chaque patient et particulièrement leurs émotions négatives en fonction de la présentation appropriée pour chaque cas.

Les médecins et les patients utilisent des mécanismes de défense comme (La banalisation, Le mensonge, Le déni, et l'isolation...) afin de protéger leur état psycho-affectif des forses émotionnels négatifs lors de la communication dans la consultation médicale.

La langue la plus utilisée lors de la situation de communication dans la consultation médicale est l'arabe dialectal, cela s'explique par le fait qu'elle représente la langue de la majorité des médecins et des patients. Lors de la situation d'annonce d'une maladie par le médecin, le choix du cadre spatio-temporel convenable est indispensable, il doit bien choisir les mots, les expressions et surtout des arguments pertinents pour ne pas perdre le contrôle de son patient.

Notre étude est faite dans un cadre bien limité ; à l'avenir, c'est intéressant de la traiter dans un contexte plus large.

## **Références bibliographiques**

**Références bibliographiques**

- Abric, J, C. (2019). *Psychologie de la communication théories et méthodes* .éditeur Dunod. Collection Psycho Sup. 3<sup>ème</sup> éd 4, 5,6. p 192.
- Académie Suisse des Sciences Médicales (2019). *La communication dans la médecine au quotidien*. UN guide pratique. p 82.
- Ainsworth-Vaughn, N. (2001). « *The discourse of medical encounters* ». The Handbook of Discourse Analysis. P 453-469.535.
- Amossy, R. (2000). « *L'argumentation dans le discours* ». Paris: Nathan.
- Apprenants de FLE.
- Balint, M. (2009). «*Le médecin, son malade et la maladie* » . Paris. Payot. p 419. (p. 9-45)
- Bruno, J. (2009). *Dans La communication* .Collection: Le point sur... Marketing. Éditeur : De Boeck Supérieur 150 p.
- Carlott.A. (2012). « *Énoncé, texte, discours de la linguistique universitaire à la Grammairescolaire* ». Editions Lambert-Lucas. p 220.
- Charaudeau, P & Maingueneau, D, (2002). Dictionnaire d'analyse du discours. Paris. Seuil.
- Palantin, C. *Une méthode d'approche de l'émotion dans le discours et les interactions*. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20208101001> . p .15. Consulté 25/04/2022.
- Coquery, E & Piéjus, A. « *L'invention du sentiment* ». (Musée de la Musique. Paris. 2002).
- Dubois, J. (2002). *Dictionnaire de linguistique*. Paris. Larousse, p 180.
- Ducrot, O *et al*, (1995). *Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*, Paris,seuil.
- Ducrot, O. (1982). Énonciation et argumentation. P.203-218. [https://www.persee.fr/docAsPDF/mots\\_0243-6450\\_1982\\_num\\_5\\_1\\_1083.pdf](https://www.persee.fr/docAsPDF/mots_0243-6450_1982_num_5_1_1083.pdf).
- Fainzang, S. (2006). « *La relation médecins-malades : Information et mensonge*». PUF.Paris, p 159.



- Fleischman, S. (2001). « *Language and Medicine* », in Schiffrin, D. et al. (eds), *The Handbook of Discourse Analysis*. Blackwell Publishing. P 470-502.
- Fournier, C. et Kerzan et S. (2007). « *Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature* ». Santé publique. Pp 19, 413-425.
- Frits, J, M. (1992). *La médecine ou le discours infini*. P .115\_152.sur: <https://www.cairn.info/le-discours-du-fou-au-moyen-age--9782130445258-page-115.htm#plan>.
- Gafaranga, J. & Britten, N. (2004). *Formulation in general practice consultations*. Texte. pp 24,2,147-170.
- Hachette, (2005). *Dictionnaire Illustré de La Langue Française*, Hachette. p 205. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20208101001> . p 15.
- Cosnier, J. (1994-2004-2015). « *Psychologie des émotions et des sentiments*. Lyon, FR.
- Cosnier, J. (2015). « *Psychologie des émotions et des sentiments*. Lyon, FR. p 172. L'épilepsie. », Sous la direction de Nicolas Couégnas, à l'Université de Limoges.
- Le petit robert, (1993). *Dictionnaire de la Langue Française*, Paris : Dictionnaires Le Robert (version électronique).
- Maingueneau, D. (1996). « *Les termes clés de l'analyse du discours* ». Éditions du Seuil, lévrier. p 87.
- Marco, V. (2002). *L'empathie dans la relation médecin – patient*. p .213 à 237 :<https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm?Contenu=article>
- Martin, B. (2010). « *Introduction a la pragmatique*. 2<sup>ème</sup> éd de boeck duculot. p 240.
- Odile, J. (2001) *.Dire la vérité au malade*. Paris. Pp 22,11. P 213.
- Paula, N. Silvia, K. François, R. (2009) sur : <https://www.cairn.info/comprendre-les-emotions--9782870099971-page-275.htm> .

- Simonin, O. (2013) sur : <https://journals.openedition.org/esa/956#tocto2n2>.
- Taleb, I, K, (2004). *L'Algérie : coexistence et concurrence des langues*. L'année du Maghreb, <http://anneemaghreb.revues.org/305>
- Taleb, I, K. (1995). *L'Algérie: coexistence et concurrence des langues, sociolinguistique dela société algérienne*, Dar El-Hikma, Alger. p 420.
- Thèse, Gouaich, A. (2016) *Analyse discursive de l'émotion dans « Il était une fois Rien » du bédéiste algérien*. p.170.
- Thèse, Plais, M. (2019) *Expérience des patients concernant l'utilisation du jargon médical En consultation de médecine générale*. p. 02.
- Thèse, Sánchez, IG. (2018) *L'expression de l'affect dans les échanges des apprenants de FLE*.
- Viansson-Ponte, P. Schwartzberg, L. (1997). *Changer la mort*, Albin Michel littérature, Paris .P 258.

# **Annexes**

## ANNEXES:

## Annexe N° 01:

Discours n:01		
Jour 14/03/2022 matin patient âgé de 37 ans : niveau 6 Emme année primaire		
1	M	تفضل ادخل ريج [tafadal adxul rijah] Entrez s'il vous plait! asseyez-vous.
2	P	طبيب جبتلك لزاناليز لي مدتهوملي لخطرا لي فانت [tʰbib ʒabtlak le analiz li mdithomli lxaʔra li fatat] Docteur, je t'ai apporté les analyses que tu m'as demandé la fois passé.
3	M	داكور اعطيني نشوفهم [da. kɔʁ aʕtjini nʃufhum] D'accord, donne-les-moi.
4	P	راني مقلق شوية خفت نولي عندك [rani mɔalaq ʃwija xuʔt nwali ʕandak ] Je m'inquiète un peu, et j'ai peur de revenir.
5	M	متقلقش ان شاء هلا ميكون والو, واش تحس روحك اليوم [matɔalaqʃ inʃaʔ alah maykun walu waʃ ʔhas ruħak aljuwm] Ne t'inquiète pas si Dieu veut. Tout ira bien. Comment vous sentez-vous aujourd'hui?
6	P	صراحة مزالولي العراض نفسهم باقيين غير يزيديو وعليها راني مقلق [saraha mazaluli alaʕradʕ nafshum baqjin ɣir yzijdu w ʕliha rani mɔalaq]

		Honnêtement, j'ai toujours les mêmes symptômes, et avec le temps, ça a continué à empirer. Je m'inquiète beaucoup.
7	M	<p>ثو فا بيان ان شاء هلا ,متخمم في والو راني هنا ونتبعك خطوة بخطوة</p> <p>[tu va bjē inʃaʔ alah mtxamam fi walu rani hna wantabʃak xutʷa bi xutʷa]</p> <p>tout va bien. Ne vous inquiétez pas, si Dieu le veut, je suis avec vous, et je vous suivrai.</p>
8	P	<p>ربي يعيشك طبيب معليش تصارحني بالتحاليل ادا راهم مالح وال رهم صافابا</p> <p>[ rabi yʃajʃak tʰbib maʃlij tʰsʰarahni ida rahum mlah wla rahum sava pa ]</p> <p>Merci docteur. Parlez-moi sincèrement sur les résultats des analyses, est-ce s'ils sont bien ou pas ?</p>
9	M	<p>شحال من واحد عندو سكر في عايلتكم؟</p> <p>[ʃhal mn wahd ʃandu sukar fi ʃajltkum ]</p> <p>Combien de personne diabétique dans votre famille ?</p>
10	P	<p>كاين بزاف صراحة وراهم اغلبية ب ثراثمو كايين لي عندهم كاشيات وكايين لي يديرو لانسولين</p> <p>[kajan bazaf sʰaraħa w rahum aɣlabija b tʰɛt.mā kajan li ʃandhum kaʃijjat w kajan li jdiru la ẽ. sy.lin ]</p> <p>La plupart sont malades, certains utilisent des médicaments, et d'autres utilisent de l'insuline.</p>
11	M	<p>انت شخصيا كفاش تشوف حياتهم راهم عايشين نورمال وال تبدلت حياتهم</p> <p>[anta ʃaxsʰiyan kifaf tʃuf hyathum rahum ʃajjin nɔʃ.mal wla tbadlat hɣathum]</p> <p>a votre avis, leur vie a-t-elle changé ou vivent-ils normale?</p>
12	P	<p>نورمال راهم عايشين لكنني مازلت صغير وناس خوفوني خاصة صحابي</p> <p>[nɔʃ.mal rahum ʃajjin lakinani mazult sʰir w nas xuwfuni xasatan sʰhabi ]</p>

		Oui, mais j'ai trop peur parce que je suis encore jeune, et mes amis m'ont tellement fait peur.
13	M	<p>انا هو طبيب تاك من لول تيعتك الالن دياباڤ اصبح مرض عادي تقدر تتعامل معاه وانت باش يكون في علمك عندك دياباڤ تيب 2 سيتادير نعطيك كاشيات برك وان شاء هلا راح يروحو كل العراض لكن بشرط الزم تبعلي اليكونساي تاوعي وراح نديرلك ريجيم أيضا.</p> <p>[ana huwa tʰbib taʃak mn lawal tabaʃtak alan <b>dja.bet</b> asʰbaħ mard ʃadi taqdar tatʃamal mʃah w anta baʃ jkun fi ʃalmak ʃandak <b>dja.bet tip dø sɛ.a.diɛ</b> naʃtʰik kaʃijjat bark w inʃaʔ alah raħ jruħu kul alaʃrad lakin bʃart lazam tabʃli <b>le kɔ.sɛj</b> w rah ndirlak <b>ɛɛ.zim</b> ajdan ]</p> <p>Je suis votre médecin et je vous dis que le diabète est une maladie normale que vous pouvez gérer. sachant que vous avez le diabète type 2. Donc, je vous donne un médicament, et si Dieu le veut, les symptômes disparaîtront, mais vous devez suivre un régime.</p>
14	P	<p>يعني حياتي مراحل تتغير بزاف وليت منرقدش ومقدرتش حتى نفتح لزاناليز فدار من خوف</p> <p>]jaʃni ħjati maraħʃ tatʃʃjar bazaf walijt manrqadʃ w maqdartʃ ħata naftaħ</p> <p><b>le analiz</b> fadar man xuwf ]</p> <p>Donc, ma vie ne changera pas beaucoup.</p> <p>Je n'ai même pas le courage de voir les analyse et je ne dorme pas la nuit .</p>
25	M	<p>احنا مسلمين ونؤمن بقضاء هلا وقدره هدا مكتوب ربي هكدا وال اكثر الانسان يحمد ربي دك تطور الطب واصبح هناك عالج تبع نصائح تااعي وراح تكمل حياتك وكانك مش مريض</p> <p>[a :ħna muslimijn w nuʔmin biqadʃaʔ alah w qadarih hada maktub rapi hakda wala ktar alʔinsan jaħmad rapi duk altʰib w asʰbaħ hunak ʃilaz tabaʃ nasaʔiħ taʃi w raħ tkamal ħjatak w kaʃnak maʃ mrijdʃ ]</p> <p>Nous sommes des musulmans et nous croyons au destin d'Allah et ça c'est votre destin donc dis merci dieu puisque votre situation de santé est mieux que plusieurs gens, Maintenant, il ya un traitement pour toutes les maladies, grâce au développement de la médecine, juste suivez mes conseils et vous pouvez continuer votre vie comme une personne saine.</p>

16	P	ودواء هدا نشربو حياتي كامل ؟
		w dawa? hada nʃurbu hʃati kamal
		Vais-je boire ce médicament toute ma vie ?
17	M	ايه دك نكتبلك دواء تاعك مع ريجيم وراك عندك تلفوني تقدر تعطلي وال تجي عندي وقت ما حبيت وال ادا واجهتك أي مشكلة
		[ʔih duk naktablak dawa? taʃak mʃa <b>we.ʒim</b> w rak ʃandak tilifuni taqdar tʃajatʃli wla tʃi ʃandi waqt ma habit wla ʔida wazhatak ʔj muʃkila]
		Je te prescrirai le médicament avec le régime. Si vous avez besoin de quelque chose, vous avez mon numéro de téléphone, appelez-moi à n'importe quel moment, si vous avez un problème.
18	P	إن شاء هلا ربي يحفظك طبيب
		[inʃa? alah rapi jʃafdʃak tʃbib]
		Merci docteur, que Dieu vous garde.
19	M	في البداية دك نديرلك برية عند طبيب تاع عينين او فطالمولوج كاجراء وقائي ثانيا الزم تبدا سبور وتنقص الحلويات خاصة باتيسري وزالبيا ومشتقاتهما عوضهم بالفواكه .....تفضل دواء والثر دوريونتاسيو بعد شهر رونديفو
		[fji albidaja duk ndirlak brija ʃand tʃbib taʃ ʃijnin <b>ʃf.tal.mɔ.lɔg</b> kaʔizra? wiqaʔi θanijan lazam tabda <b>spɔɔ</b> w tnaqasʃ alʃalawijat xasʃatan <b>pa.ti.sɔi</b> w zlabija ʃawadʃhum balfawakah tfadʃal dawa? w <b>letɔ dɔ.ɔjũ.ta.sjɔ</b> baʃd ʃhar <b>rũ.de.vu</b> ]
		D'abord je vous écris une lettre d'orientation chez un ophtalmologue comme procédure préventive .Deuxièmement il faut commencez de pratiquer le sport, Evitez les repas riche en sucre surtout les pâtisseries et zlabia Remplacez-les par des fruits, Prenez votre traitement et la lettre d'orientation, le prochain rendez- vous après un moins.
20	P	ان شاء هلا مع سلامة ربي يخليك
		[inʃa? alah mʃa salama rapi jʃhalik ]

## Annexes

		Merci docteur a bientôt
21	M	مع سالمة في أمان الله [mʕa salama fi amani alah] a bientôt

### Annexe N°02:

Discours n:02		
Jour 14/03/2022 matin patient âgée de 28 ans niveau 4 Emme année secondaire		
1	p	السلام عليكم الطبيب [alsalam ʕalajkum altʕbib] Salam alikoum docteur
2	M	وعليكم السلام تفضل [w ʕalajkum alsalam tafadʕal] wa alikoum salam, Entrez.
3	P	يزيد فضلك طبيب عيطتلي لبارح قتلي نجي عندك اليوم ياك غير الخير [jzijd fadʕlak tʕbib ʕajtʕtli lbaraḥ qutli nzi ʕandak aljum yak ʕʕir alhir] Merci, vous m'avez appelé hier et vous m'avez dit de vous-rendre visiteaujourd'hui Est-ce que tout va bien ?
4	M	علايالي ايه حبيت تجي عندي هنا احسن باش نفهمك في وحد الأمر لاني فتلفون منقدرش نقولهاوك [ʕlabali ʔjh ḥabijt tzi ʕandi hna ʔahsan baʕ nfahmak fij wahd alʔamr lʔani f <b>te.le.fɔn</b> manaqdarʕ nqolhulak ] Oui je sais, Je t'ai demandé de venir t'expliquer quelque chose très importante qui ne peut pas être expliqué au téléphone.



5	P	<p>متقوليش عملية لازم تتعاود اني كرهت هادي مرة تالثة لي عاودتها</p> <p>[matqolif ʕamalija lazam tatʕawad ʔanij kraht hadi mara ʕaliθa li ʕawdtha]</p> <p>ne me dis pas que je dois refaire l'opération encore une autre fois ! c'est la troisième opération déjà !</p>
6	M	<p>متقلش بلعقل برك باش يكون في علمك بلي انت كي درت لأكسيدون كنا رايجين نقطعوك رجلك لان نسبة نجاح العملية كانت هابطة بزاف لكنني رفضت ودرتلك لحد الان 3 عمليات والحمد لله رجلك سلك لكن هناك مشكل العظم رجع معوج يعني مائل ولازم نديرلك عملية أخرى باش نصلحو وضعية تاعو ونرجعو مكانو وتتهنى بادن الله</p> <p>[matqalqf blaʕqal bark baʕ jkun fij ʕalmak bli ʔanta ki dart l <b>ak.si.dā</b> kuna rajhin nqatʕulak razlak liʔana nisbat nazah alʕamalija kanat habtʕa bazaf lakinani rfadʕt w dartlak lihād alʔan ʕalθ ʕamalijat w alḥamdu lilah razlak slak lakin hunak muʕkil</p> <p>alʕdʕam rzaʕ mʕawaz jaʕnij maʔil w lazam ndirlak ʕamalija ʔuxra baʕ nsalhu wadʕija taʕu w nraʕu makanu w tathana biʔidni alah ]</p> <p>Vous n'inquiétez pas, pour votre information au moment que vous avez fait l'accident on a décidé d'amputer votre pied parce que le taux de succès de votre opération était faible, mais moi J'ai refusé et jusqu'à présent, nous avons effectué trois opérations. Dieu merci, ton pied va bien Mais il y a un problème avec l'os parce qu'il est mal consolidé. Donc je dois faire une autre opération, pour aligner l'ose et le met à sa forme initiale, et vous vous reposez.</p>
7	P	<p>انا حياتي كل عمليات وقتاش تتهنى كرهت كرهت مقادش نزيد نصبر</p> <p>[ana ḥjati kul ʕamalijat waqtaʕ nathana kraht maqadrʕ nzid nasbur ]</p> <p>Je ne peux patienter encore toute ma vie est passée aux opérations, pour quand je termine, je suis fatigué très fatigued .</p>
8	M	<p>شوف نعطيك وقت لان عملية مش مستعجلة وجدلي لزاناليز ولراديو ولافي داناستيزي ورقم هاتف راه عندك كي توجدهم وتكون نفسيا مليح اتصل بيا ان شاء الله راح تكون اخر عملية وتولي تسوق سيارة كما كنت تحب حتى تلعب بالون علابالي تحبو</p>

		[ʃuwf naʃtʃik waqt liʔana ʃamalija maʃ mustaʃzala wazadli <b>le analiz</b> w <b>le ba.djo</b> w <b>la.vi da.nes.te.zi</b> w raqam hataf rah ʃandak ki twazadhun w tkun nafsijan mlih ʔitasʃil bija inʃaʔ alah rah tkun ʔaxir ʃamalija w twali tsuwq sijara kima kunt tʃab hata talʃab <b>ba.lɔ</b> ʃlabali tʃabu ]
		Je vous donne du temps, parce que l'opération n'est pas urgente, faites les analyses et les radios et aussi l'avis d'anesthésie, appelez-moi lorsque vous les terminez et quant votre état psychologique s'améliora, si dieu le veut, ça sera la dernière opération et vous pourriez conduire la voiture comme avant, jouer ballonaussi, je sais que vous l'aimez.
9	P	معلّيش نعط لامي تدخل معايا وتفهمها لاني خلاص وليت منقدرش نتحمل نسمع أي شيء عن عملية تاعي كنت بصحتي ودك خمس سنين وانا نمشي بالعكاز سمحلي ا طبيب لي فيا يكفيني [maʃlif nʃajatʃ lʔumi tadxal mʃaja w tfahamha liʔani walit manqdarʃ nathamal nasmaʃ ʔaj ʃajʔ ʃan ʃamalija taʃij kunt bsʃahti w duk xams snijn balʃukaz smaħli a tʃbib li fija yakfijni ] Est ce que je peux appeler ma mère et vous lui expliquez la situation ? parce que je n'entends plus de l'opération J'étais en bonne santé depuis cinq ans maintenant je marche avec les béquilles. Désolé docteur je suis frustré.
10	M	مازالت حياتك قدامك شوية شجاعة ميقاش كثر ملي فات وانا راني معاك لآخر لحظة وكون مشفتش بلي عملية اكيد راح تكون ناجحة بنسبة 99 بالمئة مكنتش راح نعملها راني درست كل الاحتمالات [mazalat hɟatak qadamak ʃwija ʃazaʃa mabqaf ktar mli fat wana rani mʃak liʔaxir lahdʃa wkuwn maʃaftʃ bli ʃamalija akid tanzah binasbat tisʃa w tisʃun bilmiʔa makuntʃ rah naʃmalha rani drast kul alʔihtimalat ] Un peu de courage vous avez une vie toute entière devant vous, je suis avec vous jusqu'à le dernier instant, il ne reste un peu de ce qui vous avez passez avant, j'ai décidé de faire l'opération puisque je suis sur a 99 % qu'elle réussira, sinon je ne la ferai jamais, j'avais étudié tous les possibilités
11	P	مشكور دكتور انت عملت لي عليك وساندتني وكننت ديما متبعني لكن حياتي نحسلها تحطمت [maʃkur <b>ɔk.tœɁ</b> anta ʃmalt li ʃlik w sandatni w kunt dijma mtabaʃni lakin hɟati nħasalha thatʃmat]

## Annexes

		Merci docteur vous avez fait votre devoir et plus et vous avez suivi mon état de santé tout le temps, mais je me sens que ma vie est détruite
12	M	شوف حالات لي كيفك وكاين لي اسوء منك راك دخلت لوبيتال وشفت ناس كفاش تعاني عليها قتلك اصبر مبقاش بزاف وقبل متخرج نحتاجك تضحك كما موالف
		[ʃuwf ʔalat li kifak w kajan li ʔaswaʔ manak rak dxalt l <b>o.pi.tal</b> w ʃaft nas kifaf tʃani ʃliha qutlak ʔasbar mabqaf bazaf w qbal mataxraz nahtazak tadhak kima mwalaf ]
		Voyez les cas comme vous, ils ya des cas pire que la votre, vous avez entré à l'hôpital et vous avez vu la souffrance des gens, patientez, il ne reste pas beaucoup comme je vous l'avais dit, avant de sortir vous devez sourire comme au paravent.
13	P	ربي يحفظك دكتور اني نعيطلك
		[rapi jhafdʕak <b>ɔk.tœx</b> anij nʃajtlak ]
		Merci docteur je vous appellerai.
14	M	ان شاء الله مع سلامة
		[inʃaʔ alah mʃa salama]
		Si dieu le veut, à bientôt.

### Annexe N°03:

Discours n:03		
Jour 15/03/2022 soir patient âgée de 30 ans niveau primaire, brûlure grave .consultation de routine		
1	M	اهلا بيك واش راك لابس اليوم
		[ʔahla bik waf rak labas aljuwm ]
		Bienvenus comment allez-vous ?
		منيش لابس السطر قتلني منرقد لا ليل لا نهار

## Annexes

2	P	<p>[manijf labas alst<sup>ar</sup> qtalni manarqad la lij la nhar]</p> <p>Je ne me sens pas bien, je ne peux dormir ni le jour ni la nuit, les douleurs sont intenses.</p>
3	M	<p>دواء لي مديتهولك راك تشرب فيه</p> <p>[dwa? lij madijthuwlak rak tafrab fih ]</p> <p>prenez-vous les médicaments que je vous ai prescrits ?</p>
4	P	<p>ايه راني تشرب فيه بصح مدارلي والو السطر ا طببية بزاف مقادش نزيد نصبر</p> <p>[ih rani nafrab fih bas<sup>ah</sup> madarli walu als<sup>tar</sup> ? t<sup>biba</sup> bazaf maqadarf nzid nas<sup>bar</sup> ]</p> <p>Oui, je les prends, mais aucun résultat, les douleurs sont intenses. je ne peux plus les supporter.</p>
5	M	<p>هدا شيء لازم يكون الوجاع مع الوقت او ينقص في البداية برك يكون هكذا .</p> <p>[hada fij? lazam jkun alwza<sup>f</sup> m<sup>fa</sup> alwaqt aw janqas<sup>f</sup> fij albidaja bark ykun hakda ]</p> <p>C'est normal les douleurs au début. avec le temps leur intensité diminuera.</p>
6	P	<p>طبية اعطيني دواء قايي يحبسلي سطر</p> <p>[t<sup>biba</sup> a<sup>tijni</sup> dwa? qawi jhabasli st<sup>ar</sup> ]</p>
		<p>Docteur, prescrivez- moi un médicament plus efficace capable de stopper les douleurs.</p>
7	M	<p>دواء ايه راني راح نكتبلك دواء اقوى من لول بصح متشربوش الا بعد الاكل وحاول مترقدش على مكان منين بريلير ومتحركش بزاف وحداري حداري من ماء يقيسك في بونصمو راهي تانفكثا</p> <p>[ih rani rah naktablak dwa? aqwa man lawal bas<sup>ah</sup> matfarbuf ?ila ba<sup>d</sup> al?akl w hawal matarqad<sup>f</sup> fla makan mnijn <b>by.lyb</b> w matatharak<sup>f</sup> bazaf w hadari hadari man ma? jqisak fij <b>pās.mā</b> rahi tanfakθa ]</p> <p>D'accord, je vous prescris un médicament plus efficace que le premier mais ne le prends qu'après les repas. et essayez de ne pas dormir sur le cote ou se trouve la brûlure, ne bouger pas beaucoup attention ! attention ! ne laisse jamais l'eau toucher le pansement pour ne pas l'infecter.</p>

8	P	علاياك كون موت كون احسن من هادي الحياة وجهي تشوه يديا تعوقو والله كي نشوف روعي فلمرايا نقول ياربي ونموت
		[ʕlabalak kuwn mut kuwn ʔahsan man hadi alħajat wazhi tʕawah jadjija tʕawqu w alah kij nʕuf ruwhij falmraja nqul jarapi w nmuwt ]
		La mort est un soulagement pour moi. mieux mourir que vivre. mon visage est déformé, mes mains aussi. lorsque je me regarde dans le miroir je souhaite la mort.
9	M	لا منحيش نسمعك تزيد تهدر هكذا راح تولي كما كنت كايين مركز متخصص في تونس راح نبعثك ليه انا بنتي عالجتها تم الان كون تشوفها تقول هادي جامي تحرقت لازمك تصبر وتعاوننا وتبع واش يقلك خوك وباباك
		[la manħabʃ nsamʕak tzijd tahdar hakda raħ twali kima kunt kajan markaz mutaxasʕisʕ fij tuwnas raħ nabaʕtak lijh ana bantij ʕalaztha tam alʔan kuwn tʕuwfha tqul hadi <b>za.me</b> tħarqat lazma tasʕbar w tʕawana w tabaʕ waʕ jquwak xuwk w babak ]
		Je ne veux pas entendre ça de vous encore une fois, vous serez comme vous avez été avant, je vous enverrez a un centre spécialisé en Tunisie, j'ai déjà soigné ma fille dans ce dernier, si vous la voyez aujourd'hui vous disiez : cette fille n'a jamais subi une brûlure. vous devez patienter et coopérer avec nous et suivre la parole de votre frère et votre père.
10	P	وكي نزيد نروح لقسنطينة واش راح يزيدو يديرولي ؟
		[w kij nzid nruwh lqasantʕina waʕ jzijdo jdijruwli ]
		Et lorsque je retournerai à Constantine qu'est- qu'ils vont me faire !
11	M	تم يعالجواك لحروق بطريقة خاصة لازمك كل سمانة تروح عندهم لانو سرفيس متخصص في الحروق كي تتحسن راح يبعثوك لتونس تكمل العلاج تم
		[tam jʕalzuwlaq laħuruq bitarijqa xasʕa lazma kul smana truħ ʕandhum liʔanu <b>sɛɓ.vis</b> mutaxasʕisʕ fij alħuruwq ki tathasan raħ ybaʕtuwk ltuwnas tkamal alʕilaz tam ]
		A Constantine ils soigneront vos brûlures avec une méthode spéciale. mais il faut y aller chaque semaine parce que c'est un centre spécialisé. lorsque votre état s'améliorera ils vous orienteront en Tunisie pour continuer le traitement.

## Annexes

12	P	وبونصمو نقدر نبدلها فسمانة مرة وحدة برك لانهم يوجعوني بزاف كي يبدلو هالي
		[w pās.mā naqdar nbadalha fasmana mara wahda bark liʔanahum jwazʕuni bazaf kij jbadluwhali ]
		Est-ce que je peux changer les pansements une fois par semaine parce que c'est très douloureux.
13	M	لا بونصمو تبدلها يوم بيوم وقبل متجي تبدلها اشرب دواء لي راح نكتبهولك قبل نصف ساعة هكذا كي يبدلوك ميكونش سطر بزاف
		[la pās.mā tbadalha juwm bjuwm w qbal matsij tbadalha ʔaʕrab dawaʔ li raħ naktabhawlak qbal nisʕf saʕa hakda kij jbadluwlak majkuwnʕ star bazaf ]
		Non. vous devez les changer une fois par deux jours. prends le médicament que je Viens de vous prescrire une demi-heure avant le changement du pansement pour soulager les douleurs.
14	P	ربي يحفظك طيبة منسالكش خيرك
		[rapi jħafdʕak tʕbiba mansalakʕ xijrak ]
		Merci docteur, vous en serais très reconnaissant
15	M	هدا واجبي وان شاء الله كي ليوم تولي عندي وانت متفائل وبصحة جيدة تفضل دواك ووثائق أخرى ام يديرو هملك في قسنطينة مع سلامة
		[hada wazbij w inʕaʔ alah ki ljum twalij ʔandi wʔanta mutafaʕil w bisiha zajida tfadʕal dwak w waḡaʕiq ʔuxra am jdjrwhumlk fij qasantina mʕa salama ]
		C'est mon devoir. Si dieu le veut comme ce jour la vous reviendrez ici optimiste et en bonne santé. Voila le traitement .et à Constantine ils vous donneront les autres documents. à bientôt.
16	P	مع سلامة في امان الله
		[mʕa salama fi amani alah]
		Au revoir à bientôt.

## Annexe N°04:

Discours n:04 : Jour 16/03/2022 soir patient âgée de 45 ans niveau universitaire, cas covid 19. Consultation		
1	P	Bonjour docteur
		<b>[bɔ̃ː ʒuɐ dɔk:tœʁ]</b>
		Bonjour docteur
2	M	Bonjours madame, vous sentez bien aujourd'hui qu'est ce qui se passe
		<b>[bɔ̃ʒuɐ madɑ̃ vu sɑ̃te bjɛ̃n_ozuɛd_ ʁi k_ ε sɑ̃ kɑ̃ sɑ̃ pase]</b>
		Bonjours madame, vous sentez bien aujourd'hui qu'est ce qui se passer
3	P	Je me sens pas bien, j'ai des difficultés a la respiration je me sens fatiguer tout la journée comme hier .
		<b>[ʒə mə sɑ̃s pa bjɛ̃ ʒ ε de difikylte a la ʁɛspɪʁasjɔ̃ ʒə mə sɑ̃s fatigue tu la ʒuʁne kɑ̃m ijɛʁ]</b>
		Je me sens pas bien, j'ai des difficultés à la respiration je me sens fatigué tout la journée comme hier.
4	M	Allongez vous sur la table je vais prendre vos constantes, la TA est 9/5, la température 38,5, saturation en O2 94%, vous avez des douleurs a la tête ?
		<b>[alɔ̃ʒe vu syʁ la tabl ʒə vɛ pʁɑ̃dɛ vo kɔ̃stɑ̃t la tɑ̃sjɔ̃ ɑ̃kɛʁijɛl ε nœf sɛ̃k la tɑ̃pɛʁatʏʁ tʁɑ̃t ʁit e dɑ̃mi satyʁasjɔ̃n ā ɔ̃ksizɛn katɛ vɛ katɛ puʁ sɑ̃ vuz_ave de dulœʁ a la tɛ:t]</b>
		Allongez vous sur la table je vais prendre vos constantes la TA est 9/5, la température 38,5, saturation en O2 94%, vous avez des douleurs a la tête ?
5	P	Oui surtout la nuit f lile les douleurs yzido we di9a raj3at tahkmni bzf
		<b>[wi syʁtu la nuʁi f lil le dulœʁ jzidu we diʁa razʒat tahkamni bazaf ]</b>

## Annexes

		Oui ,surtout la nuit les douleurs augmente d'intensité et la dyspnée devient fréquente.
6	M	3andak des courbatures ou mal dans les articulations
		[ʃandak <b>de kuɔbatyɔ u mal dũ lez ʔartikylasjɔ</b> ]
		Est-ce que vous avez des courbature ou mal dans l'articulation?
7	Pa tie nt	Ih des fois ki namchi bzf wela natla3 les escaliers
		[Ih <b>de fwa</b> ki namʃi bazaf wala natlaʃ <b>lez ʔskalje</b> ]
		Oui des fois quand je marche ou quand mente les escaliers.
8	M	D'accord, les nausées, les vomissements, la diarrhée est ce que darolk had les symptômes dernièrement
		[d ʔakɔɔ <b>le noze le vomismã la dijave ɛ sɔ kɔ</b> darulk had <b>le sɛptom dɛɔnjɛmã</b> ]
		D'accord. les nausées, les vomissements, la diarrhée. est ce que vous souffrez de ces symptômes dernièrement ?
9	P	Les deux premières non, la diarrhée oui
		[ <b>le dɔ pɔɔmje nɔ la dijave wi</b> ]
		Les deux premières non, la diarrhée oui
10	M	Est-ce que derti scanner li domandito 3elik hier
		[ <b>ɛ sɔ kɔ</b> darti <b>skanɔɔ</b> li dumanditu <b>ijɛɔ</b> ]
		Avez-vous fait le scanner que je vous ai demandé hier ?
11	P	Oui bien sur derto lebarah, mon frère rah fatri9 dok yjibo avec le stresse et la peur nsito dans la maison de ma mère .
		[wi <b>bjɛ syɔ</b> dartu lbarah <b>mɔ fɔɔɔ</b> rah fatʔriq duk jzibu <b>avɛk lɔ stɔɔs ɛ la pɔɔ</b> nsitu <b>dũ la mɛzɔ dɔ ma mɛɔ</b> ]



Annexes

		Oui, je l'ai fait, mais de l'anxiété et de la peur que je l'ai oubliée à la maison de ma mère, mon frère l'amènera.
12	M	<p>Pas de problème madame en attendant l'arrivée du scanner, je vous mets sous oxygénothérapie puisque votre saturation en oxygène rahi habta 3ela les normes 3eliha dirlk di9a bzf</p> <p><b>[pa də pɔɔblɛm madã ã atãdã l aʁive dy skkane ʒə vu me su</b>  <b>ɔksizɛnɔtɛʁapipɔisk vɔtɛ satyvasjɔn ã ɔksizɛn rahi habt'a ʕla le nɔɔm ʕliha</b>  dirlak diqa bazaf  ]</p> <p>Pas de problème madame. en attendant l'arriver du scanner, je vous mettez sous oxygénothérapie puisque votre saturation en oxygène est insuffisante. c'est pour ça vous souffrez de la dyspnée.</p>
13	P	<p>Oui je sais déjà kont 3elabaliɟ bli 3andi covid les symptômes ta3o mli bdawni chakit fi rohi</p> <p><b>[wi ʒə sɛ deʒa kunt ʕlabali bli ʕandi kovid le sɛptom taʕu mali bdawnij ʕakijɟ fi rohiɟ ]</b></p> <p>Oui, je sais que j'ai eu le COVID et les symptômes le prouvent.</p>
14	M	<p>C'est bien ki 3awadti wлити 3andi lyome we derti scanner il ya des patients pensent que le covid n'existe pas donc ki t9olo dirli scanner yroh mywaliche</p> <p><b>[s ɛ bjɛ ki ʕawadti waliti ʕandi ljum w dartij skanɔɛ il ja de pasjã pãs kə lə kovid n egzist pasdɔk ki tqulu dirli skanɔɛ jruħ majwalijɟ ]</b></p> <p>C'est bien pour vous. parce que vous avez fait le scanner et revenir ici. il ya des patients pensent que le covid n'existe pas lorsque je leur demande de faire un scanner. ils partent sans revenir.</p>
15	P	<p>Wlh je fais confiance à vous docteur</p> <p><b>[walah ʒə fɛ kɔfiʒã a vu dɔktɔɛ]</b></p> <p>Je fais confiance à vous docteur, je le jure</p>

## Annexes

16	M	<p>Merci, vous sentez bien à ce moment rahtlk di9a</p> <p>[mɛksi vu sãte bjɛn a sɔ momã rahtlak d'iqa]</p> <p>Merci, vous sentez bien à ce moment la dyspnée est disparu ?</p>
17	P	<p>ça va hmd</p> <p>[sava alhamdulillah ]</p> <p>Ça va, merci Dieu</p>
18	M	<p>Chofi scanner rah y9ol vous avez un pourcentage de 65% donc madame je vous fais une lettre d'orientation au service covid a l'hôpital frère tobale lazemlek motab3a khasa puisque haltak rahi instable surtout la saturation en oxygène rahi tahbat rapidement lorsque je débranche l'appareille et le scanner confirme ca le degré d'atteinte raho 65%</p> <p>[ʃuwfi skanɔɐ rah jɔl vuz avez œ puksãtaʒ dɔ swasãt sɛk puɐ sã dɔk madã ʒɔ vu feʒ yn letɐ d œvjãtasjɔn o sɛvɪs kovid a l opital fɛɐ tubal pɔisk haltak rahi ɛstabl syvtu la satyvasjɔn ã œksizɛn rahi tahbatɐ kapidmã lɔɐsk ʒɔ debvãf l apavɛj e lɔ skanɔɐ kɔfivm sa lɔ dɛgɐ d atɛt rahu swasãt sɛk puɐ sã]</p> <p>Selon le scanner vous avez un pourcentage de 65%. donc madame je vous fais une lettre d'orientation au service covid à l'hôpital frère Tobale .vous avez besoin d'une surveillance spéciale puisque votre état de sante est instable. surtout vous désaturez rapidement lorsque je débranche l'appareille d'oxygène et le scanner le confirme, le degré d'atteinte est de 65%.</p>
19	P	<p>Non manich haba nadkhal hôpital a3tini traitement ndiro f dar je déteste les hôpitaux, nakrah rihathom</p> <p>[nɔn manɪʃ haba nadxal opital aʃtɪjni tɐɛtmã ndiru f dar ʒɔ detest leʒ opito nakrah riħathum ]</p>

## Annexes

		Non ,je ne veux pas rester a l'hôpital .donnez-moi le traitement je le prends a la maison. je déteste les hôpitaux.
20	M	<p>adame moi je vous conseille d'aller a l'hôpital puisque lazem l'isolement pense aux autres personnes li kadra tan9alhom 3adwa, même f l'hôpital la surveillance et 24/24 + l'oxygène est disponible donc votre état améiore rapidement we tkharji we tkamli dwak f dar lorsque vous passez la période de danger</p> <p>[madã mwa 3ə vu kɔʃ ej d əle a l ɔpital puisk lazam l izol.mã pãs oz ɔtɔ pɛksɔn li</p> <p>qadra tanqalhum ʃadwa mɛ:m f l ɔpital la sʏvɛjãs e vɛ katɔ œv sʏv vɛ katɔ œv ã ply l ɔksizɛn ɛ disponibl dɔk vɔtɔ etatameljɔv ɛapidmã w txarzi w tkamli dwak f dar lɔɛsk vu pase la pɛɛjɔd dɛ dãʒe]</p> <p>Madame, je vous conseille d'aller à l'hôpital puisque l'isolement est obligatoire. Pensez-vous aux autres personnes qui vous autour, vous pouvez les contaminer. même dans l'hôpital la surveillance est 24/24, l'oxygène est disponible .donc votre état améliorera rapidement et vous pouvez sortir et continuer votre traitement à la maison dès que vous passez la période de danger.</p>

### Annexe N°05:

Discours n:05		
Jour 21/03/2022 patiente âgée de 42 ans ni, cas cancer du sein. consultation		
1	M	صباح الخير مدام
		Bonjour Madame.
2	P	صباح الخير طبيب
		Bonjour docteur.
	M	واشراكي اليوم قالتلي الممرضة مراكيش مليحة وحبيتي تشوفني

## Annexes

3		Comment allez-vous. l'infirmière m'a dit que vous n'êtes pas bien ! Etvous voulez me voir ?
4	P	راك عالم بحالتي الطبيب كما صبرت روجي مقدرتش Vous connaissez bien mon état docteur. j'ai essayé de patienter mais j'ene peux plus.
5	M	حنا رانا هنا متخافيش مدام حاجة متخصك واش حابة تعرفي Ne vous inquiétez pas madame Nous somme là pour vous aider. Vous ne manquerez de rien ici. Qu'est ce que vous voulez savoir?
6	Patient	راني مقلقة حابة نعرف نهار تاع عملية وواش رايجين ديرولي فيها بالضبط Je suis stressé et je veux savoir le jour de l'opération et son déroulement
7	M	مادم نتي سرطان تاغك مهوش في مرحلة متقدمة يعني مزال ورم مهوش كبير ومنتشرش رايجين نحولك الورم برك. والعملية راهي سمانة جاية لكن مش هنا في قسنطينة Madame votre cancer ce n'est pas dans un stade développé. la tumeur est de petite taille en plus elle n'était pas propagé donc on enlèvera juste la tumeur. Votre opération est programmée pour la semaine prochaine à constantine.
8	P	علاش مدير هاليش هنا خير Pourquoi ne le faire ici ?
9	M	انا خممت عليك كاين صديقي جراح مختص في هادو عمليات ووافق يعملك العملية تطوعيا ويتهلا فيك حاجة متخصك عندو خبرة كبيرة في هادو عمليات J'ai pensé au mieux pour vous. J'ai un ami, chirurgien spécialisé dans ce type d'opération .il a acceptée de vous opérer volontairement. Il à une grande expérience dans ce type d'opération avec lui tout va bien. ne vous inquiétez pas.
10	P	حببت نسقسيك حاجة وحشمت J'aimerais vous poser une question mais j'avais honte.

## Annexes

11	M	لا سقسي انا طبيب تاعك ونتي من حقا تعرفي كلش قبل عملية أي سؤال نجابك عليه Non ! posez vos questions. je suis votre médecin et vous avez le droit de tout savoir avant l'opération. je vous répons à toutes vos questions.
12	Pat ien t	عشك طبيب حبيت نعرف بعد عملية شكل ثدي تاعي راح يتغير بزاف كيف راح يولي شكلو Que dieu vous garde, docteur, je veux savoir si la forme de mon sein changera t'il beaucoup après l'opération. et comment sa forme deviendra ?
13	M éd eci	شوفي مدام متخافي متخمي شكل تاعو مراحش يتغير بزاف وحتى ادا شفني شكل تاعو تغير ولا معجبكش كاين جراحة تجميلية بعد عملية باشهر تقدري عليها بعد العملية نتكلمو على كلش Madame, n'ayez pas peur, et ne réfléchissez pas à sa forme ne changera pas
	n	beaucoup même si vous voyez que sa forme est changé ou n'aimez pas la nouvelle forme. vous pouvez faire une chirurgie esthétique des mois Après l'opération, on parlera à tout ça après l'opération. .
14	P	شكرا طبيب ربي يحفظك Merci beaucoup docteur
15	M	لا شكر على واجب وادا احتاجتي أي شئ قولي للمرضة تتواصل معايا نجي عندك ومتخافيش كلش راح يكون مليح انسان لازم يصبر هي مرحلة وتفوت De rien c'est mon devoir. si vous avez besoin de quelque chose, dites à l'infirmière, pour me contacter et je vianderai vous voir. N'aie pas peur. tout ira bien. on doit patienter c'est juste une période difficile.
16	P	إن شاء الله طبيب ريحتي ربي يحفظك Si dieu le veut. docteur vous m'avez mis à l'aise, que dieu vous garde
17	M	مع سلامة مدام Au revoir madame
18	P	مع سلامة دكتور Au revoir docteur

**Annexe N°06:**

**Questionnaire de l'enquête**

✓ Questionnaire anonyme destiné aux médecins (généraliste spécialiste), qui suivent leurs travail au niveau des établissements de santé (public ou privé) wilaya de Mila.

✓ **Note de présentation** : Ce questionnaire rentre dans le cadre de l'élaboration d'un travail de recherche une mémoire de fin d'études, vue l'obtention du diplôme de master 2 en langue française spécialité science du langage, Année Académique: 2021/2022

✓ **Thème de mémoire** « **Les spécificités psychoaffectives du discours professionnelle dans le milieu médical (cas des consultations médicale dans les établissements de santé (publiques et privés) commune de Mila)**

✓ Nous prions de bien vouloir répondre à ce questionnaire d'enquête le plus objectivement possible et selon votre expérience avec les patients et nous vous remercions pour votre généreuse collaboration.

---

Sexe : Homme  Femme

Age : .....

Spécialité : .....

Année d'expérience : .....

• **Question N°01** :Voyez-vous des patients qui ont une maladie ou un problème de santé grave ?

Oui  Non

• **Question N°02** : Le médecin doit-il révéler le nom de la maladie à son patient ?

Oui  Non  parfois

• **Question N°03** : Est-ce que dissimuler la vérité a certain patients serait par :

Pitié  devoir professionnel  hypocrisie

Autre.....

## Annexes

---

**Question N°04:** En cas de maladies portant la mort, Est-ce que le malade a le droit de :

Désespérer  déprimer  s'en prendre au médecin

• **Question N°05 :** Pensez-vous que le malade doit connaître la vérité pour  
Comprendre mieux les exigences du traitement suivi ?

Oui  Non  parfois

• **Question N°06 :** Est-ce qu'il y a des malades qui préfèrent que les médecins ne leur disent  
pas la vérité ?

Oui  Non

• **Question N°07 :** Avez-vous, habituellement, des difficultés pour annoncer aux malades les  
conséquences de sa maladie grave ?

Oui  Non

Pourquoi ?

.....  
.....

• **Question N°08 :** Pensez-vous que prendre en considération l'état psychologique et affectif  
des patients est nécessaire avant de leur annoncer la maladie?

Oui  Non

Pourquoi?

.....  
.....

• **Question N°09 :** D'après votre expérience, comment trouvez-vous la réaction des patients  
lorsque vous les annoncez des maladies graves ou des mauvaise nouvelle sur leurs états de  
santé ?

Acceptable  Terrible  Avec anxiété

Panique  Dépression  Tentative(s) suicide

Autre.....

## Annexes

---

- **Question N°10 :**Conseillez-vous les patients qui atteignent des maladies graves ou chroniques à faire des consultations psychologiques ou des séances thérapeutiques chez un psychologue ?

Oui  Non

Pourquoi ?

.....

- **Question N°11 :** Est ce qu'il y a des cas qui vous obligent de mentir a vous patients?

Oui  Non

- **Question N°12:** Tant que la maladie est l'affaire du malade, pourquoi lui cacher la vérité et lui mentir dans certains situations ?

.....

**Question N°13 :** Quelle sont les stratégies utilisées pour annoncer aux patients une maladie grave ou des mauvaise nouvelle sur leurs états de santé ?

.....

.....

- **Question N°14 :**d'après votre expérience avec les patients comment influe votre discours et vos mots sur leurs états psychoaffectifs ?

.....

.....

*Merci pour votre collaboration*

---



**Annexe N°07:**



**Consultation médicale de routine dans une EPSP**

Annexe N°08:

**Questionnaire de l'enquête**

- ✓ Questionnaire anonyme destiné aux médecins (généraliste spécialiste), qui suivent leurs travail au niveau des établissements de santé (public ou privé) wilaya de Mila.
- ✓ **Note de présentation** : Ce questionnaire rentre dans le cadre de l'élaboration d'un travail de recherche une mémoire de fin d'études, vue l'obtention du diplôme de master 2 en langue française spécialité science du langage, Année Académique: 2021/2022
- ✓ **Thème de mémoire** « *Les spécificités psycho-affectives du discours professionnel dans le milieu médical* »
- ✓ Nous prions de bien vouloir répondre à ce questionnaire d'enquête le plus objectivement possible et selon votre expérience avec les patients et nous vous remercions pour votre généreuse collaboration.

---

Sexe : Homme  Femme

Age : ..... 42 ans .....

Spécialité : ..... chirurgie générale .....  
Année d'expérience : ..... 17 ans .....

- **Question N°01** : Voyez-vous des patients qui ont une maladie ou un problème de santé grave ?  
Oui  Non
- **Question N°02** : Le médecin doit-il révéler le nom de la maladie à son patient ?  
Oui  Non  parfois
- **Question N°03** : Est-ce que dissimuler la vérité a certain patients serait par :  
Pitié  devoir professionnel  hypocrisie   
Autre.....
- **Question N°04**: En cas de maladies portant la mort, Est-ce que le malade a le droit de :  
Désespérer  déprimer  s'en prendre au médecin

• **Question N°05 :** Pensez-vous que le malade doit connaître la vérité pour Comprendre mieux les exigences du traitement suivi ?

Oui  Non  parfois

• **Question N°06 :** Est-ce qu'il y a des malades qui préfèrent que les médecins ne leur disent pas la vérité ?

Oui  Non

• **Question N°07 :** Avez-vous, habituellement, des difficultés pour annoncer aux malades les conséquences de sa maladie grave ?

Oui  Non

Pourquoi ?

Une le manque d'information par crainte d'être déçu ou de perdre confiance en soi-même.

• **Question N°08 :** Pensez-vous que prendre en considération l'état psychologique et affectif des patients est nécessaire avant de leur annoncer la maladie ?

Oui  Non

Pourquoi ?

Par une meilleure acceptation et une meilleure prise en compte de leur situation.

• **Question N°09 :** D'après votre expérience, comment trouvez-vous la réaction des patients lorsque vous les annoncez des maladies graves ou des mauvaise nouvelle sur leurs états de santé ?

Acceptable  Terrible  Avec anxiété

Panique  Dépression  Tentative(s) suicide

Autre Une mauvaise réaction le malade s'adapte avec le temps

• Question N°10 :Conseillez-vous les patients qui atteignent des maladies graves ou chroniques à faire des consultations psychologiques ou des séances thérapeutiques chez un psychologue ?

Oui  Non

. Pourquoi ?

une meilleure compréhension de la sensibilité de l'individu  
même une compréhension de sa personnalité  
et son état psychologique dans les tests psychométriques  
pour ne pas se tromper

• Question N°11 : Est ce qu'il y a des cas que vous obligent de mentir sur les patients?

Oui  Non

Explique ?

en fonction de leur âge et de leur situation familiale  
par exemple je dois mentir pour le patient mais révéler  
la vérité par ses proches

• Question N°12: Tant que la maladie est l'affaire du malade, pourquoi lui cacher la vérité et lui mentir dans certains situations ?

la relation médecin malade est très compliquée  
et insaisissable. Une grande partie de la médecine est  
le devoir du patient. Je préfère lui donner le plaisir  
même que la connaissance de la vérité morale en lui

• Question N°13 : Quelle sont les stratégies utilisées pour annoncer aux patients une maladie grave ou des mauvaise nouvelle sur leurs états de santé ?

à mon avis la meilleure stratégie est de révéler et faire en sorte  
la vérité avec douceur parole de leur plaisir et de leur  
temps le patient doit comprendre la situation psychologique  
et l'accepter même sa maladie

Question N°14 :d'après votre expérience avec les patients comment influence votre discours et vos mots sur leurs états psychoaffectifs ?

le dialogue entre le médecin et son patient est  
la première et l'essentielle étape de prévention  
et de traitement du patient sans confiance

entre le monde de l'adulte et le patient  
Merci pour votre collaboration  
au plaisir de tous

---

## **Abstract**

This work is part of the language sciences, it consists of studying a set of speeches adopted during the various medical consultations. It also consists of the analysis of the results obtained from the questionnaire. Indeed, our work aims to propose solutions that in the future could ensure more fluid communication during medical consultations. The effectiveness of treatments requires a good relationship between the patient and the doctor, namely that contact is only established according to the speeches that try to reassure the patient by comforting his mental state. Therefore, we carried out an investigation through a psycho-affective, pragmatic analysis of the collected speeches. Our analysis of the questionnaire is therefore intended to be both qualitative and quantitative.

The results obtained from this analysis confirm that almost all physicians face difficulties in announcing a serious illness. Dealing with difficult emotional situations is not an easy task. This necessitates a psychology that doctors must adopt to manage the deferential revolts of desperate patients that they are forced to face.

Finally, the results obtained from the experiment have made it possible to highlight what makes this discourse particular.

**Keywords:** medical discourse, psycho-affective specificities, communication, emotions, .serious illnesses

## ملخص

يعتبر هذا العمل جزء من علوم اللغة، ويتكون من دراسة مجموعة من الخطابات التي تم تبنيها خلال الاستشارات الطبية المختلفة. ويتكون أيضا من تحليل النتائج التي تم الحصول عليها من الاستبيان. في الواقع، يهدف عملنا إلى اقتراح حلول يمكن أن تضمن في المستقبل مزيدًا من التواصل السلس أثناء الاستشارات الطبية. تتطلب فاعلية العلاجات علاقة جيدة بين المريض والطبيب، مع العلم أن ذلك التواصل لا يتم إلا وفق مجموعة من الخطابات التي هدفها طمأنة المريض من خلال تهدئة حالته العقلية. لذلك، أجرينا تحقيقًا معمقًا من خلال تحليل نفسي وواقعي للخطابات التي تم جمعها. ولذلك فإن تحليلنا للاستبيان يهدف إلى أن يكون نوعيًا وكميًا.

تؤكد النتائج التي تم الحصول عليها من هذا التحليل أن جميع الأطباء تقريبًا يواجهون صعوبات في الإعلان عن مرض خطير. يعتبر التعامل مع المواقف العاطفية مهمة في غاية الصعوبة. وهذا يستلزم تكييف علم نفس والدي يجب على الأطباء اعتماده لإدارة مختلف ثورات المرضى اليائسين الذين هم مجبرون على مواجهتها.

أخيرًا، أتاحت النتائج التي تم الحصول عليها من التجربة إبراز ما يجعل هذا الخطاب مميزًا.

**الكلمات المفتاحية:** الخطاب الطبي، الخصوصيات النفسية - العاطفية، التواصل، الانفعالات، الأمراض الخطيرة.