



HAL
open science

Les deux langues du médecin

Marion Giroud

► **To cite this version:**

| Marion Giroud. Les deux langues du médecin. Ethique. 2022. dumas-04387301

HAL Id: dumas-04387301

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04387301>

Submitted on 11 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme de Master. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de santé

UFR de Médecine

Laboratoire Ethics, research, translations (ETRES)

Année 2022

N° 2022M2REM03

Mémoire pour le diplôme de master 2 Éthique

Présenté et soutenu publiquement le : **14 juin 2022**

Par

Marion GIROUD

Les deux langues du médecin

Dirigée par Mme la Professeure Marie-France Mamzer

JURY

Mme la Professeure Marie-France Mamzer, PU-PH

Présidente

Remerciements

À Mme la Professeure Marie-France Mamzer, PU-PH : Merci pour votre soutien et l'aide précieuse que vous m'avez apportée jusqu'à la dernière minute. Merci de m'avoir accompagnée dans la découverte de cette belle discipline à la croisée des chemins. Merci pour ces longues discussions passionnantes, merci pour l'exemple, un jour promis j'aurai le quart de vos connaissances.

À tous les enseignants de ce master, qui m'ont permis d'approcher la médecine sous tellement de nouveaux prismes. Les nouvelles approches que vous m'avez apportées me donnent autant d'idées et d'envie de faire évoluer mes pratiques, de lire des nouveaux ouvrages et de m'intéresser à de nouveaux univers.

À toutes mes co-équipières du Master : Quelle incroyable équipe de filles ! Toutes plus épatantes les unes que les autres. Merci pour tous les rires, doutes, repas et découvertes partagés. J'espère que les liens créés resteront longtemps.

À Anna, Chemsal, Claire, Céleste, Alexia, Agnès, Chanaelle, Arthur, Jeanne et Marc-Antoine, qui ont fait office de psychologues, incubateurs à bonnes idées, miroirs de réflexions, travailleurs forcés souriants ou guides vers la sérénité.

À tous mes amis, ma famille et surtout à maman, correcteur orthographique de génie, qui m'ont soutenu pendant toute cette année.

Résumé et indexation en français

Les deux langues du médecin

Résumé :

La médecine française est encore très marquée par la relation médecin-patient paternaliste malgré le changement social majeur qu'est l'avènement de la démocratie en santé en France dans les années 2000. Grâce à ce changement de paradigme, le droit à l'information pour le patient est légalement reconnu. La question n'est alors plus si le patient doit être informé mais comment il l'est. Malgré cela, les médecins sont encore formés à la technique et très peu à la communication.

L'objectif de ce mémoire est de comprendre comment les internes de médecine générale gère la tension entre le devoir d'information dû au patient et l'utilisation du langage médical technique, langue de spécialiste. Pour ce faire, nous avons réalisé 8 entretiens avec des internes de médecine générale de dernière année.

Nous avons pu établir qu'aux yeux des participants, le LMT était un langage essentiel porteur d'une appartenance au groupe médecin. Il est également révélateur de l'asymétrie qui existe dans la relation médecin-patient. Le passage du langage commun au technique semble être une interprétation du médecin sur le discours du patient tandis que l'opération inverse apparaît comme une adaptation de la réalité médicale pour qu'elle soit compréhensible par le patient.

Au total, ce travail révèle une relation particulière et forte des jeunes médecins interrogés à ce langage. Une formation à la communication ainsi qu'un travail, main dans la main, avec des patients partenaires, comme adaptateurs entre le monde médical et celui du patient, nous paraît être la solution pour dépasser la tension interne que vive les jeunes médecins.

Discipline ou spécialité :

[Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés français :

Communication, Traduction, Relations médecin-patient, Compréhension, Langue médicale, Démocratie en santé, Statut social, Identité professionnelle

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Résumé et indexation en anglais

The physician's two languages

Abstract:

French medicine is still very marked by the paternalistic doctor-patient relationship despite the major social change that is the birth of health democracy in France in the 2000s. Thanks to this paradigm shift, the right to information for the patient is legally recognised. The question then is no longer whether the patient should be informed but how. Despite this, doctors are still trained in technique and very little in communication.

The objective of this dissertation is to understand how general medicine interns manage the tension between the patient's legal right to be informed and the use of technical medical language, a specialist language. To do this, we conducted 8 interviews with final year general medicine interns.

We were able to establish that in the eyes of the interviewed, the technical medical language was an essential language carrying a sense of belonging to the doctor group. It is also indicative of the asymmetry that exists in the doctor-patient relationship. The transition from common language to the technical one seems to be an interpretation of the doctor on the patient's discourse while the reverse operation appears as an adaptation of medical reality so that it is understandable by the patient.

Overall, this work reveals a particular and strong relationship of the young doctors interviewed to this language. Training in communication as well as working with patient partners, as adapters between the medical world and that of the patient, seems to us to be the solution to overcome the internal tension experienced by young doctors.

English keywords:

Communication, Translation, Physician-patient relation, Comprehension, Medical language, Health democracy, Social status, Professional Identity

Publication type:

[MeSH : Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

- CCA : Chef de Clinique Assistant
- CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation
- ECN: Examen Classant National
- HAS : Haute autorité de santé
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- IVG: Interruption Volontaire de Grossesse
- LMT : Langage Médical Technique
- PUPH : Professeur des Université et Praticien Hospitalier

Table des matières

REMERCIEMENTS	
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS	
RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS	
LISTE DES ABREVIATIONS	
1 : CONTEXTE	3
1.1 LE MODELE PATERNALISTE DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT	3
1.2 LA LANGUE FRANÇAISE MEDICALE	5
1.3 LA COMMUNICATION, POINT NEVRALGIQUE MAIS PEU ENSEIGNE DE LA MEDECINE.....	7
1.4 LA DEMOCRATIE SANITAIRE	8
2 : PROBLEMATIQUE	10
3 : METHODOLOGIE	13
3.1 CONSTITUTION D'UNE BIBLIOGRAPHIE	13
3.2 CHOIX D'UNE ETUDE QUALITATIVE	13
3.3 POPULATION.....	13
3.4 ENTRETIENS	14
3.5 ANALYSE DES DONNEES ET TRIANGULARISATION	14
3.6 ASPECTS ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE	15
4 : RESULTATS	16
4.1 CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	16
4.2 LE LANGAGE MEDICAL TECHNIQUE, UNE LANGUE DE SPECIALISTE NECESSAIRE A LA PRATIQUE DE LA MEDECINE	18
4.2.1 <i>Un langage de communication pour les professionnels</i>	18
4.2.2 <i>Un langage témoin d'un groupe social</i>	23
4.3 LE LANGAGE MEDICAL TECHNIQUE COMME REFLET D'UNE HIERARCHISATION DE LA MEDECINE	27
4.3.1 <i>Un langage médical fortement marqué par la hiérarchie</i>	27
4.3.2 <i>Différents niveaux d'asymétrie dans la relation médecin-patient en fonction du type de patient</i>	32
4.4 UN NOUVEAU MODELE DE RELATION EN EMERGENCE	35
4.5 LE PASSAGE D'UNE LANGUE A L'AUTRE	38
4.5.1 <i>Des stratégies variées au service d'un devoir d'information</i>	38
4.5.2 <i>Du discours du patient à l'observation du médecin: un travail d'interprétation</i>	40
4.5.3 <i>De la vérité médicale à la réalité du patient : un travail d'adaptation</i>	42
5. DISCUSSION	45

5.1 DISCUSSION DE LA METHODE.....	47
5.2 LA CONSTRUCTION DU JEUNE MEDECIN DANS LE CHAMP DE LA MEDECINE.....	49
5.3 LE MODELE DU PARTENARIAT : ADAPTATION DE DEUX REALITES	53
5.4 CONFLITS D'IDENTITE PERSONNELLE : ENTRE DEMOCRATIE SANITAIRE ET FORMATION DATEE	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	59
TABLE DES TABLEAUX.....	62
ANNEXES.....	63
1. GUIDE D'ENTRETIEN	63
2. NOTICE D'INFORMATION	65

1 : Contexte

1.1 Le modèle paternaliste dans la relation médecin-patient

Dès la première année de médecine, les étudiants apprennent ce nouveau concept de relation médecin-patient. Un historique est dressé (1), il remonte à Hippocrate et sa conception de la médecine. À l'époque et jusqu'au XVIII^{ème} siècle, le médecin ne faisait qu'accompagner le patient dans la crise vitale que représentait la maladie. Il avait une fonction principalement d'accompagnement et de pronostic.

Les progrès scientifiques qui marquent le XVIII^{ème} siècle transforment la société et ses besoins. Désormais dans tous les domaines, y compris la médecine, la science est remise au centre. Elle devient synonyme de vérité absolue, et espoir de progrès majeurs.

En médecine en effet, l'avènement de la méthode anatomo-clinique avec Xavier Bichat marque un tournant dans la compréhension des symptômes et la définition de syndromes, de maladies. Le sujet d'étude du médecin se déplace alors du patient vers la pathologie. La conception de l'hôpital change également puisque de lieux d'hospitalité pour les plus démunis, il devient lieux de recherche et d'enseignement. Le médecin devient un expert avec un savoir qui se spécialise de plus en plus au fur et à mesure des avancées scientifiques dans le domaine biomédical. La médecine devient une « science expérimentale », ses outils diagnostiques et de prise en charge sont évalués par des essais thérapeutiques contrôlés randomisés en double aveugle qui deviennent la référence, l'analyse en est statistique. On voit naître une médecine statistique avec par exemple le DSM américain (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) en 1952 qui propose de classer et d'homogénéiser les diagnostics pour permettre aux chercheurs et médecins de parler des différentes pathologies avec les mêmes termes en se basant sur des données qualifiées d'objectives. De même les constantes physiologiques sont élaborées via des courbes de Gauss, leurs valeurs « normales » sont, elles aussi, définies par des statistiques. La médecine en tant que science semble devoir oublier la subjectivité du patient pour garder une attitude neutre et uniquement diagnostique. En effet, dans une démarche diagnostique, le praticien ressent le besoin d'une science sûre et fiable. Pour cela, il s'appuie sur le modèle médical de l'homme moyen de Quetelet qui devient sa norme (2).

Dans cette conception, le médecin pouvant se dédouaner de la subjectivité du malade, il détient l'entièreté du savoir et est placé en position de domination doublement. Premièrement car la

personne face à lui est le plus souvent malade et en demande d'aide et deuxièmement car elle a moins de connaissance que lui et ne peut vérifier les informations données. Le médecin est alors, tout comme les chefs d'entreprise de la révolution industrielle, reflété par la métaphore du bon père de famille : il sait ce qui est bon ou non pour le patient, il peut lui prescrire une conduite qui le remettra dans la norme.

Le médecin devient donc un technicien et en tant que tel, il a besoin d'une langue pour parler de toutes ces innovations scientifiques : la langue médicale technique.

1.2 La langue française médicale

Selon Adeline Sanchez (3), on peut parler de langue française médicale comme distincte de la langue commune car elle possède un lexique et des procédés syntaxiques propres à l'expression d'une science et de sa technicité. La langue médicale française naît autour du X^{ème} siècle mais reste plutôt une langue de traduction, en constante évolution jusqu'au XVI^{ème} siècle. Dans un premier temps les traductions mêlent latin et français, formant un sabir instable, plus ou moins francisé en fonction du public visé. On peut observer l'enrichissement de cette langue via des néologismes apparaissant pour préciser la pensée et les descriptions sur les différentes traductions du Moyen-Age. À cette époque le vocabulaire est encore très changeant en fonction des différents manuscrits, témoignant d'un vocabulaire encore en évolution.

Les différentes académies de médecine ont des attitudes différentes vis-à-vis de ce langage. Par exemple à Montpellier et à Lyon dès la fin du XVI^{ème} siècle, il existe une volonté de traduire les ouvrages pour rendre accessible le savoir

« Je n'ai voulu escrire en autre langaige que le vulgaire de nostre nation, ne voulant estre de ces curieux, et par trop supersticieux, qui veulent cabaliser les arts et les serrer sous les loix de quelque langue particulière »

Ambroise Paré dans la préface du livre *Les Œuvres*, publié en 1575

théorique dont ils ont besoins aux barbiers, chirurgiens de l'époque, et aux apothicaires (4). En effet, de nombreux chirurgiens ont un savoir pratique conséquent mais n'ont pas accès aux écrits sur l'anatomie. Les médecins sont formés à l'académie en latin et sont partagés entre une envie de garder le savoir et celui de le libéraliser pour éviter les « charlatans » et ceux qui manquent de savoir théorique. Une autre raison de traduire en français ces écrits scientifiques était d'honorer et de donner accès à cette science aux humanistes cultivés du début de la Renaissance. Certains de ces écrits sont même commandés par des princes ou grandes dames pour pouvoir aider les plus démunis, on voit par exemple fleurir ces ouvrages à chaque épidémie que connaît la France.

Malgré la multiplicité de traductions, c'est autour de cette époque qu'on note une convergence des expressions et termes employés, dessinant une nouvelle langue qui se structure. Cette langue évolue entre le latin médical qui se vulgarise et la langue médicale française utilisée par la médecine populaire. Pour les facultés de médecine un équilibre doit se trouver entre être garant du savoir et de la bonne pratique régulièrement malmenée par des médecins ignorants.

Ce mouvement de traduction (5), voire d'écriture en français, suit la révolution linguistique qui se retrouve dans toute l'Europe : la montée en puissance des langues vernaculaires. En France par exemple, l'édit de Villers-Cotteret instaure le français comme langue officielle. Avec cette traduction désormais possible et l'imprimerie qui se démocratise, se pose la question de qui aura accès à ces ouvrages, le doyen de la faculté de médecine de Paris s'oppose par exemple à la publication d'un ouvrage de Ambroise Paré en 1575. La raison évoquée est son contenu qui serait incompatible avec la bonne morale.

Malgré ces quelques productions en français, l'enseignement de la médecine scolastique se fera en latin jusqu'au Premier Empire (6). Ainsi les découvertes scientifiques, les nouveaux instruments sont tous latinisés. Progressivement la langue française médicale prend le dessus mais sans jamais perdre ses racines latines omniprésentes. On voit ainsi cohabiter des termes latins et français, Pascaline Faure cite par exemple : « pied bot (varus équin), un bec-de-lièvre (une fente labiopalatine), un bec-de-perroquet (ostéophyte), un bébé collodion (ichtyose génétique), un pied d'athlète (mycose interdigitale), une crête-de-coq (condylome génital), une croûte de lait (dermite séborrhéique), ou encore une tache de vin (angiome). »

Au cours des siècles, cette langue évolue en fonction du système de santé, des découvertes et de l'histoire. En témoignent ces exemples : « fièvre des tranchées » qui est sinon appelée fièvre de 5 jours, « légionellose » qui est la maladie du légionnaire, « mal Napolitain » qui est un autre nom pour la syphilis alors qu'en allemand elle se dit « Franzosenkrankheit », littéralement « la maladie des français ».

Aujourd'hui la langue médicale française véhicule toute cette histoire en lui et on peut encore entendre de la part des patients des expressions comme « chaude pisse », « tour de rein » qui ont des équivalents en langue technique, utilisés par les professionnels (« gonorrhée », « lumbago »). Par ailleurs certains termes utilisés par les professionnels dans un sens, par exemple « vertiges », « migraines », « fièvre » sont compris différemment par les patients, non formés à la médecine. Avec l'arrivée d'internet et l'accès à l'information, et sous l'influence des séries médicales, l'utilisation par les patients de la langue médicale technique progresse sans toutefois s'accompagner d'une réelle appropriation.

1.3 La communication, point névralgique mais peu enseigné de la médecine

De nombreuses études dressent le constat que les patients ne comprennent que peu de ce qui est dit en consultation et en retiennent encore moins. Elles montrent également que la plupart du temps les médecins et les patients surévaluent la compréhension du patient à la fin de la consultation (7-12)

La communication, qui est une des composantes essentielles de la relation médecin-patient, est au cœur de la médecine. Elle permet théoriquement au patient d'exprimer ses symptômes, de recevoir des informations, d'arriver ou non à un consensus avec le soignant. Ce dialogue conduit à la co-construction d'un savoir commun à partir de deux univers de sens différents, l'intersubjectivité (6),(13-14). Elle passe autant par le langage, le ton de la voix, la posture, l'ambiance du cabinet... Partant du constat précédent, plusieurs études montrent que l'amélioration de la relation médecin patient et de la communication entraîne une meilleure observance, une meilleure santé physique et mentale et globalement une meilleure satisfaction des patients (15-16).

Malgré l'importance que revêt la communication, il existe une grande disparité de son enseignement, bien que celui-ci tend à se diffuser et devenir obligatoire et non plus juste optionnel. Quelques facultés proposent ainsi des mises en situation avec des patients experts ou des acteurs. Jusqu'à récemment, les compétences en communication d'un étudiant, n'étaient pas évaluées de manière discriminantes, voire pas évaluées du tout, pour passer l'examen de fin d'externat. Pendant l'internat de médecine générale, on observe également un regain d'intérêt pour cet enseignement avec une définition dans les années 2000 comme l'une des compétences nécessaires au médecin généraliste, mais encore très peu de faculté proposent des enseignements dédiés. L'enseignement essaye de redonner une place prépondérante à la communication en médecine, ce qui est selon de multiples études très apprécié des étudiants (17-19).

Au sein de la communication, nous avons décidé de nous intéresser particulièrement au langage médical technique. Plusieurs études mettent en avant les difficultés qu'il peut amener dans la compréhension entre médecin et patient. La problématique peut être abordée de deux manières différentes : sous le prisme de la littératie en santé (repérer, améliorer ou s'adapter aux patients ayant une faible littératie en santé) ou sous le prisme des médecins et de leur rapport à ce langage.

1.4 La démocratie sanitaire

Selon la HAS, « la démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Elle se traduit par la reconnaissance des droits des usagers du système de santé. Cette notion implique une participation active des usagers à l'élaboration de politiques de santé ainsi qu'à l'élaboration d'un système de santé de meilleure qualité.» (20).

Les racines de ce concept viennent des années 1970 avec l'arrivée d'une critique du pouvoir médical sous l'influence du mouvement international de bioéthique. Elle prend forme par exemple en France avec Foucault et son concept du biopouvoir qui montre l'asymétrie des pouvoirs en termes de santé. De manière concomitante, en 1974, par une circulaire, Simone Veil, à l'époque ministre de la Santé, édite la première charte du malade hospitalisé. Elle affirme le droit pour le malade au respect de sa dignité et de sa personnalité (20).

Deux crises sanitaires vont marquer un tournant dans l'affirmation du patient de ses droits. Dans les années 80, les ravages de l'épidémie de VIH aboutissent à l'écriture de la charte de Denver (21) en 1983 qui affirme les droits des patients et qui refuse de placer les « personnes atteintes de SIDA » comme des victimes ou même des patients, qu'ils ne sont qu'occasionnellement. Pour eux le terme « patient » « sous-entend la passivité, l'impuissance et la dépendance envers les autres », ce qu'ils rejettent en bloc. Tout un mouvement social revendique l'expertise du malade sur son propre corps et ce que lui fait vivre la maladie, sa compétence à comprendre les projets scientifiques et participer aux décisions de prise en charge (22-23). De multiples mouvements similaires vont parcourir la fin du XX^{ème} siècle, que ce soit les mouvements féministes nord-américain des années 70, les patients atteint d'une maladie chronique comme le diabète devenant autosuffisant et s'entraînant pour tout une partie des soins. Les personnes souffrant d'un handicap développent également une formule « Ne faites rien pour nous sans nous » (24). La deuxième crise sanitaire est l'affaire du sang contaminé qui touche plusieurs pays européens dont la France dans les années 80 à 90. Plusieurs personnes ayant nécessité des transfusions sont infectées par le virus du VIH ou du VHC suite à des contrôles insuffisants et des tentatives politiques d'étouffer l'affaire. Les conséquences sont l'affirmation à nouveau de droits pour les personnes malades et l'introduction des représentants d'usagers dans les instances de santé.

Ces deux crises entraînent un changement profond dans la société qui est reflété dans les nouvelles lois. La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, relative aux droits des

« En matière de santé, on ne peut plus décider sans demander leurs avis aux personnes concernées. »

Bernard Kouchner - 2001

malades et à la qualité du système de santé, n'utilise plus le terme de patient mais d'usager de santé et reconnaît au patient le droit d'accès à son dossier médical, établit le consentement libre et éclairé donnant au professionnel de santé une obligation d'information.

D'autres lois suivront, des partenariats avec des associations de patients, patients experts, concertation citoyenne... C'est le début d'un nouveau paradigme avec un patient qui réclame le droit de participer à l'élaboration de la recherche, des politiques de santé publique ainsi qu'à sa prise en charge.

2 : Problématique

Le début de réflexion de ce mémoire fut une réaction sur les incompréhensions multiples avec les patients remarquées au cours de mes stages, en discutant avec des collègues, voire même en cours. J'ai ensuite effectué un travail de bibliographie dans lequel j'ai été surprise de découvrir à quel point il était admis de tous que les patients ne comprenaient pas. Différentes techniques ont été élaborées pour tenter de faciliter cette compréhension, notamment la reformulation par le patient. La littérature en santé explore les compétences du patient mais peu d'études se posent la question de pourquoi les médecins communiquent comme ils le font.

La question posée avec ce mémoire n'est possible que par un changement de paradigme dans la relation médecin-patient. C'est parce qu'aujourd'hui le patient a des droits et notamment celui d'être informé que l'on peut s'interroger sur la forme de l'information que les praticiens vont donner. C'est parce qu'il y a eu tout un travail de revendication porté par la société dont les jeunes professionnels de santé sont issus qu'ils peuvent se poser ce type de question.

Les enseignements dans les différentes facultés parlent, dans l'ensemble, toutes de ce changement de positionnement nécessaire à l'occasion de cours d'épistémologie, de sciences sociales, qui sont plus ou moins développées en fonction des facultés et des années d'étude. Cependant il n'existe que très peu de facultés de médecine qui ont des enseignements dédiés à la communication et celui des différentes spécialités n'a pas beaucoup évolué. Les capacités de communication ne sont pas sanctionnées par des examens. Une grande réforme du second cycle des études de médecine (de la 4ème à la 6ème année de médecine) est en cours et pourrait changer la donne. La formation des internes participants à cette étude n'est plus forcément représentative de la formation actuelle.

Il existe donc une tension pour les professionnels entre deux obligations différentes par nature, répondant à des objectifs différents et qui sont celle d'utiliser une langue médicale technique apprise à la faculté et qui permet de se comprendre entre professionnels d'une part, et celle d'utiliser un langage compréhensible par les patients pour répondre à leur devoir d'information imposé par la loi.

Pour établir la problématique à partir de cet affrontement d'obligations, j'ai voulu étudier la langue médicale française en tant que telle et non la capacité de compréhension et d'acquisition du patient qui est déjà étudiée par la littérature en santé. Je voulais comprendre ce que ce langage signifiait pour

de jeunes médecins. Le choix de médecin généraliste plutôt que d'autre a été fait car ces praticiens ont pendant leurs études accès à des stages en ville, à l'hôpital et dans différentes spécialités. Cela permettait donc d'avoir une expérience riche et diversifiée. J'ai choisi des internes en dernière année d'internat pour qu'ils aient eu un maximum de stages et donc d'expériences. La double casquette du statut d'interne était également intéressante car ils sont à la fois observateurs et communicants direct. Le choix de l'adjectif « technique » pour qualifier cette langue n'est pas forcément retrouvé dans la littérature mais il permettait de s'affranchir de la partie contenant les mots communément utilisés comme « tour de rein », « chaude pisse » ...

Le choix du terme entre "langue" et "langage" pourrait être dénoncé car le langage correspond plus à la capacité de l'être humain de communiquer et la langue à l'outil. Il aurait donc pu être plus approprié de choisir le terme langue. Mais lors de l'élaboration du sujet, la littérature semble parler de langue de spécialité et de langage technique. Lors de mes discussions avec différents internes ou médecins, il est également apparu qu'un glissement sémantique s'était opéré et que le terme le plus compréhensible pour eux était celui de langage médical technique. J'ai donc choisi le dernier terme car il me semblait être celui qui serait le plus universellement compris par les participants. Pendant un moment, nous avons envisagé d'utiliser le terme "jargon" mais le trouvant trop connoté péjorativement, nous l'avons écarté.

L'adjectif « technique » revêt, selon le dictionnaire en ligne TLFi, plusieurs sens qui me semble intéressant pour notre analyse :

- « Qui concerne les applications de la science, de la connaissance scientifique ou théorique, dans les réalisations pratiques, les productions industrielles et économiques. —> Spécialement : Dans l'enseign., la rech.: Qui concerne la transmission du savoir, dans le cadre ainsi défini.
- Qui est relatif aux procédés utilisés pour la réalisation d'une activité particulière, au savoir-faire requis pour la maîtrise d'une tâche, d'une activité.
- Qui concerne le fonctionnement d'un appareil ou d'une installation, un processus ou un mécanisme.
- [P. oppos. à général, commun, courant] Qui relève d'une activité ou d'une discipline spécialisée, et suppose des connaissances spécifiques.
- Qui n'est employé, exprimé que par les spécialistes d'un domaine particulier.
- *Vers techniques*. Vers qui contiennent l'expression d'une règle, d'une définition ou d'un principe, l'apprentissage de ces derniers étant ainsi facilité sous cette forme.
- P. méton. Qui, du fait de son caractère spécialisé, est difficile à comprendre et réservé aux initiés. »

Nous retrouvons ici les notions de sciences, de savoir-faire, d'activité spécialisée, d'utilisation par un groupe unique et d'hermétisme aux autres.

C'est par ce chemin que la problématique de ce mémoire fut élaborée pour aboutir à la formulation de la question de recherche suivante :

Quel rapport les internes de médecine générale français entretiennent-ils aujourd'hui avec le langage médical technique ?

3 : Méthodologie

3.1 Constitution d'une bibliographie

Ce fut l'un des travaux les plus ardues et fastidieux. En effet, ce sujet étant à la croisée des chemins de nombreuses disciplines qui ne m'étaient pas familières, la recherche et la lecture furent des moments complexes mais très gratifiants lorsqu'ils portèrent leurs fruits. Guidée par ma directrice de thèse et toute l'équipe du laboratoire, j'ai pu me frayer un chemin et profiter de la lecture de très beaux textes. La bibliographie m'a donc permis de me donner un point de départ puis un point d'arrivée, un ancrage dans la littérature.

3.2 Choix d'une étude qualitative

J'ai fait le choix d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs avec une analyse thématique des différents entretiens menés pour arriver à un modèle explicatif cohérent.

La recherche qualitative permet de produire et d'analyser des données descriptives et s'inscrit dans une logique compréhensive. Elle s'intéresse au sens et à l'observation d'un phénomène social en milieu naturel et permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles des individus (25).

C'est un travail inductif, un long processus permettant d'acquérir la compréhension du phénomène de manière progressive, en réitérant les étapes de la recherche si nécessaire.

Les entretiens semi-directifs permettaient d'explorer les différents versants du sujet. Le guide d'entretiens a été modifié en cours d'étude pour permettre de développer de nouvelles hypothèses identifiées au cours des premiers entretiens.

3.3 Population

La population choisie étaient des internes de médecine générale en dernière année d'internat pour qu'ils aient un maximum d'expérience en ville ou à l'hôpital. J'ai interrogé les internes ayant répondu à un post mis sur la page Facebook des internes de France, puis par des maîtres de stage de ma faculté et enfin des relations de relations (le minimum accepté était 3 degrés).

Les critères d'exclusions sont: les internes mineurs, n'ayant pas fait au moins 4 semestres d'internat et n'exerçant pas en France.

L'échantillonnage a été fait sur des critères *a priori* de telle sorte qu'il y ait des hommes et des femmes, des internes de plusieurs villes différentes, un des internes a même exercé un droit au remord depuis la chirurgie, certains ont des parents dans le soin (IDE, médecin, kiné)

3.4 Entretiens

- Élaboration d'un guide d'entretien divisé en 5 grandes parties.

Dans un premier temps nous établissons une définition commune du LMT. Dans un second temps nous explorons l'apprentissage de ce LMT. Dans un troisième temps je les questionnais sur leurs expériences en tant qu'observateur puis en tant que communicant. Finalement je leur demandais la différence entre le LMT et le jargon. (Guide d'entretien détaillé en annexe). Ce guide d'entretien n'était qu'un support, il n'a so uvent pas été respecté dans la chronologie pour respecter la pensée du participant. Mais toutes les questions étaient évoquées sous une forme ou une autre. Les questions ont été élaborées pour essayer d'avoir des réponses longues et libres. Un entretien exploratoire a été réalisé. Le tutoiement a été naturel de la part de tous les participants, j'ai donc décidé de le respecter.

- Réalisation de 8 entretiens semi dirigés de 40 min à 1h10 dans un lieu choisi par les participants. 5 entretiens furent réalisés en présentiel dans un café ou au domicile du participant. 3 entretiens furent réalisés par un logiciel sécurisé (Jetsy). Tous furent enregistrés par deux appareils (ordinateur et smartphone) pour permettre la retranscription. Les entretiens ont été réalisés entre mars et avril 2022.

Un accord oral était demandé à chaque début d'entretien et réitéré à la fin pour l'exploitation des données.

3.5 Analyse des données et triangularisation

Tous les entretiens ont été retranscrit mot à mot, en essayant de marquer les silences, hésitations, rires..., sur le logiciel Page de Macbook. Les données ont ensuite été pseudonymisées.

L'analyse s'est faite selon l'analyse thématique qui identifie des étiquettes (ou nœuds) puis les organise sous forme de thème pour chaque entretien. La dernière étape consiste à créer un modèle explicatif général prenant en compte les points communs et différences retrouvés dans les différents entretiens. Tous les entretiens ont été analysés en parallèle avec d'autres chercheurs formés à la recherche en éthique. 4 chercheurs ont participé : une interne en médecine pour 2 entretiens, une PUPH pour 2 entretiens, une kinésithérapeute pour 3 entretiens, un CCA pour 1 entretien.

L'intégration de ces informations présente trois niveaux de codage, chacun englobant le précédent :

- Codage « ouvert » : synthèse de l'idée principale issue d'un extrait de texte choisi ;

- Codage « sélectif » : regroupement de plusieurs codages ouverts convergeant vers la même idée centrale ;
- Codage « théorique » : regroupement de l'intégralité des codages précédents. C'est la mise en relation hypothétique de catégories entre elles, le ciment de la théorie.

3.6 Aspects éthique et réglementaire

Trois aspects sont à préciser ici : le consentement éclairé des participants, la confidentialité et les autorisations réglementaires.

Les participants devaient avoir consenti librement à leur participation en toute connaissance de cause. Une lettre d'information (disponible en annexe) était en copie dans le message de recrutement, les informant des possibilités de rétractions à tout moment et des différentes étapes de la recherche et leur garantissant le pseudonymat et la confidentialité.

Les enregistrements audios ont été faits via des logiciels sécurisés et stockés dans un ordinateur protégé par un mot de passe et sauvegardés sur un disque dur dans un tiroir fermé à clef le temps de la retranscription puis furent effacés. Les données furent pseudonymisées.

En l'absence de traitement de données à caractère personnel, il ne fut pas nécessaire de procéder à des déclarations auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et de l'Institut National des Données de Santé (INDS).

Avant d'entamer les entretiens, notre recherche fut soumise à une demande d'avis au Comité des Recherches (CERAPHP Centre) qui a validé notre recherche.

Une demande par mail a été envoyée au délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Paris pour déclarer nos données au Registre des traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par l'Université de Paris.

4 : Résultats

4.1 Caractéristiques des participants

Chaque étudiant a été nommé « E » suivi d'un chiffre dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Les caractéristiques sont regroupées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	Âge	Sexe	Professions parentales	Ville d'externat	Ville d'internat
E1	24	F	M: design textile; P: prof de sport, au chômage	Paris	Paris
E2	27	F	M: aide-soignant; P: chauffeur-livreur	Paris	Toulouse
E3	28	F	M: institutrice; P: ouvrier en usine	Caen	Caen
E4	28	F	M: concierge; P: gendarme, garde républicaine, agent de sécurité, retraite	Paris	Paris
E5	27	F	M: médecin en Algérie, IDE en FR; P: professeur	Clermont Ferrand	Paris
E6	27	F	M et P: pharmaciens d'officine	Limoges	Limoges
E7	25	H	M et P : cadres commerciaux	Caen	Tours
E8	31	H	M: kiné; P: ingénieur	Paris	Paris

M : mère ; P : père ; F : femme ; H : homme

Huit internes de médecine ont été interviewés dans le cadre de cette étude. Six étaient des femmes, et trois des hommes. Ils étaient âgés entre 24 et 31 ans, avec une moyenne d'âge de 27,1 ans.

Les entretiens se sont déroulés entre Mars et Avril 2022. Ils étaient menés dans le lieu qui convenait le plus au participant : dans une salle de la faculté, au domicile du participant ou au domicile de la chercheuse.

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

	Mode de rencontre	Durée
E1	Présentiel	1h10
E2	Distanciel	1h01
E3	Présentiel	1h01
E4	Présentiel	46 min
E5	Présentiel	54 min
E6	Distanciel	50 min
E7	Distanciel	1h03
E8	Présentiel	1h10

À travers les 8 entretiens d'interne en médecine générale en fin de cursus, se dessine un univers médical avec sa langue, reflet du savoir, ses us et coutumes, sa hiérarchie et ses règles implicites.

Le langage médical technique reflète bien cette organisation, c'est pourquoi nous avons décidé de l'analyser sous son prisme.

4.2 Le langage médical technique, une langue de spécialiste nécessaire à la pratique de la médecine

Ce qui traverse les entretiens est l'évidence absolue de la nécessité de ce langage, le remettre en cause est risible pour tous. Il est un pilier indispensable, aux yeux des participants, à la pratique de la médecine.

4.2.1 Un langage de communication pour les professionnels

Les participants décrivent le langage médical technique comme nécessaire. Sa création répond à un besoin, commun à plusieurs spécialistes, certains prennent l'exemple du plombier, d'autres de l'avocat, du physicien. La création de nouveaux concepts ou d'objets, propres au domaine médical, n'étant pas conçus dans le langage commun, impose la création de néologisme, de nouveaux mots techniques.

« tu vas apprendre plein de nouveaux mots parce que le premier jour on nous apprend le matériel, parce que j'ai commencé par le stage infirmier, donc on nous apprend le matériel et tout »E6

Il apparaît pour tous que le LMT est nécessaire pour comprendre la médecine et la penser. Il semble établi et entendu de tous que c'est la seule bonne façon de s'exprimer dans le domaine médical. C'est tellement la bonne façon de s'exprimer que pour une des participantes, cela représente une protection médico-légale s'il est bien employé. C'est la démonstration dans le dossier médical d'un sérieux et d'un respect des bonnes pratiques, comme d'une attestation de la validité du raisonnement.

« C'est aussi sur le plan médico-légal aussi que je me couvre en fait en essayant d'être précise et concise dans les observ'. » E6

Sa fonction principale est de rendre possible la communication inter professionnelle, les transmissions. Ce langage présente un certain nombre de qualités inhérentes à sa fonction de transmission de savoir entre professionnels de santé : il est « précis », « efficace », « pertinent », « rapide », « pointu », « spécifique », « concis »... Il permet une transmission des informations de manière claire, sans ambiguïté et surtout rapide. Pour de nombreux participants la composante temporelle est importante. La précision du vocabulaire permet d'éviter de commettre des erreurs, il est donc impératif de le connaître.

« (Fonction) numéro 1 pour se comprendre quand on communique entre professionnels de santé » E5

« Mais il y a des mots qui sont précis pour dire telle ou telle chose et entre professionnels il faut communiquer avec ce langage parce que ça nous permet de.. de savoir de quoi on parle et avec précision. C'est vraiment une question de précision dans la délivrance du message. » E7

Aux yeux des participants, le LMT se veut objectif et précis de par sa visée scientifique et son rôle de transmission. Même dans la construction des mots, il semble qu'il y ait une logique permettant de comprendre le sens du mot si on connaît les origines latines et grecques.

« moi j'ai toujours eu l'impression que c'était vraiment parce que j'ai ce, j'ai fait un peu de grec ancien au lycée, j'ai ce plaisir à aller trouver comment ils sont compris, ce côté un peu petit puzzle « ah ouais c'est logique, oh c'est rigolo quelqu'un a inventé un mot pour ça quoi » Vraiment y a un mot pour tout quoi. » E8
«C'est pas un mot qui vient de nulle part, c'est vraiment quelque chose qui a une étymologie derrière, qui veut dire quelque chose et euh j'ai toujours aimé ça en fait en littérature et tout. Et euh... c'est vrai d'apprendre beaucoup de termes d'origine grecque c'est assez sympa.» E4

Seul un langage objectif, détenant le seul « vrai sens » de mots souvent polysémiques (« fièvre », « migraine » ...), peut prétendre être fiable et garantir la compréhension pour tout professionnel de santé. On peut noter par ailleurs que dès qu'il s'agit des « affects » et non plus de signes corporels, la majorité des participants cite le patient entre guillemets et n'utilise pas de LMT. La question qui se pose alors est de savoir si le LMT est incapable de décrire le côté psychologique d'une consultation ou si ce sont les praticiens qui ne le maîtrisent pas suffisamment.

« j'ai mon langage technique pour un petit peu le déroulé, la chronologie, vraiment l'histoire de la maladie et il m'arrive de mettre le patient dit des guillemets des fois parce que c'est des phrases que j'ai pas trop, que j'ai un peu de mal à reformuler ou qui me semblent importantes et notamment quand je suis en rempla. Je veux que le mec que je remplace quand il reprend son cab et qu'il regarde l'observ' il comprenne où en était le patient à ce moment-là et dans quel état il était précisément » E6

Cette revendication d'objectivité, d'exclusivité du sens du mot paraît être nécessaire pour les participants. Ils ont besoin que ça soit une de leurs qualités. Une des raisons qui rejaillit des entretiens est que ce langage est un début de raisonnement. En effet, l'apprentissage de la médecine passe par des mots clés et des arbres diagnostiques. Choisir un mot plutôt qu'un autre induit déjà un début de raisonnement. La personne choisit une direction dans les arbres diagnostiques plutôt qu'une autre. Dire le mot juste permet de rentrer dans la bonne case et de faire le bon diagnostic. La totalité des participants écrivent en LMT lors des consultations pour retranscrire les propos des patients, sauf pour ce qui est de l'ordre psychologique. Non seulement ils écrivent en LMT mais c'est la norme. Une des

participantes mentionne une médecin citant beaucoup les patients. Elle exprime sa surprise sur cette manière de procéder qui transgresse la norme. Il lui semblait normal de la questionner, elle, sur cette manière d'agir que les autres. D'ailleurs cette médecin avait bien conscience de ne pas être dans la norme et expliquait d'elle-même sa démarche.

« Je vais dire « le patient vient pour signes fonctionnels urinaires sans fièvre » tu vois? et comme ça mon prat se dit « une cystite, bon ok, conclusion tu as mis ça. » » E2

« Parce que si... si tu arrives pas à mettre le bon mot précis sur ce que le patient veut te dire... bah c'est que j'ai pas compris ce que veut dire le patient. Et c'est... c'est un premier, un premier passage et une fois qu'on a fait ce travail là « bah ok j'ai ça, ça, ça, ça » et j'en déduis des choses après. » E7

Au cours des entretiens, on découvre que ce langage a plusieurs niveaux de compréhension qui se construisent au fur et à mesure des études, voire de la pratique. Tous ont remarqué qu'on ne leur demande pas de mettre la même chose derrière un mot en fonction de leur niveau d'étude. Une couche peut être l'explication étymologique pour certains mots, une autre la signification descriptive physiopathologique du terme, qu'on pourrait trouver dans un dictionnaire : « cholécystite est une inflammation de la vésicule biliaire ». Selon les participants, en avançant dans les études, les étudiants apprennent à y mettre d'autres signifiants comme les symptômes, la gravité, la prise en charge... La moitié des participants rapporte d'ailleurs que les professeurs ou seniors n'expliquent que rarement uniquement le sens lésionnel du mot, ce n'est pas ce qui est considéré comme le plus important. Ils expliquent plutôt toute la prise en charge, les pièges diagnostiques... Il existe une forte corrélation aux yeux de tous les participants entre le niveau de savoir médical et la bonne utilisation du LMT.

« quand il y a quelque chose qu'on ne comprenait pas, on demandait et souvent ils nous expliquaient plutôt la pathologie avec des termes médicaux mais pas les... on ne nous expliquait pas les termes. » E5

« « qu'est ce que c'est une cholécystite ? ». C'est pas qu'est-ce que ça veut dire, et en fait il t'explique l'infection, le traitement, qu'est-ce qu'il faut faire, attention. » E5

Le LMT représente un prérequis à la pratique de la médecine pour les internes interrogés. Il arrive très tôt pendant les études de médecine, dès les premières années, voire dans des cours d'été préparatoire pour une des participantes. C'est un passage obligatoire et accepté de tous.

« Mais en P2, en P2, bah je me dirais, je dirais que c'était un peu du chinois mais je me disais que ça va finir par rentrer quoi. » E1

« c'était quand on apprenait les... les leçons, les premiers cours d'anatomie, de sémiologie, on... tous ces mots que je pouvais confondre quand j'étais au lycée, des... plein de choses que j'avais jamais compris. Voilà les profs, mettez des mots dessus» E2

Les internes décrivent un apprentissage actif et sur plusieurs supports: livres, cours, internet et stages. Il semble que dans les premières années ce soit un travail assez solitaire sur les livres. Il n'existe pas de cours dédiés spécifiquement à cette langue chez les internes participants. Ils décrivent un apprentissage transversal dans toutes les matières. Deux des participantes évoquent les cours de sémiologie comme des cours dédiés à l'apprentissage de ces mots car c'est l'apprentissage des signes cliniques.

L'arrivée en stage marque un tournant pour tous les participants. Ils appliquent enfin ce nouveau langage qui devient réel et concret. On observe un continuum entre les étudiants qui osent poser des questions pour expliquer des termes et ceux qui n'osent pas du tout. Nous étudierons ce dernier phénomène plus en détail dans la deuxième partie.

« je pense que c'est surtout en stage que tu vas rencontrer les situations et après tu fais le lien avec tes cours. Tu dis « Ah, c'est vrai que je l'ai vu ... » mais on va dire tu es confronté pleinement surtout à l'hôpital quoi » E1
Au sujet des premières utilisations du LMT « Que on était qu'au début et euh en même temps ça fait, ça faisait plaisir. Tu avais l'impression d'être, d'être enfin dedans quoi et plus juste dans les bouquins, dans les concours, dans du concret en fait. Donc euh... Mais oui, oui au début c'est compliqué, après, après bah ça vient vite quoi.
Et Puis c'est, c'est tellement ancré maintenant. C'est un peu difficile de faire machine arrière mais je pense qu'on va y venir après (rires). » E3

Malgré un apprentissage en grande partie seul, tous marquent l'importance du compagnonnage lors de l'arrivée en stage. Certains pairs vont se démarquer et prendre le rôle de tuteur. Le tuteur peut les aider à traduire dans le début des stages, partager son expérience et les aider à avancer dans ce long apprentissage.

« il y avait un patient qui avait une cholécystite, et du coup j'avais demandé au médecin « ça veut dire quoi cholécystite ? » (rires), et du coup il avait rigolé en me disant « dans 5 ans tu rigoleras de m'avoir posé cette question » parce que lui ça lui semblait mignon quoi. Et donc il m'a expliqué et tout... » E5

Les participants insistent tous sur le fait que c'est un apprentissage en longueur qui n'est toujours pas fini pour eux aujourd'hui

«Interne c'est surtout quand tu arrives dans un nouveau service et que tu découvres... Je vois par exemple en pédiatrie, tu arrives et tu as des termes que tu connais pas nécessairement, ou bien que tu as oublié et du coup tu te retrouves les premières semaines à « et là ça veut dire quoi? » » E1

«Tu vois j'ai l'impression que ça devient de plus en plus euh fluide. Mais c'est vrai que je n'ai pas atteint le langage ultime de super docteur qui comprend tout à tout (rires). Je pense qu'il y a encore plein d'étapes. » E2

L'apprentissage de la LMT correspond aussi aux règles de la rédaction de courrier, des observations, de la façon de s'exprimer en fonction de l'interlocuteur. La majorité des participants parlent de formatage lors des études en médecine, comme pour décrire une façon de faire très normée qui ne souffre d'aucune transgression.

« On nous avait donné une grande fiche avec comment faire une bonne observation, avec tous les termes ; et y avait même des exemples en fait, comment décrire une douleur, comment décrire ça. Et donc, j'étais aux urgences à l'époque, et je me souviens que notre chef nous avait dit « Alors, pour faire une bonne observation, il faut noter, ça, ça, ça ; vous utilisez les bons termes » » E5

La majorité des participants notent cependant que malgré un cadre qui semble très rigoureux, il existe des différences en fonction du service d'origine, de l'exercice en ville ou hospitalier et des individus.

« En tout cas déjà sur le peu d'expérience que j'ai eu durant l'internat, d'un service à l'autre ce n'était pas pareil, entre la ville et l'hôpital ce n'était pas pareil. Euh ... Quand j'étais passée à Saint Louis à côté, euh .. je voyais vraiment la différence entre comment parlaient .. Euh, je ne sais pas, les grands pontes, d'hémato, qui venaient expliquer des trucs super compliqués et ils utilisaient que des termes très complexes, très pointus, etc. Versus euh, j'en sais rien, pendant ma garde aux urgences où on était en mode « bon il a mal au ventre euh, il a pas fait pipi » ; alors qu'on aurait du dire « il est en rétention », enfin ... Euh ... J'ai pas d'explication, enfin j'en ai peut être mais j'ai pas mis de mot sur cette différence mais je la vois clairement. » E5

4.2.2 Un langage témoin d'un groupe social

Le LMT semble devenir pour les participants comme une première langue dans le cadre du soin voire même dans la vie privée lors de l'évocation de situation de soins. Son usage devient inconscient. Et entendre des fautes (de prononciations, de sens...) provoquent l'hilarité, ça ne sonne pas juste, comme un étranger parlant le français et se trompant.

«Bah oui une anémie maintenant tu sais ce que c'est, c'est évident, c'est sous cortical» E7

« Genre je galérais encore avec le mot « exacerbation » (rires) et du coup j'avais... j'étais en train de parler d'un patient BPCO ou je ne sais plus quoi à un chef et je lui dis « il a fait une exaucer... une, une ... une exaspération » ou je ne sais plus ce que j'avais sorti, genre quelqu'un d'exacer...exaspéré. Je l'avais tourné comme ça et ça l'avait fait marrer (rires) et du coup je m'étais dit « ah bon je ne suis pas encore au taquet sur les termes médicaux » (rires) » E1

« je m'étais dit « oh là là mais vraiment faut être nul pour dire orCHI épididymite quoi » alors que typiquement ce genre de truc, tout le monde a exactement compris ce qu'elle voulait dire, c'est pas grave » E8

Ainsi en situation de stress, la première langue parlée par les participants est le LMT. Tous parlent d'un « effort » pour traduire comme s'ils devaient passer dans une langue étrangère.

«quand tu es en garde, la nuit, tu es très fatiguée et ben généralement c'est plus difficile pour parler avec le patient et plus difficile pour du coup, de traduire en fait en langage vulgarisé et donc des fois tu as les termes qui arrivent instantanément médicaux» E4

«Bah parce qu'on parle tout le temps comme ça donc euh en fait voilà c'est inné et, et comme je te disais tout à l'heure, en fait ça demande vraiment un effort d'adapter son discours» E3

Dans la vie privée, la première langue parlée s'ils évoquent des patients ou des histoires du travail est le LMT. Ce groupe social est omniprésent chez la plupart des participants (amis majoritairement médecins, anecdotes principalement sur le travail) voire même encombrant vu qu'une des participantes préfère avoir des colocataires non-médecins pour éviter de parler de médecine en permanence.

«après je me suis rendue compte qu'on parlait beaucoup de médecine, bon ça se voyait quand même déjà mais quand on avait des amis à nous qui venaient et... donc la conversation vire toujours côté médical même si la personne qu'on a invité n'est pas en médecine, bah nous on peut pas s'empêcher, vu qu'on est un peu majoritaire, de parler médical.» E2

«Mais bon des fois quand il y a des situations vraiment anecdotiques, j'en parle à mon copain et euh je me rends compte que spontanément je vais utiliser les mots, nos mots scientifiques genre typiquement, je sais pas
« céphalées » (rires). » E3

Pour les participants, il semble que ce qui les préoccupe lors de leur arrivée dans ce groupe social est de s'intégrer. Ils veulent faire partie du groupe, être reconnus comme l'un des membres dans cet univers. C'est seulement une fois ce travail engagé qu'ils commencent à avoir une réflexion sur la communication avec les patients.

« à l'époque on était déjà très stressé de bien faire, de bien euh ... euh .. se présenter euh, auprès du patient, demander si on pouvait examiner, donc je ne pensais pas forcément à .. au langage utilisé, je pensais plutôt à
comment être polie » E5

Le LMT, comme langage spécifique d'un domaine de compétence, sépare les soignants du reste de la population. Il existe les sachants d'un côté et le reste. Deux des participants les comparent aux «Moldus» de *Harry Potter*.

«le langage médical technique? Bah, c'est des termes qu'on va employer pour décrire ce qu'on fait, décrire une pathologie, un acte technique et... avec des termes adaptés à notre pratique mais pas forcément adaptés à la
compréhension de tous quand on est un, un moldu. » E3

« C'est le langage médical que dès que ... que les patients ne vont pas nécessairement comprendre. » E1

Cette barrière que les participants décrivent n'est pas vécue de manière désagréable. Elle permet d'affirmer un statut, une crédibilité vis à vis du patient et son appartenance vis à vis du reste du corps médical. Une des participantes s'en sert de manière consciente pour affirmer son statut de médecin quand on la prend pour une infirmière. C'est une manière de prendre confiance en soi, si le patient reconnaît l'étudiant en tant que médecin, alors celui-ci se sent davantage la légitimité de se présenter en tant que tel.

« Mais entre confrères, avec un spécialiste, parce que du coup moi je suis interne en médecine générale euh... avec un confrère si tu, si tu utilises des termes techniques de sa spécialité et bah je pense que du coup tu es un petit peu plus pris au sérieux dans le sens où « wow, d'accord ok, peut-être qu'il maîtrise aussi pas mal euh... ce qu'il fait, sa sémiologie, il la connaît bien et donc du coup sa lettre est un peu plus sérieuse que juste merci de voir monsieur pour bouton ». Ça, ça confirme un, une certaine expérience, un certain statut mais vis-à-vis de
tes confrères » E4

« Et je trouve que ça donne quand même, un truc qui est compréhensible, mais où on se met quand même dans une position de euh, respectez-moi ou je parle de manière un peu soutenu » E5

Un certain nombre de participants trouve l'apprentissage et l'utilisation du LMT « rassurant » et agréable (« c'est cool », « ludique », « sympa » ...). En effet, apprendre la langue du groupe est en fait un moyen de s'intégrer et d'afficher son appartenance au groupe social des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins. Il donne accès à la compréhension et à la communication dans ce monde sinon hermétique au reste de la population. Il offre aussi un statut bien considéré dans la société et souvent espéré depuis longtemps.

« t'étais mieux compris, tu comprenais mieux quand on te parle, tu t'intègres en fait. T'as l'impression qu'au fur et à mesure, bah la deuxième année il a moins de vocabulaire que t'intègres; mais en fait t'as l'impression que c'est comme ça que tu t'intègres dans le milieu, c'est en apprenant à parler la langue quoi. » E6

« Bin moi j'aimais bien. Moi j'ai toujours voulu faire médecine donc moi j'étais très contente d'apprendre des termes médicaux et d'avoir le... ce... cette spécificité en disant voilà si moi j'utilise ce mot c'est que je sais ce que ça veut dire et je trouvais ça assez stylé quand même. » E2

«Je sais pas genre halitose pour dire que tu as mauvaise haleine, (rires), des trucs comme ça quoi, quand euh, à chaque fois que je découvrais qu'il y avait un mot, jargoneux/technique pour parler de quelque chose dont tout le monde parle de manière général, j'étais là ouais trop bien (rires), maintenant je sais le dire en médecin, (rires). » E8

Les participants restent par ailleurs médecins dans leur vie privée. En famille, ils sont souvent identifiés et sollicités dans ce rôle. Une autre chose notable à travers les entretiens est la manière dont ils trahissent, volontairement ou non, le fait qu'ils soient médecins. Même dans un rôle de patient, ils finiront par se faire identifier comme faisant partie «de la famille », comme dit l'une des participantes. La langue est si profondément devenue une seconde nature, que pour parler d'un sujet médical, ils ont du mal à ne pas utiliser des mots techniques et précis.

«Pareil mon papa qui, est bien français mais qui n'a jamais fait d'étude, qui ne sait pas ce que c'est qu'un « carré » tu vois ce que je veux dire, deux au carré il ne sait pas ce que c'est. Bah c'est pareil, c'est-à-dire que... quand je prends en charge en fait ses pathologies » E4

« ai dit oui euh .. je suis allergique à l'amox. Et elle m'a dit, « ah vous êtes du domaine médical ? » Parce que j'ai dit l'amox. Donc même sans faire exprès, parce que moi je lui ai pas dit, je dis pas en venant chez le médecin « oui bonjour je suis médecin ». » E5

Un certain nombre de participants sont pris entre le plaisir de l'appartenance à ce groupe social, plaisir d'être différent, d'avoir un « code secret » incompris par les « moldus » et la conscience que ça crée une barrière hermétique avec les patients ou les amis qui ne sont pas dans le domaine médical. L'utilisation du LMT est plus importante, selon un des participants, à l'hôpital car la majorité des interactions se font entre médecins tandis qu'en ville, la majorité des interactions se font avec les patients.

« visite où tu as le PUPH qui déroule tout son jargon au patient et tu te dis mais vraiment à quoi ça sert de faire ça. Le pauvre type il a rien compris » E8

« rendre le langage complexe pour que ça soit un truc entre nous » E5

« Je pense que ça dépend des personnes et que les personnes qui restent à l'hôpital toute leur vie, ont plus de chance de finir en termes médicaux pures que les personnes qui sont en libéral, qui sont en ville. Enfin plutôt que... Ouais je pense que c'est ça. Ça dépend à la fois des personnes, en fait ça dépend des deux. Des personnes et de l'endroit où ils sont, de l'endroit où ils exercent. Parce que quand, quand on est en libéral, on est en contact, au contact du patient 3/4 du temps dans les consultations, quand à l'hôpital t'es 3/4 du temps au contact avec tes collègues. » E7

La reconnaissance d'un membre de ce groupe semble offrir une certaine solidarité que ce soit en soirée, ou quand le patient est membre du corps médical.

A propos d'IDE consultant « C'est assez sympa. Et c'est des gens qui sont moins chi, qui sont pas chiantes en plus parce qu'ils... enfin il y a une espèce de solidarité qui fait que du coup » E6

« Et du coup ouais, bah là, là, bah là on sait qu'on peut pas expédier les confrères non plus. On sait qu'ils vont peut-être nous donner des informations de façon plus précise. On va pouvoir leur demander plus de choses à l'interrogatoire donc souvent c'est... Je sais pas, je dirais que ça change pas ma prise en charge médicale mais par contre ça va vraiment changer ma manière de communiquer. » E6

4.3 Le langage médical technique comme reflet d'une hiérarchisation de la médecine

Dans cette partie, nous parlerons de deux types de hiérarchie, la hiérarchie hospitalière ou enseignante et celle dans le rapport avec les patients. Les entretiens parlent tous à un moment où à un autre de domination sans forcément que ça soit nommé comme tel. Parfois même les participants décrivaient clairement ce phénomène en parlant de la relation médecin-patient sans jamais utiliser le terme. J'ai pu une fois creuser ce sujet avec un des participants, une fois le micro coupé sur l'évitement du terme. Il a ri, en me disant que c'était vrai mais que comme il ne voulait pas être dans ce rapport, il n'avait pas osé le dire.

4.3.1 Un langage médical fortement marqué par la hiérarchie

La médecine est très hiérarchisée, notamment à l'hôpital au sein duquel se fait majoritairement la formation des médecins. Or les participants à cette étude sont en fin d'internat et donc encore très emprunts de l'organisation hospitalière.

La hiérarchie hospitalière, qui se dessine au cours des entretiens, est très claire : le professeur (PU-PH), souvent chef de service qui supervise des PH (praticien hospitalier), qui chapeautent eux même les internes, encore au statut d'étudiant et en dernier lieux les externes. Une différence semble émerger dans les hôpitaux non universitaires mais la question n'a été que très peu abordée. Pour la majorité des participants, qu'ils viennent de Paris où les stages se font beaucoup en CHU ou d'autres villes, le PU-PH paraît être une figure d'autorité, effrayante, pointilleuse et détentrice du savoir. Comme toute société très hiérarchisée, de nombreuses règles implicites la traversent. Ainsi il paraît évident pour tous les participants qu'il faut marquer plus de déférence vis à vis d'un PU-PH, qu'il faut adapter son discours par rapport à son interlocuteur, ils peuvent se permettre une certaine familiarité ou de ne pas connaître un terme avec des internes mais vérifieront leur dossier avant d'en parler avec un sénior. Par exemple tous les participants vont prendre plus de temps pour préparer un dossier avant de le présenter à un PU-PH et ne pas « passer pour une idiote »

«Quand je suis au téléphone avec quelqu'un que je connais pas euh... d'autant plus si c'est un supérieur hiérarchique entre guillemets (rires) enfin voilà, même un avis pour un spécialiste, un PU-PH ou quoi ... là clairement je vais faire vraiment attention. Ça va même m'arriver de me faire un petit résumé de ce que je veux dire avant, de pas oublier tel truc et... je vais faire vraiment attention.» E8

«Alors avec tes seniors ce sera le langage purement médical et on essaie de faire encore plus attention. Euh entre nous si, je sais pas moi, se, se pose une question sur une prise en charge mais qu'on n'a pas forcément

besoin de demander un avis séniorisé ou quoi, c'est histoire de... voilà, de s'entraider, bah ça va dépendre
quoi... Enfin on peut vulgariser un peu plus. » E3

Les entretiens montrent qu'une des façons pour les séniors d'évaluer les étudiants est par le langage. Il semble en effet que soit attendu un certain niveau à chaque étape de l'apprentissage. Aux yeux des participants, le LMT fait fonction de reflet du niveau de savoir. Une des participantes est très gênée à l'idée de ne pas savoir face à ses pairs, elle a des rires nerveux et bredouille beaucoup lorsqu'on évoque la question. D'autres racontent des situations où les séniors se sont moqués ou ont rabaissé l'étudiant qui ne connaissait pas un terme.

«Et elle était allée faire une présentation en staff où elle parlait d'orchiépididymite je crois et elle avait dit « orCHIlépididymite » genre et c'était horrible parce que tous les chirurgiens du, du staff avaient stoppé le truc et
c'était foutu de sa gueule en direct. (rires)» E8

«une patiente qui avait de la fièvre où forcément jargon sage-femme et entre nous c'est « la patiente elle chauffe » (rires) et un peu stressée en appelant ma chef, je lui dis « la patiente a chauffé. »... Bon je me suis fait défoncer parce qu'on ne dit pas « une, la patiente chauffe. », on dit « la patiente a de la fièvre ». Voilà! Mais en même temps, elle a raison de me reprendre parce que c'est vrai que c'est pas du tout... bah c'est pas, c'est pas
médical quoi, c'est... » E3

« il y a quand même beaucoup de, de chef quand, quand on est externe qui nous disent « non mais il faut pas
me le présenter en mode concierge (rires) il faut me le présenter avec un langage médical » E1

L'analyse montre qu'il existerait comme un vocabulaire de base commun à l'ensemble des médecins et attendu de tous. Ce vocabulaire de base évolue au cours des études, les attentes ne sont pas les mêmes par exemple entre un interne et un externe en termes de savoir.

« quand tu es externe aussi c'est un autre niveau encore. Tu es là, tu connais pas encore tous les termes médicaux donc ... donc, enfin pour moi c'est déjà technique, (amusée) pour moi dès qu'il y a technique c'est
complexité (rires) » E1

«Euh, au départ, au tout début, je demandais tout le temps. Euh... je regardais aussi tout seul de temps en temps pour euh... quand je pensais que c'était un terme qui était très connu et que j'étais censé le connaître.

Aujourd'hui, je suis plus à regarder dans mon coin quand il y a un terme que je connais pas» E7

«Il y avait beaucoup, il y avait beaucoup de termes où on était, on était très, on était souvent repris en fait à l'hôpital pour qu'ils nous intègrent un petit peu les termes médicaux. Donc on te disait « il a mal à la tête. » «

Bah non je suis désolé tu es en troisième année de médecine tu peux pas dire il a mal à la tête » donc euh
(rires). Tu vois, il y a pleins de chose comme ça» E4

Les participants décrivent un phénomène qui en découle : les étudiants se sentent de moins en moins légitimes de poser une question en fonction du niveau de savoir qu'ils pensent être exigé à leur niveau d'étude. Tous les participants présupposent un jugement négatif de la part de leurs seniors s'ils venaient à ne pas savoir un terme de ce vocabulaire de base. Une interne parle même d'un vocabulaire primaire à connaître et à acquérir par soi-même avant le premier stage.

« En début de, de, de stage ça passe, mais après quand tu te rapproches de la fin tu risques de te prendre une remarque du genre « Mais tu ne connais pas ça. Ça fait 5 mois que tu es dans le service et tu ne sais toujours pas ça. » (rires gênés). » E1

« C'est un problème d'ailleurs des stages, (rires), j'ai toujours trouvé qu'assez vite à l'hôpital on nous faisait comprendre que, genre si t'avais pas déjà les connaissances euh, en tout cas sur des trucs comme ça euh, t'as toujours un peu peur de passer pour un débile en posant la question. » E8

La majorité des participants se sentent légitime de poser des questions sur le LMT spécifique de chaque spécialité lors d'un changement de stage ou une demande d'avis même si en fonction de l'interlocuteur ils se préparent plus ou moins.

« Interne c'est surtout quand tu arrives dans un nouveau service et que tu découvres... Je vois par exemple en pédiatrie, tu arrives et tu as des termes que tu connais pas nécessairement ou bien que tu as oublié et du coup tu te retrouves les premières semaines à « et là ça veut dire quoi? » E1

Pour la plupart, avec un interne ils ne sont pas dérangés de ne pas connaître un terme, de demander des précisions. Par contre ils ne demanderont pas la signification d'un terme à un sénior mais chercheront par eux-même.

« Encore une fois ça dépend qui tu as en face de toi, entre internes peut-être? Ouais, généralement, enfin en tout cas, moi de l'expérience que j'ai par exemple au CHU ou même en périph, j'avais pas trop de soucis, enfin à faire un peu, pas l'abruti mais dire « écoute là, je ne maîtrise pas trop ce que tu me dis donc est-ce que tu peux me réexpliquer » et puis... quitte à passer pour, pour une cruche. Bah écoute je préfère passer pour une cruche et être sûre d'avoir bien compris et de pas faire de bêtises après quoi. » E3

Cette notion de hiérarchie reste même lorsque l'interne devient patient. Tous les participants ont peur de ne pas être « crédible », « pris au sérieux » s'ils n'utilisent pas de LMT face au spécialiste qu'ils consultent. Il semblerait qu'ils n'arrivent pas à se détacher de cette étiquette d'étudiant en médecine

et de passer complètement dans un statut de patient. Ce sont bien évidemment les représentations des participants et ce qu'ils supposent de ce que les spécialistes consultés attendent d'eux.

« quand j'allais chez le rhumato, j'avais... il y avait un peu ce truc de me dire est-ce que, est-ce que moi je dois lui employer des mots? Est-ce que je dois faire comme un externe ou est-ce que je vais comme un patient? »E8
«c'est marrant parce que la semaine dernière je suis allé chez le médecin et je savais pas comment lui parler. Je savais pas si je devais dire euh.... « J'avais des céphalées et une hyperthermie » ou si il fallait que je dise « bah j'ai mal à la tête. Puis je pense que j'avais de la fièvre », enfin, tu vois? C'est bizarre hein? (rires)» E3

Tous, à l'exception d'une des participantes, en situation où ils reçoivent un patient, qui est aussi médecin, ont peur du jugement de leur pair. Il semblerait ainsi que quelque soit leur position (médecin ou patient) ils ont peur d'être jugés dès qu'ils interagissent avec leurs pairs. La seule participante disant être à l'aise l'est quand elle est médecin, alors qu'elle a peur « d'avoir l'air con» si elle n'utilise pas du LMT en tant que patiente.

«bin en fait c'est assez fréquent que quand tu as des patients qui sont médecins ou qui ont fait des études médicales, tu fais très attention à ce que tu dis effectivement. C'est à dire que tu utilises des termes médicaux avec la personne euh... sauf certains euh... trucs très, très compliqués hein, tu vas, tu vulgarises mais généralement tu fais très attention parce que tu te dis « mmmm il va chercher la, la petite erreur, il va chercher le, le, l'erreur médicale » et donc du coup tu fais très, très attention effectivement.» E4

Les différents participants reconnaissent chez leurs interlocuteurs des aptitudes et des connaissances différentes, dues aux études et l'utilisation du LMT. Ils essayent de s'adapter aux différents intervenants. Entre soignants, les participants décrivent les mêmes sentiments de légitimité ou non à poser des questions en fonction de l'interlocuteur.

« Un langage plutôt médical... avec les infirmières et... euh... et puis quand elles ne savent pas, elles savent très bien, savent très bien me dire « attends, c'est quoi ça? Tu peux m'expliquer ça? »... euh... les AS, les AS euh... j'utilise moins le langage médical, beaucoup moins même. Beaucoup moins. Je leur explique, je... limite je pense que je parle plus, enfin si on fait l'échelle médicale-commun, bah entre médecins ça va être là (montre la droite), infirmier ça va être juste à côté parce qu'il faut que je refasse deux, trois traductions. Le patients faut faire toutes les traductions (montre complètement à gauche) et l'AS, elle se situe plus proche du patient que du... que de l'infirmier ou du médecin. Après avec les... avec les orthophonistes, avec, avec les, les paramed qui ont un domaine de spécialité propre, sur leur domaine de spécialité, on parle en langage médical, si il y a d'autres choses sur le patient qui sont, qui sont pas dans leur champ de compétence mais qui sont utiles pour la compréhension des choses... là je pense que je... j'essaie plus de vulgariser. » E7

En parlant des IDE : «Je pense elle a pas osé (poser une question) parce que c'était la visite » E5

4.3.2 Différents niveaux d'asymétrie dans la relation médecin-patient en fonction du type de patient

Une grande partie des entretiens revient régulièrement autour du sujet de la relation patient/médecin, c'est un sujet central pour tous. Beaucoup ont conscience qu'elle est asymétrique mais il n'y en a que quelques-uns qui osent le dire. Il semblerait que face à moi, beaucoup n'assument pas d'avoir une relation déséquilibrée avec les patients. Une des participantes évoque le fait que c'est une relation asymétrique en soi, quels que soient les efforts développés. Parce que la situation est asymétrique, il faut que ce soit le médecin qui s'adapte.

« Il y a, il y a des connaissances qui sont plus importantes chez l'un que chez l'autre et du coup pour que tout le monde comprenne, il faut se mettre au même niveau. Et la personne qui n'a pas les connaissances, elle peut pas se mettre au niveau dans tous les cas. » E7

« La personne est en demande, et c'est ce qu'on essaie de réduire en faisant euh, décision partagée, etcetera, mais ça reste quand même une relation asymétrique avec le patient qui est en demande, et nous qui avons quand même le, le pouvoir de lui proposer des choses. Donc je ne pense pas que ce soit un rapport égalitaire en fait. » E5

Réponse à la question de la manière dont elle parle quand elle est patiente « Mais, euh ... j'utilise pas d'office les termes comme ci, on parlait d'égal à égal, euh, en tant que soignant. Euh ... C'est un sacré lapsus ça (rires) d'égal à égal, Euh, en tout cas pas comme si on parlait entre collègues. » E5

Les entretiens montrent une certaine représentation du patient à travers leurs stages et les exemples qu'ils ont eu sous les yeux, même si les participants la rejettent. Le patient est représenté comme quelqu'un qui n'a pas de connaissance, qui est plutôt passif et qui a donc un rôle bien défini : rendre compte de ses symptômes en langage commun puis respecter l'ordonnance. Il n'est pas vraiment au courant de sa prise en charge et participe peu aux discussions : les courriers ne lui sont pas adressés et ils sont incompréhensibles pour lui.

« les gens ils comprennent pas en fait. J'ai... j'ai fini par l'intégré (rires) ils ne comprennent pas. Et c'est pas de leur faute hein! » E3

« a beaucoup de patients qui viennent avec un courrier, ou qui emmènent un courrier au spécialiste. Euh ... Où on parle, littéralement de ce qu'ils nous ont dit, on l'a traduit en langage médical, ils ne comprennent pas ce qu'on a écrit ; et en fait c'est un dialogue entre, euh, les deux médecins, donc j'ai l'impression que c'est quand même un peu, euh, fait exprès, de rendre ça, euh, incompréhensible » E5

Ainsi tous les participants disent être surpris et méfiants lorsqu'un patient utilise du LMT. Pour eux, le patient sort de son rôle, ce qui est perturbant, voire agaçant selon la majorité des entretiens. Certains des participants semblent même trouver que le patient leur retire de leur pouvoir en affirmant un savoir.

«enfin même si on nous apprend nos études en axant, enfin en tout cas c'est comme ça à Caen mais je pense c'est un peu partout pareil maintenant, genre le patient doit être acteur de sa santé etc. Je pense que ça fait toujours un peu bizarre de le voir très, voire trop bien, maîtriser et plus que nous. Mais en même temps nous on est que de passage des fois dans les stages donc c'est logique qu'on soit face, si c'est des patients chroniques, bah face à des patients qui connaissent bien mieux leur pathologie, qui savent des fois mieux comment il faut réagir que nous quoi» E3

Le patient entre dans le rôle du médecin qui lui a un rôle de sachant réclamant l'exclusivité de son savoir : lui utilise les bons mots et connaît les bonnes définitions. Son pouvoir semble venir en partie de son langage qui renferme son savoir et son statut.

« Ils vont dire: « Ah oui, non il a ... il a une migraine. » En fait c'est seulement eu... enfin... c'est pas une vraie migraine quoi.» E1

« un patient qui connaît plein de truc ça les agace un peu, (rires) » E5

« J'ai l'impression qu'il y a une part de on veut avoir le contrôle, et on veut avoir l'ascendance sur qu'est ce qu'on sait » E5

« soit il va te défier ou tu vois? Tu vois? En mode « moi je sais ». Il y a des patients comme ça ils viennent en disant « Moi docteur, je viens parce que j'ai, je sais pas moi, une sinusite et il va falloir me mettre sous Augmentin ». Bah tu sais quand ils te sortent ça des fois tu es... je suis même un peu choquée en me disant « non mais c'est une blague? Je vais voir si vous avez une sinusite et je vais voir si il faut vous mettre sous Augmentin ». Voilà. » E2

L'utilisation de LMT peut être un outil qui renforce l'asymétrie de la relation, voire exclut le patient de sa prise en charge. Il peut être utilisé face au patient, pendant les visites par exemple, et que ce dernier ne comprenne rien de ce qui a été prévu pour lui alors que c'est clair pour toute l'équipe médicale présente. On peut donc rendre hermétique le discours du patient pour lui-même par le LMT.

« Où on parle, littéralement de ce qu'ils nous ont dit, on l'a traduit en langage médical, ils ne comprennent pas ce qu'on a écrit ;» E5

«le fait d'utiliser des termes incompréhensibles, complexes, médicaux, euh ... ça renforce l'ascendant qu'il y a entre le médecin qui parle et le patient » E5

« Bah justement on est tous... enfin il y a le PU ou le chef ou le senior qui assène de question ,avec du langage médical pour le coup, toute l'assemblée devant le patient bah qui, qui regarde comme ça, qui voit tous ces gens qui arrivent et qui ne comprennent rien à rien et après qui se barrent. « Bon bin vous avez compris ce qu'on a dit? Et puis bonne journée, voilà, on va faire ce qu'on a dit. Bonne journée » et tu sors » E7

De manière similaire aux étudiants en médecine, les participants pensent que les patients ne se sentent pas légitimes de poser des questions, et ce phénomène est exacerbé face à un médecin qui utilise beaucoup de LMT et ne laisse donc pas la place au patient de poser des questions. Plusieurs participants tempèrent cette observation en disant que ça dépend également du caractère du patient.

«Et j'ai l'impression qu'ils font semblant de comprendre des fois. Parce que là typiquement, c'est technique tu vois? Tu vas voir un spécialiste, en plus qui te fait souvent plus d'examens complémentaires que ton généraliste et souvent ça se fait à l'hôpital en plus. Et des fois j'ai l'impression que... moi, assise sur ma chaise et quand j'observe le cardio et... son patient, je me dis « non mais là, il a fait semblant de comprendre, c'est pas possible (rires) » » E2

«Mais ... Je pense que ça dépend de, de... enfin pour ma part je pense que c'est... si on assène le patient de trop de termes techniques, c'est plus compliqué pour lui de poser des questions derrière parce que c'est... limite c'est, enfin je pense, je, je, peut être euh... qu'il saurait peut-être pas par où commencer. Il y a tellement trop de trucs que euh... Qu'il faudrait, qu'il faut qu'on lui explique tous les mots de la phrase et ... je pense qu'il y en a qui le font. Mais euh... de ce que j'avais pu voir avant de... comme je te disais avec les grandes visites de PU et que le patient était là et faisait « oui. D'accord super. Merci professeur. » . Bon... Je pense qu'ils osent moins à ce moment. » E7

Les participants décrivent un modèle de relation médecin/patient paternaliste qui semble rester la norme en médecine aujourd'hui. Il y a cependant un double discours celui de la faculté qui prône un modèle de partenariat où la compréhension du patient est au centre et celui que les participants observent en stage. C'est ce que nous étudierons dans la prochaine partie.

« Après je trouve qu'on a quand même un historique de médecine un peu paternaliste ; y a ce rapport là : c'est le médecin qui sait, c'est le médecin qui a la connaissance. Je pense que c'est dans cette veine là aussi. Et si on essaie maintenant de faire autrement, ça se sent quand même dans le, rapport qu'on a au soin. » E5

« Là je suis en stage, je fais mon stage annexe chez un, un cardiologue, qui est très gentil hein! qui prend le temps d'expliquer certaines choses au patient mais avec un langage médical. Et du coup maintenant je comprends, des fois par exemple, pourquoi mon patient n'a pas compris ce que lui a dit le cardiologue. Alors tout est écrit dans le courrier et qu'en plus souvent dans le courrier des spé, le spé écrit « le patient a été informé. » Mais avec quel langage ? » E2

4.4 Un nouveau modèle de relation en émergence

À travers les entretiens se dessine un nouveau modèle de relation, décrit en théorie et pratiqué par certains depuis plusieurs dizaines d'années mais peu enseigné ou vu en pratique lors des stages.

Ainsi une des internes signale la rareté des médecins mettant au centre le patient et comme la pratique est en rupture avec la norme connue et acceptée de tous, la praticienne doit se justifier.

« mais c'est un médecin qui faisait très attention à inclure le patient dans la communication, et c'est la seule fois où j'ai vu ça. Sinon j'ai l'impression qu'on communique entre médecin » E5

La recherche de la compréhension par le patient semble être au cœur de ce sujet pour la grande majorité des participants. Tous disent la rechercher, et avoir développé des techniques dans cet objectif : schémas, métaphores, reformulations...

« C'est à dire que si le patient il comprend pas ce que c'est qu'une « céphalée » bin... en fait, on peut très bien parler de « céphalées » tout en expliquant derrière... en expliquant ce que c'est et du coup bah d'apprendre des termes aussi au patient. C'est pas forcément négatif. » E4

« je vulgarise beaucoup auprès des patients. Typique, le truc typique que je fais, c'est... je, quand je veux leur expliquer quelque chose, je dis le terme médical pour qu'il le connaisse et qu'il sache, qu'il sache ce qu'ils ont s'ils doivent le transmettre un jour et ensuite je leur explique ce que c'est en faisant une comparaison plus ou moins précise et, et voire un peu, voire un peu foireuse sur les bords mais qui, qui facilite la compréhension et qui leur permet vraiment d'appréhender et de visualiser ce que peut être, ce que peut-être leur pathologie.»E7

Ils recherchent non seulement la compréhension du patient mais que celui-ci sache de quoi il souffre pour les prochaines consultations. Le diagnostic et l'explication sont des formes de soins et au cœur du rôle de médecin généraliste.

«Ben parce que médecin de première ligne, médecin, travaille à la fois de diagnostic et accès vraiment sur le soin, et l'explication au patient. Et je pense qu'il y a vraiment ce truc de, je ne comprends pas, enfin le patient qui vient en ne comprenant pas ce qui lui arrive, et toi tu dois essayer avec lui de trouver et lui expliquer, enfin tu vois. Et en ce sens il y a un côté un peu traduction du symptôme, en passant du symptôme au langage médical puis au langage courant pour lui expliquer un peu ce qu'il a » E8

«Je trouve que pour les patients c'est, c'est bien qu'ils, qu'ils sachent euh les problèmes qu'ils ont et qu'ils sachent les utiliser pour pas qu'il y ait d'erreur même après... Voilà ! Parce que même si tu veux faire tes recherches en ligne en tant que patient, ce qui me semble tout à fait normal, si tu cherches « migraine » et si tu cherches « céphalées de tension » tu auras pas les mêmes résultats et tu auras pas les mêmes méthodes pour

calmer tes maux de tête. Donc c'est important qu'ils aient les bon mots, je pense. Pour moi ça fait partie des des rôles du médecin généraliste » E8

Ils estiment comme faisant partie de leur métier de médecins généralistes de « traduire les courriers» des spécialistes au patient.

« Oh des fois c'est « je n'ai pas compris. Je suis allé voir le cardiologue comme prévu. Voilà le courrier. J'ai pas compris. » ou « J'ai fait la prise de sang, voilà les résultats. J'ai pas compris. » » E2

Dans cette recherche de compréhension émerge un nouveau patient, celui atteint d'une maladie chronique qui semble s'être acculturé au monde médical et comprendre la langue, au moins en partie.

« Et oui oui, ben on voit la différence entre un patient qui connaît très bien sa pathologie, qui s'est renseigné, qui, ben c'est une grosse part de sa vie en fait ; et ... c'est des gens qui vont apprendre le jargon médical aussi et qui rentrent un peu dans ce cercle de connaissance là. » E5

« Tu peux tomber sur des patients qui connaissent mieux certaines pathologies que toi hein. Donc il faut rester humble par rapport à ça » E4

Une des participantes développe l'idée d'un modèle de partenariat avec une co construction de prise en charge. Le médecin avec son savoir médical et le patient avec son savoir expérientiel. La décision partagée nécessitant une délibération partagée, l'acquisition d'éléments de langage par le patient permet un véritable partage d'information ainsi qu'un consensus. Certains autres l'effleurent mais très rapidement.

« J'essaie d'avoir une attitude assez ouverte, assez décision partagée, » E5

« patient bien renseigné etc moi je suis plutôt contente parce qu'on va vraiment pouvoir avoir le dialogue » E5

« quand ils connaissent les termes etc, on peut vraiment avoir cette relation d'échange, et de décision partagée en fait » E5

« Euh... donc ça m'est arrivé une fois ou deux d'être surpris, d'avoir des gens avec qui je leur ai partagé des articles ou des trucs comme ça hein. Mais c'est pas fréquent. » E8

Chacun apprenant de l'autre. L'exemple pris est souvent celui de maladies chroniques où les patients ont l'habitude des examens et des procédures. Parfois plus que le jeune étudiant. Le patient qui leur semblait passif devient actif.

« chez des gens qui ont le premier bébé et que le truc il tousse à 4 mois, les gens ne pensent pas au mot bronchiolite, il y a besoin de tout leur expliquer. Alors que une mama qui a déjà 5 enfants elle sait ce que c'est, il y a pas besoin de redonner la définition »E6

« J'ai un patient qui avait une malformation cardiaque, donc qui avait pas mal de, qui a été opéré et qui avait pas mal d'exams à faire au fur et à mesure, qui était très carré ; limite il connaissait un peu mieux que moi ce qu'il fallait vérifier donc c'était un peu lui qui ... qui m'expliquait. Euh ... c'est lui qui m'a .. c'est lui qui me disait ce qu'il connaissait en fait, euh ... Bonjour, j'ai ça, je dois faire une échographie, je dois faire ci, donc euh .. ouais c'est au fil de la conversation. Euh .. s'il avait des questions, euh c'était moi qui lui demandait, est ce que vous voulez plus d'info sur ? Et là on ... si justement il connaissait déjà il avait pas besoin, s'il connaissait pas on pouvait en discuter » E5

Les participants considèrent le LMT comme un moyen de s'intégrer pour le patient. Ils ont d'ailleurs l'impression que c'est un signe de confiance et de respect des savoirs du patient. Le LMT devient donc signe de connaissance et de reconnaissance.

« Il n'y a pas besoin de leur réexpliquer tout chaque fois hein. Au contraire il y a même des patients avec qui je vais employer volontairement un langage médical parce que euh ils me regarderaient plutôt en mode « c'est bon docteur. Merci hein je sais ce que j'ai hein depuis le temps euh... je la connais moi ma maladie. Donc vous pouvez me dire exactement les termes. » » E7

Les participants utilisent d'ailleurs le « jargon médical » pour se faire reconnaître comme soignant lorsqu'ils sont patients et réduire l'asymétrie de relation. Une seule personne dit frontalement cela mais tous les autres utilisent du LMT face à un soignant, même quand ils sont patients.

« Je pense que quand on est patient, c'est ce que, nous, on essaie de réduire quand on parle en jargon médical.
» E5

4.5 Le passage d'une langue à l'autre

Tous les participants reconnaissent parler une autre langue. Elle est qualifiée de « charabia », « chinois », « code secret »... La notion d'une langue nouvelle pose la question de la nécessité de passage d'une langue à l'autre, du langage des patients à celui des médecins. Tout au long des entretiens, le mot de traduction revient. Les participants l'utilisent de manière indifférenciée pour parler du passage du récit du patient au LMT ou du LMT des courriers de leurs collègues au langage du patient. Ils utilisent un peu moins ce terme pour décrire l'action qu'ils ont en parlant au patient. Certains parlent plutôt d'explication. Il semblerait que les passages dans un sens puis dans l'autre ne mettent pas en jeu les mêmes processus. C'est ce que nous explorerons dans cette partie.

4.5.1 Des stratégies variées au service d'un devoir d'information

Tous les participants estiment avoir un devoir d'information vis-à-vis du patient. Ils font un vrai travail d'explication mais le LMT étant tellement ancré en eux, ils se rendent parfois compte après coup que leur patient n'a pas compris.

« Ou alors, euh, ce que je peux faire c'est dire le terme pour l'expliquer, pour que la personne le sache si elle consulte ou si elle a besoin, plutôt dans ce sens là » E5

« ils ont pas de notions je trouve auxquelles ils seraient accessible pour beaucoup d'entre eux donc justement j'essaie de... en tout cas, ça veut vraiment pas dire que je suis douée là-dedans parce que je me reprends souvent à me dire « putain vraiment j'ai pas été cool » mais j'y travaille et j'y pense en tout cas. » E6

La plupart des participants déclarent y réfléchir surtout depuis leur entrée en stage. C'est souvent par l'expérience de l'incompréhension du patient qu'ils se rendent compte qu'ils ont besoin de faire attention.

« Mais j'ai réfléchi, mais je pense que c'est, c'est récent. Plus depuis que je suis en, en SASPAS et où c'est moi en fait l'interlocutrice principale. » E2

« Faut passer de l'autre côté au bout d'un moment. Euh, évidemment si quand tu vois les autres faire tu peux, tu t'en rends compte mais je pense que tu t'en rends surtout compte quand tu y es confronté et que tu vois que il y a un mur (rires) entre les deux interlocuteurs quoi E3 Après dans l'autre sens où je me suis rendue compte que on comprenait pas ce que je disais euh... je dirais... bah là depuis que, depuis que je suis interne » E3

Ils notent tous la différence entre simplement dire une information et permettre la compréhension du patient. Ainsi ils évoquent tous leur travail de réexpliquer les courriers des spécialistes qui ont certes donné les informations mais sans les rendre compréhensibles.

«Alors tout est écrit dans le courrier et que en plus souvent dans le courrier des spé, le spé écrit « le patient a été informé. » Mais avec quel langage? » E2

« On a le devoir d'informer les gens donc euh... j'estime que leur balancer un mot qu'ils sont même incapables de, d'écrire et de répéter, c'est pas les informer quoi. » E6

Tous les participants ont développé des stratégies pour pallier au problème de compréhension. Ce sont par exemple des techniques lors de l'explication: métaphores, schémas, périphrases... Mais surtout ils vérifient systématiquement que le patient a bien compris. La seule situation où ils peuvent un peu moins vérifier est quand ils s'adressent à des soignants. Ils présupposent que les soignants comprendront ce qu'ils disent.

«Enfin je trouve, je trouve que ça se voit. Et souvent il y a, il y a la fameuse technique de « est-ce que, est-ce que vous avez... Est-ce que vous pouvez... Est-ce que vous avez bien compris tout ce qu'on s'est dit? Est-ce que vous avez des questions sur... » son soucis et puis quand il pose une question, je trouve qu'on peut ressentir déjà que... qu'il y a certains messages qui sont pas passés et ...» E7

« Souvent je leur demande ce qu'ils ont compris, Euh ... et donc là ça se voit là, à ce moment là. Ils me disent bon, quand il faut faire ça ça ça, et leur dire « ah non mais c'est pas ça que je voulais dire » et on reprend mais, il faut le check après quand même » E5

4.5.2 Du discours du patient à l'observation du médecin: un travail d'interprétation

Le passage du discours du patient, comme récit de vie, en LMT pour rédiger une observation présente la perte de nombreuses informations. Une des participantes évoque le fait que ce passage d'une langue à l'autre altère la subjectivité, donnée par le patient, du message. C'est la raison évoquée par l'ensemble des internes pour utiliser des citations de patients en ce qui concerne les affects.

Pour les différents participants, le LMT est déjà porteur d'un sens clair et objectif et qui ne peut donc pas contenir la singularité du patient.

« Donc la personne disait « j'ai mal à la tête », elle disait « il a mal à la tête ». Alors que j'en avais d'autres qui traduisaient en disant « céphalée ». Et elle, elle faisait ça un peu exprès pour, euh, quand c'était un peu, quand c'était pas très clair, se rappeler de ce que la personne avait dit parce que c'était comme ça qu'elle l'avait expliqué. » E5

« Typiquement ça va être euh... « idées suicidaire avec euh... avec date et mode opératoire réfléchis » et là entre guillemets je cite, je cite ce qu'a dit le patient « J'ai prévu me suicider samedi prochain en me... en sautant d'un, d'un lieux » fermer les guillemets. » E7

« La psychiatrie là pour le coup c'est le genre de domaine ou non, tu vas beaucoup plus écrire ce que dit le patient, comment il le dit. Enfin, moi c'est ce que j'avais remarqué dans cette spécialité là. C'était vraiment l'aspect où c'était le plus de deux points ouvrez les guillemets et ouais... Pas que hein, parce que si tu fais que ça, ça, enfin c'est pas bien non plus mais là t'es, le... vraiment la parole libre du patient est un petit peu plus prise en, telle quelle quoi, je dirais. » E3

Ils décrivent en réalité une action qui s'apparente plus à de l'interprétation qu'à de la traduction. En effet, ils traduisent certains mots directement ("rouge" en "érythème") mais sinon la plupart du temps, ils font une sélection des informations qui leurs semblent pertinentes. Ils vont réinterpréter les mots dits par les patients, les vérifier et choisir les mots adéquats pour les remplacer.

« Mais je suis toujours très méfiante en fait quand les gens emploient du langage médical parce que j'ai peur que... qu'ils l'emploient à un mauvais escient et que... ou qu'ils aient des fausses convictions » E6

Ce premier travail de sélection leur permet d'arriver à des termes clairs et précis les amenant au diagnostic. Cette interprétation est nécessaire pour que les symptômes du patient basculent de la subjectivité du malade à l'objectivité du médecin. Ce travail est fait de manière plus ou moins inconsciente dans une première étape. Le passage en termes médicaux est automatique chez les participants.

« C'est vrai que j'ai l'impression qu'on a été très formaté par nos études à traduire même dans notre tête. Moi par exemple, quand j'écris sur l'ordinateur ce que les patients me disent, je traduis en termes médicaux » E5
«N'empêche que si un médecin me dit « migraine » je considérerais que c'est un diagnostic posé. Alors que si il me dit « céphalées », je considérerais que c'est un symptôme sans diagnostic donc moi je résonne avec le mot technique et je pense pas pouvoir trop faire autrement. » E10

4.5.3 De la vérité médicale à la réalité du patient : un travail d'adaptation

Pour le passage en sens inverse, du langage technique au langage commun, les entretiens montrent un phénomène différent. Il ne s'agit plus de transformer l'expérience sensible du patient en un diagnostic mais de rendre compréhensible une approche scientifique. Les participants décrivent finalement un travail d'adaptation.

Il ne s'agit pas de traduire mot à mot, ce qui serait impossible car certains concepts n'existent pas en français commun. Il s'agit de donner la juste information, celle qui convient en termes de quantité et de niveau de précision au patient. C'est donc une adaptation du fond et de la forme à l'interlocuteur. Une adaptation à son interlocuteur en fonction de ses compétences acquises lors des études, de son parcours de vie, de maladie.

« Ça veut dire que du coup si tu parles avec un patient qui est du domaine médical bah ça va être plus facile de parler comme ça, si c'est pas du tout du domaine médical ben en fait il faut, nous, s'adapter. C'est à dire que si le patient il comprend pas ce que c'est qu'une « céphalée » bin... en fait, on peut très bien parler de « céphalées » tout en expliquant derrière...» E3

« on lui dit pas « vous avez des céphalées » parce qu'il ne va pas savoir ce que c'est. On lui dit pas « vous avez mal à la tête » parce que c'est très ... hmm.. familial. On va dire, « est-ce que vous avez des maux de tête ? » »

E5

Une adaptation également sur la forme de médecine souhaitée par le patient. Les participants décrivent des patients qui veulent être proactifs et d'autres qui préfèrent se laisser porter.

« Les patients qui veulent pas de décision partagée on fait autrement et ça se passe bien aussi. Donc c'est différent » E5

« en tout cas que dans mes interactions j'essaie de m'adapter à chaque fois. » E5

Une adaptation aux connaissances présentées par le patient. La plupart du temps, comme on l'a vu précédemment, les participants considèrent que le patient lambda n'a pas de connaissance. Ils doivent donc s'adapter au cours de la consultation lorsqu'ils sont confrontés au savoir du patient.

« Parce que j'ai l'impression que, à chaque consultation on fait le travail d'adaptation... Euh, inconsciemment hein mais quand je reçois une personne, c'est la première fois, on essaie un peu de la cerner et dans un de ces paramètres là, y a euh comment on se comprend, et souvent je vais essayer de m'adapter euh... au langage de la personne en fait, euh, pour qu'on se comprenne bien » E5

Ce travail d'adaptation est au cœur du métier des médecins généralistes. Beaucoup le considèrent comme leur cœur de métier.

« C'était, voilà, je pense qu'il y a vraiment un truc de traduction. Je pense que le métier de médecine générale c'est aussi, euh, traduire aux gens, bah leur problème tu vois. » E8

A travers cette opération d'adaptation, on observe une réintroduction de subjectivité dans le discours médical mais par le communicant. Les participants, qui ont tous parlé du LMT comme une langue précise et objective, nuancent dans un second temps ou en se contredisant dans leur propos.

Par exemple, deux participantes décrivent comment elles n'osent pas utiliser certains termes face aux patients. Ces peurs sont des projections de leurs représentations à elles sur les patients. L'une d'entre elle en situation de consultation pour des IVG ne sait quel mot employer : « bébé, bah non, est-ce qu'on parle d'embryon, de sac, de masse, d'amas, de cailloux? » (E3).

« il y a une petite que je suis depuis, depuis le mois de janvier. Qui vient pour trouble du comportement alimentaire et elle vient souvent avec sa mère ou elle vient toute seule et on fait un peu le suivi euh.. et clairement c'est pas à une fille de 13 ans que je vais employer le mot « TCA », « risque suicidaire » etc. Donc là, tu es obligé de tout décortiquer, de voir ce qu'elle a dans sa tête comme ça elle met... c'est comme si elle mettait un peu tout à plat. Et je lui dis « d'accord donc tu m'as dit il y a ça, donc ça veut dire que... » je sais pas moi... sur les scarification, je vais pas lui dire « Est-ce que tu te scarifies? » « Est-ce que tu te fais du mal? Est-ce que ça t'arrive de te faire du mal? Es-ce que ça t'arrive d'utiliser des objets qui te coupent? Est ce que tu as déjà saigné? Est ce que tu as déjà vu du sang? » Tu vois c'est... t'es... là pour le coup, je pense que c'est une des fois où chaque mot à son importance parce qu'à 13 ans quand tu es... surtout dans une situation comme ça... pour être sûr que tout a été compris et dit, que ça soit pour moi mais aussi pour elle. » E2

La subjectivité du soignant est introduite également par le biais d'erreurs en utilisant le LMT à mauvais escient. Plusieurs des participants racontent la mésutilisation du LMT. Une des participantes prend l'exemple du terme « sepsis » qui est utilisé par les cardiologues dans une situation non adaptée. Ce terme ayant évolué dans les années 2016, les cardiologues l'utilisent encore selon l'ancienne définition. Comme toute langue, le LMT évolue au cours des années, des innovations et des changements sociétaux.

« je suis en cardiologie et il y a parfois mes chefs qui appellent l'infectio ou le réa en disant « bah j'ai un patient qui est en sepsis », et en fait bah voilà moi je sors de l'ECN et je sais que le sepsis il y a des critères en fait, c'est pas juste le mec qui a de la fièvre et qui tousse en fait. Et ça ça me gêne parce que je sais qu'ils communiquent

mal entre eux et qu'on va avoir une appréciation déformée de la réalité quoi, en ce qui concerne la sévérité du malade et je me dis Ptin mais c'est hyper important les définitions. » E6

5. Discussion

Cette analyse montre une représentation sociale de la médecine très partagée par les différents participants. Ils dépeignent un monde parallèle au monde commun, celui du monde médical. Ce groupe social est régi par des règles implicites et explicites, connues et intériorisées par tous et s'exprime par une langue de spécialiste, le langage médical technique. Le monde médical décrit par les participants présente une hiérarchie forte en affectant à chacun un rôle précis. Celle-ci confère à chacun un pouvoir, un statut et un niveau de savoir attendu particulier. Tous les participants font un parallèle implicite entre le savoir et le langage. Il en est le reflet et la mesure pour leurs pairs.

Le LMT revêt d'ailleurs plusieurs niveaux de sens, qui, au-delà d'une simple dénomination, donnent une information physiopathologique, une prise en charge, un degré d'urgence...

Les participants sont très marqués par leur statut d'étudiant qui prend le pas sur leur statut de médecin. Ils expriment que la construction de leur « soi médecin » est encore en cours en fin d'internat. Ils ont encore besoin de la validation de leurs pratiques par leurs pairs et de témoignages de reconnaissance de leur légitimité dans leurs interactions vis-à-vis des autres médecins et parfois même vis-à-vis des patients. Le langage médical technique leur permet d'avoir ce sentiment d'appartenance à ce groupe social qu'ils ont souvent voulu rejoindre depuis longtemps.

La notion d'une autre langue interroge alors sur la nécessité de passage d'une langue à l'autre, du langage des patients à celui des médecins. Il semblerait que les passages dans un sens puis dans l'autre ne mettent pas en jeu les mêmes processus. Quand le médecin reçoit les propos du patient, il opère une action d'interprétation plutôt que de traduction. Il interprète, il tire une signification de ce discours en le transposant dans le LMT qui est déjà un début de réflexion et donc déjà porteur de sens. Cette interprétation est nécessaire pour que les symptômes du patient basculent de la subjectivité du malade à l'objectivité du médecin. Il peut ainsi faire un travail scientifique sur un objet stable et fiable : un signe.

Le passage en sens inverse du langage technique au langage commun consiste en un travail radicalement différent. Il ne s'agit plus de transformer une expérience sensible en un concept maladie, mais de rendre compréhensible un savoir d'expert. J'ai choisi ici le terme d'adaptation, le médecin adapte l'information et sa complexité aux aptitudes, limites et volontés du patient. Se dessine alors un

autre modèle de relation au patient qui se détache de la vision paternaliste pour trouver un équilibre dans le partenariat avec lui.

5.1 Discussion de la méthode

Forces:

Le choix de la méthode qualitative a permis d'avoir accès aux ressentis, expériences personnelles et représentations des internes de médecine générale. Le sujet du langage médical et de ce qu'il porte comme signification pour les internes n'avait pas encore été abordé. Il permet de mettre en avant des tensions internes et des ambivalences qui traversent le monde de la médecine générale. La question est pertinente au vu de l'évolution de la société vers une démocratie en santé et la question de la relation médecin-patient qui est de plus en plus présente, notamment en médecine générale. Cette question était également novatrice par son focus, en effet, la plupart des recherches réalisées sur le sujet se posaient la question du côté du patient, Cherchant à comprendre comment améliorer leur compréhension, à travers notamment leur acculturation.

Le fait d'avoir des étudiants ayant des parcours universitaires différents renforce la validité des résultats. En choisissant uniquement des internes de médecine générale de dernière année, nous nous sommes assurés d'avoir des expériences de la ville et de l'hôpital et d'être encore assez proche des études pour en parler. L'échantillon était par ailleurs varié, notamment dans le métier des parents, les différentes facultés d'internat et d'externat d'origine, et le sexe des participants.

Pendant les entretiens, mes opinions et hypothèses ont laissé la place à d'autres qui ont émergé, auxquelles je n'avais pas pensé, voire auxquelles je ne croyais pas. La durée, longue, des entretiens a permis aux participants de faire céder les barrières présentes au début.

Le fait d'être interne et que cela soit connu de tous les participants a établi un climat de confiance et de bienveillance d'emblée. Ils m'ont tous tutoyé. Étant moi-même interne de médecine générale, je pouvais comprendre les situations évoquées et y réagir de manière appropriée.

L'analyse des entretiens, réalisée avec plusieurs personnes différentes en sexe, métiers et expériences professionnelles mais tous familiarisés avec la recherche qualitative a permis une triangulation des chercheurs pour tous les entretiens, le consensus étant obtenu par des discussions sur les divergences éventuelles.

J'ai eu la chance d'avoir un atelier dans ma faculté de médecine sur les analyses qualitatives en santé, ainsi que plusieurs cours durant le master. J'ai également été chapeauté par une chercheuse chevronnée pendant ce travail.

Limites :

La question de recherche n'était peut-être pas assez définie lors du début des entretiens. Elle s'est éclaircie au cours des entretiens. Bien que l'ayant senti dans sa complexité, c'est en écoutant et analysant les entretiens que j'ai réellement compris la question posée.

L'échantillon d'interne est limité à 8 participants. D'autres entretiens ont été effectués et seront analysés dans un second temps et incorporés à l'analyse. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat, via le réseau social Facebook ou réseau d'interconnaissance, laissant les internes peu motivés sur le sujet hors de l'étude. Il aurait peut-être été intéressant, bien que peu réalisable, d'avoir un étudiant que le sujet n'intéressait pas.

Les participants étant encore tous étudiants, ils avaient un regard encore très empreint de l'enseignement et notamment de l'hôpital qui est le lieu principal de stage, même en médecine générale. La construction de leur identité professionnelle était encore en cours ce qui marque également leur réponse. Il aurait été intéressant d'avoir des participants d'autres spécialités et d'autres niveaux d'ancienneté pour regarder les différences qu'impliquent la spécialité de médecine générale et l'expérience.

Le fait que je sois identifiée comme interne m'intéressant à ce sujet les a forcément biaisés quant à ce qu'ils projetaient de ce que j'attendais d'eux. Ainsi certains n'ont-ils peut-être pas osé parler ouvertement de domination ou de pensées paternalistes qu'ils pouvaient avoir avec les patients.

Mon rôle de clinicienne a de temps en temps devancé celui de chercheuse comme on peut le sentir dans certains entretiens. Le sujet me passionnant, il fût dur, notamment dans les premiers entretiens de ne pas réagir et de garder ce rôle. Cette recherche étant mon premier travail de recherche qualitatif, il est encore nécessaire de réfléchir plus fortement à ma position de chercheuse, au temps nécessaire pour réaliser la recherche, à la manière de conduire mes entretiens...

5.2 La construction du jeune médecin dans le champ de la médecine

Le concept de « champs » (développé pour la première fois en 1966 par Bourdieu) lui permet de compartimenter le monde social en domaine d'activité particulier, des « microcosmes sociaux ». Chaque champ a sa logique propre, ses règles propres et sa hiérarchie spécifique. Bourdieu introduit la notion d'« habitus » qui serait comme un système de schèmes d'action ou de perception qu'on adopte durant notre socialisation. "L'habitus" est le produit de la socialisation et crée de nouvelles pratiques chez l'individu (26-27).

Dans un travail qui s'étale sur toute sa carrière et est resté inachevé, Pierre Bourdieu décrit le phénomène des champs à travers plusieurs domaines différents. Dans *Microcosmes* (28), un ouvrage posthume rassemblant plusieurs textes, il développe ce phénomène dans le champ juridique : « En réalité, l'institution d'un « espace judiciaire » implique l'imposition d'une frontière entre ceux qui sont préparés à entrer dans le jeu et ceux qui, lorsqu'ils s'y trouvent jetés, en restent en fait exclus, faute de pouvoir opérer la conversion de tout l'espace mental- et en particulier de toute la posture linguistique- que suppose l'entrée dans cet espace social » (p. 337). Cet extrait insiste sur l'importance que la langue porte comme mode d'accès à un espace social spécialisé. Même si plaquer le modèle médical sur les concepts de Bourdieu serait artificiel, en l'utilisant, nous essayons de comprendre la construction de ce monde médical qui, s'il n'est pas unique dans sa formation, l'est par ses spécificités, ses enjeux. Si, comme le droit, la médecine est considérée comme un champ, les médecins deviennent les détenteurs d'un habitus spécifique à ce champ, acquis au cours de la socialisation secondaire que sont les études en médecine. Les patients, considérés hors de ce champ professionnel, ne possèdent pas cet habitus. Il existe donc un gouffre entre les deux univers. Ce gouffre est celui de deux visions du monde qui ne regardent pas les choses de la même façon.

A la même période, P. Berger et T. Luckmann, dans leur ouvrage intitulé *La construction sociale de la réalité* (29), parlent de « stock social des connaissances » qui serait acquis au cours de la socialisation secondaire. Ce concept correspond à l'intériorisation de différentes réalités, qu'ils nomment « sous-mondes », ce sont les différents domaines de spécialités qui divisent le monde du travail par exemple. Il aboutit à une distribution dans ces différents domaines de connaissances et de rôles spécifiques. Dans leur modèle, la socialisation secondaire n'est pas qu'une quantité de connaissance apprise mais également l'acquisition d'un lexique spécifique voire d'un champ sémantique. Ce dernier permet à chaque individu de savoir comment se conduire et comment interpréter les signes de la même manière que les individus composant son domaine. Un langage spécifique de rôle doit être intériorisé par l'individu lors de son enseignement. Celui-ci ne comprend pas seulement des termes techniques mais

contient tout l'univers propre à son rôle (des métaphores, analogies, jurons...). Nos résultats qui suggèrent que l'étudiant médecin devient médecin non seulement en acquérant les habiletés nécessaires (capacité diagnostique, gestes spécifiques...) mais aussi en étant capable de comprendre et d'utiliser le langage médical, plaident pour la justesse de ce modèle encore aujourd'hui. Pour les deux auteurs, le processus d'intériorisation permet aux individus une identification au rôle et à ses normes adéquates. Le jeune médecin, au cours de ses études intériorise tous les us et coutumes, les règles implicites, les maximes de vie, les rites... de la profession. De plus, la forme que va prendre la socialisation secondaire dépend du statut du « sous monde » concerné. Plus le statut social amené par le domaine est élevé, comme par exemple la médecine dans le monde actuel, plus les individus s'identifieront de manière profonde à leur rôle. Cette identification à leur rôle est reflétée par le langage utilisé. Nous avons en effet noté que tous les intervenants considéraient le LMT comme leur langue première en situation médicale, gommant presque le français commun en situation de soins. Ainsi c'est un effort pour eux de passer du LMT au langage commun pour parler aux patients ou à leurs familles à propos d'une question médicale. On voit à travers l'analyse des entretiens la place prépondérante voire encombrante que prend le monde médical dans la vie des participants. Ce rôle de médecin reste aussi très présent dans leur interactions familiales. Tous racontent être régulièrement questionnés pour un avis lors de repas familiaux ou au moindre bobo de la famille. Ils se représentent leurs proches comme ne les identifiant plus que comme médecin. Eux-mêmes semblent pourtant plutôt s'inscrire dans le rôle de l'étudiant, certes en médecine, que dans le rôle déjà structuré du médecin. On le voit notamment dans leur rapport aux aînés, même quand ils sont dans la position de patient, il existe encore ce rapport hiérarchique de l'élève au maître. Parce que l'enseignement et ses différentes étapes sont dirigées principalement par les médecins, les études donnent une culture identique à tous les étudiants. Les études sont centrées sur l'apprentissage du diagnostic comme on peut le voir avec les épreuves de l'ECN qui sont uniquement sur nos connaissances médicales techniques. Sur tous les internes interrogés, venant de villes et de facultés différentes, un seul avait eu des cours au sujet de la communication. Tout se passe comme s'ils avaient plus été formés comme des techniciens du diagnostic que comme des communicants. Cette identité de médecin ou d'étudiant en médecine est si forte qu'elle prédomine sur tout le reste. La nécessité d'utiliser du LMT pour être crédible et légitime face à ses pairs est plus importante à ce stade de leur exercice que la communication avec le patient.

Dans une étude sur la construction de l'ethos professionnel en formation alternée, A. Jorro (30) essaye de définir d'abord l'ethos puis l'ethos professionnel très étudié en linguistique et en pragmatique du langage. Elle propose, en se référant aux travaux d'Amossy et de Maingueneau, une définition de l'ethos comme « l'image de soi dans le discours » (p. 13). Le langage aurait alors le pouvoir

de donner au communicant un positionnement à la fois identitaire et social, une présence discursive. L'éthos attribue donc des rôles et induit un rapport hiérarchique. L'auteure donne une définition : « L'éthos professionnel s'énoncerait dans des formes langagières marquant alors un degré d'appropriation d'une culture professionnelle donnée. ». Elle prend l'exemple de l'apprenti en formation alternée qui correspond parfaitement à l'externe, en fonction de son interlocuteur, il va se positionner de manière plus ou moins assurée. Elle s'appuie ensuite sur les travaux de Goffman qui considère l'image de soi au sein des interactions sociales. Le langage a dans cette approche un but identitaire dans un environnement social particulier. En s'affirmant professionnel face aux patients ou aux seniors, l'étudiant en médecine se projette en tant que médecin, ce qui l'encourage à se conduire en tant que tel pour se montrer à la hauteur de cette image. La dernière valence qu'elle développe dans sa recherche est la dimension axiologique. Quelles sont les valeurs qui ordonnent l'orientation de l'action, qui structurent un type de discours et d'action en relation avec les normes et usages du métier visé ? L'étudiant peut alors se poser la question de comment faire, quelle position il doit prendre dans son métier, quelle approche ?

Cette réflexion montre l'importance du langage lors de l'apprentissage et l'intégration d'une profession. Il comporte à la fois une dimension opératoire, il permet au professionnel en devenir de communiquer et d'établir des diagnostics. Le LMT montre également les aspects identitaires et axiologiques de l'étudiant. Il montre sa position de médecin en intégrant ses valeurs et ses normes. La tension éthique qui se présente, et que pressentent sans la rendre explicite les participants, est alors ce différentiel entre cette langue dont l'apprentissage est nécessaire à leur communication professionnelle et à leur construction du moi médecin et cette barrière qu'elle crée à la relation médecin-patient au cœur de leur éthos professionnel.

Comme vu précédemment, les médecins sont formés plus comme des techniciens que comme des communicants alors que la manière dont ils perçoivent leur éthos professionnel montre à quel point la relation médecin-patient est au cœur de leur métier. Cette relation est déterminée entre autres par la communication et notamment la communication verbale. Il paraît incongru qu'il n'y ait pas de formation ou au moins d'éveil à la communication durant les études de médecine. Les médecins étant à la fois techniciens et communicants, il serait rationnel de proposer des cours sur le sujet. C'est un mouvement qui gagne d'ailleurs de plus en plus d'universités de médecine et dont les résultats semblent montrer la pertinence de cet enseignement. Un sujet qui me semblerait intéressant pour le futur est d'étudier l'impact sur les étudiants d'une formation non seulement sur la communication mais plus particulièrement sur le langage. Est-ce qu'une prise de conscience vis-à-vis du langage

employé et des freins qu'il peut apporter à la relation médecin-patient peut amener le médecin à communiquer de manière plus compréhensible ?

5.3 Le modèle du partenariat : adaptation de deux réalités

Nos résultats soulignent l'importance, pour les participants, de trouver le bon mot, le mot juste, précis, défini. M. Rouleau (31), traducteur spécialisé dans le domaine médical, explique qu'une langue de spécialité, comme le français médical, est issue du besoin que les spécialistes, d'un domaine particulier, ressentent de communiquer entre eux de manière précise et efficace sans que subsiste la moindre ambiguïté. Cependant, selon lui, cette façon de dire le monde est doublement limitée : elle est réservée aux spécialistes et limitée à l'exercice de la profession. Il montre comment la langue française médicale n'est pas seulement un vocabulaire technique mais également une façon de voir le monde. Ainsi pour son travail de traduction, il ne lui suffit pas d'un dictionnaire, il a besoin de comprendre la réalité contenue dans chaque mot. C'est cette idée qu'on retrouvait dans les entretiens avec les différents niveaux de savoirs contenus dans chaque terme : la définition physiopathologique, le degré d'urgence, le traitement... Aux yeux des internes ayant participé, il est important que le mot utilisé soit le bon car il contient tout le raisonnement, tout le savoir-faire de leur métier en son sein.

Michel Foucault dans *Naissance de la clinique* (1963) (32), va au-delà. Il montre comment l'examen attentif du médecin, médié par son regard sondant les corps, ne peut atteindre la vérité détenue dans le diagnostic qu'en nommant la maladie. C'est à partir de ce moment qu'il donne au monde la maladie déjà présente mais masquée ainsi que son parcours et son dénouement.

« En d'autres termes, le regard qui parcourt un corps souffrant ne rejoint la vérité qu'il cherche qu'en passant par le moment dogmatique du *nom* en qui se recueille une double vérité : celle cachée mais déjà présente, de la maladie, celle clairement déductible, de l'issue et des moyens. Ce n'est donc pas le regard lui-même qui a pouvoir d'analyse et de synthèse ; mais la vérité d'un savoir discursif [...] il s'agit non d'un *examen*, mais d'un *décryptement*. » (p.92). Michel Foucault. *Naissance de la clinique*

L'utilisation du bon mot permet d'arriver à la vérité, il permet de passer du symptôme subjectif au signe objectif qui va permettre l'élaboration d'un raisonnement médical. Pour Foucault, le signe représente le symptôme dans son essence véritable.

De cette réalité contenue dans le mot naît l'exigence qu'ont les participants de réexpliquer les termes aux patients : s'ils utilisent un terme qui a, pour les professionnels, une connotation médicale, ils doivent bien l'employer. Ils n'acceptent pas l'aspect polysémique de certains termes. Tous les étudiants ayant participé à l'étude revendiquent de manière plus ou moins consciente mais unanime que la définition scientifique est la bonne, la seule ayant le vrai sens. La justification est tautologique:

la définition scientifique est la bonne définition car elle est scientifique. Dans leur esprit, la science est une garantie de véracité. Ils reconnaissent que certains termes peuvent être polysémiques aux yeux des patients mais pensent que c'est une erreur. Ils ne prennent pas en compte, ne la connaissant pas, l'histoire de ces mots, les glissements sémantiques qu'ils ont subi, les allers et retours qui se sont effectués entre le langage commun et celui médical. Beaucoup de termes spécialisés ont évolué au cours des années et des innovations techniques. Certains termes sont mal utilisés par toute la communauté médicale comme le souligne M. Rouleau (31), à partir de ce moment il peut être estimé légitime d'accepter qu'il y ait eu un glissement sémantique et qu'une nouvelle définition soit ajoutée. D'autres viennent du langage commun, comme par exemple « fièvre » et ont ensuite acquis une définition scientifique, mais en fait surtout une mesure. Les participants corrigent les patients disant qu'ils ont eu de la fièvre s'ils n'ont pas de thermomètre. N'est de la fièvre qu'une température qui a été mesurée. L'objectivation des symptômes par des mots et des examens complémentaires est rassurante et cadrante pour l'étudiant en médecine, même en fin de formation. Les résultats auraient peut-être été différents si l'enquête avait impliqué des médecins plus âgés.

Selon P. Berger et T. Luckmann (29), le langage détient un pouvoir transcendantal et d'intégration. Il "rend présent" au monde des objets qui ne sont pas visibles ou simplement pas dans la réalité de l'interlocuteur. Utiliser un mot juste peut aussi s'avérer important pour le patient pour faire rentrer la maladie dans sa réalité, son champ de compréhension. Il ne peut en effet pas choisir comment se comporter vis-à-vis de la maladie s'il n'arrive pas à la concevoir. Les auteurs introduisent un autre concept : celui de « connaissance recette » qui correspond au niveau de connaissance nécessaire par la personne pour réaliser ses intentions pragmatiques. En effet, tous les patients n'ont pas la même volonté de comprendre ou d'agir sur le processus qu'est la maladie. Le concept de littératie en santé regroupe et dépasse celui développé par les auteurs (33-34). Dans une revue de la littérature publiée en 2012 (35), K. Sorensen et son équipe ont abouti à une définition pratique de ce que représente ce concept. La littératie en santé serait : les connaissances, motivations et compétences à l'accès, la compréhension, l'évaluation et l'application d'information sur leur santé pour pouvoir élaborer leur avis et prendre leurs décisions.

Le passage du LMT au français commun doit donc prendre en compte l'intention du patient. Comme les entretiens le dévoile, c'est non seulement ce que le patient peut comprendre mais également ce qu'il veut comprendre. Le « stock social » de connaissance, de Berger et Luckmann, correspond aux domaines où la personne sait comment agir. Pour certaines personnes dont la pathologie est envahissante, il est presque impératif d'acquérir ce savoir, pour d'autres c'est une volonté de compréhension et de rester acteur de sa vie même dans la maladie qui les mènent à augmenter leur

champ sémantique. Selon les auteurs, le langage permet de transcender les réalités qui séparent deux individus. Au cours des années, certaines personnes atteintes de maladies chroniques vont connaître une acculturation avec le monde médical. Ils vont se familiariser avec le LMT, se l'approprier et créer leur propre réalité derrière les nouveaux termes. Acquérir cette langue permet à la personne non seulement de décrire sa réalité en des termes compréhensibles par le médecin mais également de faire valoir son savoir, sa compétence. Les internes participants, bien que surpris au départ, reconnaissent cette nouvelle compétence et l'expriment en utilisant du LMT ou en approfondissant leurs explications. L'une des participantes parle même de partenariat. Le patient est alors envisagé comme un partenaire du médecin. La délibération est plus facile, la décision partagée devient possible et il donne accès au médecin à sa réalité expérientielle. Il peut également être envisagé comme partenaire des autres personnes atteintes de la même maladie. Jouant presque un rôle d'adaptateur entre le médecin et les autres patients. Il permet de faire se rencontrer deux réalités sur un nouveau terrain. Il peut contribuer à former les médecins à l'expérience de la maladie dans son corps et sa vie (36-37). Il peut aussi participer à des groupes d'entraide ou de soutien, de formation, et expliquer alors la maladie en adaptant son langage, en utilisant son expérience propre pour transformer la réalité médicale du médecin en une réalité expérientielle.

5.4 Conflits d'identité personnelle : entre démocratie sanitaire et formation datée

Les entretiens montrent bien le conflit interne des étudiants en médecine. Nés dans les années 90, ils grandissent dans une société qui a déjà beaucoup évolué sur le concept de patient, de son rôle et de ses droits. En novembre 1974, la reconnaissance légale du droit à l'avortement marque une première victoire de mouvements sociaux sur le milieu très fermé et puissant que représentait la médecine (23). Pour la première fois, c'est une évolution sociale qui fait évoluer la médecine. C'est un changement de paradigme par rapport au XIXème siècle et début du XXème siècle où régnait l'hygiénisme médical. À cette époque, la médecine dictait les bonnes conduites à l'architecture, l'urbanisme, les modes de vie et réorganise nos sociétés occidentales en profondeur pour lutter contre les épidémies qui parcourent l'Europe. La médecine avait alors un fort pouvoir autoritaire et une autonomie professionnelle totale. L'arrivée dans les années 60-70 des mouvements féministes avec comme paroxysme la loi Veil de 74 marque une première rupture de cette autonomie. La société a désormais voix au chapitre concernant l'évolution de la médecine. Avec l'avancée des traitements, de plus en plus de maladies deviennent chroniques. Les patients développent une expertise sur la gestion de leur traitement et se réunissent, partageant ainsi leurs expériences. L'épidémie du SIDA des années 80 et l'affaire du sang contaminé participent également au développement de la voie militante des patients qui aboutit en 2002 à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les internes participants étaient donc imprégnés de toute cette évolution lors du démarrage de leurs études de médecine aux alentours de 2015, ils avaient intégré le chemin social parcouru. Pour eux, le patient a des droits, notamment celui de maîtriser son information et de choisir pour lui. Ils intègrent alors une formation qui leur ouvre les portes du monde médical. Pour y entrer, le LMT est un élément essentiel, c'est la clé pour comprendre et se faire comprendre des autres professionnels. Il permet d'intégrer ce groupe social dès les premières années ils intègrent cette nouvelle langue. Durant les cours de sémiologie, ils apprennent à transformer les plaintes des patients en une observation médicale, ils se font reprendre lorsqu'ils parlent « comme des concierges ». Pour la majorité, l'identification d'un problème ou le sentiment de malaise arrive lors de l'internat. Lorsqu'ils commencent à être sur le devant de la scène avec les patients. D'un coup ils seront les référents des patients, communicant principal. C'est à ce moment que le LMT, intégré comme une seconde langue, va montrer ses limites. Tous identifient qu'il crée une barrière entre eux et le patient, une barrière dans la compréhension.

Ce phénomène évoque l'effet de retardement que Norbert Elias évoque dans le 3ème chapitre de son

livre *La Société des Individus*, écrit en 1987 (38). Selon lui, la difficulté de changer de stade d'intégration (par exemple d'une tribu à un état) vient d'une évolution sociale plus rapide que l'adaptation de l'habitus ou autrement dit l'empreinte sociale laissée par un groupe sur un individu. Cet effet entraîne des conflits moraux ou d'identité personnelle avec par exemple des dilemmes de loyauté entre état et tribu. De ses observations, il remarque qu'il faut plusieurs générations avant que ces conflits ne s'apaisent. Ce phénomène, à une moins grande échelle de socialisation, est particulièrement significative dans notre étude. Ainsi cette jeune génération de médecin se retrouve imprégnée de la culture de notre société, où le patient a acquis des droits, les associations de patient ont une voix entendue, qui pèse dans la balance des décisions politiques. Tous ont conscience de l'importance pour le patient de détenir l'information sur leur santé. Face à cette évolution sociale qui les marque, ils se retrouvent dans un système d'enseignement qui leur apprend d'abord à être d'habiles techniciens avec une langue de spécialiste qui les sépare des non spécialistes. L'empreinte sociale que le groupe de la communauté médicale a laissé sur eux est très forte. Ils sont pris entre la société qui a déjà validé l'objectif d'empowerment des patients, leur implication active dans les soins et la médecine traditionnelle qu'on leur enseigne, où le patient est encore passif. Une des hypothèses que nous pouvons avancer pour expliquer cette situation est l'âge des médecins organisant les enseignements. Il est difficile de remettre en question la médecine que l'on a toujours pratiquée et de ne pas l'enseigner de la façon dont on nous l'a apprise. Avec les changements dans les conseils éducatifs des facultés, l'arrivée de nouveaux jeunes enseignants et la réflexion sur leurs pratiques de médecins de tout âge, on observe petit à petit l'apparition dans de plus en plus de facultés de cours avec des patients experts, des simulations avec des acteurs, des enseignants... (39) Au congrès de médecine générale de décembre 2021 par exemple, toute une session était consacrée au sujet de l'enseignement avec des jeux de rôles et des patients experts ou partenaires. Une réforme majeure des études de médecine est en train de se mettre en place avec une plus grande place faite en théorie à la manière dont les étudiants interagissent avec les patients. Toutes ces expérimentations pour essayer de trouver un enseignement adapté à la complexité du sujet de la relation médecin-patient, montre l'importance grandissante du sujet pour les médecins

Conclusion

Ce travail permet de mettre en exergue la relation profonde que les internes de médecine générale entretiennent avec le LMT. Il reflète toutes les étapes de leur construction en tant que médecin et l'importance du groupe social auquel ils appartiennent. Il montre la différence radicale d'exercice qui existe entre l'interprétation que le médecin opère pour transformer le récit du patient à en raisonnement médical et en diagnostic et l'adaptation du discours à laquelle il doit se contraindre pour délivrer une information utile au patient, lui permettant de prendre sa juste décision. Il révèle également la tension interne qui se joue au sein des participants entre ce que la société et la médecine exigent de lui. Nous avons envisagé deux manières de réduire ces tensions. La première par la formation du médecin, qui est d'ailleurs en train de se modifier actuellement. La deuxième est le concept du patient partenaire comme un adaptateur entre les deux réalités qui se rencontrent, celle expérientielle du patient et celle médicale du médecin.

Les tensions internes évoquées se jouent au-delà du langage médical technique, dans la relation médecin-patient. Celle-ci s'exprime de manière plus accessible par le langage c'est pourquoi cette voie d'abord a été privilégiée mais elle n'en est qu'une partie infime. La relation médecin-patient traverse la médecine et il existe autant de manière de l'envisager que de médecins. Il ne s'agit pas de trouver une manière stéréotypée de l'enseigner ou de la pratiquer mais plutôt de sensibiliser sur son existence et son rôle prépondérant dans le soin. Il s'agit d'inclure le patient via les patients partenaires ou association de patient dans son élaboration.

Cette relation peut être thérapeutique en elle-même.

Bibliographie

1. FRAGU P. LA RELATION MEDECIN-PATIENT: HISTOIRE D'UNE TRANSFORMATION. ÉTHIQUE & SANTE. 1 JANV 2004;1(1):26-31.
2. DESROSIERES ALAIN. CHAPITRE 3: MOYENNE ET REALISME DES AGREGATS. IN: LA POLITIQUE DES GRANDS NOMBRES. LA DECOUVERTE POCHE.
3. SANCHEZ A. REFLEXIONS SUR L'ÉVOLUTION LINGUISTIQUE DES TRADUCTIONS FRANÇAISES DU LILIUM MEDICINÆ DE BERNARD DE GORDON. LE FRANÇAIS PRECLASSIQUE (1500-1650). NOV 2019;(21):97-110.
4. BERRIOT-SALVADORE E. ENSEIGNER LES « INDOCTES », VULGARISER LA MEDECINE. SEIZIEME SIECLE. 2012;8(1):141-54.
5. BERMAN A. DE LA TRANSLATION A LA TRADUCTION. TTR : TRADUCTION, TERMINOLOGIE, REDACTION. 1988;1(1):23.
6. FAURE P. DES DISCOURS DE LA MEDECINE MULTIPLES ET VARIES A LA LANGUE MEDICALE UNIQUE ET UNIVERSELLE. ASP LA REVUE DU GERAS. 30 NOV 2010;(58):73-86.
7. CASTRO CM, WILSON C, WANG F, SCHILLINGER D. BABEL BABBLE: PHYSICIANS' USE OF UNCLARIFIED MEDICAL JARGON WITH PATIENTS. AMERICAN JOURNAL OF HEALTH BEHAVIOR. 1 AOÛT 2007;31(1):S85-95.
8. PITT MB, HENDRICKSON MA. ERADICATING JARGON-OBLIVION—A PROPOSED CLASSIFICATION SYSTEM OF MEDICAL JARGON. J GEN INTERN MED. 1 JUIN 2020;35(6):1861-4. AOÛT 2019;21(8):E12967.
9. KORSCH BM, GOZZI EK, FRANCIS V. GAPS IN DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION : I. DOCTOR-PATIENT INTERACTION AND PATIENT SATISFACTION. PEDIATRICS. 1 NOV 1968;42(5):855-71.
10. LERNER EB, JEHL DVK, JANICKE DM, MOSCATI RM. MEDICAL COMMUNICATION: DO OUR PATIENTS UNDERSTAND? THE AMERICAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE. 1 NOV 2000;18(7):764-6.
11. SEVINC A, BUYUKBERBER S, CAMCI C. MEDICAL JARGON: OBSTACLE TO EFFECTIVE COMMUNICATION BETWEEN PHYSICIANS AND PATIENTS. MED PRINC PRACT. 2005;14(4):292-292.
12. GRAHAM S, BROOKEY J. DO PATIENTS UNDERSTAND? PERM J. 2008;12(3):67-9.
13. MCCABE R, HEALEY PGT. MISCOMMUNICATION IN DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION. TOPICS IN COGNITIVE SCIENCE. 2018;10(2):409-24.
14. RICHARD, LUSSIER MARIE THERESE. LA COMMUNICATION PROFESSIONNELLE EN SANTE. IN: 2 EME. PEARSON; 2016.
15. AMELUNG D, WHITAKER KL, LENNARD D, OGDEN M, SHERINGHAM J, ZHOU Y, ET AL. INFLUENCE OF DOCTOR-PATIENT CONVERSATIONS ON BEHAVIOURS OF PATIENTS PRESENTING TO PRIMARY CARE WITH NEW OR PERSISTENT SYMPTOMS: A VIDEO OBSERVATION STUDY. BMJ QUAL SAF. 1 MARS 2020;29(3):198-208.
16. HASKARD ZOLNIEREK KB, DIMATTEO MR. PHYSICIAN COMMUNICATION AND PATIENT ADHERENCE TO TREATMENT: A META-ANALYSIS. MED CARE. AOÛT 2009;47(8):826-34.
17. VON LENGERKE T, KURSCH A, LANGE K. DAS GESPRÄCHSFÜHRUNGSPRAKTIKUM IM 2. STUDIENJAHR DES MODELLSTUDIENGANGS HANNIBAL: EINE EVALUATION MITTELS SELBSTEINSCHÄTZUNGEN DER STUDIERENDEN. GMS Z MED AUSBILD. 15 NOV 2011;28(4):DOC54

18. YEDIDIA MJ, GILLESPIE CC, KACHUR E, SCHWARTZ MD, OCKENE J, CHEPAITIS AE, ET AL. EFFECT OF COMMUNICATIONS TRAINING ON MEDICAL STUDENT PERFORMANCE. JAMA. 3 SEPT 2003;290(9):1157-65.
19. KYAW BM, POSADZKI P, PADDOCK S, CAR J, CAMPBELL J, TUDOR CAR L. EFFECTIVENESS OF DIGITAL EDUCATION ON COMMUNICATION SKILLS AMONG MEDICAL STUDENTS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS BY THE DIGITAL HEALTH EDUCATION COLLABORATION. J MED INTERNET RES. 27
20. DEMOCRATIE SANITAIRE : DEFINITION ET ENJEUX [INTERNET]. [CITE 29 MAI 2022]. DISPONIBLE SUR: <HTTPS://WWW.ILEDEFRANCE.ARS.SANTE.FR/DEMOCRATIE-SANITAIRE-DEFINITION-ET-ENJEUX>
21. PRINCIPES DE DENVER [1985]. :2.
22. CERETTI AM. LA DEMOCRATIE EN SANTE EN QUESTION(S). IN: PREFACE. PRESSES DE L'EHESP; 2018. (DEBATS SANTE SOCIAL).
23. KLEIN A. CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DU « PATIENT » CONTEMPORAIN. HISTOIRE, MEDECINE ET SANTE. 1 JUIN 2012;(1):115-28.
24. CHARTE DU MALADE HOSPITALISE. LES TRIBUNES DE LA SANTE. 11 MAI 2017;54(1):99-99.
25. LEBEAU JP, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER JS, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER A, ET AL. INITIATION A LA RECHERCHE QUALITATIVE EN SANTE. CNGÉ PRODUCTIONS. 2021.
26. L'HABITUS, PIERRE BOURDIEU (FICHE CONCEPT) [INTERNET]. [CITE 6 JUIN 2022]. DISPONIBLE SUR: <HTTPS://PARTAGEONSLECO.COM/2019/11/06/LHABITUS-PIERRE-BOURDIEU-FICHE-CONCEPT/>
27. COSTEY P. L'ILLUSIO CHEZ PIERRE BOURDIEU. LES (MES)USAGES D'UNE NOTION ET SON APPLICATION AU CAS DES UNIVERSITAIRES. TRACES REVUE DE SCIENCES HUMAINES. 1 AVR 2005;(8):13-27.
28. BOURDIEU P. LE CHAMP JURIDIQUE. IN: MICROCOSMES: THEORIE DES CHAMPS. RAISONS D'AGIR; 2021. P. 323-67.
29. BERGER P, LUCKMANN T. LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA REALITE. ARMAND COLIN; 2022.
30. Jorro A. La construction de l'éthos professionnel en formation alternée. Travail et Apprentissages. 2009;3(1):13-25.
31. ROULEAU M. LA LANGUE MEDICALE : UNE LANGUE DE SPECIALITE A EMPRUNTER LE TEMPS D'UNE TRADUCTION. TTR. 23 FEVR 2007;8(2):29-49.
32. FOUCAULT M. NAISSANCE DE LA CLINIQUE. 9 EME EDITION. PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE; 2015.
33. DAVIS TC, WILLIAMS MV, MARIN E, PARKER RM, GLASS J. HEALTH LITERACY AND CANCER COMMUNICATION. CA: A CANCER JOURNAL FOR CLINICIANS. 1 MAI 2002;52(3):134-49.
34. MANNING DL, DICKENS C. HEALTH LITERACY: MORE CHOICE, BUT DO CANCER PATIENTS HAVE THE SKILLS TO DECIDE? EUR J CANCER CARE. DÉC 2006;15(5):448-52.
35. SØRENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELIKAN J, SLONSKA Z, ET AL. HEALTH LITERACY AND PUBLIC HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW AND INTEGRATION OF DEFINITIONS AND MODELS. BMC PUBLIC HEALTH. DÉC 2012;12(1):80.
36. WYKURZ G. DEVELOPING THE ROLE OF PATIENTS AS TEACHERS: LITERATURE REVIEW. BMJ. 12 OCT 2002;325(7368):818-21.
37. MEAD NICOLA, BOWER P. PATIENT-CENTREDNESS: A CONCEPTUAL FRAMEWORK AND REVIEW OF THE EMPIRICAL LITERATURE. SOCIAL SCIENCE & MEDICINE. 1 OCT 2000;51(7):1087-110.
- 38 ELIAS N. LA SOCIÉTÉ DES INDIVIDUS. POCKET; 2005. (AGORA)

39. SCHRAUB S, BLAISE P, NOEL G, CASSET A, ETIENNE-SELLOUM N, DA SILVA F, ET AL. PATIENTS ACTEURS ET FORMATION EN ONCOLOGIE POUR FUTURS MEDECINS ET PHARMACIENS. BULLETIN DU CANCER. 1 JANV 2021;108(1):23-9.

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participants	16
Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens.....	17

Annexes

1. Guide d'entretien

1/Bonjour,

Je m'appelle Marion Giroud et suis médecin généraliste en formation et en cours de master 2 d'éthique. Dans le cadre de mon mémoire de master, je réalise un travail sur le rapport des internes en médecine générale avec le langage médical technique. Merci d'avoir accepté de participer à ce travail de recherche. Toutes les données seront pseudonymisées. Vous pouvez refuser ou arrêter l'entretien quand vous voulez.

Avez-vous des questions ?

2/Est-ce que tu pourrais me donner ta définition du langage technique ?

Je te propose de définir le langage médical technique de manière assez large comme l'ensemble des termes ou expressions utilisés spécifiquement dans le domaine de la santé ou utilisés ordinairement mais avec un autre sens (par exemple, le terme maniaque).

3/Pourrais-tu me raconter les premières situations dans lesquelles tu as entendu ou dû utiliser ce langage technique ?

→Relances : Quelles ont été tes réactions ? Etais-tu à l'aise ? Comment as-tu appris le langage technique (cours, observation, compagnonnage ...) ? Peux-tu me raconter ton histoire avec ce langage ? As-tu des facilités, difficultés ? Est-ce que tu l'utilises hors de ta vie professionnelle ? Est-ce qu'il a de l'importance pour toi ?

4/ Quand tu raisones avec des collègues, quel langage utilises-tu et pourquoi ?

→Relances : Apport technique ? Raisonnement scientifique ? Sentiment d'appartenance ? Statut ?

5/Pendant ton internat, tu as pu observer à l'hôpital et en cabinet plusieurs collègues communiquer avec les patients. Pourrais-tu me raconter une situation qui t'a marqué sur l'utilisation du langage technique ?

→Relances : Comment décrirais-tu l'utilisation du langage technique par tes collègues ? Est-ce vraiment utilisé ? De manière consciente ? Est-ce utilisé tout le temps ou plutôt dans des situations particulières ?

6/ Comment décrirais-tu la réception de ce langage technique par les patients ?

→Relances : As-tu l'impression qu'ils comprennent ? Et si non qu'ils posent des questions ? Te demandent-ils de clarifier après ? Es-tu surpris parfois qu'ils aient ou au contraire n'aient pas compris (appropriation du langage ?) ?

7/ Tu as été toi même amené à avoir des entretiens avec des patient, as-tu rencontré des situations particulières lors de l'utilisation d'un langage technique ?

→ Relances : Est-ce que tu y penses quand tu en utilises ? À quoi te sert-il ? As-tu des méthode pour éviter qu'il soit mal compris ?

8/ Existe-t-il une différence pour toi entre langage technique médical et jargon médical ?

9/ Veux-tu ajouter quelque chose ? Y a-t-il d'autres choses dont tu souhaites parler ? As-tu des questions ?

Caractéristiques de l'interviewée

Âge, Profession des parents de l'interviewé, Ville d'externat et d'internat

2. Notice d'information

Introduction

Le langage médical technique fait parti intégrante de notre vie de professionnelle de santé. Cette étude, à laquelle nous vous proposons de participer, vise à améliorer les connaissances des professionnels de santé sur le rapport que les internes en médecine générale entretiennent avec ce langage.

Qui compose l'équipe de recherche ?

Investigateur principal

Marie France Mamzer

Qualité : PUPH

Investigateur secondaire

Marion Giroud

Qualité : interne en médecine de l'Université de Paris, étudiante en master 2 d'éthique

Quels sont les objectifs de ce projet ?

Cette étude a pour objectif d'étudier le rapport qu'entretiennent les internes en médecine générale avec le langage technique médical.

Que se passe-t-il si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre histoire et votre conception du langage technique médical. Cet entretien sera réalisé par l'investigateur secondaire suivant vos disponibilités, dans le lieu que vous souhaitez Il peut durer de 30 à 90 minutes, en fonction de ce que vous voudrez dire, et sera enregistré de façon anonyme. Votre participation est volontaire. Vous êtes libre de changer d'avis et de quitter l'étude à n'importe quel moment sans avoir à fournir de raison.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

L'enregistrement vocal de votre entretien sera retranscrit mot à mot de façon pseudonyme et confidentielle. Une fois retranscrit par écrit, l'enregistrement vocal sera détruit et la transcription sur Word® sera conservée de façon sécurisée (les données retranscrites seront conservées sur un ordinateur dans un dossier crypté avec mot de passe). Outre les informations communiquées lors de l'entretien, des données nous permettant de préciser, notamment pour l'analyse du texte, des

caractéristiques des personnes interrogées seront collectées : âge, lieu de naissance, profession, zone d'habitation, situation familial, maternité, cohabitation.

L'analyse des données sera réalisée par l'investigateur secondaire en collaboration avec deux étudiants en thèse de l'Université de Paris (l'analyse du texte se fait par plusieurs chercheurs pour limiter la subjectivité du chercheur secondaire et confronter les différentes interprétations possibles du texte). Les données recueillies ne seront consultées que par les membres de l'équipe de recherche l'investigateur secondaire, les deux étudiants en thèse de l'Université de Paris et le directeur de thèse).

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine de l'investigateur secondaire et pourront éventuellement être publiés sous forme d'article scientifique. Certaines citations de l'entretien pourront éventuellement être utilisées de manière totalement anonyme dans la thèse ou dans une publication.

Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre l'analyse des résultats, dans des conditions assurant leur confidentialité.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de limitation de traitement de toutes les données vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche auprès du responsable de la recherche en vous adressant à l'investigateur secondaire marion.giroud@etu.u-paris.fr. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais avec un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande.

Vous pouvez contacter également le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Paris à l'adresse suivante :

DPD, 18 rue de l'École de Médecine, 75006 Paris

dpo@u-paris.fr

Il pourra notamment vous expliquer les voies de recours dont vous disposez auprès de la CNIL. Vous pouvez également exercer votre droit à réclamation directement auprès de la CNIL (pour plus d'informations à ce sujet, rendez-vous sur le site www.cnil.fr).

Durée de conservation des données : Vos données personnelles seront supprimées après publication du mémoire ou de l'article ou, à défaut, 2 ans à l'issue de la recherche.

Pour toute question ou information complémentaire, vous pouvez contacter : Marion Giroud