

Rubrique formation : Article original

Le français de la médecine au service du français médical

French for medicine at the service of medical French.

Abdou Elimam, *Émérite de Rouen*
Sorbonne Nouvelle Paris

RESUME

Notre contribution apporte une voie de dépassement réaliste et peu coûteux à ce problème posé par le faible niveau de français d'étudiants provenant d'un baccalauréat arabophone et inscrits en médecine. Une méthodologie associant des techniques d'analyse du discours aux procédures de l'ingénierie de la formation est présentée. L'objectif assigné est de déboucher sur un projet innovant et capable de répondre à 100 % des besoins linguistiques. Les bases théoriques et conceptuelles de la démarche sont présentées de même qu'une étude de cas est traitée pour mettre en exergue les différentes étapes de la démarche. Les responsables des formations de médecine pourraient trouver dans cette méthodologie le moyen de palier aux insuffisances linguistiques, à moindre frais.

Mots-clés : français de la médecine, ingénierie de la formation, actes de discours, référentiel de formation

Abstract

This contribution presents the framework of a pedagogical means allowing to simply overcome the dilemma raised by the low level in French of students enrolled in medical sciences studies and whose academic background was in Arabic language until the «baccalauréat». We discuss a methodological shift taking ground in both discourse analysis techniques and procedures borrowed from the training engineering area. The aim of this innovative project is to, really, cover 100% of the linguistic needs.

The conceptual and methodological frames of the approach are discussed and a case study is offered to witness the different phases of the preparation process. Those in charge of the academic aspects of the training in medical studies will find in this methodology an answer to their endemic problem of “students weak in French”; with no over costs.

Key words: French for medicine, training engineering, speech acts, training frames of references.

ملخص

تقدم هذه المساهمة طريقة عقلانية غير مكلفة تسمح للطلاب المتحقيين بدراسات العلوم الطبية التغلب على المعضلة التي يثيرها مستواهم المنخفض في اللغة الفرنسية و الراجع إلى اعتماد الدراسة الأكاديمية على اللغة العربية من الطور الابتدائي إلى شهادة "البكالوريا". تناقش هذه الدراسة منهجية جديدة "مبتكرة" تجمع بين كل من تقنيات تحليل الخطاب والعمليات المتبعة في مجال هندسة التدريب، بهدف تغطية الاحتياجات اللغوية لطلبة الدراسات الطبية مئة بالمائة. كما أن الأسس النظرية و المفاهيمية المعتمدة في هذه الدراسة هي نفسها المعتمدة في دراسة حالة و ذلك من خلال إظهار مختلف خطوات النهج المتبع. سيجد أيضا المسؤولون عن الدراسات الطبية في هذه الطريقة الجديدة إجابة للتغلب على مواطن الضعف اللغوية التي يعاني منها الطلبة و بأقل تكلفة.

الكلمات المفتاحية : الفرنسية لأغراض الطب ، هندسة التدريب ، أفعال الكلام ، مرجعية تدريب

1. Introduction

Les étudiants algériens admis en médecine proviennent tous d'un baccalauréat arabophone. Pourtant, c'est en langue française que les cours de médecine leur sont dispensés. De l'avis de tous les observateurs, leur niveau de langue n'est, en général, pas à la hauteur des exigences d'un tel enseignement.

Le recours au «perfectionnement linguistique» ne semble pas porter ses fruits: les cours sont dispensés – sur la base d'une heure trente hebdomadaire – par des littéraires. Les profils de ces enseignants sont tels qu'ils privilégient grammaire et littérature dans des approches didactiques de «français langue maternelle».

A ces remarques, il faut ajouter leur confinement systématique dans des cours «sur» la langue plutôt que des cours «de» la langue; profusion de formalisation et de métalangue (la terminologie grammaticale, en somme). Il n'est pas étonnant, dès lors, qu'ils mobilisent bien plus des réflexes de mémorisation (le fameux «par-coeurisme» constaté par tous) que d'apprentissages systématisés. Ceci explique largement pourquoi de tels parcours pédagogiques - non adaptés aux situations contemporaines- produisent des résultats si peu productifs. Paradoxalement, la raison «principale» de l'échec est attribuée aux étudiants qui témoigneraient d'une véritable «régression» - on parle même d'une «baisse de niveau catastrophique» qui s'accroît d'année en année.

La question qui se pose est donc de savoir dans quelle mesure il est possible, dans le contexte actuel des facultés de médecine, d'aider les étudiants dans la compréhension de la langue d'enseignement («langue de la médecine») pour mieux intégrer les contenus enseignés («le français médical»). Dans ce qui va suivre, nous exposerons brièvement les contours d'une méthodologie (A. Elimam, 2013) qui a déjà fait preuve d'efficacité, ailleurs. Nous l'illustrerons sur la base d'un corpus de médecine. L'objectif étant de montrer comment une préparation linguistique du support de cours permet, réellement, de transformer le cours de médecine

en un moment de d'intercompréhension maximale et de plaisir partagé.

2. Les discours de spécialité

Il est admis que le français en usage dans l'enseignement des disciplines de spécialité² mobilise les structures discursives de la langue française en général. En effet, l'organisation de l'énoncé écrit ou oral en français de spécialité présente des similitudes avec la langue de communication courante. Il n'y a donc pas de clivage entre «langue de communication générale» et «langue des sciences et techniques». C'est seulement que la communication technique en langue française exploite, plus particulièrement, certains aspects de la langue de communication générale.

Ce sont ces aspects de la langue qui permettent, entre autres, d'éviter la polysémie qui a pour conséquence de causer des déperditions dans la transmission des contenus techniques. C'est pourquoi il est établi que le texte de la spécialité recourt à une terminologie monosémique en même temps qu'il utilise une syntaxe simplifiée (en principe) pour une transmission assurée de son organisation notionnelle et conceptuelle.

L'enseignement de la langue de spécialité ne vise pas à doter les apprenants de compétences linguistiques ayant pour finalité l'esthétisme de la langue mais de les munir d'outils spécifiques leur permettant d'affronter un discours de spécialisation.

Les discours scientifiques et techniques ont, certes une fonction informative essentielle, cependant ils présentent des caractéristiques linguistiques qui doivent servir de repères dans les enseignements en langue de spécialité. La caractéristique la plus populaire c'est, évidemment, l'univers sémantique qui sous-tend un lexique spécialisé. C'est cet aspect qui a longtemps retenu l'attention des didacticiens des «langues de spécialité» qui ont mis sur pied des formations de «terminologie»; quasi exclusivement. Cependant, sachant que la terminologie ne pèse pas plus de 15 à 20 % de tout texte scientifique, que faire des 80 à 85% restants? Sachant que le reste est une combinaison:

² Lerat P, 1995; M. Berchoud & D. Rolland, 2004; S. Eurin & M. Heno, 1992; D. Lehmann, 1993; JM. Mangiante & C. Parpette, 2004; F. Mourlhon-Dallies, 2008

- de caractéristiques typologiques et iconographiques (combinaison harmonieuse de signes linguistiques et non linguistiques; recours aux illustrations, aux formules, aux symboles, aux graphes, aux tableaux, etc.; mais également à des plans; sommaires; programmes; etc.)
- de caractéristiques pragmatiques (actes de discours récurrents tels que : *argumenter, expliquer, démontrer, décrire, observer, repérer, classer, présenter, exposer, expliquer, caractériser, comparer, justifier*, etc.)
- de caractéristiques textuelles et lexicales (anaphores, cataphores, structures récurrentes, règles de composition lexicales, termes génériques, hyponymes, etc.).

Ce qui devrait nous préoccuper plus particulièrement, ce sont précisément les caractéristiques récurrentes – hors terminologie qui relève strictement de la responsabilité des enseignants des disciplines. A titre d'exemple, mentionnons le fait que le discours scientifique présente, en moyenne, 30% des verbes à la forme passive; là où le texte littéraire semble plafonner à 2,5%. Une telle récurrence constitue l'une des caractéristiques générales qu'il serait utile de conserver en mémoire. Sachant toutefois que ces dernières, précisément parce qu'elles sont générales, ne s'appliquent pas à tout texte de spécialité et à tout domaine de manière systématique.

3. Terminologies spécialisées

Revenons à cet univers sémantique qui sous-tend un lexique spécialisé et voyons quelle est la place à réserver à la terminologie dans la préparation linguistique? Disons d'emblée que la terminologie est portée par le tissu discursif. Le sens des termes ne peut déboucher que par l'intermédiaire des constructions syntaxiques qui le portent. Or si la terminologie relève de l'enseignement de la discipline, les constructions qui la portent, elles, relèvent de la compétence de l'enseignant de la langue de spécialité.

Le lexique de spécialité répond à des règles discursives qui le légitiment et le valident, depuis l'acte de dénomination qui l'a inscrit en langue, jusqu'à sa dispersion textuelle. Le terme, bien plus que toute autre unité lexicale, retient les conditions de sa production: l'histoire

du domaine qui l'a forgé, la mémoire d'une synthèse faite de pratiques techniques ou scientifiques déterminées, la nécessité d'un environnement spécifique, etc. La prétendue monosémie attribuée aux termes est, en réalité, une illusion d'optique en cela que c'est le domaine qui circonscrit l'extension lexicale. Les bons dictionnaires ne s'y trompent pas eux, qui mentionnent le rattachement des termes à des domaines, précisément. Pour ces raisons, il est tout à fait contre-productif, pour un enseignant de langue, d'enseigner le lexique de la spécialité. En effet, un terme constitue une sorte de synthèse encapsulant des processus, des démarches, des propriétés, etc. qui ont présidé à sa dénomination. En se risquant à l'inclure dans ses prérogatives, l'enseignant de la langue de spécialité prend la responsabilité de contresens qui pourraient gravement nuire à la compréhension ... ou le ridiculiser! Il est donc bien plus judicieux de confier cette «minorité» lexicale aux enseignants de la spécialité et de ne se soucier que de ce qui contribue à leur mise en discours: les constructions syntaxiques, les procédés syntagmatiques, les classes d'équivalences, les familles paraphrastiques, etc. Cela n'exclut pas d'exposer brièvement et surtout d'expliquer certains procédés formels de la composition lexicale: les formes de dérivations, la composition, l'affixation, les abréviations, etc. L'enseignant de la spécialité devra donc s'intéresser aux 80 à 85% de la composante linguistique de son corpus.

4. Caractéristiques syntaxiques

On dit – à juste titre – de la syntaxe du discours scientifique qu'elle est «allégée». Son locuteur est souvent un locuteur abstrait, il configure la communauté scientifique. Quant à l'interlocuteur, il est bien cerné dans la mesure où ne lit ce type de littérature que le locuteur dans la peau d'un étudiant ou d'un enseignant/chercheur. On constate une forte utilisation du présent de l'indicatif – qui a fait dire qu'il y avait une «intemporalité» dans le discours scientifique (ex. dans la description d'appareils ou de dispositifs, quand on fait référence aux illustrations accompagnant un texte, quand les chercheurs font référence à leurs recherches précédentes). Les autres formes verbales sont limitées. De manière générale, un certain nombre de repères sont,

néanmoins, utiles à reconnaître dans le texte scientifique ou technique:

- Les connecteurs de temporalité: localisation soit dans le temps, soit au sein d'un processus;
- Les connecteurs de topologie: localisation dans l'espace;
- Les connecteurs logiques : Cause/ Effet ; Classifications; Comparaison et Opposition (lorsqu'il s'agit de deux éléments qui se ressemblent, à la base); Analogie (lorsqu'il s'agit de deux éléments différents, à la base).

5. Caractéristiques pragmatiques

Par «pragmatique», nous entendons à la fois les effets escomptés sur l'interlocuteur, et le type d'acte de communication sollicité (J.M. Adam (2006). Il s'agit d'agencements dits «narratifs»«argumentatifs», «descriptifs», etc. Nous avons donc affaire à une combinaison entre un acte de discours et un effet visé sur l'interlocuteur/lecteur. Il ressort de l'observation, que les actes discursifs que l'on rencontre le plus fréquemment sont *décrire, définir, expliquer, argumenter, localiser dans le temps et dans l'espace, donner des instructions*. A ces actes très sollicités, viennent concourir des procédés discursifs transversaux tels que *classer, comparer, quantifier, expliquer, relativiser*, etc. La liste reste ouverte car chaque domaine discursif peut occasionner le recours à un type d'acte non prévu initialement.

6. Caractéristiques typographiques et iconographiques

Il s'agit de combinaisons harmonieuses de signes linguistiques et non linguistiques. Aux aspects textuels viennent se greffer des illustrations, des formules, des symboles, des graphes, des tableaux. Parallèlement à cela, d'autres formes d'exposition prennent sens: les plans; les sommaires; les programmes; etc. Les textes scientifiques qui nous intéressent proviennent de cours, de thèses, d'articles, de traités, d'exposés, de fiches techniques pour la maintenance etc. Ils ne présentent donc pas tous les mêmes ingrédients typographiques, iconographiques et linguistiques. Notons que plus un texte est didactique, plus l'objet de connaissance qu'il présente se trouve éclaté; ce qui fait courir le risque d'une certaine atomisation du savoir. Les graphes, les

formules, les schémas, les tableaux deviennent des stimulateurs intensifs d'actes discursifs tels que *présenter, commenter, comparer, formuler*, etc.

Toutes ces règles interviennent pour l'élaboration d'un texte et l'ensemble de ces éléments de typographie (voire d'infographie), traduit une sorte de syntaxe auxiliaire qui vient renforcer la syntaxe textuelle. L'occupation de l'espace en titres, intertitres, paragraphes, etc. participe pleinement à la production du texte. Si on prend un document contenant un schéma éclaté, une coupe longitudinale d'un organe, par exemple, il est clair qu'il nous faut un « guide » de lecture, des légendes accolées aux schémas. Il y a donc bien une syntaxe de l'organigramme et du schéma, syntaxe que partagent les experts de la spécialité. C'est de la prise en considération de ces caractéristiques linguistiques, typographiques et infographiques que doit se concevoir la préparation linguistique de étudiants de médecine, en l'occurrence. L'objectif consistant à asseoir et enrichir les aptitudes des futurs médecins à embrasser cette langue comme outil d'appréhension du support spécifique de leurs spécialités. Ce n'est qu'ultérieurement qu'ils élargiront leur spectre linguistique.

7. La didactique de la langue de spécialité

7.1 Principes directeurs de la didactique des langues

L'objet de la didactique linguistique qui nous concerne est donc la langue de la médecine qui plus est, est une langue seconde (ou «étrangère», comme l'on dit parfois). Il s'agira donc d'intégrer ces deux caractéristiques dans une ingénierie didactique spécifique. S. Krashen, un didacticien américain dont les théories auront marqué sa discipline³, a construit son édifice théorique sur la base d'un principe simple, «on n'apprend que si l'on comprend», et recommande de réunir les conditions de la compréhension pour mieux réussir dans sa tâche d'enseignement. Il démontre que c'est sur cette base que l'on parvient à impliquer les apprenants et à atténuer leurs blocages affectifs. Trois paramètres sont, ainsi, mobilisés:

- la non fixation sur la forme linguistique, à partir du moment où

³ Krashen S., 1982/2009.

- l'attention se focalise sur la reconnaissance/compréhension du contexte et de l'événement;
- la réflexion «sur» la langue lors des moments de veille grammaticale;
- la libération des pulsions communicatives, entrer dans l'échange, «sans complexe».

Faciliter la compréhension en vue de permettre un meilleur apprentissage consiste à impliquer les apprenants dans la déconstruction/reconstruction du contexte. Par exemple en prenant appui sur un schéma, une photo, un graphisme, un tableau comparatif, etc. demander aux apprenants d'expliquer ce dont il s'agit. L'attention est dès lors focalisée sur le contenu et bien moins sur la forme linguistique. La disposition d'apprentissage est donc facilitée. Il reste à considérer le type de préparations que l'enseignant doit prévoir.

7.2 Construire un référentiel linguistique de compétences

L'ingénierie de la formation nous conduira sur quelques pistes méthodologiques. En effet le premier réflexe consistera à déterminer le besoin effectif de formation – rappelons-nous qu'il ne s'agit pas d'enseigner «la langue», mais d'aider à comprendre un cours de médecine –. Sachant que la formule du besoin est la suivante: [*Besoin = (Acquis - Requis)*], il nous faut, au préalable disposer d'un référentiel de formation, c'est-à-dire d'un «requis». Comment, dès lors, y parvenir?

En réalité le requis de la formation est inscrit dans l'ensemble des documents (oraux ou écrits) que l'étudiant sera amené à affronter: les cours et conférences, les photocopiés, les articles, les affichages divers et les ouvrages standards de références. Pour être les plus pertinentes, les ressources documentaires doivent être, exclusivement, celles auxquelles

l'étudiant est exposé. D'une manière plus pragmatique, disons que pour préparer les étudiants à suivre un cours *médic-A*, il serait préférable que la leçon de français de la médecine ait eu pour support précisément le cours *médic-A*. Une fois la langue du cours dégrossie, l'étudiant pourra se concentrer sur le contenu de *médic-A* plutôt que de se sentir écarté par la forme linguistique et devoir recourir à la mémorisation mécanique pour se préparer aux évaluations. Le référentiel étant niché dans le corpus pédagogique de l'enseignement du français médical, il nous faut un outil nous permettant de le dégager. Cette étape est très technicienne puisqu'elle mobilise des compétences de la linguistique, en l'occurrence la mise en exergue des actes de discours des textes et de la reconnaissance des structures syntaxiques mises en correspondance avec ces actes. Par exemple, l'acte «définition» sera présenté en association avec la structure syntaxique qui lui correspond, un peu comme ceci:

[*DÉFINITION* \Leftrightarrow «Un neurone, ou une cellule nerveuse, **est** une cellule excitable constituant l'unité fonctionnelle de base du système nerveux.»].

En somme nous nous retrouvons avec des tableaux dans lesquels nous aurons:

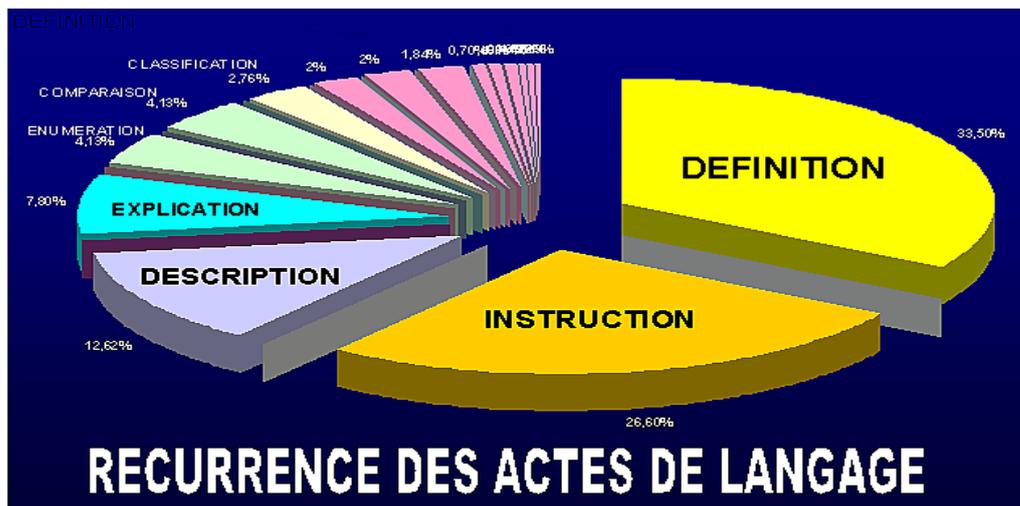
[Acte de discours(n) \Leftrightarrow Structure (n)].

Les actes sollicités sont classés par nombre d'occurrences de même que les structures qui leur correspondent. Un même acte peut avoir plusieurs structures, bien entendu. Lorsque ce classement de la matière linguistique, qui est notre objet de reconnaissance/compréhension, est terminé, nous nous retrouvons avec le référentiel (maison) linguistique de compétences. Le tableau dégagé met en exergue l'importance de chaque acte en affichant son poids relatif en pourcentage

ACTES DE DISCOURS	TAUX DE RÉCURRENCE
<i>Définition</i>	33,50 %
<i>Instruction</i>	26,6 %
<i>Description</i>	12,62 %
<i>Explication</i>	07,80 %
<i>Énumération</i>	04,13 %
<i>Comparaison</i>	04,13 %
<i>Classification</i>	02,76 %

Le poids relatif des actes de discours va permettre de dégager le temps proportionnel qu'il faudra lui consacrer dans la préparation

déterminé par l'écart indiqué par la différence entre le référentiel et l'acquis. Cette partie du travail – certes un peu lourde – est la plus



linguistique des étudiants : 33,5 % du temps pour la *définition* (et les structures qui lui sont associées), 26,6 % pour *l'instruction*, etc.

Le tableau des structures par acte de discours va nous permettre de dégager la matière précise à faire découvrir et/ou reconnaître/comprendre. Par exemple l'acte «définir par procédé» va être mis en correspondance avec la structure: «A partir de X, on obtient, toujours à partir de A, Y.». Dès lors, c'est cette structure qui devra être travaillée partiellement d'abord: «A partir de X, on obtient Y». L'ensemble des relations [acte <=>structure] va constituer le référentiel linguistique de formation: voici comment nous parvenons à circonscrire le «requis». Pour déterminer «l'acquis», il nous faut procéder à des tests de positionnement conçus à partir du référentiel. En somme, le besoin effectif est

«technique» mais également la plus décisive. Elle repose sur des compétences linguistiques pointues qui nécessitent une réelle formation préalable. Mais l'avantage d'une telle démarche c'est que l'investissement initial pourra être reconduit d'année en année car les contenus des cours des premières années de médecine sont relativement stabilisés sur de longues périodes.

8. Étude de cas

Nous allons nous mettre en situation d'un enseignant de la langue de spécialité face à un corpus en français médical. Pour cela nous allons prendre un cours support, «Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire», en vue de le didactiser. Nous commencerons par mettre en application les principes méthodologiques d'élaboration d'un référentiel linguistique de

formation pour pouvoir, ensuite, procéder au montage du cours lui-même.

8.1 Du support de cours à la leçon de français de la médecine

Point de départ : Le texte support :

Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire

1. Quel contrôle des facteurs de risque (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabagisme, alcool, obésité, hyperhomocystéinémie) est recommandé après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire ?

1.1 Hypertension artérielle

R 1. Un traitement antihypertenseur est recommandé chez tout hypertendu (PA supérieure ou égale à 140/90 mmHg) après un infarctus cérébral ou un AIT (grade A).

R 2. La pression artérielle cible doit être inférieure à 140/90 mmHg (AE).

R 3. L'objectif de pression artérielle et les modalités de l'abaissement de la pression artérielle doivent prendre en compte l'âge, l'existence d'une sténose > 70 % (critères NASCET) ou d'une occlusion des artères cervicales ou intracrâniennes, les comorbidités (AE).

R 4. Il est recommandé de mesurer le niveau et la variabilité de la pression artérielle, notamment par l'automesure¹ ou à défaut par la MAPA (AE).

R 5. Le traitement initial recommandé est fondé sur les classes suivantes : diurétiques thiazidiques, IEC, inhibiteurs calciques (dihydropyridines) (grade B). Les autres classes médicamenteuses peuvent être choisies en fonction des comorbidités, de la tolérance et du niveau de pression artérielle visé (AE).

1.2 Dyslipidémie

R 6. Un traitement par statine est recommandé pour les patients ayant un infarctus cérébral ou un AIT non cardioembolique et ayant un LDL-cholestérol $\geq 2,6$ mmol/l (1 g/l) (grade A).

R 7. La cible de LDL-cholestérol recommandée est $< 2,6$ mmol/l (1 g/l) (AE).

R 8. Un traitement par statine est recommandé quel que soit le taux de LDL-cholestérol chez les patients diabétiques (grade B) ou ayant un antécédent coronarien (grade A). 1 Règle de l'automesure de la pression artérielle : « règle

des 3 » : en position assise, 3 mesures le matin, 3 mesures le soir, 3 jours de suite, en période d'activité habituelle. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire - Actualisation HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Juin 2018 6

R 9. Un traitement par statine peut être envisagé chez les patients ayant un LDL-cholestérol $< 2,6$ mmol/l (1 g/l) et un infarctus cérébral ou un AIT associé à une maladie athéroscléreuse symptomatique (AE).

R 10. Il est recommandé d'utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements vasculaires (grade A) (cf. Fiche bon usage des médicaments - Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficience).

R 11. Le traitement doit être associé à des règles hygiéno-diététiques (AE).

R 12. Chez les patients au-delà de 80 ans il est recommandé de débiter le traitement à dose faible et de contrôler le LDL-cholestérol pour arriver progressivement à la cible (AE).

1.3 Diabète

R 13. Pour les patients diabétiques de type 2 avec un antécédent d'infarctus cérébral ou d'AIT récent de moins de 6 mois, un objectif d'HbA1c (hémoglobine glyquée A1c) inférieur ou égal à 8 % est recommandé (AE).

R 14. Pour les patients diabétiques de type 2 avec un antécédent d'infarctus cérébral ou d'AIT au-delà de 6 mois, un objectif d'HbA1c inférieur ou égal à 7 % est recommandé (AE). Les recommandations de la HAS relatives aux objectifs glycémiques chez les patients ayant un diabète de type 2 en fonction du profil du patient (cas général, personne âgée, antécédent cardiovasculaire, insuffisance rénale chronique) sont présentés en annexe 1, tableau 2. Ils sont issus de la RBP « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 » publiée en 2013.

1.4 Tabagisme

R 15. Le sevrage tabagique est recommandé au décours d'un infarctus cérébral ou d'un AIT (grade B).

R 16. Les patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de l'infarctus cérébral ou de l'AIT (AE). Les principes généraux de prise en charge, les thérapies et méthodes recommandées en première intention, et la place des cigarettes électroniques sont présentés en annexe 2

, tableau 3 (voir RBP HAS « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » publiée en 2014).

R 17. L'éviction du tabagisme dans l'environnement du patient est également recommandée (AE).

1.5 Alcool

R 18. Les hommes consommant plus de trois verres de boisson alcoolisée par jour (3 unités d'alcool par jour ou 30 g/j) et les femmes consommant plus de deux verres par jour (2 unités d'alcool par jour ou 20 g/j) doivent réduire ou interrompre leur consommation (grade C).

R 19. Après un infarctus cérébral, les patients alcoolodépendants doivent bénéficier des méthodes de sevrage appropriées et d'une prise en charge spécifique (AE). Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire - Actualisation

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Juin 2018 7

1.6 Obésité

R 20. Les objectifs thérapeutiques sont fonction de l'indice de masse corporelle, du tour de taille et de la présence de comorbidités (AE) (annexe 3, tableau 4). Ils sont issus de la RBP HAS « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours » publiée en 2011.

1.7 Hyperhomocystéinémie

R 21. Il n'est pas recommandé de supplémenter en vitamine B en dehors d'une hyperhomocystéinémie documentée (AE).

Point d'arrivée : Le plan du cours de langue de spécialité

1. ACTE DISCURSIF : INJONCTION

Prédicats principaux :

Recommander ; devoir ;

pouvoir = Conseil/Injonction

2. LA FORME PASSIVE:

Forme Active		Forme Passive
Sujet Verbe COD à COI		COD être Verbe PP par Agent à COI
<i>X recommande Y à Z</i>		<i>Y est recommandé par X à Z</i>

Forme Active		Forme Passive
Sujet Verbe de V		Impers. Etre Verbe PP de V
<i>X recommande de V</i>		<i>Il Est recommandé de V</i>

Forme Active

Sujet	Verbe	COD	à	COI
X	recommande	Y	à	Z

3. LES MODAUX POUVOIR ET DEVOIR:

X doit être inférieure à n.

X doit être associé à A

X et Y de Z doivent prendre en compte A

X peut être envisagé chez A

Z peuvent être choisies en fonction de X

X est fondé sur Y

Règle de X : A

4. LA FORME VERBE+ «ANT»:

« ant »: Verbe-Adjectif

ayant A ou B et ayant C \geq n.

A ayant démontré B

5. DEFINIR UN CONTEXTE:

quel que soit Y chez A ou ayant B

chez tout Y après Z

pour Y ayant A ou B et ayant C \geq n

notamment par A ou à défaut par B

pour arriver progressivement à C

3.1. L'analyse linguistique

Commençons par la place de la terminologie – ici surlignée.

Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire

1. Quel contrôle des facteurs de risque (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabagisme, alcool, obésité, hyperhomocystéinémie) est recommandé après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire ?

1.1 Hypertension artérielle

R 1. Un traitement antihypertenseur est recommandé chez tout hypertendu (PA supérieure ou égale à 140/90 mmHg) après un infarctus cérébral ou un AIT (grade A).

93R 2. La pression artérielle cible doit être inférieure à 140/90 mmHg (AE).

R 3. L'objectif de pression artérielle et les modalités de l'abaissement de la pression artérielle doivent prendre en compte l'âge, l'existence d'une sténose > 70 % (critères NASCET) ou d'une occlusion des artères cervicales ou intracrâniennes, les comorbidités (AE).

R 4. Il est recommandé de mesurer le niveau et la variabilité de la pression artérielle, notamment par l'automesure¹ ou à défaut par la MAPA (AE).

R 5. Le traitement initial recommandé est fondé sur les classes suivantes : diurétiques thiazidiques, IEC, inhibiteurs calciques (dihydropyridines) (grade B). Les autres classes médicamenteuses peuvent être choisies en fonction des comorbidités, de la tolérance et du niveau de pression artérielle visé (AE).

1.2 Dyslipidémie

R 6. Un traitement par statine est recommandé pour les patients ayant un infarctus cérébral ou un AIT non cardioembolique et ayant un LDL-cholestérol \geq 2,6 mmol/l (1 g/l) (grade A).

R 7. La cible de LDL-cholestérol recommandée est $<$ 2,6 mmol/l (1 g/l) (AE).

R 8. Un traitement par statine est recommandé quel que soit le taux de LDL-cholestérol chez les patients diabétiques (grade B) ou ayant un antécédent coronarien (grade A). 1 Règle de l'automesure de la pression artérielle : « règle des 3 » : en position assise, 3 mesures le matin, 3 mesures le soir, 3 jours de suite, en période d'activité habituelle. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire - Actualisation HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Juin 2018 6

R 9. Un traitement par statine peut être envisagé chez les patients ayant un LDL-cholestérol $<$ 2,6 mmol/l (1 g/l) et un infarctus cérébral ou un AIT associé à une maladie athéroscléreuse symptomatique (AE).

R 10. Il est recommandé d'utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements vasculaires (grade A) (cf. Fiche bon usage des médicaments - Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité).

R 11. Le traitement doit être associé à des règles hygiéno-diététiques (AE).

R 12. Chez les patients au-delà de 80 ans il est recommandé de débiter le traitement à dose faible et de contrôler le LDL-cholestérol pour arriver progressivement à la cible (AE).

1.3 Diabète

R 13. Pour les patients diabétiques de type 2 avec un antécédent d'infarctus cérébral ou d'AIT récent de moins de 6 mois, un objectif

d'HbA1c (hémoglobine glyquée A1c) inférieur ou égal à 8 % est recommandé (AE).

R 14. Pour les patients diabétiques de type 2 avec un antécédent d'infarctus cérébral ou d'AIT au-delà de 6 mois, un objectif d'HbA1c inférieur ou égal à 7 % est recommandé (AE). Les recommandations de la HAS relatives aux objectifs glycémiques chez les patients ayant un diabète de type 2 en fonction du profil du patient (cas général, personne âgée, antécédent cardiovasculaire, insuffisance rénale chronique) sont présentés en annexe 1, tableau 2. Ils sont issus de la RBP « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 » publiée en 2013.

1.4 Tabagisme

R 15. Le sevrage tabagique est recommandé au décours d'un infarctus cérébral ou d'un AIT (grade B).

R 16. Les patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de l'infarctus cérébral ou de l'AIT (AE). Les principes généraux de prise en charge, les thérapies et méthodes recommandées en première intention, et la place des cigarettes électroniques sont présentés en annexe 2, tableau 3 (voir RBP HAS « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » publiée en 2014).

R 17. L'éviction du tabagisme dans l'environnement du patient est également recommandée (AE).

1.5 Alcool

R 18. Les hommes consommant plus de trois verres de boisson alcoolisée par jour (3 unités d'alcool par jour ou 30 g/j) et les femmes consommant plus de deux verres par jour (2 unités d'alcool par jour ou 20 g/j) doivent réduire ou interrompre leur consommation (grade C).

R 19. Après un infarctus cérébral, les patients alcoolodépendants doivent bénéficier des méthodes de sevrage appropriées et d'une prise en charge spécifique (AE). Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire - Actualisation HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Juin 2018 7

1.6 Obésité

R 20. Les objectifs thérapeutiques sont fonction de l'indice de masse corporelle, du tour de taille et de la présence de comorbidités (AE) (annexe 3, tableau 4). Ils sont issus de la RBPHAS «

Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours » publiée en 2011.

1.7 Hyperhomocystéinémie

R 21. Il n'est pas recommandé de supplémenter en vitamine B en dehors d'une hyperhomocystéinémie documentée (AE).

TOTAL MOTS 851

DONT 121 TERMES = 14,21 %

49 TERMES NON REDONDANTS = soit 5,75 %

8.2 Le référentiel linguistique

C'est le filtrage du texte en *thèmes* et *propos* qui va nous permettre de dégager les structures où le noyau informatif sera distingué des extensions (les circonstants de temps de lieu, de manière, etc.).

ACTE DE DISCOURS PRINCIPAL :

INJONCTION

Détection des STRUCTURES mobilisées:

X est recommandé chez tout Y après Z.

X doit être inférieure à n.

X et Y de Z doivent prendre en compte A, B ou C ou D, E.

Il est recommandé de mesurer X, notamment par A ou à défaut par B.

X est fondé sur Y suivantes : A, B, C. Z peuvent être choisies en fonction de X, Y et Z.

X est recommandé pour Y ayant A ou B et ayant $C \geq n$.

X est n.

X est recommandé quel que soit Y chez A ou ayant B. Règle de X : A

X peut être envisagé chez A ayant $B < n$ et C ou D associé à E.

Il est recommandé d'utiliser A ayant démontré B de C.

X doit être associé à A.

Chez X il est recommandé de débiter A et de contrôler B pour arriver progressivement à C.

Regroupement par prédicats:

X est recommandé quel que soit Y chez A ou ayant B.

X est recommandé chez tout Y après Z.

X est recommandé pour Y ayant A ou B et ayant $C \geq n$.

Il est recommandé de mesurer X, notamment par A ou à défaut par B.

Il est recommandé d'utiliser A ayant démontré B de C.

Chez X il est recommandé de débiter A et de contrôler B pour arriver progressivement à C.

X doit être inférieure à n.

X doit être associé à A

X et Y de Z doivent prendre en compte A, B ou C ou D, E.

X peut être envisagé chez A **ayant B <n et C ou D associé à E.**

Z peuvent être choisies en fonction de X, Y et Z.

Xestn.

Xest fondé sur Y suivantes : A, B, C.

Règle de X : A

La suffixation en «ant»: Verbe-Adj

ayant B.

ayant A ou B et ayant $C \geq n$.

A ayant B <n et C ou D associé à E.

A ayant démontré B de C.

La collecte de base du référentiel linguistique est maintenant réalisée. Le «requis» est donc disponible sous une forme exploitable par l'enseignant en vue de construire un cours qui vise à préparer les étudiants à suivre l'enseignement médical, à proprement parler.

Nous obtenons quelque chose comme ce que nous avons présenté plus haut en 3.1.

Pour déterminer le besoin effectif, il ne reste plus qu'à positionner les étudiants par rapport au requis. C'est le manque à gagner qui va constituer l'adaptation du cours de langue de spécialité aux apprenants.

9. Conclusions

Au terme de cette succincte présentation, il devient évident que le français de la médecine n'est pas le français médical, mais qu'il n'est

pas non plus le français de la grammaire et de la littérature.

La solution au problème réside donc ailleurs. C'est ce que notre méthodologie de la langue de spécialité appliquée à la médecine nous permet de réaliser.

En effet le français médical est porté par tout un tissu discursif qui le valide et c'est ce dernier que notre méthodologie permet de faire ressortir, moyennant la mise en œuvre d'une technique linguistique.

Ce faisant, nous parvenons à réunir les conditions pratiques pour préparer l'étudiant à mieux comprendre et assimiler le français médical. Même si l'on peut le déplorer, ce savoir faire ne fait pas partie de la formation en Lettres et langue françaises. Par conséquent c'est en responsabilisant des enseignants de médecine (volontaires) dont la compétence en français est avérée que l'on pourra, de manière interne apporter des solutions innovantes et certaines. Une formation rapide aux techniques de l'analyse de discours (école américaine) et aux procédures d'ingénierie pédagogique devrait permettre aux structures académiques d'inverser la courbe et rendre les enseignements de la médecine plus vivants et plus participatifs.

Quant aux étudiants, ils prendraient du plaisir à découvrir ces cours de langue de la médecine car ces derniers les prépareraient à mieux comprendre, donc à mieux apprendre.

Références bibliographiques

Linguistique & didactique des langues. Adam J.M. (2006). *La linguistique textuelle*. Armand Colin/Bailey, N., C. G. Madden & S. D. Krashen. (1974). «Is there a 'natural sequence' in adult second language learning ? » - *Language Learning* 24, 235-243.

Brown H. D. (200). *Principles of language learning and teaching*, Longman

Cohen D.A. (1994). *Assessing language ability in the classroom* - Newbury House/Heinle&Heinle

Combette B. (1988). *Pour une grammaire textuelle, la progression thématique*, de Boeck-Duculot.

Conseil de l'Europe (2001). *Cadre européen commun de référence pour l'apprentissage et l'enseignement des langues*, Strasbourg, 1996, Didier, 2001

Culioli A. (1990). *Pour une linguistique de l'énonciation* - Tome 1, Ophrys - Paris

Defays J.M. (2003). *Le FLE /S, enseignement et apprentissage*, Mardaga

Ducrot, O. (1984). *Le Dire et le dit*. Paris: Minuit.

Elimam. A. (2013). *Le français langue seconde d'enseignement*. Editions INAS - Alger.

Elimam A. (2006). *L'exception linguistique en didactique*. Ed. Dar el-Gharb - Algérie

Ellis, R. (1997). *Second language acquisition*. Oxford: Oxford University Press.

Krashen S. (1982/2009). *Principles and Practice in Second Language Acquisition* - University of Southern California. First internet edition July 2009

Langue de spécialité & ingénierie de la formation

Ardouin T. (2003). *Ingénierie de formation pour l'entreprise*. Dunod

Berchoud M.J. & Rolland D. (2004). *Français sur objectifs spécifiques : de la langue aux métiers. Le français dans le monde*. Num spécial janvier 2004, Clé International

Eurin S. & Henao M. (1992). *Pratiques du français scientifique. L'enseignement du français à des fins de communication scientifique*. Hachette-AUPELF

Elimam A. (2007). « Besoins linguistiques en termes d'usages nouveaux défis », in, *attarbiyawattakwin* (revue marocaine de l'éducation et de la formation) - N° 3, 2007 - pp. 51-67.

Elimam A. (2008). « Le français langue de spécialité : une démarche originale », in *Franc-parler*, revue en-ligne de

l'OIF/CIEP-FIPF [http:// www.franc-parler.org/articles/elimam2008.htm](http://www.franc-parler.org/articles/elimam2008.htm).

Jacobi D. (1999). *La communication scientifique: discours, figures, modèles*. PUG

Lehmann D. (1993). *Objectifs spécifiques en langue étrangère*, Hachette, Paris

Lerat P. (1995). *Les langues spécialisées*. P.U.F.

Mangiante J-M. & Parpette C. (2004). *Le français sur objectif spécifique*, Hachette, Paris

Messaoudi L. (2007). « Les rôles de la situation et du contexte dans les technologies bilingues français-arabe », in *Mots, Termes et Contextes*, AUF/Ed. Archives Contemporaines - Paris.

Mourlhon-Dallies F. (2008). *Enseigner une langue à des fins professionnelles*, Didier

Rolle-Boumluc M. (2008). «Le français à visée professionnalisante. Le cas des filières de l'enseignement supérieur», in *Franc-parler*, revue en-ligne de l'OIF/CIEP-FIPF. <http://www.francparler.org/dossiers/flp6.htm>.

Richterich R. (1985). *Besoins langagiers et objectifs d'apprentissage*, Hachette, Paris.