

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université D'Alger II : Bouzaréa
Faculté des Lettres et des Langues Étrangères : Département de Français



Thèse

préparée en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat LMD

Option : Didactique des langues et sociodidactique

***Difficultés rédactionnelles de la correspondance médicale :
procédure de remédiation sur la base de la démarche FOS.
Cas des médecins généralistes de Tébessa***

présentée par

Ahlem ROUABHIA

Sous la direction du Professeure

Essafia AMOROUAYACH

Volume 1

Membres de jury :

- Mme Safia RAHAL,	Professeure, Université Alger2,	Présidente
- Mme Essafia AMOROUAYACH,	Professeure, Université Alger2,	Rapporteur
- Mme Ouerdia YERMECHE,	Professeure, ENS de Bouzaréa,	Examinatrice
- Mme Houda AKMOUN,	MCA, Université de Blida,	Examinatrice
- Mme Zoubida BENHAMLA,	MCA, Université Alger 2,	Examinatrice
- M Mohand Ouali DJEBLI,	MCA, Université Alger 2,	Examineur

Année universitaire : 2019/2020

À ma mère.

À mon frère Kader,

In memoriam,

Requiescat in pace.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie Dieu tout puissant, de m'avoir donné patience, courage et volonté pour réaliser ce travail.

Mes plus profonds et sincères remerciements sont adressés également à ma Directrice de thèse, Professeure AMOROUAYACH Essafia, pour ses nombreuses et systématiques orientations, lectures, remarques, corrections et pour son extrême bienveillance et amabilité.

Je voudrais aussi témoigner ma reconnaissance aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer mon travail.

Je remercie le Professeur BAHOUS Abbès, de l'Université de Mostaganem pour son aide précieuse.

Je tiens à remercier chaleureusement ma mère pour ses sacrifices, ses prières et surtout son amour.

Que soient également remerciés mon beau-frère SLAMA Tarek qui m'a encouragée à passer le concours de doctorat, et mon frère Nabil, sans lequel je n'aurais pas pu effectuer mes déplacements à Alger.

Je remercie Messieurs : COUDRAY. D et HO-KONG-CIAT. P, pour tout le soutien et toute l'aide qu'ils m'ont apportés.

Mes profonds remerciements vont aussi à mes sœurs, mes beaux-frères, mes frères et belles sœurs.

Je remercie vivement mes amis et collègues ABDERAHMANE. Kahine et MALLAM. Hamida de m'avoir soutenue dans les moments les plus durs.

Enfin, un grand merci à tous les médecins généralistes et spécialistes qui ont accepté de participer à mon enquête de terrain, plus particulièrement au Docteur ARAAR H.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	11
LISTE DES TABLEAUX.....	13
LISTE DES FIGURES.....	14
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	16
CHAPITRE I : Place du français dans l'enseignement en Algérie.....	23
Introduction partielle	23
1. Place du français dans l'enseignement public.....	24
1.1. Le français dans l'enseignement primaire, moyen et secondaire.....	24
1.2. Le français dans l'enseignement universitaire	28
1.3. Du statut de langue enseignée à celui de langue d'enseignement	31
2. L'enseignement privé.....	33
3. La coopération éducative et culturelle avec la France	35
3.1. Les instituts français d'Algérie	36
3.1.1. Le domaine éducatif et linguistique	37
3.1.2. Le domaine d'enseignement supérieur et de la recherche	38
3.1.3. Le domaine culturel et artistique	40
3.2. Le lycée international Alexandre Dumas	41
Bilan	43
CHAPITRE II : Le français spécialisé et le français sur objectifs spécifiques. 44	44
Introduction partielle	44
1. Les langues spécialisées	44
1.1. Essai de définition	44
1.2. Rapport des langues spécialisées avec la langue générale	45
1.2.1. Les langues spécialisées une simple variante de la langue générale. 45	
1.2.2. Les langues spécialisées sont des sous-ensembles dans un ensemble	46
1.2.3. Les langues spécialisées sont des langues à part entière	47
1.3. Le français médical	48
1.4. Caractéristiques du français médical	49

1.4.1.	La terminologie	49
1.4.2.	La formation des termes médicaux	49
1.4.2.1.	La dérivation	49
1.4.2.1.1.	La dérivation propre	50
1.4.2.1.2.	La dérivation impropre	50
1.4.2.1.3.	La dérivation régressive	51
1.4.2.2.	La composition et la confixation	51
1.4.2.3.	La réduction	51
1.4.2.3.1.	L'ellipse	52
1.4.2.3.2.	La troncation	52
1.4.2.3.3.	La siglaison et l'acronymie	52
1.4.2.3.4.	Le symbole abrégatif alphabétique	53
1.4.2.4.	L'emprunt	53
1.4.2.4.1.	L'emprunt au grec et au latin	54
1.4.2.4.2.	L'emprunt à l'arabe	55
1.4.2.4.3.	L'emprunt à l'anglais	55
1.4.2.5.	Les éponymes	56
1.4.3.	Les caractéristiques grammaticales	57
1.4.3.1.	Les pronoms personnels	57
1.4.3.2.	Les modes et les temps verbaux	58
1.4.3.3.	Structure et typologie phrastique	59
1.4.4.	Le parlé et l'écrit du français médical	60
1.4.5.	Le style	61
2.	Le Français Sur Objectifs Spécifiques	63
2.1.	Définition	63
2.2.	Aperçu historique du Français Sur Objectifs Spécifiques	63
2.2.1.	Le français militaire	64
2.2.2.	Le français scientifique et technique.....	65
2.2.3.	Le français instrumental	66
2.2.4.	Le français fonctionnel	67
2.2.5.	Le français sur objectifs spécifiques	68

2.2.6. Le français professionnel	68
2.2.7. Le français sur objectif universitaire	69
2.3. Les caractéristiques du français sur objectifs spécifiques	69
2.4. La démarche du français sur objectifs spécifiques	70
2.4.1. La formation en FOS (entre demande et offre)	71
2.4.2. L'analyse des besoins	71
2.4.3. La collecte des données	73
2.4.4. L'analyse des données	74
2.4.5. L'élaboration didactique	74
2.5. L'évaluation dans le Français sur Objectifs Spécifiques	75
3. Le FOS en contexte universitaire	75
3.1. L'émergence du FOU	75
3.2. Caractéristiques du FOU	76
3.3. Les étapes du FOU	77
3.3.1. L'identification de la demande	78
3.3.2. L'analyse des besoins	78
3.3.3. La collecte des données	78
3.3.4. L'analyse des données	78
3.3.5. L'élaboration didactique	79
3.4. L'évaluation dans le FOU	79
4. Relation entre Français Langue de Spécialité et Français Sur	
Objectifs Spécifiques	79
Bilan	82
CHAPITRE III : La correspondance en milieu professionnel	84
Introduction partielle	84
1. Définition de la correspondance professionnelle	84
2. Processus d'écriture	85
2.1. La planification	85
2.2. La mise en texte	86
2.3. La révision	87

3. Caractéristiques de la correspondance professionnelle.....	87
3.1. La dignité	88
3.2. Le respect de la hiérarchie	88
3.3. Le sens de responsabilité	89
3.4. L'objectivité	89
3.5. La courtoisie	90
3.6. La prudence	91
3.7. La précision, la clarté et la lisibilité	91
3.8. L'homogénéité	92
3.9. L'obligation de réponse	92
4. Les éléments (obligatoires ou occasionnels) constitutifs de la correspondance professionnelle.....	92
4.1. L'en-tête (la devise)	93
4.2. Le timbre/Émetteur	93
4.3. Le lieu et la date	94
4.4. La formule d'appel	94
4.5. La formule de courtoisie	95
4.6. L'objet	95
4.7. Les références	95
4.8. Les pièces jointes	96
4.9. La suscription	96
4.10. Le corps de la correspondance	97
4.11. La signature	97
4.12. L'ampliation	98
5. Types de correspondances professionnelles	98
5.1. La lettre professionnelle	98
5.1.1. La lettre professionnelle en forme personnelle	99
5.1.2. La lettre professionnelle en forme administrative	100
5.2. Le compte rendu	101
5.2.1. Présentation du compte rendu	102
5.3. Le rapport	102

5.3.1. Présentation du rapport	103
5.4. Le procès -verbal	104
5.5. L'attestation et le certificat	105
5.6. La note administrative	106
6. Les courriers entre médecins	108
6.1. La forme du courrier entre médecins	109
6.2. Le contenu du courrier entre médecins	111
6.3. Les modalités de transmission	112
7. Les différents documents de liaison entre médecins	112
7.1. Les formulaires et les imprimés	113
7.1.1. L'ordonnance médicale	113
7.1.2. Le certificat médical	114
7.1.3. Les fiches de liaison	116
7.2. Les documents entièrement rédigés par le médecin	118
7.2.1. La lettre d'orientation ou le courrier d'admission	118
7.2.2. Le compte rendu médical	119
7.2.2.1. Le compte rendu d'examen d'imagerie	120
7.2.2.2. Le compte rendu opératoire.....	121
Bilan	122
CHAPITRE IV : Méthodologie de l'enquête.....	123
Introduction partielle	123
1. L'offre/la demande de formation	123
2. L'analyse des besoins	126
2.1. Protocole général de l'enquête	128
2.1.1. Le lieu de l'enquête	128
2.1.2. Le public visé	129
2.1.3. Les outils d'investigation	130
3. La collecte des données	131
3.1. Le questionnaire	132
3.1.1. Justification du choix	132

3.1.2. Objectif de l'enquête par questionnaire	132
3.1.3. Élaboration du questionnaire	132
3.2. L'entretien	135
3.2.1. Choix et objectif de l'entretien	135
3.2.2. Construction de l'entretien	136
3.3. La collecte des correspondances médicales	139
3.3.1. Type de correspondances collectées	139
3.3.2. Objectif de la collecte des correspondances	140
3.4. La pré-enquête	141
3.5. Déroulement de l'enquête	142
3.5.1. Administration du questionnaire	142
3.5.2. Déroulement de l'entretien	143
3.5.3. Déroulement de la collecte des correspondances	144
4. L'analyse des données collectées.....	145
5. L'élaboration didactique.....	150
Bilan	152
 CHAPITRE V : Analyse des données collectées	 153
Introduction partielle.....	153
 1. Analyse des réponses au questionnaire	 153
1.1. Profil général des médecins généralistes questionnés	154
1.2. Le niveau en français et le passé pédagogique des médecins	156
1.3. Les difficultés rédactionnelles de la correspondance médicale.....	161
Bilan	175
 2. Analyse des réponses obtenues par entretien.....	 176
2.1. Profil général des médecins spécialistes interviewés	177
2.2. Type de correspondances médicales émises aux médecins spécialistes et lisibilité	178
2.3. Identification des correspondances médicales les plus difficiles à rédiger	182

Bilan	190
3. Analyse des correspondances collectées	190
3.1. Résultats de l'analyse linguistique des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux	191
3.1.1. La lisibilité de l'écriture	192
3.1.2. L'orthographe lexicale	194
3.1.3. L'orthographe grammaticale	196
3.1.4. La morphosyntaxe	198
3.1.5. Le lexique	199
3.1.6. La conjugaison	200
3.1.7. La ponctuation	200
3.1.8. La mise en page	200
3.2. Résultats de l'analyse discursive des lettres d'orientation médicales...	203
3.3. Résultats de l'analyse discursive des comptes rendus médicaux	208
Bilan.....	213
CHAPITRE VI : L'élaboration didactique	215
Introduction partielle	215
1. Présentation et objectifs du plan de formation.....	215
1.1. Méthodes pédagogiques appliquées	220
1.1.1. La méthode interrogative	220
1.1.2. La méthode active ou de découverte	221
1.2. L'évaluation	222
2. Présentation des fiches pédagogiques	224
2.1. Les fiches apprenant	224
2.2. Les fiches enseignant	259
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	298
BIBLIOGRAPHIE.....	304

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A.F : Alliance Française

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé

ANEF : Association Nationale des Enseignants de Français .Algérie.

C.C.F : Centre Culturel Français

CECRL : Cadre Européen Commun de Référence en Langue

CE2 : Classe Élémentaire 2

CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail

CFC : Cellule de Formation Continue

CNEAP : Centre National d'Étude et d'Analyse pour la Planification

CNEFA : Coordination Nationale des enseignants de Français de l'Algérie

CNRSE : Commission Nationale pour la Réforme du Système Éducatif

CR : Compte rendu

CREDIF : Centre de Recherche et d'Étude pour la Diffusion du Français

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CRM : Compte rendu Médical

CRO : Compte rendu Opérateur

CSE : Conseil Supérieur de l'Éducation

DALF : Diplôme Approfondie de Langue Française

DCI : Dénomination Commune Internationale

DCP : Document cadre de Partenariat

DELF : Diplôme d'Études en Langue Française

DNB : Diplôme National de Brevet

DSP : Direction de Santé Publique

EHS : Établissement Hospitalier Spécialisé

EPH : Établissement Public Hospitalier

ENS : École Normale Supérieure

ESP : English for Specific Purposes (anglais sur objectifs spécifiques)

FF : Français Fonctionnel

FG : Français Général

FI : Français Instrumental

FLE : Français Langue Étrangère

FP : Français Professionnel

FM : Français Militaire

FOS : Français sur Objectifs Spécifiques

FOU : Français sur Objectif Universitaire

FST : Français Spécifique et Technique

FUF : Filière Universitaire Francophone

IFA : Institut Français d'Algérie

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

L.M.D : Licence Master Doctorat

LO : Lettre d'orientation

ONPS : Office national des Publications Scolaires

PJ : Pièce Jointe

Réf : Référence

Sgen CFDT : Syndicat Général de l'Éducation Nationale

S/C : Sous Couvert

SCAC : Service de Coopération et d'Action Culturelle

SGAV : Structuro-Globale Audio-visuelle

TCF : Test de Connaissance en Français

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Répartition des horaires du français et de l'arabe durant la période 1962-1967	25
Tableau N°2 : Présence du français dans les filières universitaires	30
Tableau N°3 : Les différences entre français de spécialité et français sur objectif spécifique	81
Tableau N°4 : Différences entre les deux types de la lettre professionnelle.	101
Tableau N°5 : Grille d'analyse des lettres d'orientation	148
Tableau N°6 : Grille d'analyse des comptes rendus médicaux	149
Tableau N°7 : Âge des questionnés	154
Tableau N°8 : Résultats obtenus pas le questionnaire des médecins ayant suivi une formation linguistique	160
Tableau N°9 : Correspondances médicales jugées difficiles à rédiger	167
Tableau N°10 : Nature des difficultés rédactionnelles d'une correspondance médicale éprouvées par les médecins	169
Tableau N°11 : Justification de l'utilisation ou non des abréviations	172
Tableau N°12 : Statut et expérience des interviewés	178
Tableau N°13 : Résultats de l'analyse discursive des lettres d'orientation	203
Tableau N° 14 : Résultats de l'analyse discursive des comptes rendus médicaux	208
Tableau N° 15 : Fonction de l'évaluation selon sa place par rapport à l'action de formation	222

LISTE DES FIGURES

Figure N°01 : les spécificités des publics de FOS	70
Figure N°02 : pourcentages des médecins de sexe féminin et de sexe masculin	154
Figure N°03 : nombre des médecins éprouvant ou pas des difficultés rédactionnelles	155
Figure N°04 : pourcentages de l'auto-évaluation des médecins de leur niveau en français	157
Figure N°05 : pourcentage des médecins ayant suivi une formation pour apprendre le français	158
Figure N°06 : motivations des médecins à apprendre le français	159
Figure N°07 : correspondances médicales rédigées par un médecin généraliste	162
Figure N°08 : moyens et stratégies employés par nos questionnés pour l'apprentissage de la rédaction du courrier médical	163
Figure N°09 : pourcentages des médecins qui éprouvent des difficultés rédactionnelles du courrier médical	168
Figure N°10 : difficulté d'écrire les termes médicaux	170
Figure N°11 : pourcentages des médecins souhaitant améliorer leur niveau en français	174
Figure N°12 : exemples de lettres d'orientation illisibles	193
Figure N°13 : exemple d'erreur d'accord en genre	196
Figure N°14 : exemple d'erreur de désinence d'un verbe complément d'un autre verbe	198
Figure N°15 : exemple d'un compte rendu dont la mise en page n'est pas respectée	202
Figure N° 16 : exemple d'une lettre d'orientation dont la mise en page n'est pas respectée	203
Figure N° 17 : exemple de l'indentification de destinataire	204

Figure N° 18 : exemple d'une lettre d'orientation sans l'identification de l'émetteur	205
Figure N° 19 : exemple d'une lettre d'orientation pauvre en informations	206
Figure N° 20 : exemples de la mention de l'âge en abréviation	207
Figure N° 21 : exemple de comptes rendus dépourvus de l'identification de l'émetteur N° 02,03, 13	209
Figure N° 22 : identification du médecin émetteur renseignée parmi les informations concernant le patient	210
Figure N° 23 : contenu de compte rendu N° 11 mal hiérarchisé	212

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En Algérie, les étudiants sortant d'un cursus secondaire entièrement arabisé poursuivent dans les filières techniques et scientifiques du supérieur des études dispensées en français. Ce dysfonctionnement n'est pas étranger aux difficultés qu'ils rencontrent pour suivre l'enseignement de spécialité qui leur est donné. Des travaux de recherche ont montré que, depuis plus d'une dizaine d'années, de nombreux étudiants redoublent ou abandonnent leurs études dès le début de leur cursus, des professeurs déplorent les lacunes persistantes d'expression écrite de leurs étudiants. (cf. MESLI, 1999, *Rapport général de la commission de réforme du système éducatif algérien*, 2001, AMOROUAYACH, 2008). Outre ce constat, la majorité des jeunes diplômés et/ou employés algériens ont une faible maîtrise de l'arabe et du français et sont confrontés à des problèmes inhérents à la rédaction des écrits en rapport avec leurs professions.

Dans le domaine médical, la communication écrite entre les praticiens de la santé constitue un élément central dans la prise en charge des malades, la continuité des soins et la coordination entre soignants. Elle doit répondre à des normes rédactionnelles, à des exigences légales et réglementaires spécifiques car comme le souligne le Professeur Jean-Charles SOURNIA :

Le monde administré avec excès dans lequel nous vivons exige un nombre croissant d'attestations, de certificats demandés par l'assuré : c'est l'un des mécanismes par lesquels le médecin écrit de plus en plus [...]. La justice elle-même pousse le médecin à écrire. Les certificats ont parfois une valeur juridique (1997, p. 134).

La langue de la médecine, comme toute langue de spécialité, est d'abord une langue écrite (LERAT 1995, p. 59). La correspondance médicale est incontournable et cela est dû à la nécessaire collaboration de multiples partenaires dans les actes diagnostiques et thérapeutiques. Une lettre adressée par un médecin généraliste à un spécialiste pour des motifs de compétences particulières, pour une radiographie ou pour faire exécuter des examens complémentaires, est souvent un préalable à l'information et peut devenir une pièce maîtresse d'un dossier médical qui sera consulté par d'autres personnes accréditées. Elle doit être rédigée correctement, avec un style précis, clair et

concis pour permettre le suivi médical du patient. Les principes de la rédaction médicale doivent être maîtrisés par les praticiens de la santé.

Notre étude a pour objet de rendre compte des difficultés que rencontrent des médecins généralistes algériens dans le maniement du français de la médecine et plus précisément dans la rédaction du courrier médical, en vue de proposition de remédiation à ces difficultés.

Ce sujet s'inscrit dans les préoccupations courantes d'analystes et de chercheurs. Une recherche documentaire nous a permis de prendre connaissance de travaux universitaires (en Algérie et en France) réalisés ou en cours de réalisation, en rapport avec la thématique de notre recherche et d'établir un état des lieux. Parmi les travaux que nous avons recensés, au niveau national citons : *Réussir ses études de médecine, Méthode de Français sur Objectifs Spécifiques*, 2008, conçue par une équipe d'enseignants de français, sous la direction de ROLLE-BOUMLIC Madeleine, à partir d'une analyse des besoins d'étudiants de 1^{ère} année de médecine de la faculté d'Alger. Le projet de recherche pour la réalisation de cet ouvrage a été initié par le Professeur DRIF, ancien doyen de la faculté de Médecine d'Alger, pour aider les nouveaux bacheliers à suivre leurs études dispensées en français. Citons également, la thèse de doctorat d'AMOROUAYACH Essafia, *Le français médical en Algérie. Contextes, enseignement, productions*, soutenue en 2008 à Montpellier, qui rend compte des pratiques langagières, analyse des productions écrites (copies d'examen et rapports de stages) d'étudiants de la faculté de médecine d'Alger et met en évidence les difficultés linguistiques qu'ils rencontrent dans leurs études. DJEBLI Mohand Ouali dans son article, « *Tentatives d'enseignement du FOS en Algérie : les raisons d'un échec* », publié en 2015, expose les raisons qui ont entravé des tentatives d'application d'enseignement du FOS pour venir en aide à des étudiants de trois établissements : l'École Supérieure de Banque, le département de français de l'université de Blida, la faculté de médecine d'Alger et suggère des pistes de remédiations à cette situation. Dans sa thèse de doctorat *Gestion des difficultés liées à l'acquisition du discours scientifique chez les*

étudiants de 1ère année en sciences médicales, soutenue en 2016 à Blida, BENACHENHOU Assya, aborde la problématique de l'acquisition des savoir-faire en sciences médicales et le rôle que jouent les connaissances langagières dans la formation en première année de médecine. D'autres travaux en rapport avec notre thématique sont en cours de réalisation. Citons celui de HACHADI Samir : *Cours magistral au département de médecine : description et analyse*, le travail de SAHNOUN Salima : *Stratégie d'enseignement du français sur objectif spécifique. Étude de cas : Français médical chez les étudiants de la première année médecine*. Concernant les travaux réalisés en France citons : *Le français des médecins : 40 vidéos pour communiquer à l'hôpital*, 2014, élaboré par TALAVERA-GOY Solange, enseignante de FLE à l'Université de Lyon1, en collaboration avec le Docteur FASSIER T, assistant chef de clinique aux Hospices civils de Lyon. Ce travail propose des activités de préparation sur le plan langagier, à la vie professionnelle hospitalière, au profit de médecins internes ou étudiants en médecine non francophones. Dans la même perspective, *Santé-médecine.com*, 2004, réalisé par : F. MOURLHON-DALLIES et J. TOLAS est un travail qui s'adresse aux étudiants et professionnels de la santé étrangers désirant améliorer leur pratique du français dans des situations de communication de santé. MOURLHON-DALLIES dans son article : *Former à enseigner le français de spécialité : l'exemple du français médical*, aborde la problématique de l'enseignement du français d'une spécialité quand on n'est pas soi-même spécialiste du domaine en question. À travers son étude, elle rend compte que la compétence que doit développer l'enseignant est avant tout d'ordre méthodologique et didactique.

La problématique des difficultés de l'écrit dans le domaine médical a suscité l'intérêt, non seulement de didacticiens et linguistes, mais aussi de docteurs en médecine. Citons la communication orale intitulée : *Critères pour une amélioration de la correspondance médicale*, présentée en 2009 par le docteur en médecine Pascal ROGER, lors du 3^{ème} congrès de la médecine générale. Dans son intervention, le docteur ROGER a abordé l'importance de la correspondance médicale en soulevant deux points essentiels : celui des critères auxquels doivent

répondre les écrits professionnels échangés entre médecins et celui de l'intérêt, surtout sur le plan formel, de l'usage de l'outil informatique dans la rédaction de ces écrits.

La plupart des travaux réalisés en Algérie sus-cités, portent sur les difficultés en partie imputables au dysfonctionnement consécutif au changement de la langue d'enseignement auquel sont confrontés des étudiants de première année de médecine pour suivre leurs études. Notre recherche vise un public déjà engagé dans la vie active. Il s'agit de médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa qui ont une maîtrise insuffisante du français.

Le choix du sujet de notre recherche est motivé par le fait que si dans notre pays, des études se sont intéressées aux difficultés linguistiques qu'éprouvent des étudiants de médecine durant leur cursus universitaire, il n'y a pas eu de travaux en Algérie et peu à l'étranger portant sur la communication écrite entre médecins. Celle-ci est pourtant « *au cœur du métier de médecin et conditionne d'une certaine façon la qualité de la prise en charge des patients en garantissant notamment la continuité des soins* » (L. BONNEMAIS et al., 2013, p. 28).

Par ailleurs, notre expérience professionnelle de 16 ans dans des établissements de santé de la wilaya de Tébessa nous a permis de prendre toute la mesure des difficultés que rencontrent des médecins généralistes pour rédiger leur courrier. Certains d'entre eux ne nous ont pas caché qu'ils considéraient que leur maîtrise en langue française était insuffisante pour réaliser ce type d'écrits. Parmi ces médecins, quelques-uns nous ont même parlé de stratégies qu'ils adoptent pour contourner ou éviter carrément¹ les problèmes auxquels ils sont confrontés et nous ont exprimé leur souhait d'une mise en place d'un enseignement du français qui leur permettrait d'améliorer leur compétence à rédiger leur courrier.

Une autre raison qui a motivé le choix de notre sujet de recherche est le fait que le problème de la rédaction du courrier médical se pose également aux médecins spécialistes destinataires de ce courrier, car il témoigne de lacunes

¹ Ils recourent à une écriture illisible ou demandent au patient de s'adresser à un médecin spécialiste sans lui donner une lettre d'orientation.

réductionnelles qui leur compliquent la lecture et la compréhension de la correspondance qu'ils reçoivent. Des professeurs de médecine ayant une longue expérience professionnelle, au cours d'entretiens que nous avons eu avec eux, nous ont affirmé que souvent ils préféreraient refaire l'examen médical des patients qui leur étaient adressés par leurs confrères généralistes que de perdre du temps à essayer de déchiffrer leurs écrits.

Nombreuses sont les questions suscitées par l'objet de notre étude et auxquelles nous voulons apporter des réponses. Les principales sont :

- Il existe différents types de documents qui assurent la liaison entre les médecins. Parmi ces documents quels sont ceux que les destinataires et les destinataires de la correspondance médicale soumis à notre recherche, considèrent comme étant les plus difficiles à rédiger et pour quelles raisons ?
- Quelles est la nature des difficultés qu'éprouvent les médecins généralistes lors de la rédaction de ce type de correspondance ?
- Quelles sont les compétences à leur faire acquérir pour que leur courrier réponde aux exigences de la rédaction médicale ?
- Afin de développer la compétence scripturale de ces médecins, quels types d'activités pouvons-nous leur proposer ?

Nous avons réfléchi au type de formation qui pourrait répondre au mieux aux besoins rédactionnels des médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa. Comme ces médecins ont peu de temps à consacrer au perfectionnement de leurs compétences linguistiques du français et qu'ils ont des besoins spécifiques en matière de capacités langagières, nous avons choisi d'adopter la démarche du Français sur Objectifs Spécifiques, définie par MANGIANTE et PARPETTE (2004, pp. 7-8) en cinq étapes : la demande/offre de formation, l'analyse des besoins, la collecte des données, l'analyse des données et l'élaboration des activités. Cette démarche, que nous exposerons de manière plus détaillée au cours du développement de notre étude, prend en compte la

spécificité de notre public, de son domaine de spécialité, donc de ses besoins langagiers et des objectifs d'apprentissage qui en découlent.

Nous avons structuré notre travail de recherche en six chapitres.

1) Dans le premier chapitre, pour éclairer l'origine de certains faits présents, nous exposerons quoique de manière succincte, l'évolution de la place du français dans le système éducatif algérien.

2) Dans le deuxième chapitre, nous présenterons des éléments théoriques auxquels nous nous référons dans notre étude. Dans un premier temps, nous définirons les langues spécialisées et rendrons compte des caractéristiques du français médical. Dans un deuxième temps nous exposerons la démarche du FOS (**F**rançais sur **O**bjectifs **S**pécifiques) qui constitue la base sur laquelle se construit notre étude.

3) Dans le troisième chapitre, nous définirons les concepts théoriques de la correspondance professionnelle et notamment ceux de la correspondance médicale, nécessaires à l'analyse de notre corpus. Ces concepts sont relatifs à la définition de la correspondance professionnelle, à ses caractéristiques, à ses différents types et aux différents documents de liaison entre médecins.

4) Dans le quatrième chapitre, nous présenterons la méthodologie d'une enquête de terrain que nous avons réalisée dans le chef-lieu de la wilaya de Tébessa en vue de recueillir des données que nous analyserons pour faire une proposition de remédiation didactique qui répond aux besoins langagiers de notre public, formé de médecins généralistes. Nous décrirons également au cours de ce chapitre les outils d'investigation et les méthodes d'analyse des données collectées que nous utiliserons.

5) Dans le cinquième chapitre, nous présenterons les résultats de l'analyse qualitative et quantitative des données collectées au cours de notre enquête de terrain. Ces résultats nous permettront de déterminer les compétences langagières à faire acquérir aux médecins généralistes concernés par notre étude.

6) Dans le sixième et dernier chapitre, nous présenterons les activités pédagogiques que nous avons élaborées en intégrant à notre programme les données que nous avons collectées et analysées. Ces activités sont conçues en vue d'aider les médecins généralistes à maîtriser les compétences rédactionnelles dont ils ont besoin.

CHAPITRE I

Place du français dans l'enseignement en Algérie

Introduction partielle

Depuis l'accession de l'Algérie à l'indépendance, le gouvernement algérien a repensé le système éducatif de manière à réhabiliter la langue arabe à la place de la langue française. Des mesures d'arabisation ont été adoptées, mais celle-ci « *n'a pas suivi un processus, préparé, planifié ; elle n'a donc pu être menée efficacement* » (AMOROUAYACH, 2008, p. 92) et les insuffisances affectent la qualité de l'enseignement. La place du français dans le système éducatif a été modifiée, ce qui n'a pas été sans impact négatif sur le niveau en français des apprenants de tous les paliers, mais aussi sur celui des fonctionnaires ; en l'occurrence les médecins généralistes dont le français est la langue de communication orale ou écrite dans l'exercice de leur métier. Dans ce chapitre, nous proposons d'exposer de manière succincte l'évolution du statut de cette langue dans l'enseignement, en vue d'éclairer l'origine de faits présents. Nous tentons d'abord de rendre compte de la place de l'enseignement de cette langue dans l'enseignement public. Nous essayons ensuite d'expliquer de quelle manière le français est passé du statut d'une langue enseignée à celui d'une langue d'enseignement, ainsi que les principales conséquences qu'a engendrées ce changement. Nous donnons enfin un aperçu sur les initiatives qui tentent de pallier les carences de l'État, en recourant à des enseignements complémentaires payant ou carrément à l'enseignement dans des établissements privés, lesquels accordent une place importante à l'enseignement du français et nous rendons compte des différentes actions de coopération éducative et culturelle entre l'Algérie et la France pour promouvoir l'apprentissage de cette langue.

1. Place du français dans l'enseignement public

En Algérie, l'enseignement public couvre tous les cycles du primaire, moyen, secondaire jusqu'à l'universitaire. Les trois premiers cycles ont connu une certaine privatisation mais le nombre d'écoles privées reste tout de même limité. L'université quant à elle a toujours été publique. Il y a des perspectives de la privatiser mais rien n'est encore lancé officiellement.

1.1. Le français dans l'enseignement primaire, moyen et secondaire

L'introduction du français dans l'enseignement en Algérie a vu le jour à partir des premières décennies du colonialisme, avec pour objectif de faire de lui la seule langue de communication, comme le témoigne la déclaration d'Alfred RAMBAUD rapportée par F. COLONNA : « *Notre troisième conquête se fera par l'école, elle devra assurer la prédominance de notre langue sur les divers idiomes locaux* » (1967/69, p. 24). En effet, le français était enseigné aux enfants indigènes comme étant une langue maternelle. L'arabe n'était enseigné qu'à partir de la classe élémentaire, et ce, à raison de deux heures par semaine. Toutefois, cet enseignement n'a pas pu être généralisé à tous les indigènes pour des raisons socio-économiques voire culturo-religieuses.

Durant les cinq premières années de l'indépendance, le français a gardé sa place de langue dominante face à l'arabe. Il est demeuré la langue d'enseignement dans tous les cycles du primaire au supérieur. Yamina BOUTEFLIKA (2010, pp. 28-29) rend compte comme suit du volume horaire consacré au français et à l'arabe durant cette période.

Année	Nombre d'heures accordé au français	Nombre d'heures accordé à l'arabe
1962-1963	23 h	07h
1963-1964	20h	10h
1964- 1965	15h	10h
1965-1967	Pas de changement d'horaire	

Tableau 1 : Répartition des horaires du français et de l'arabe durant la période 1962-1967

Ce n'est qu'à partir de l'année 1967 et avec la politique d'arabisation instaurée par l'État algérien que le français commence à perdre du terrain face à l'arabe, son enseignement se voit différé d'une année à une autre. Ainsi, les deux premières années du primaire ont été entièrement arabisées et le français n'était enseigné qu'à partir de la troisième année primaire. La première réforme de 1970 qui avait comme projet d'arabiser l'enseignement et de réorganiser la scolarité en neuf années fondamentales (six au primaire, trois au moyen et trois années secondaires), n'a atteint son objectif qu'en 1980. Au cours de cette année, les classes dites « bilingues » dans lesquelles les matières scientifiques étaient enseignées en français sont supprimées. Le français n'est donc introduit qu'en quatrième année fondamentale, avec pour objectif de « *doter les élèves d'un ensemble d'aptitudes linguistiques et intellectuelles qui leur permettent, au terme de l'enseignement moyen, l'accès à la documentation de type scientifique², orale ou écrite* » (Circulaire du 17 octobre 1976, N° 382-30, p. 353) et l'anglais en deuxième année du collège.

Quelques années plus tard, précisément en 1992-1993, une tentative de détrôner le français de sa place de première langue étrangère au profit de l'anglais a échoué. Les parents d'élèves avaient la possibilité de choisir la langue étrangère à enseigner en premier à leurs enfants. Leur choix est allé à l'encontre de ce qu'estimaient les initiateurs de cette idée. À ce propos, Y. DERRADJI affirme à partir d'une étude qu'il a menée : « *Cette prééminence du français se retrouve aussi dans les souhaits que les parents émettent quant à la première langue*

²Écrit en gras dans le texte d'origine

*étrangère qu'ils désirent que leur enfant apprenne : 71,07 % pour la langue française, et 28,72 % sont favorables pour l'anglais »*³. Le français a donc gardé sa place de première langue étrangère. Il est devenu un élément décisif dans le choix de la deuxième langue étrangère à enseigner, dès lors que c'est en fonction des résultats obtenus en langue française que ce choix sera fait ; N. BENHOUGHOU explique :

En effet, en deuxième année du cycle moyen l'élève était orienté soit vers l'anglais, soit vers l'allemand, soit vers l'espagnol comme deuxième langue étrangère selon ses compétences en français (...). Lorsque l'élève avait des notes élevées en français, il était orienté vers l'allemand, lorsqu'il était moyen, il faisait anglais, les plus faibles en français sont appelés à faire espagnol, mais sans pour autant qu'on sache pour quelles raisons, l'orientation vers la deuxième langue étrangère, dépend des résultats obtenus en français. (2007, p. 26)

En outre, dans la même année, c'est-à-dire en 1992, l'épreuve de français a été rétablie dans l'examen du baccalauréat des filières Sciences de la Nature et Sciences Exactes. Toutefois, le nombre d'heures consacrées à l'enseignement du français à partir de la quatrième année primaire est resté inchangé. Encore une fois, les décideurs de la politique éducative algérienne ont essayé de mettre le français et l'anglais au même rang et ce, en introduisant l'anglais en 1994 comme une option dès le primaire. Cette option s'est vite fait transformée en un impératif à partir de l'année scolaire 1995-1996. L'anglais et le français ont été introduits en quatrième année fondamentale avec le même volume horaire. Cependant, cette mise en égalité des deux langues n'a pas duré longtemps, et le français est de nouveau la seule langue enseignée au primaire, tandis que l'anglais est différé au moyen. Toutes ces politiques ont créé une concurrence entre l'anglais et le français et avaient pour objectif de faire disparaître ce dernier. En 1999, le Président BOUTEFLIKA a suspendu la loi qui porte sur la généralisation de la politique d'arabisation. Il a déclaré : « ... *nous n'avons aucune raison d'avoir une attitude figée vis-à-vis de la langue française qui nous a tant appris et qui nous a en tout cas ouvert la fenêtre de la culture française* »⁴. Par conséquent, une décision d'une réforme institutionnelle est prise. Le secteur de l'éducation en

³Derradji Yacine, *vous avez dit langue étrangère, le français en Algérie ?* Disponible sur <http://www.unice.fr/bcl/ofcaf/15/derradji.html>. Consulté le 23/04/2017

⁴Extrait du discours du Président Abdelaziz Bouteflika à l'Assemblée nationale française, le 14 juin 2000, cité par Houari Bellatreche (2009, p. 112).

est concerné, ceci a commencé le 13 mai 2000 par la création du Conseil Supérieur de l'Éducation et l'installation de la Commission Nationale pour la Réforme du Système Éducatif (CNRSE). Dans son rapport final remis en mars 2001, ladite commission a rendu compte de la situation de l'enseignement résultant de la première réforme. En ce qui concerne l'apprentissage du français, les auteurs du Rapport général de la CNRSE notent :

Les résultats du baccalauréat de la session juin 2000, montrent que la moyenne nationale obtenue par les candidats reçus et ajournés est de **05,63/20**⁵ en langue française, et **07,21/20** en langue anglaise. Après neuf années⁶ d'apprentissage de français et cinq années d'anglais, ces résultats "catastrophiques" nous interpellent sur l'efficacité et la qualité de ces enseignements (2001, p. 151).

Ils ajoutent qu'il faut « *redonner aux langues étrangères la place qui doit être la leur, comme supports incontournables pour l'accès à la science, à la technologie et à la culture universelle.* »(Ibid, p. 152)

Eu égard à ces résultats et à d'autres facteurs, la commission a formulé quelques propositions qui sont en faveur de la langue française, à savoir :

- Pour les quelques années à venir, la langue française sera introduite comme première langue étrangère et la langue anglaise comme deuxième langue étrangère.
- L'enseignement de la langue française, comme première langue étrangère, interviendra en **2^{ème} année**⁷ du cycle primaire, avec augmentation du volume horaire qui lui est imparti et ce tout au long du cursus.
- L'enseignement des mathématiques et des sciences physiques se fera en langue étrangère⁸(Ibid. pp. 153-155)

De nombreuses propositions ont été prises en considération et le coup d'envoi de leur application est donné à partir de l'année scolaire 2003-2004. Ainsi, le français est enseigné dès la deuxième année primaire à raison de trois heures hebdomadaires. Pour des raisons et des contraintes diverses⁹, un remaniement a été décidé par le Ministère de l'Éducation. L'enseignement du français a été

⁵Écrit en gras dans le texte d'origine

⁶Écrit au singulier dans le texte d'origine

⁷Écrit en gras dans le texte d'origine.

⁸Par langue étrangère la commission précise qu'il s'agit du français. Cela est explicité dans l'argumentation donnée par la suite dans les pages 155,156.

⁹ Voir FERHANI, F. (2006). L'enseignement du français à la lumière de la réforme. *Le français d'aujourd'hui*. N° 154 et ASSELAH-RAHAL. S. L'introduction des langues maternelles et l'apprentissage précoce des langues en contexte éducatif algérien : pour une didactique du plurilinguisme. Disponible sur le lien : <http://rfs.socioling.org/wp-content/uploads/2013/04/prgramme-et-r%C3%A9sum%C3%A9s-RFS2011.pdf> Consulté le 05/04/2017.

différé à la troisième année du primaire à raison de quatre heures par semaine et ce, à partir de l'année scolaire 2006-2007.

La langue française continue à être enseignée dans le cycle moyen et secondaire. Cet enseignement est renforcé par son introduction dans deux matières scientifiques : les mathématiques et la physique qui utilisent « la symbolique universelle ». L'objectif est de familiariser l'apprenant à l'usage du français dans les matières scientifiques qui seront enseignées dans cette langue à l'université. Outre cela, des changements ont également concerné le cycle secondaire. Le volume horaire imparti à la langue française dans les filières Lettres a été augmenté, afin de permettre une meilleure acquisition de cette langue. FERHANI en a fait le décompte et affirme : « *À l'issue de la réforme, selon notre projection, un élève de « terminale » série Lettres étrangères devrait capitaliser durant tout son cursus 1 456 heures de français contre 1 176 heures auparavant. (Un) gain de 280 heures supplémentaires* » (2006, p.13).

Le renforcement de l'enseignement du français du primaire jusqu'au secondaire a un objectif qui relève de deux ordres :

- Intellectuel, permettant à l'élève d'acquérir un moyen de communication et d'accès au savoir et à la technologie.
- Humaniste, consistant à l'ouverture de l'esprit de l'élève sur d'autres cultures étrangères, ce qui lui permettrait de se familiariser avec elles.

Force est de constater que la deuxième réforme a donné une valeur à la langue française dans les cycles primaire, moyen et secondaire. Cela s'explique par le prolongement qu'a le français dans le cycle supérieur qui est aussi concerné par cette même réforme.

1.2. Le français dans l'enseignement universitaire

La politique d'arabisation a atteint son objectif à cent pour cent (100%) en 1980 et ce, en arabisant les cycles du primaire au secondaire. La même politique a été envisagée dans l'enseignement supérieur, par la loi N° 91-05 du 16 janvier 1991

portant généralisation de l'utilisation de la langue arabe qui stipule dans son article N° 37 :

L'enseignement dans la seule langue arabe dans les établissements et les instituts d'enseignement supérieur entrera en vigueur à compter de la première année universitaire 1991/1992 et se poursuivra jusqu'à l'arabisation totale et définitive au plus tard le 5 juillet 1994.¹⁰

Cependant, dans le supérieur l'arabisation n'a pas pu être poursuivie comme dans les cycles précédents. Il est vrai que certaines filières ont été arabisées, à savoir les Sciences Humaines et Sociales, à l'exception de certaines universités qui ont continué à les enseigner en français, comme c'est le cas à l'université de Bejaia en ce qui concerne la filière sociologie, les filières Scientifiques et Techniques continuent à être dispensées en langue française en raison de l'absence d'enseignants et de documentation en langue arabe. Le français est donc resté présent dans ces filières et complètement absent dans celles enseignées en arabe.

La réforme de 2004 qui a touché le primaire, le moyen et le secondaire s'est étalée à l'enseignement supérieur. Elle l'a réorganisé en système LMD (Licence, Master, Doctorat) pour le synchroniser avec le système universitaire mondial. Dès lors, le français se trouve en coprésence avec l'arabe dans toutes les filières universitaires. Un module de français d'environ trente heures est dispensé là où l'enseignement est donné en langue arabe. Il est aussi la langue d'enseignement et de rédaction des travaux académiques et scientifiques (mémoires de fin d'études, thèses, articles, communication...) dans les filières médicales (médecine, pharmacie, chirurgie dentaire et science vétérinaire), paramédicales, scientifiques et techniques (architecture, informatique, génie civil...).

Le tableau qui suit, rend compte de l'usage de la langue française (soit comme langue enseignée soit comme langue d'enseignement) dans les formations dispensées au niveau de l'université algérienne.

¹⁰Loi N° 05-91 portant généralisation de l'utilisation de la langue arabe. Disponible sur le lien URL. http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/algerie_loi-91.htm Consulté le 05/04/ 2017.

Domaine	Français langue enseignée	Français langue d'enseignement
Lettre et Langues Étrangères		× (Pour la filière français)
	× (Pour l'allemand, l'anglais, l'espagnol, l'italien, le russe, le turque, le chinois)	
Langue et Littérature arabes	×	
Langues et Culture Amazighes	×	
Sciences Humaines et Sociales	×	× (Dans certaines universités ¹¹)
Droit et Sciences Politiques	×	
Mathématiques et Informatique	×	× (Dans les grandes écoles)
Sciences médicales et Sciences vétérinaires		×
Science de la nature et de la Vie	×	
Sciences de la terre et de l'Univers	×	
Sciences et Techniques des activités physiques et sportives	×	
Sciences et Technologies	×	
Architecture, Urbanisme et métiers de la Ville		×
Sciences Économiques, de gestion et Commerciales	×	× (Dans les écoles supérieures)
Science de la Matière	×	
Arts	Dans ce domaine, l'enseignement se fait dans les deux langues : le français et l'arabe.	

Tableau 2 : Présence du français dans les filières universitaires

Ainsi, le français remplit une fonction privilégiée et continue à occuper une place importante dans l'enseignement supérieur. En effet, plusieurs départements de langue française ont ouverts leurs portes récemment, « *Ils sont à présent pas moins de 44 départements ou filières des universités, centres universitaires et ENS à accueillir plus de 50 000 étudiants tous niveaux confondus* »(Latifa

¹¹Certaines filières des Sciences Humaines et sociales à savoir la Sociologie et la Psychologie, les Sciences de l'information et de la communication sont enseignées en français à l'université de Bejaia.

KADI-KSOURI, 2016, p. 23). La filière langue française devient attractive¹². Nombreux sont les nouveaux bacheliers qui y sont inscrits. Près de 45000 étudiants répartis sur 39 départements universitaires de français et environ 2000 dans les départements de français des Écoles Normales Supérieures¹³. Selon les chiffres donnés par Latifa KADI-KSOURI (2016, p.124), les universités de l'Est algérien ont compté pour la rentrée 2015/2016, **16301** inscrits en Licence de français et **5087** inscrit en Master de la même filière. Le français est donc présent à l'université comme langue d'enseignement non seulement de la filière français mais aussi des filières dites « prestigieuses » à savoir les filières scientifiques et techniques qui attirent un grand nombre de bacheliers.

1.3. Du statut de langue enseignée à celui de langue d'enseignement

Comme nous l'avons évoqué plus haut, depuis la politique d'arabisation, le français est enseigné à partir de la troisième année primaire jusqu'au secondaire, à raison de trois à cinq heures par semaine, avec un coefficient allant de (2) jusqu'à (5) selon la spécialité au lycée. Enseigné comme une matière à l'instar de toutes les autres matières (mathématiques, sciences, anglais, arabe...), le français acquiert le statut de première langue étrangère mais aussi celui d'une langue enseignée. Ce dernier statut change avec le passage à l'université, il devient celui de la langue d'enseignement dans plusieurs filières (médicales, scientifiques et techniques) au sein des universités, des centres universitaires, des grandes écoles, des écoles supérieures, des écoles préparatoires et des instituts. Le français remplit donc le rôle de la langue véhiculaire du savoir et des connaissances. Il est aussi le moyen de réussite dans lesdites filières. Le passage de l'enseignement renforcé du français dans les cycles primaires et secondaire arabisés à un enseignement en français dans le cycle supérieur constitue une rupture dans la formation des étudiants, dès lors que les objectifs assignés à l'enseignement du français dans le secondaire ne répondent pas aux besoins de ces étudiants à

¹²Le recrutement massif des enseignants de français avec comme condition être titulaire d'une Licence (pour le primaire et le moyen) ou un Master (pour le secondaire) a encouragé les nouveaux bacheliers à s'inscrire dans cette filière à l'université.

¹³ Ces chiffres recensés en 2014 sont tirés du site officiel de l'Ambassade de France en Algérie. <https://dz.ambafrance.org/Le-francais-face-a-une-forte>. Consulté le 06/06/2017.

l'université. À cela s'ajoutent les 1200 heures de français prévues dans le pré universitaire qui ne sont pas toutes réalisées, faute d'enseignants dans plusieurs régions de l'Algérie.

Cette rupture située à plusieurs niveaux « *institutionnels, académiques, cognitifs, discursifs* » (Claude CORTIER et Abdelkrim KAABOUB, 2010, p. 54) a engendré un état problématique, compte tenu du grand nombre d'étudiants inscrits dans les filières universitaires francophones. En effet, parmi le 1,3 million étudiants nouvellement inscrits, **près de 35% suivent un cursus universitaire en langue française. En outre, il y a près de 24000¹⁴ étudiants algériens inscrits dans des universités françaises.** Il est légitime de parler d'une situation problématique, compte tenu du fait que les étudiants qui arrivent à l'université ont un niveau jugé « insuffisant » pour continuer leurs études. Le constat est confirmé par l'enquête qu'a menée Farid BOUANANI qui note à ce propos :

De l'avis de la majorité des enseignants algériens ayant participé à une enquête entre octobre 1998 et mai 2006, la situation de l'enseignement/ apprentissage du français en Algérie n'incite guère à l'optimisme. Si d'aucuns décrivent ce qu'ils nomment « une baisse de niveau » qui prend de l'ampleur d'une année à l'autre, très peu sont en mesure de cibler les véritables raisons de cet échec et encore moins de proposer des palliatifs à un état de fait jugé problématique. (2008, p. 227)

Un grand taux d'échec enregistré à l'issue de la première année universitaire dans les filières francophones. « *Dans un entretien récent avec la ministre de l'Éducation Nationale, le journal Le temps indique que le taux d'échec des étudiants en première année universitaire s'élève à 80 % pour certaines filières techniques et mathématiques* » (Latifa KADI-KSOURI, 2016, p. 31). Au-delà de la première année, les étudiants éprouvent d'énormes difficultés pour continuer leur formation. Les difficultés sont liées à la compréhension de la documentation en rapport avec leurs études ; la compréhension des cours magistraux ; la rédaction de différents écrits... Ces difficultés persistent parfois même après les études universitaires et l'obtention du diplôme, dans le cas où l'exercice du métier nécessite l'usage de la langue française. Pour remédier à cette situation

¹⁴Ces chiffres et pourcentage sont donnés par l'Ambassade de France en Algérie, ils sont publiés sur son site officiel sur le lien <https://dz.ambafrance.org/Le-francais-face-a-une-forte> Consulté le 06/06/2017.

problème, de nombreux parents d'élèves, étudiants voire des diplômés ont recours à des écoles privées considérées pouvoir dispenser un enseignement qui prend mieux en charge les langues étrangères d'une manière générale et la langue française en particulier.

2. L'enseignement privé

L'enseignement privé en Algérie est assuré dans des établissements privés agréés par l'État, dont certains prennent en charge la scolarisation des élèves dans les trois cycles : primaire, moyen et secondaire. L'augmentation du nombre des établissements assurant l'enseignement pré universitaire, arrivé à 320 établissements en 2016 contre 119 en 2008¹⁵, se justifie par l'accroissement de la demande des parents d'élèves d'une prise en charge à la hauteur avec une bonne qualité d'enseignement, sans marginaliser les langues étrangères avec le français en tête. La place accordée à l'enseignement du français au sein de ces écoles n'est pas la même. Certaines se limitent à appliquer l'article N°10 de l'ordonnance N° 05-07 du 23 août 2005 qui stipule : « *L'établissement privé d'éducation et d'enseignement est tenu d'appliquer les programmes officiels d'enseignement en vigueur dans les établissements publics d'éducation et d'enseignement relevant du ministère de l'Éducation nationale* »¹⁶. Ainsi, le français est une matière enseignée à partir de la troisième année primaire. L'avantage de fréquenter ces écoles était d'éviter aux élèves les grèves répétées qui ont marqué les établissements publics pendant plusieurs années.

D'autres écoles privées, au contraire, vont au-delà du programme officiel d'enseignement, et proposent, tout en se conformant à l'article N° 11 de la même ordonnance, un enseignement bilingue (arabe et français) en harmonisant les

¹⁵ Selon les déclarations de Salim AIT AMEUR, Président de l'Association Nationale des Écoles Privées Agréées (ANEPA) au forum du quotidien "El-Moudjahid", lors d'une conférence-débat sur la place des écoles privées dans le système éducatif. L'article complet est disponible sur le lien : www.elmoudjahid.com/pdf-elmoudjahid/2001. Consulté le 17/06/2017.

¹⁶ Les textes officiels régissant l'enseignement dans les établissements privés d'éducation et d'enseignement sont disponibles sur le lien suivant : <http://www.joradp.dz/JO2000/2005/059/FP8.pdf> Consulté le 17/06/2017.

deux programmes (algérien et français) comme c'est le cas du groupe d'écoles Bois des cars qui présente son axe pédagogique comme suit :

Il ne saurait se réduire à un simple intéressement au déroulement du programme algérien. L'harmonisation des deux programmes au plan des contenus, de leur adaptation aux volumes horaires et de la formation des maîtres aux nouvelles techniques induites constitue l'axe essentiel de l'opération de formation et de suivi.¹⁷

C'est ce que nous trouvons aussi sous la plume de BENMANSOUR ADNANE Rachida dans sa présentation du groupe des écoles Les Glycines :

Tout en appliquant fièrement le programme national officiel, mesuré par des résultats très positifs aux examens nationaux, Les Glycines élargit le champ des savoirs dispensés par l'application de matières optionnelles venant enrichir le domaine des langues étrangères et des sciences favorisant ainsi l'ouverture sur le monde ...¹⁸

Ces propos sont partagés par AMOKRANE HANDALA Mohand, fondateur et directeur de l'école Assalas sise à Tizi Ouzou qui nous a expliqué au cours d'un entretien¹⁹, que le Ministère de l'Éducation, en plus des heures officielles imparties à l'enseignement du français, leur accorde pour tous les niveaux, jusqu'à cinq heures par semaine. Ces heures supplémentaires sont partagées entre le renforcement du français et la terminologie scientifique. Par conséquent, cette école a choisi d'introduire la langue française à partir de la première année primaire et de dispenser les matières scientifiques en arabe au début puis « *une fois que l'élève sait faire dans une langue, on lui donne la terminologie dans l'autre langue*²⁰ et il peut travailler dans cette deuxième langue ».

Le français au sein de ces écoles est donc à la fois une langue enseignée, une langue d'enseignement voire une langue de communication entre les différents acteurs (administration, enseignants et apprenants).

La place centrale donnée à l'enseignement de la langue française par les dirigeants de ces établissements privés traduit leur désir de mieux préparer les apprenants aux examens nationaux et à l'examen international en l'occurrence le

¹⁷La présentation complète du groupe : Bois des cars et les axes de la formation qu'il propose est disponible sur le lien <http://ecole-boisdescars.edu.dz/presentation/ecole-privee-alger> Consulté le 20/06/2017

¹⁸Le mot intégral de présentation du groupe les Glycines est disponible sur le lien : <http://groupescolairelesglycines.edu.dz/presentation/le-mot-de-la-fondatrice>. Consulté le 20/06/2017

¹⁹ Nous avons effectué cet entretien avec Monsieur Amokrane Handala en le contactant sur son compte Facebook, disponible sur le lien : <https://www.facebook.com/mohand.amokrane.handala>

²⁰ Par « l'autre langue » Amokrane Mohand désigne la langue française et son enseignement dans son établissement.

baccalauréat français ; ainsi que de répondre à la demande des parents d'élèves qui ne veulent pas trouver leurs enfants en situation d'handicap à l'université.

À côté de ces écoles, nous assistons, ces dernières années, à un foisonnement d'établissements privés assurant un enseignement intensif des langues étrangères, plus particulièrement du français. Ces établissements accueillent des apprenants de tous les âges, désirant améliorer leur niveau en français, pour mieux réussir leurs études supérieures ou pour éviter des difficultés professionnelles en Algérie ou à l'étranger dues à une maîtrise insuffisante de cette langue.

Il est important aussi de rappeler dans ce contexte, l'émergence de ce qui est appelé communément « les cours de soutien » qui sont une forme d'enseignement privé non agréé par l'État. Ces cours prennent en charge l'enseignement de plusieurs matières, le français entre autres. Ils sont dispensés par des enseignants retraités ou exerçant dans des établissements publics. De nombreux élèves s'y inscrivent, notamment ceux qui se préparent pour passer un examen de fin de cycle. Nous pouvons citer à titre d'exemple le cas d'une enseignante au primaire dans la wilaya de Tébessa qui, pour répondre à la demande des parents d'élèves, assure l'enseignement de la langue française pour les 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} années primaire répartis en dix groupes avec plus de quarante élèves par groupe. D'autres solutions visant l'amélioration et la promotion de l'enseignement du français en Algérie ont été apportées par l'État algérien. Elles ont été renforcées par des accords signés dans le cadre de la coopération éducative et culturelle algéro-française.

3. La coopération éducative et culturelle avec la France

Après une décennie noire, marquée par la menace voire l'assassinat d'enseignantes du français, qui a engendré la fermeture des Centres Culturels Français (CCF), la coopération éducative et culturelle entre l'Algérie et la France a connu un nouveau souffle à partir des années 2000.

Parmi les axes prioritaires et importants de cette coopération cités dans le Document Cadre de Partenariat (DCP)²¹, celui qui vise « *l'appui au renforcement du capital humain* » (DCP, 2013-2017), il recouvre :

- Le système éducatif, enseignement supérieur, et recherche ;
- L'enseignement du français et en langue française ;
- La promotion des échanges culturels ;
- La santé.

L'enseignement du français constitue une des priorités de cette coopération bilatérale. Afin de promouvoir cette langue et d'en assurer la maîtrise, nombreux sont les programmes et les actions mis en œuvre et dont la nature varie, comme l'explique KADI-KSOURI entre :

- Le soutien de la formation initiale et continue des personnels de l'Éducation et la formation des doctorants ;
- L'appui de la formation par une aide au montage d'offres ;
- L'encouragement des échanges et des partenariats par des jumelages entre établissements de formation ;
- Le renforcement de la coopération culturelle (cinéma, théâtre...) ;
- La stimulation et valorisation de la recherche en langue et littérature française (création de revues, création de bases de données, d'anthologies de la littérature d'expression francophone, encouragement à la publication) (2016, p. 32).

L'application de ces programmes a été confiée à des instituts algériens et des organismes tels que les Instituts Français d'Algérie (ex Centres Culturels Français), l'Ambassade de France, l'Agence Universitaire de la francophonie et le Lycée International Alexandre Dumas.

3.1. Les instituts français d'Algérie (IFA)

Après la fermeture des Centres Culturels Français pendant près de douze ans, ces centres ont à nouveau rouvert leurs portes en 2006 aux nombreux étudiants, enseignants et chercheurs algériens qui les fréquentaient et à ceux qui désirent le faire. Ce n'est qu'en janvier 2011 que les six centres situés dans les différentes villes d'Algérie (Annaba, Constantine, Alger, Oran, Tlemcen et Tizi Ouzou) ont été fusionnés avec les services de l'Ambassade de France chargés de la

²¹Le texte intégral du DCP est disponible est consultable sur le lien <https://dz.ambafrance.org/AXES-PRIORITAIRES-D-INTERVENTION>. Consulté le 21/06/2017.

coopération algéro-française dans le domaine éducatif, universitaire, linguistique et culturel pour devenir l'Institut Français d'Algérie (IFA).

Une place essentielle est accordée à l'enseignement/apprentissage de la langue française au sein des Instituts Français d'Algérie. Elle se manifeste par les nombreuses interventions desdits instituts dans plusieurs domaines, à savoir le domaine éducatif et linguistique, l'enseignement supérieur et de la recherche et enfin l'échange culturel et artistique.

3.1.1. Le domaine éducatif et linguistique

Nombreux sont les apprenants désirant améliorer leur niveau en langue française. Pour ce faire, ils se sont inscrits aux différents Instituts Français répartis sur le territoire algérien. Leur nombre a atteint 11500 inscrits en 2013, ce qui constitue une augmentation de 12% par rapport au nombre d'inscrits de l'année précédente²².

Pour satisfaire son public et pour répondre à la demande du Ministère algérien de l'Éducation Nationale, qui consiste en la mise en place d'un programme de soutien à la langue française, les Instituts Français ont formulé plusieurs offres qui interviennent dans le milieu scolaire, la formation des formateurs et au profit des associations.

- En milieu scolaire : en plus des cours destinés aux apprenants²³ qui sont dispensés au sein des six instituts, ces derniers ont œuvré pour la mise en place de sessions de remédiation linguistique au profit des enseignants de français des zones Sud et des Hauts-Plateaux. En outre, ils ont lancé un projet d'enseignement de la compréhension et la production orale, qui a été accompagné par l'édition d'un livret pédagogique contenant des ressources audio-visuelles adressé aux enseignants et un film de formation

²²Ces chiffres et statistiques sont donnés par l'Institut Français d'Algérie et ils sont disponibles sur leur site sur le lien : <https://dz.ambafrance.org/Le-francais-face-a-une-forte> Consulté le 15/06/2017

²³ L'année 2017 a connu l'inscription de 10 000 apprenants aux cours de français au niveau des Instituts Français d'Algérie.

avec un livret d'accompagnement adressé aux inspecteurs de français du primaire.

- Pour la formation des formateurs et en collaboration avec les partenaires institutionnels, les Instituts Français ont intervenu dans la formation des formateurs, afin d'assurer la relève et ce, en développant un programme de formation avec des thématiques innovantes, ouvert à tous les enseignants issus de toutes les structures.
- Pour les associations : les Instituts Français, pour soutenir et appuyer les associations de professeurs de français d'Algérie à savoir la Coordination Nationale des Enseignants de Français d'Algérie (CNEFA) et l'Association Nationale des Enseignants de Français (ANEF) et celles qui travaillent dans la langue française, ont organisé des universités de printemps et d'été, des séminaires et des colloques de formation chapeautés par la Fédération Internationale des Professeurs de Français (FIPF) au profit des enseignants algériens.

Outre toutes ces actions, les IFA mettent à la disposition de leurs adhérents, qui sont au nombre de 18 000 en 2017, plus de 150 000 ouvrages au niveau des médiathèques. La disponibilité des ouvrages, surtout récents, est un élément important qui aide à l'apprentissage de cette langue, ce qui attire un grand nombre d'apprenants, d'enseignants et de chercheurs notamment ceux qui poursuivent des études supérieures en langue française.

3.1.2. Le domaine d'enseignement supérieur et de la recherche

Des programmes boursiers de grande envergure sont cofinancés « à hauteur de 60% pour la France et 40% pour l'Algérie » (KADI-KSOURI L, 2016, p. 53) et coordonnés par l'Institut Français d'Algérie. Ils ont été lancés pour répondre au besoin de former les élites universitaires de l'Algérie. À titre d'exemple, nous pouvons citer le programme PROFAS A, conçu pour les étudiants algériens préparant un doctorat en France et PROFAS B, conçu pour appuyer les

enseignants-chercheurs afin de finaliser leurs thèses de doctorat codirigées. Ces programmes ont permis à plus de 10 000²⁴ étudiants de bénéficier de ces bourses.

L'enseignement du français à l'université est appuyé par l'Institut Français via plusieurs actions de formation menées dans les différents établissements universitaires, écoles préparatoires, écoles normales supérieures et centres d'enseignement intensif des langues. Ces actions consistent en la mise en place de :

- Cours de Licence et Masters professionnalisant en « Écriture Web et Multimédia », « Métiers du livre », Français sur Objectifs Spécifiques, Français sur Objectifs Universitaires... ;
- Tutorat ;
- Didactique de l'oral au niveau universitaire ;
- Formation en didactique et en ingénierie des maîtres-assistants et des équipes enseignants des départements de français ;
- Habilitation à l'évaluation et à la correction du DELF et du DALF des coordinateurs des CEIL²⁵.

Les Services de Coopération et d'Action Culturelle (SCAC) en partenariat avec l'Institut Français et l'Ambassade de France ont offert aux cadres des Centres d'Enseignements Intensif des Langues (CEIL) plusieurs stages dans le domaine de la gestion des centres de langues et de l'ingénierie de la formation et ce entre l'année 2008 et 2010.

Ces instituts ont aussi ouvert aux étudiants algériens la possibilité de poursuivre leurs études en France avec comme condition, une bonne maîtrise de la langue française. Plus de 20 000 candidats aux tests et examens de français, notamment pour le TCF et le DALF se sont inscrits aux Campus France en vue de décrocher un avis favorable d'une université française.

²⁴ Ce chiffre est donné par Kadi Ksouri dans son rapport : le français dans l'enseignement supérieur au Maghreb. Mars 2016.

²⁵ Plus de détails sont disponibles sur le site de l'Institut français d'Algérie sur le lien <http://www.if-algerie.com/algerie/cooperation/educative-et-linguistique/formations-en-langue-francaise/au-sein-des-universites> Consulté le 15/06/2017.

3.1.3. Le domaine culturel et artistique

Comme la langue ne s'apprend pas sans sa culture, les Instituts Français en partenariat avec les Instituts Algériens ont concocté un programme qui concerne tous les secteurs artistiques à savoir : le théâtre, l'art plastique, la danse, la musique, la littérature et également le multimédia.

Des rendez-vous annuels sont lancés, ils abordent les thématiques suivantes :

- **Printemps des poètes**, un rendez-vous annuel programmé chaque mois de mars consacré à la poésie. C'est une occasion pour les poètes francophones de faire connaître leurs travaux poétiques sous toutes les formes, récitals, slams... et c'est également une occasion d'ouvrir des débats et des ateliers à l'université à propos du même thème.
- **Journées de la Mode**, elles sont programmées au mois de mai. De jeunes talents algériens et français se rencontrent. Plusieurs activités sont organisées lors de ces journées à savoir, des ateliers, des défilés, des expositions et projections de films.
- **Jeune Public**, est le rendez-vous organisé au mois de juin. Il est réservé aux jeunes qui activent dans le domaine du théâtre, marionnette, cinéma, concert et la chanson.
- **Cinéma sous les étoiles**, organisé en juin/juillet. Ça consiste en la projection de films (courts ou longs métrages) ; classiques ou contemporains ; algériens, français et même étrangers ; destinés à tout le public.
- **Danse**, le mois de septembre est une occasion pour les jeunes talents algériens de rencontrer des chorégraphes français afin d'animer des ateliers de danse et des conférences.
- **Fête de la Science**, programmée en automne, en mois d'octobre en est une manifestation qui permet des échanges entre la communauté scientifique et le grand public. C'est une occasion qui permet de découvrir le monde de la science et des laboratoires.

En plus de ce programme annuel, l'Institut Français organise plusieurs concours et festivals pour lancer les jeunes talents algériens. Nous pouvons citer le concours de photographie, d'écriture (la nouvelle fantastique en Algérie), le

concours d'éloquence Oran/Bordeaux. Quant aux festivals, il ya celui du conte, de la bande dessinée d'Alger, du film d'animation et du théâtre. Ce dernier est organisé à Bejaia chaque année et la France était l'invité d'honneur pour sa 8^{ème} édition de l'année 2016.

Le français est aussi présent dans les manifestations internationales telles que le Salon International du Livre d'Alger (SILA) où la France était l'invitée d'honneur de la 20^{ème} édition organisée en 2015.

3.2. Le lycée international Alexandre Dumas (LIAD)

Le français occupe une place centrale au sein du Lycée International Alexandre Dumas. Il est la langue d'enseignement de toutes les matières excepte l'arabe. Le LIAD est le premier établissement où l'enseignement est dispensé en langue française conformément au programme éducatif français. L'anglais y est enseigné à partir de la classe moyenne 1 (CM1) quant à l'arabe, il n'est introduit qu'à partir de la grande section, c'est-à-dire le secondaire.

Cette particularité d'avoir le français comme seule langue d'enseignement rentre dans le cadre des missions qui sont assignées au LIAD et qui sont, selon le site de l'Institut Français d'Algérie²⁶, de trois ordres :

- Assurer la continuité du service public d'éducation pour les enfants français dont les parents résident et travaillent en Algérie,
- Promouvoir la langue et la culture françaises au sein de l'établissement
- Contribuer à la coopération éducative bilatérale.

En effet, le lycée n'accueillait, à ses débuts, que les enfants expatriés dont les parents résident ou travaillent sur le territoire algérien. Leur nombre était de 281 élèves en 2002, l'année de son ouverture, répartis entre la moyenne et la grande section (les seuls niveaux assurés à l'époque). Quelques années plus tard, des apprenants de nationalité algérienne ont eu la possibilité d'y être admis et ce, après l'obtention du Diplôme National de Brevet (DNB) ou sur concours d'entrée

²⁶L'institut français d'Algérie présente sur son site les différents établissements scolaire français en Algérie, le lycée international Alexandre Dumas entre autres.

en classe de sixième. Le nombre d'apprenants se voit donc augmenter d'une année à l'autre pour atteindre 1750 élèves en 2016²⁷.

Face à cette augmentation du nombre d'élèves, d'autres établissements sont venus proposer le même type d'enseignement, à titre d'exemple nous pouvons citer le Lycée Bouamama (ex Descartes), la Petite École d'Hydra qui prend en charge uniquement l'enseignement de la petite section, l'école Max Marchand, sans oublier l'École Internationale d'Oran qui est une annexe du LIAD et qui a ouvert ses portes pour la rentrée scolaire 2017.

Ces différents établissements, Le lycée International Alexandre Dumas en tête, ont fait de la langue française une priorité et ce, en la mettant au cœur des apprentissages, par la mise en place d'une option du « Latin » enseigné au collège ; la mise en place d'un atelier d'écriture et le développement d'actions autour des activités théâtrales.

Par ailleurs, l'enseignement du français est promu par des actions de coopération éducatives que le Lycée Alexandre Dumas a mises en œuvre au profit d'autres établissements. Nous pouvons citer à titre d'exemple l'invitation des instituteurs du Lycée Bouamama à des sessions de formation au sein du LIAD. En outre, d'autres formations étaient destinées aux enseignants des écoles privées.

²⁷ Ces données sont indiquées dans le site officiel du Lycée Alexandre Dumas, sur le lien : <https://www.liad-alger.fr/joomla/> Consulté le : 15/06/2017.

Bilan

La langue française occupe une place importante dans l'enseignement en Algérie. Elle est la première langue étrangère enseignée dans les établissements publics, à partir de la troisième année du primaire jusqu'à la classe de terminale, ce qui fait, dix ans d'apprentissage du français. Cette place est un peu plus privilégiée dans les établissements privés avec des heures supplémentaires qui sont accordées à l'enseignement du français et des programmes optionnels qui l'accompagnent. Cet intérêt pour la langue française a pour objet de répondre aux besoins des apprenants désirant continuer des études supérieures en français en Algérie ou dans des pays francophones. Il est vrai que le français a pu résister aux nombreux changements qui ont touché son enseignement dans les établissements publics et a gardé son statut de première langue étrangère, mais ces changements ne sont pas sans conséquences sur le niveau des apprenants dans cette langue. Ces derniers rencontrent des difficultés tout au long de leur cursus universitaire, notamment dans les filières scientifiques et même au cours de l'exercice de leur fonction. Pour surmonter ces difficultés, ils recourent à l'apprentissage de la langue française en poursuivant des formations linguistiques, dont certaines tentent d'assurer un enseignement du français dit spécialisé ou de spécialité.

CHAPITRE II

Le français spécialisé et le français sur objectifs spécifiques

Introduction partielle

Nous nous proposons dans ce chapitre de présenter des éléments théoriques auxquels nous nous référons dans notre étude. Dans un premier temps, nous tentons de définir les langues spécialisées. Dans un deuxième temps, nous rendons compte des caractéristiques du français médical. Nous exposons par la suite la démarche du Français sur Objectifs Spécifiques désormais (FOS) qui constitue la base sur laquelle se construit notre étude. Enfin, nous faisons la distinction entre le français spécialisé et le français sur objectifs spécifiques afin d'éviter toute ambiguïté ou amalgame entre ces deux concepts.

1. Les langues spécialisées

1.1. Essai de définition

L'expression langue spécialisée est utilisée, par de nombreux linguistes, comme synonyme de langue de spécialité. C'est le cas de GALISSON et COSTE qui en donnent la définition suivante : « *Langues de spécialité (ou langues spécialisées) : Expression générique pour désigner les langues utilisées dans des situations de communication (orale ou écrite) qui impliquent la transmission d'une information relevant d'un champ d'expérience particulier* » (1976, p. 511). Dans cette optique, HOFFMANN Luthar cité par DELAGNEAU Jean Marc considèrent qu'une langue de spécialité est : « *la totalité des moyens linguistiques utilisés dans un domaine de communication, dont on peut délimiter la spécialisation, pour permettre la compréhension entre les acteurs de ce domaine* » (2008, p. 107). Cette conception ne correspond pas à la délimitation plus restrictive de certains auteurs qui définissent les langues de spécialité comme de simples variantes de la langue générale. Dans cette optique J. DUBOIS souligne :

On appelle langue de spécialité un sous-système linguistique tel qu'il rassemble les spécificités linguistique d'un domaine particulier. En fait, la terminologie, à l'origine de ce concept, se satisfait très largement de relever les notions et les termes considérés comme propre à ce domaine. Sous cet angle, il y a abus de parler de langue de spécialité, et vocabulaire spécialisé conviendrait mieux » (1994, p. 440).

Pierre LERAT dans son livre *les langues spécialisées* consacré entièrement à leur étude, insiste sur l'aspect pragmatique des langues spécialisées et affirme que « *la notion de langue spécialisée est plus pragmatique : c'est une langue naturelle considérée en tant que vecteur de connaissances spécialisées* »(1995, p. 20). Il en donne une définition plus extensive que les deux précédentes en précisant :

La langue spécialisée ne se réduit pas à une terminologie : elle utilise des dénominations spécialisées (les termes), y compris des symboles non linguistiques, dans des énoncés mobilisant les ressources ordinaires d'une langue naturelle pour rendre compte techniquement de connaissances spécialisées (Ibid, p. 21).

Nombreux sont les auteurs qui ont abordé le concept de langue de spécialité en adoptant des points de vue différentes. CABRÉ Maria Teresa a regroupé diverses définitions données à la langue de spécialité en trois positions. Pour effectuer cette classification, elle s'est basée sur le rapport qu'a la langue spécialisée avec la langue générale²⁸.

1.2. Rapport des langues spécialisées avec la langue générale

1.2.1. Les langues spécialisées une simple variante de la langue générale

Selon cette position, il n'existe pas de langue spécialisée proprement dite. Il s'agit seulement de vocabulaire spécialisé qui est de forte récurrence dans la langue générale, et qui n'en est qu'une simple variante lexicale, servant à rendre compte des connaissances scientifiques et/ou techniques. Dans cette optique, G RONDEAU (1983, pp. 23-24) note : « *les expressions « langue de spécialité » (langue spécialisée et « langue commune » ne recouvrent qu'un sous ensemble de la langue, celui des lexèmes* ». G. MOUNIN cité par CABRÉ, donne un exemple d'une langue dite spécialisée et affirme : « *Au sens propre il n'existe pas de langue du droit en soi mais seulement, à l'intérieur de la langue française, un vocabulaire du droit, et sans doute quelques tours syntaxiques spécifiques*»(1998, p. 119). Cette conception correspond à celle de Bernard

²⁸Par langue générale nous désignons la langue utilisée pour la communication usuelle dans des domaines non spécialisés, nous l'utilisons aussi comme synonyme de : langue naturelle, langue ordinaire, langue commune ou langue quotidienne.

QUEMADA également cité par CABRÉ. Il argumente en faisant appel à la linguistique descriptive qui condamne les différentes désignations et préfère parler de « vocabulaire ». Pour lui, ce dernier renvoie à l'usage particulier d'une langue ainsi que ses variétés. Il stipule : « ...il convient plutôt de parler de « vocabulaire », s'agissant d'emplois particuliers du français et de ses variétés... »(Ibid.). Pierre LERAT, après avoir examiné plusieurs théories linguistiques (celles qui ont traité le signe linguistique, la proposition, la phrase et enfin l'énoncé), rejoint les points de vue précédents, et ajoute : « aucune théorie linguistique, quelle qu'elle soit, n'a jamais isolé le fonctionnement des langues spécialisées de celui des langues naturelles en général » (1997, p. 02). À la lumière de ce qui précède, nous pouvons dire que les langues de spécialité ne se dissocient pas de la langue générale, ce qui les caractérise c'est essentiellement le **vocabulaire spécialisé** qu'elles utilisent. CABRÉ a résumé cette position de classification, qu'elle admet d'ailleurs, en disant : « Toute langue de spécialité est une simple variante de la langue générale » (1998, p. 119).

1.2.2. Les langues spécialisées sont des sous-ensembles dans un ensemble

Cette deuxième position définit les langues de spécialité comme des sous-ensembles dans un ensemble global. CABRÉ l'exprime comme suit : « les langues de spécialité seraient des sous-ensembles, fondamentalement pragmatiques, de la langue dans son sens global » (1998, p. 119). Selon ce point de vue, il existe plusieurs langues de spécialité au sein d'une même langue, et avec laquelle elles entretiennent un rapport d'inclusion, étant donné qu'elles puisent dans la langue générale pour se former. Ces mêmes langues de spécialité peuvent avoir un rapport l'une avec l'autre, celui d'intersection, à partir du moment où elles partagent des caractéristiques et établissent des échanges constants d'unités entre elles. Dans la langue française par exemple, nous trouvons le français médical, le français de l'hôtellerie, le français du droit... Le point commun de ces syntagmes est le mot « français » qui renvoie à la langue

française dans sa globalité, c'est le **domaine** dans lequel la langue est utilisée qui lui donne en partie sa spécialisation.

1.2.3. Les langues spécialisées sont des langues à part entière

À écouter les échanges linguistiques entre médecins, infirmiers ou laborantins, un tiers profane ne comprendra pas grand-chose à leurs parloirs. Pour lui, ces locuteurs parlent bel et bien d'un domaine qu'il peut déterminer (celui de la médecine), ils utilisent une langue qu'il peut identifier comme la sienne (la langue française, anglaise ou arabe) mais qui lui est opaque et ambiguë. Si nous lui demandons de nous rendre compte de ce que disent les médecins, il répondra que pour lui leurs propos ne sont pas clairs car même s'ils parlent la même langue que lui, les connaissances que véhiculent leur discours ne lui sont pas pour autant accessibles. Ce qui nous laisse dire que les langues de spécialité sont des langues à part entière. PHAL à ce sujet affirme :

Un physicien, un biologiste, un agronome, un économiste...ont en commun un certain nombre de mots qui, indépendamment de la difficulté de contenu, nous déconcertent et nous font dire que les savants et les techniciens parlent une langue différente de celle que nous parlons dans les circonstances de la vie quotidienne (1968, p. 7).

CABRÉ, pour définir les langues spécialisées selon cette position, note : « *les langues de spécialité sont des codes de type linguistique, différenciés de la langue générale, constitués de règles et d'unités spécifiques* » (1998, p. 118).

Si comme le souligne Maria Teresa CABRÉ : *Chercher à établir une frontière nette entre les langues de spécialité et la langue générale est une tâche impossible, tout comme tenter de tracer des frontières étanches entre les différentes spécialités ou encore prétendre qu'un terme relève d'un seul domaine* » (Ibid. p. 148), il est cependant possible, comme le note Bernard SPILLNER, de caractériser une langue de spécialité par certains critères à savoir :

- La langue de spécialité comporte des lexèmes et des structures que nous ne trouvons pas dans la langue commune et inversement.
- La fréquence d'utilisation de certains éléments linguistiques apparaît significativement dans la langue de spécialité par rapport à la langue commune.
- Des éléments linguistiques se rencontrent dans les deux langues (de spécialité et commune) mais leur position syntaxique se diffère dans chacune des deux selon la partie et/ou le type du texte.

- La fonction assurée, par des éléments linguistiques dans la langue de spécialité n'est pas la même dans la langue commune(1992, p. 45).

Comme le souligne AMOROUAYACH (2008, p. 128) : « *plus ou moins restrictives, toutes les définitions retiennent : la fonction principale de communication, le caractère spécialisé donné par les domaines, les spécialistes, l'expérience, le caractère instrumental des ressources linguistiques des langues spécialisées* ». Dans notre étude, nous emploierons les expressions langue spécialisée et langue de spécialité comme synonymes.

1.3. Le français médical

Les langues spécialisées, comme nous venons de le montrer ci-dessus, ont pour fonction principale d'assurer la communication entre les spécialistes d'un domaine scientifique ou technique, à savoir l'économie, l'architecture ou la médecine. Ce dernier est celui auquel nous nous intéressons et ce, en étudiant les écrits échangés entre ses praticiens, ceux émanant des médecins généralistes plus précisément. Nous tentons dans ce qui suit de le définir et de rendre compte de ses caractéristiques.

Christian BAYLON et Xavier MIGNOT définissent le français médical comme étant : « *une langue de spécialité parce qu'elle a été créée par des spécialistes pour des spécialistes. Elle appartient donc aux médecins* » (1994, p. 327). Le français médical est un sous-système linguistique qui appartient à un grand système, celui du Français Général (FG). Il est utilisé par des spécialistes du domaine médical pour réaliser une communication de spécialité. Il se caractérise par sa terminologie scientifique, mais aussi par d'autres critères que nous essayons de décrire dans ce qui suit.

1.4. Caractéristiques du français médical

1.4.1. La terminologie

Différentes définitions faisant référence à différents concepts ont été attribuées au vocable terminologie. Nous en donnons les principales :

- a) Une discipline faisant partie de la lexicologie et qui étudie les termes d'un domaine particulier ;
- b) Une méthode ou ensemble de règles qui régissent le travail terminologique ;
- c) Un ensemble d'unités terminologiques utilisées dans un domaine spécialisé.

Dans le domaine de la médecine, selon Patrick CHARAUDEAU et Dominique MAINGUENEAU, terminologie correspond à « *L'ensemble des mots et expressions pourvus de leur définition, par lesquels une discipline scientifique ou technique réfère aux notions qui la constituent* » (2002, p. 547). Le français médical possède une terminologie particulière, souvent jugée complexe et difficile. Cette terminologie a été reconnue comme internationale en 1985. Si le français médical est essentiellement caractérisé par sa terminologie, la formation des termes médicaux, quant à elle, se fait par les mêmes procédés que ceux du français général. La compréhension des procédés de formation de la terminologie médicale facilite l'orthographe et la compréhension du sens de chaque terme.

1.4.2. La formation des termes médicaux

Le français médical utilise, dans une large mesure, les mêmes procédés de formation du lexique général : la dérivation, la confixation, la composition, l'emprunt et la réduction.

1.4.2.1. La dérivation

En français, nous avons trois types de dérivation : propre, impropre et régressive.

1.4.2.1.1. La dérivation propre

Très utilisée dans la formation des termes médicaux, c'est l'adjonction d'un radical et d'un affixe c'est-à-dire d'un préfixe et/ou d'un suffixe.

Ce procédé aide à comprendre la signification de plusieurs termes. Le suffixe (ite) par exemple, signifie : Inflammation, son adjonction à une racine désignant un organe signifie l'inflammation de cet organe, à titre d'exemples : Appendicite signifie l'inflammation de l'appendice ; pancréatite signifie l'inflammation du pancréas. Jean Charles SOURNIA note : « *de nombreux préfixes ont un sens très général et ne sont pas propre à la médecine* »(1997, p. 104), le préfixe « a » par exemple qui signifie : absence, peut être rencontré dans plusieurs mots du français général tel le mot « anormal » ou encore « asymétrie », quant aux racines, nous remarquons que certaines sont spécifiques aux termes médicaux à savoir, Hémato (du grec: haima ou haimatos) qui signifie sang et Gastro : (gastêr) qui signifie estomac. Parfois, c'est la racine qui ne permet pas une compréhension aisée du sens. La dérivation se distingue de la composition, étant donné que les éléments qui forment un dérivé (préfixe, racine, suffixe) ne réalisent pas une autonomie syntaxique, contrairement à ceux d'un composé qui sont susceptibles d'être indépendant.

1.4.2.1.2. La dérivation impropre

La dérivation impropre appelée aussi conversion, concerne les mots qui changent de catégorie grammaticale sans changer de forme. Elle est souvent utilisée dans les rédactions médicales. C'est le cas des adjectifs et des participes passé/présent utilisés en guise de noms, à titre d'exemple : le diabétique (nom), le patient est diabétique (participe passé). Ces termes sont formés sur le modèle d'autres issus de la langue générale tel que : *handicapé, ménopausée*.

1.4.2.1.3. La dérivation régressive

La dérivation régressive se fait par le retrait d'un suffixe : par exemples, *angine* du latin *angina*, *stigmaté*, du grec *stigmatos*, *somnolence* et *somnolent* emprunts au bas latin *somnolentia* et *somnolentus*.

1.4.2.2. La composition et la confixation

La composition est la juxtaposition de deux ou plusieurs éléments qui peuvent servir de base à des dérivés. C'est le même principe utilisé par la confixation. La différence entre la composition et la confixation réside dans la nature des éléments constitutifs du terme. Dans la composition, ces derniers sont des éléments de la langue française : exemples, *vache folle* ; *abdomen sans préparation* ; *tulle gras*, alors que dans la confixation les éléments sont des racines savantes (grecques ou latines) appelées aussi confixes. L'adjonction des éléments constitutifs d'un terme se fait par l'utilisation d'un trait d'union qui a tendance à disparaître au fur et à mesure que le mot devient courant. J-C SOURNIA souligne : « *la composition nominale fait coexister deux substantifs sans intermédiaire, ni même un trait d'union qui s'impose de moins en moins alors qu'il était traditionnel. On trouve en médecine pour donner quelques exemples : médecin conseil, effet placebo...* » (1997, pp. 115-117). Parfois cette adjonction se fait par épenthèse: un phénomène non justifié étymologiquement mais souvent utilisé pour relier des éléments. Il s'agit d'insérer la voyelle [O] entre des racines grecques comme dans *oto-rhino-laryngoscope*, ou d'insérer la voyelle [I] entre des racines latines comme dans *surdi-muté*.

1.4.2.3. La réduction

Les termes issus de la réduction sont nombreux dans le français médical. Le but de ce mode de formation est d'alléger le discours. Plusieurs types de réduction existent :

1.4.2.3.1. L'ellipse

C'est le procédé selon lequel on omet un élément à l'intérieur d'un groupe syntaxique, à titre d'exemple nous pouvons citer : l'aorte pour l'artère aorte, un doppler pour un examen doppler.

1.4.2.3.2. La troncation

La troncation, sous ses deux formes : aphérèse ou apocope, consiste à abréger un mot en retranchant une ou plusieurs syllabes au début ou à la fin. Dans le français médical l'apocope est souvent utilisée à l'oral. Exemple : la radio pour la radiographie, diabéto pour diabétologie, gynéco pour gynécologie ou gynécologue.

1.4.2.3.3. La siglaison et l'acronymie

La siglaison est la formation de sigles à partir des initiales des éléments constitutifs d'un syntagme, ces initiales sont écrites en majuscules, suivies ou non d'un point, prononcées séparément l'une de l'autre. Exemples : Centre Hospitalier Universitaire = C.H.U ; Pavillon des Urgences = P.U ; Organisation Mondiale de la Santé = O.M.S ; *Protection Maternelle et Infantile = P.M.I.*

L'acronymie quant à elle, se forme à partir d'un sigle prononcé comme un mot. SOURNIA explique : « *De la siglaison dérive l'acronymie, c'est-à-dire que du sigle qui groupe les initiales des composants du mot ou de l'expression trop longs, un nom peut être dérivé. Sigle et acronyme ne sont pas synonymes car tous les sigles ne fournissent pas un acronyme* » (1997, p. 114). Exemple : TDM= Tomodensitométrie ; ATCD= Antécédents ; TRT= Traitement.

Selon Pascal BOUCHÉ, l'usage de la siglaison en médecine remonte au Moyen Âge. Il affirme : « *La médecine, dès le Moyen Âge, faisait usage dans ses ordonnances de nombreux sigles, souvent présentés sous forme de lettres entrelacées à la manière des monogrammes* » (1995, p. 304). Un usage qui, toujours selon BOUCHÉ, prends d'« *inquiétantes proportions* » (Ibid). MORTUREUX attire notre attention sur une dimension dessinée par les sigles et

les acronymes. Elle note : « *Les sigles et acronymes mettent en cause l'existence des frontières entre langues, essentiellement entre le français et l'anglais* » (1994, p. 17). En médecine, AIDS est traduit SIDA en français, de la même façon, DNA est traduit en ADN. MORTUREUX explique que ces sigles passent d'une langue à une autre sans que nous sentions une modification ou une différence. Elle ajoute que certains vocables servent à fabriquer des unités homonymes comme dans FAST (Franchissement Automatique Sans Temporalisation).

1.4.2.3.4. Le symbole abrégatif alphabétique

L'abrègement est le fait de réduire un terme à une ou deux lettres. Ce procédé est utilisé le plus souvent pour nommer les paramètres des bilans biologiques et radiologiques. Il est aussi utilisé pour désigner certains modes d'administration de médicaments, exemples : **Rh** (Rhésus); **VS**(Vitesse de Sédimentation); **TDM** (Tomodensitométrie); **Hb** (Hémoglobine); **CGR** (Concentré de Globules Rouges); **HD** (Hémodialyse); **IV** (Intraveineuse); **IDR** (Intra dermo-réaction); **BCG** (Bacille CALMETTE-GUERIN).

Les symboles se distinguent des sigles dès lors qu'ils :

répondent à un consensus entre savants, une entente parfois internationale. Deux exemples sont : les éléments chimiques ; le monde entier s'accorde pour désigner l'argent par Hg, se référant au vieux nom d'hydrargyre, et non aux lettres formant argent. De même les unités sont représentées par des symboles régis par un code mondial. (SOURNIA, 1997, p. 115).

1.4.2.4. L'emprunt

L'emprunt est le procédé par lequel une langue intègre un terme d'une langue donnée à une autre langue. Le français médical a emprunté essentiellement des termes au grec et au latin, à l'anglais mais aussi à d'autres langues. Les principaux emprunts du français médical ont été faits aux langues qui suivent.

1.4.2.4.1. Emprunt au grec et au latin

Le français de la médecine est riche en éléments empruntés au latin et surtout au grec. La maîtrise de la terminologie médicale repose essentiellement sur la connaissance de ces éléments. L'étymologie est donc essentielle à son apprentissage. Les emprunts au grec et au latin ont débuté au Moyen Âge et continuent à être utilisés jusqu'à nos jours, ils apparaissent sous diverses formes que P. BOUCHÉ (1995) présente comme suit :

- Des mots issus du grec : amnésie vient d'*amnêsia* (perte de mémoire), anatomie de *anatomê* (dissection), agonie de *agônia* = combat (Derniers moments avant la mort).
- Des emprunts directs au grec : cathéter de *Kathetêr* = sonde chirurgicale, eczéma de *ekzema* = ébullition ou Eruption cutanée, embryon de *embryon* = fœtus.
- Des mots issus du latin : abcès de *abscessus* = cavité emplie de pus, alvéole de *alveolus* = petit vase, bistouri de *bastoria* = instrument très tranchant utilisé en chirurgie.
- Des emprunts directs au latin : *abdomen*, collapsus de *collapsio* = effondrement, *forceps* = tenailles, formé de deux (cuillères) qui sert à aider l'expulsion de bébé lors d'un accouchement difficile.
- Des chimères : ce sont « les hybrides gréco-latins ». BOUCHÉ explique que ce mode de formation est quasi inévitable, même si la règle classique veut interdire le mélange entre une base grecque et une autre latine :

Le mot **lombalgie**, qui désigne une douleur des **lombes**, c'est-à-dire la partie basse du dos. Ce mot est formé du mot latin : *lumbi* = lombes, et du mot grec *algos* = douleur. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'élément usuel en grec pour désigner les lombes, qui pourrait remplacer *lombo*. De même, nous ne connaissons pas d'équivalent latin usuel de : *algie*. Doit-on pour autant se priver d'évoquer la maladie en question pour ne pas utiliser ce terme **lombalgie** d'étymologie cosmopolite ? (1995, p. 241).

Pour lui, les deux bases ont été condamnées à s'entendre pour former plusieurs termes. Nous pouvons en citer quelques exemples : Anxiolytique, du latin *anxius*

= anxieux et du grec *lutikos* = qui relâche ; Liposuccion, du grec *lipos* = graisse, et du latin *suctus* = action de sucer. (BOUCHÉ, 1995, pp. 244-247).

1.4.2.4.2. L'emprunt à l'arabe

La traduction de l'héritage scientifique grec, vers l'arabe, puis de l'arabe vers d'autres langues à savoir le latin, l'italien et l'espagnol, a fait que plusieurs termes ont été empruntés de l'arabe. La civilisation arabe a laissé un ensemble de termes relatifs aux plantes médicinales, au corps humain et surtout à la chimie.

Pierre GUIRAUD, cité par AMOROUAYACH écrit :

Les Arabes ont été des médecins et des alchimistes, un des objets de l'alchimie étant la pharmacopée. Par ce biais ils se sont intéressés à des minéraux et à des plantes cosmétiques il ajoute ce que nous ont transmis les Arabes ce sont surtout des plantes médicinales comme le séné ou tinctoriales, le sumac et le kermès...(2008, p. 147).

BOUCHÉ a recensé quelques termes hérités de l'arabe. Des plantes, il donne l'exemple de Racahout = mélange de farines que l'on dissolvait dans du lait pour alimenter les enfants et les malades. De la chimie, il a trouvé Kali, de l'arabe *al kali* = potasse qui désigne potassium et enfin, il nous fait connaître l'origine du mot Momie qui est *moumiya* = préparation à base de cire (1995, p. 277).

1.4.2.4.3. L'emprunt à l'anglais

L'anglais (première langue internationale de diffusion de sciences et de technologie) impose au français un très grand nombre d'emprunts. À l'instar des autres langues spécialisées, le français médical s'est enrichi en une nouvelle terminologie dont le sens est bien précisé, exemples : Lifting, doper, pacemaker, patch, rash. D'autres termes médicaux sont le résultat d'abréviation d'origine anglaise. LASER par exemple vient de **L**ight **A**mplification by **S**timulated **E**mission of **R**adiation, ELISA s'attache à **E**nzyme-**L**inked-**I**mmuno-absorbent **A**ssay. L'emprunt à l'anglais ne signifie pas qu'il est impossible de trouver l'équivalent en français, BOUCHÉ explique les motivations des emprunts à cette langue :

Chaque innovation technique qui nous arrive des États-Unis est en général accompagnée d'un glossaire de termes américains que les spécialistes français font immédiatement leur, laissant aux puristes le soin de chercher plus tard des mots français équivalents. Et, en l'occurrence, « plus tard » veut souvent dire « trop tard », tant il est difficile d'extirper un mot d'origine anglaise de notre vocabulaire une fois qu'il y a fait son nid... la seconde cause favorisant l'arrivée dans le langage médical des mots américains, c'est l'obligation de publier en anglais. (1995, p. 254).

SOURNIA rejoint BOUCHÉ quand il justifie l'emprunt à l'anglais et stipule :

La plupart des termes en médecine française doivent leur inclusion à la paresse ou au snobisme des importateurs. Le thrill observé sur une artère rétrécie est un frémissement, les cliniciens n'y voyaient pas autre chose, le wheezing est un sifflement. L'importateur attribue à son emprunt une valeur particulière à laquelle le prêteur ne pensait pas. Sludge est en anglais une boue ordinaire, les français veulent en faire une boue particulière se déposant dans l'intérieur des artères. (1997, p. 86)

Que ce soit dû au rythme rapide de l'évolution des sciences médicales aux États-Unis d'Amérique, à la lenteur des traductions ou au phénomène de pédantisme, le français médical continue à emprunter à l'anglais. Ce qui importe dans le domaine de la médecine, c'est les découvertes et les progrès dans les pratiques médicales.

1.4.2.5. Les éponymes

Il est important de parler de l'usage des noms propres dans la formation de plusieurs mots. Certaines maladies ou facteurs pathogènes portent le nom de personnalités scientifiques. Ainsi la maladie de Parkinson, celle d'Alzheimer, d'Hodgkin ou de Guillain Barré portent le nom de ceux qui ont isolé les premiers cas atteints par ces maladies, quant aux mots bacille de Koch, bacille d'Eberth leur formation s'attache aux scientifiques qui les ont découverts.

La spécificité du français médical ne réside pas uniquement dans la terminologie qui s'y trouve, comme le souligne AMOROUAYACH, bien que celle-ci : *« soit la base du français médical elle n'est l'unique élément de cette langue, elle s'associe à une grammaire, à une syntaxe à un mode d'expression des idées qui s'influencent l'un l'autre »* (2008, p. 156). Nous tenterons dans ce qui suit de rendre compte de ces différents aspects.

1.4.3. Les caractéristiques grammaticales

Dans la rédaction scientifique, il est important, voire obligatoire de respecter l'usage de certains éléments qualifiés par LERAT d'« *habitudes d'expression* » qui sont : « *la grammaire des parties du discours et les phénomènes comme la nominalisation et les transformations passives, mais aussi les connecteurs de phrases et leur logique, ainsi que la grammaire de l'énonciation* » (1995, p. 75). Le texte scientifique, en l'occurrence médical, a ses propres caractéristiques syntaxiques qui le distinguent des autres textes, mais il peut y avoir quelques différences entre les types de texte d'un même domaine comme l'explique AMOROUAYACH :

La syntaxe varie selon le type de texte : la syntaxe d'un texte de type épistolaire, courrier entre deux médecins par exemple, est différente de celle d'un compte rendu d'hospitalisation ou encore celle d'un article médical scientifique. Mais entre ces différences de textes, il existe aussi de nombreuses similitudes syntaxiques. (2008, p. 156)

Le français médical se caractérise donc par l'usage de certaines catégories grammaticales et structures syntaxiques.

1.4.3.1. Les pronoms personnels

Dans les écrits médicaux, l'auteur s'efface derrière des constructions impersonnelles ou passives. La finalité est d'assurer le caractère objectif du texte scientifique. Voici deux éléments illustratifs :

- « *Il devient nécessaire de pratiquer une laparotomie en urgence. Une endoscopie peropératoire pourra aider à localiser l'hémorragie* » (PERLEMUTER L & PERLEMUTER G, 2010, p. 687)
- « *Il est clairement démontré que la chimiothérapie adjuvante améliore la survie chez les patients classés N+* » (Ibid. p. 590).

Bien que l'usage du pronom impersonnel « il » se justifie aussi par l'importance de mettre en relief l'information scientifique, l'emploi des pronoms « on et nous » n'est pas exclu. B SPILLNER nous le montre avec ces deux exemples :

- On remarquera que les formes nécrosantes superficielles ont un pronostic voisin des formes œdémateuses (16% contre 24%) et devraient donc être démarquées des formes profondes beaucoup plus redoutables (75%).
- Nous avons indiqué dans le numéro précédent de La Lettre Médicale les règles à respecter pour le traitement des sujets âgés; encore faut-il, pour obtenir l'effet recherché, que les personnes âgées utilisent correctement les médicaments prescrits(1992, p. 54).

Le pronom « nous/on » est employé pour désigner l'auteur seulement ou bien l'auteur et le lecteur à la fois. Le « nous » dans le deuxième exemple remplace le pronom « je », il est dit de modestie. Par conséquent, les adjectifs et participes qui s'y rapportent sont au singulier. Quant aux pronoms « je » et « vous », nous les trouvons particulièrement dans les courriers entre médecins, à titre d'exemple, dans le cas où un chef de service hospitalier s'adresse à ses pairs ou à ses étudiants.

1.4.3.2. Les modes et les temps verbaux

Le mode fréquemment employé dans les textes médicaux français est l'indicatif. Il sert à exprimer l'affirmation d'une action ou de la présenter comme telle. L'infinitif est aussi utilisé, mais souvent dans les textes injonctifs à savoir les notices et les modes d'emploi. Exemple :

Avant de débiter les AVK :

- Éliminer une CI, une interaction médicamenteuse, un trouble de l'hémostase (INR, TCA, NFS-plaquettes), une IR ou IHC
- Établir une carte de groupe sanguin
- Débiter le traitement à 1 cp par jour (3/4 si : sujet âgé, poids faible, insuffisance hépatique ou rénale modérée) et doser l'INR 48 à 96h après (selon pharmacocinétique). (ALEXELINE et ACAIRE, 2008, p. 128).

Les autres modes ne sont pas exclus, mais ils sont moins utilisés, tel est le conditionnel utilisé pour parler d'un diagnostic non confirmé.

Quant aux temps verbaux, SPILLNER précise que leur emploi « *est souvent déterminé non pas par des données grammaticales ou sémantiques, mais par le type de texte. Le sous-type de texte « observation » du discours médical est caractérisé par une distribution spécifique des temps verbaux* » (1992, p. 56). Cette distribution consiste à utiliser :

- le présent de l'indicatif dit atemporelle pour définir ou expliquer des notions, des concepts, des phénomènes ou des résultats ;
- l'imparfait pour la description de l'état d'un malade ou d'une maladie ;
- le passé composé pour décrire le changement dans l'évolution de la maladie.

1.4.3.3. Structure et typologie phrastique

Dans les langues de spécialité, la phrase est qualifiée de complexe, compte tenu de sa longueur. Or, la complexité de la phrase ne réside pas seulement dans sa longueur. ROULEAU (2006) affirme que la complexité peut être d'ordre grammatical ou de lecture. Grammaticalement parlant, une phrase complexe est celle composée de plusieurs propositions, toute nature confondue (circonstancielle, relative ou complétive). Dans son étude contrastive, ROULEAU conclut qu'« à longueur égale, la phrase médicale, telle que définie, est moins complexe que la phrase générale²⁹ » (2006, p. 304), la complexité selon lui serait dans « les facteurs de lisibilité » (Ibid. p. 305). Selon cette étude, le médecin, en s'adressant à ses collègues et étudiants, utilise des phrases dites « indépendantes »³⁰, c'est-à-dire contenant peu de verbes conjugués. Le médecin préfère mettre l'information entre tirets ou entre parenthèses que d'utiliser une proposition. L'emploi de cette dernière n'est pas exclu, le médecin a seulement tendance à juxtaposer les propositions tout en les séparant par le point-virgule ou les deux points et rarement par la virgule.

En ce qui concerne les types de phrases utilisés dans le français médical, il y a prédominance du type déclaratif, exprimé par des phrases affirmative, négative ou dubitative. À cela s'ajoute le type impératif, à titre d'exemple :

1. Lavez-vous les mains et appliquez les précautions sanitaires standards.
2. Amorcez l'aspiration au niveau recommandé par le fabricant du système clos.
3. Connectez la sonde au système clos par l'adaptateur.

²⁹ Par phrase générale, Rouleau désigne les phrases tirées de textes destinés au grand public et qui proviennent de deux quotidiens québécois, *la Presse et le Devoir*.

³⁰ Rouleau définit la phrase indépendante comme suit : « Phrase composée d'une ou de plusieurs propositions simples (sujet + verbe + complément), qui peuvent être coordonnées, juxtaposées, incises ou incidentes. Exemple : Pierre aime lire, Lise préfère jardiner » (ibid. 299).

4. Hyperoxygénez le patient.
5. En douceur et rapidement, insérez la sonde d'aspiration dans la voie aérienne artificielle jusqu'à rencontrer une résistance... (Prise en charge des urgences médicales, (Ismail HSSAIN, 2013, p. 480).

Le type interrogatif, quant à lui, est réservé au discours didactique du français. SPILLNER indique la fréquence d'utilisation des phrases interrogatives, il précise :

le discours français médical fait souvent appel, surtout au début des textes, à des questions [...] Ces questions sont donc assez fréquentes dans les manuels scolaires, dans les photocopiés de cours universitaires, dans les comptes rendus de publications spécialisées dans les revues scientifiques. Elles relèvent du discours entre professeur et étudiants, entre médecin spécialiste et médecin généraliste. (1992, pp. 56-57).

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, l'utilisation des tournures impersonnelles est assez fréquente dans le français médical, ainsi que la nominalisation, dont la visée est d'assurer la neutralité subjective affective.

1.4.4. Le parlé et l'écrit du français médical

Le français médical a deux réalisations : le parlé (l'oral) et l'écrit. Le langage particulier aux praticiens de la santé est décrit comme économique. L'usage des acronymes, des abréviations et des sigles est plus remarquable à l'oral qu'à l'écrit. A propos de l'économie du parlé médical, Christian BALLIU stipule : *« Les outils par excellence de ce discours sont les raccourcis de langage d'une part, et la figure métonymique ou elliptique d'autre part, le procédé métaphorique enfin »* (2005, p. 03). Dans cette même optique SOURNIA écrit :

la place de ces tropes [métaphore et métonymie] ne doit pas être minimisée. Leurs images ne masquent pas la réalité, elles la rendent perceptibles aux sens. La démarche métaphorique passe de l'abstrait au concret (plus souvent l'inverse), elle simplifie le complexe, elle aide l'imagination et permet que s'élabore la représentation mentale de la maladie. (1997, p. 101).

Locutions et unités simples offrent un grand nombre d'emplois métaphoriques, quel que soit le registre de langue. Exemples : Muguet, combat contre la maladie, bec de lièvre³¹. La métonymie peut être considérée en tant que trope comme un

³¹Le combat contre la maladie est une métaphore qui fait penser à une lutte entre deux personnes disposant éventuellement d'armes (SOURNIA, 1997, p. 98). Bec de lièvre, dénomme une malformation consistant en une fente de la lèvre supérieure. Cette fente fait ressembler, la lèvre supérieure à celle,

changement de la dénomination par rapport à l'usage ordinaire dans un but d'économie linguistique. En milieu hospitalier elle est souvent utilisée à l'oral par le personnel de la santé pour désigner un patient. Exemples :

« Amenez l'ulcère au bloc » : Par ulcère, le locuteur désigne le malade.

« Montrez-moi le thorax » : il s'agit de montrer le cliché du thorax sur le négatoscope.

« Il faut retaper cette péritonite » : le protocole opératoire d'un malade opéré pour une péritonite doit être réécrit puisqu'il contient des coquilles.

Le médecin opte parfois pour « greffé » ou « transplanté » s'il veut parler de son malade qui a reçu une greffe ou une transplantation.

Les puristes pourraient ne pas accepter de tels vocables sous prétexte que c'est l'organe qui est greffé ou transplanté et non pas le malade, tandis que les médecins l'emploient sans la moindre hésitation, puisque il est conventionné en médecine d'appeler le patient par greffé et l'organe par greffon.

Le parlé des médecins est caractérisé par l'emploi d'abréviations et surtout de troncations. Ceci n'a pas uniquement un but d'économie de la langue, et par conséquent une économie de temps, mais aussi un objectif d'atténuer l'expression de faits ou d'idées considérés comme effrayantes dans le but d'adoucir la réalité. A ce propos DIRCKX cité par FAURE explique : « *en français, on disait C pour cancer, néo pour néoplasme, sigma pour syphilis, TP pour tuberculose pulmonaire, ou encore COOH pour alcool* »(2010, pp. 79-80).

1.4.5. Le style

Le style peut être défini comme étant *le choix que tout texte doit opérer parmi un certain nombre de disponibilités de moyens d'expression contenues dans la langue*. Ainsi, pour définir le style d'un texte donné, il importe de faire ressortir ce qui compose ce choix. Rappelons que le français médical fait partie du discours scientifique. Ce dernier répond à ce que LERAT appelle des « *habitudes d'expressions* » (1995, p. 75) dont la présence est statistiquement remarquable

fendue d'un lapin. Muguet, envahissement de la langue par un champignon donnant un dépôt blanchâtre, vient de la ressemblance entre la couleur du dépôt et celle de la fleur du muguet

voire dominante. Ces habitudes forment un système de règles générales propres à l'écriture scientifique. C'est sur la base de ces règles qu'est évalué un texte pour être jugé scientifique ou non. Le style scientifique est défini de manière générale par opposition au style littéraire :

Contrairement au discours littéraire, essentiellement fictionnel, fait d'images et de métaphores, par définition polysémique et susceptible d'une pluralité de lecture et d'interprétation, le discours scientifique, se veut « réaliste », se caractérisant par son univocité et par son « monosémisme » : il ne peut s'interpréter que selon un seul sens. (M.N MWATHA, 2015, p. 253).

L'objectif d'une langue de spécialité est d'informer, d'expliquer, de convaincre. Pour ce faire elle recourt à divers procédés : démonstration, explication, définition, justification, comparaison, argumentation, citations d'autorités, etc.

La rédaction médicale note AMOROUAYACH « *a plusieurs principes qui sont le bon usage du temps des verbes, la suppression des variations élégantes, des expressions émotionnelles, et du passif de modestie* » (2008, p. 157). Nous avons mis en évidence plus haut les temps verbaux utilisés dans le français médical et justifié leur emploi. Précisons que le français médical utilise des figures de rhétorique, notamment la métaphore et la métonymie mais ce n'est en aucun cas dans un but ornemental, mais plutôt dans une perspective didactique et d'économie linguistique comme l'explique P. BOUCHÉ :

Nos maîtres faisaient souvent preuve, dans leurs descriptions orales des grandes maladies, d'un sens littéraire surprenant. La parabole et la métaphore leur fleurissaient sur la langue, autant dans le but de faire briller l'orateur que de frapper la mémoire de ses élèves (1994, p. 329).

Dans le même ordre d'idées SOURNIA écrit :

la place de ces tropes [métaphore et métonymie] ne doit pas être minimisée. Leurs images ne masquent pas la réalité, elles la rendent perceptibles aux sens. La démarche métaphorique passe de l'abstrait au concret (plus souvent l'inverse), elle simplifie le complexe, elle aide l'imagination et permet que s'élabore la représentation mentale de la maladie (1997, p. 101).

Quant aux expressions affectives et émotionnelles, elles n'ont pas de place dans les langues de spécialité encore moins dans le français médical. Un médecin qui rédige un compte rendu radiologique, dans lequel il parle de métastases d'un

cancer ou d'une phase finale d'une maladie grave, le fait d'une manière strictement objective, dépourvue de toute affectivité ou émotion. L'objectif premier d'un discours médical étant de véhiculer un message de façon claire et précise.

2. Le Français sur Objectifs Spécifiques (FOS)

2.1. Définition

À l'instar d'English for Specific Purposes (ESP), le Français sur Objectifs Spécifiques est une méthode d'enseignement de courte durée, à l'issue de laquelle, l'apprenant sera capable d'accomplir une activité nécessitant l'utilisation du français. Jean-Pierre CUQ précise dans son dictionnaire de didactique du français langue étrangère et seconde :

Le français sur objectifs spécifiques (FOS) est né du souci d'adapter l'enseignement du FLE à des publics adultes souhaitant acquérir ou perfectionner des compétences en français pour une activité professionnelle ou des études supérieures ... (2003, p. 109).

Il s'agit d'une situation particulière de l'enseignement du Français Langue Étrangère (FLE), dont l'intérêt est purement fonctionnel. Des demandes d'enseignement de français à des fins professionnelles ont été faites dans différents domaines tels que : les affaires, le tourisme, le droit, la médecine, les sciences, les relations internationales, etc. Chantal PARPETTE et Jean-Marc MANGIANTE donnent l'exemple des milliers d'infirmières espagnoles, pour lesquelles le gouvernement français a fait appel pour répondre au manque de personnel dans les hôpitaux. Ces infirmières devaient suivre une formation accélérée en langue française pour pouvoir s'intégrer dans les lieux de travail.

2.2. Aperçu historique du Français sur Objectifs Spécifiques

L'intérêt de retracer l'évolution historique du Français sur Objectifs Spécifiques, est de connaître les différentes appellations qu'a connues cet enseignement dit sur mesure, et qui sont utilisées comme synonymes. Cette évolution terminologique reflète une évolution méthodologique qui, à chaque fois, adopte de nouvelles techniques et de nouveaux procédés pour atteindre les résultats

escomptés. L'histoire du Français sur Objectifs Spécifiques nous permet aussi de connaître les différents publics visés par ce type d'enseignement spécialisé.

2.2.1. Le français militaire (FM)

Cette expression a été utilisée durant les années vingt du siècle dernier, après une demande d'élaboration d'un manuel destiné aux combattants non francophones dans l'armée française. Selon Hani QOTB, « Il s'agit d'un ouvrage intitulé *Règlement provisoire du 7 juillet pour l'enseignement du français aux militaires indigènes* » (2008, p. 24) publié en 1927 auquel une partie supplémentaire a été ajoutée en 1928 pour le compléter. La commission de rédaction de cet ouvrage, présidée par le Général MONHOREN, composée de neuf membres (des médecins militaires et des militaires de tous grades), avait précisé la finalité pédagogique ultime de cet enseignement/apprentissage que nous trouvons dans les propos suivants :

L'expérience a montré que, pour donner à ces troupes toute leur valeur, il était indispensable de leur assurer, dans la connaissance de notre langue, un bagage de plusieurs centaines de mots et d'expressions facilitant les rapports de la vie courante militaire et devant, d'ailleurs, après leur retour à la vie civile, contribuer au développement de la richesse de nos colonies en rendant plus aisées les relations des indigènes avec nos administrateurs, nos commerçants et nos industriels.(Ibid, p. 24)

QOTB décrit la méthodologie suivie dans ce manuel de français militaire. Il explique que les 60 leçons qu'il contient permettaient aux apprenants d'acquérir une terminologie, et des expressions qui concernaient leur fonction et la vie militaire. Avant le démarrage des cours, ajoute-t-il, certains facteurs étaient pris en considération. Il s'agissait du degré d'instruction ; des dialectes des indigènes et de la nécessité de limiter le nombre d'apprenants à 20 individus par classe. Les instructeurs avaient reçu une formation pédagogique, ils utilisaient la méthode directe selon laquelle l'enseignement se faisait en langue cible, sans avoir recours à la langue maternelle des apprenants. Cette langue cible a été remplacée par des mimes et des pantomimes afin de mieux expliquer les mots, les actions ou les situations difficiles. Les priorités pédagogiques ont été focalisées sur l'oral, au détriment de l'écrit en raison du temps imparti à cet enseignement/apprentissage.

Il est important de souligner que le français militaire est né dès la parution de ce manuel tombé dans l'oubli. Il n'est plus enseigné depuis la fin des colonies françaises.

2.2.2. Le français scientifique et technique (FST)

QOTB explique que l'appellation Français Scientifique et Technique : *«résulte d'une décision politique datant de la fin des années 1950, prise dans un contexte de défense des intérêts économiques de la France, de son influence géopolitique (en particulier dans les pays en voie de développement, dont les ex colonies françaises)»* (2008, p. 29). Après la deuxième guerre mondiale, le français a perdu son hégémonie au profit de l'anglais devenu la langue des communications internationales. Dans le but de maintenir le statut mondial de la langue française, tout en lui cherchant un nouveau public, le Ministère des Affaires Étrangères de la France, a accordé un grand intérêt aux domaines scientifique et technique. C'est dans ce climat politique que la tendance du français de spécialité est née ainsi qu'avec l'apparition du VGOS³² qui *« fut une propédeutique lexicale et grammaticale aux langues de spécialité »* (BROYER, BUTABACH et PENDAUX, 1990, p. 25) et qui a contribué à l'émergence d'un français de spécialité dans différents domaines (chimie, géologie, littérature et médecine). À cet effet, des organisations publiques se sont chargées de diffuser le français scientifique et technique. Nous pouvons citer, en particulier, les initiatives suivantes :

- La création du Centre scientifique et technique français de Mexico en 1961 ;
- La tenue des colloques internationaux, des stages et des journées d'études, exemple du colloque international à Saint-Claud en 1967 ;
- L'élaboration d'un manuel d'enseignement du français scientifique et technique en 1971 par MASSELIN, DELSOL et DUCHAIGNE aux éditions Hâtier ;
- Des cours du Français Fondamental pour les mathématiques sont dispensés par les services culturels de l'Ambassade de France à Damas (Ibid.).

³² VGOS : Vocabulaire Général d'Orientation Scientifique

En matière de méthodologie d'enseignement adoptée, le français scientifique et technique accorde un intérêt particulier pour la méthodologie Structuro-Globale Audiovisuelle (SGAV) qui se caractérise par la présence, sur un même support, du son et de l'image. Plusieurs méthodes sont produites pour répondre aux besoins d'enseignement, nous pouvons citer : *Voix et images de France* ; *Voix et images médicale*. Notons que le français scientifique et technique était sujet de plusieurs critiques remettant en cause les documents fabriqués, la primauté de l'oral sur l'écrit...

2.2.3. Le français instrumental (F I)

Né en Amérique latine, et plus particulièrement au Brésil, au Mexique et en Argentine, il a commencé à être utilisé durant les années soixante-dix. À cette époque, le français scientifique et technique remportait un grand succès. ALVAREZ. G et AUPECLE. M, cités par QOTB, définissent le français instrumental ainsi : « *C'est l'enseignement du français langue étrangère, à des étudiants qui, sans se spécialiser en français, doivent avoir accès, en général dans leur pays, à des documents écrits de caractère informationnel* » (2008, p. 36). L'enseignement du français n'est donc pas un objectif en lui-même, c'est un *instrument* qui permet de faciliter l'accès et la compréhension des documents spécialisés utilisés par des étudiants, en particulier, les doctorants. Le français instrumental en Amérique latine a été le thème de plusieurs colloques et conférences d'enseignements du français langue étrangère. À titre d'exemple, dès les années soixante-dix, dans le cadre des Sessions des doctorants et des chercheurs en français langue étrangère (*Sesiones para Docentes e Investigadores de Frances Lengua extranjera*), un des axes de recherche abordés de manière régulière était celui du français instrumental. Avant le démarrage de la formation dans du français instrumental, une évaluation du niveau des étudiants était requise. La méthodologie préconisée pour le français instrumental recommande de commencer les enseignements sur des textes spécialisés contenant des tableaux, des illustrations, et des sondages... Ils facilitent la compréhension des textes choisis. Cette méthodologie donne une grande importance à l'écrit au

détriment de l'oral. Elle est négativement critiquée par plusieurs didacticiens, qui constatent que l'apprenant a besoin de développer à la fois une compréhension et une expression écrites et orales. Notons que le français instrumental né hors de l'Hexagone a contribué à faciliter l'utilisation des textes spécialisés pour un public spécifique et professionnel.

2.2.4. Le français fonctionnel (FF)

Ce terme est lancé pour la première fois par PORCHER dans son fameux article *Monsieur Thibaut et le bec bunsen* paru en 1976. Dans cet article il écrit : « *la meilleure définition du français fonctionnel nous paraît être celle d'un français qui sert à quelque chose par rapport à l'élève. [...] le français fonctionnel est celui que l'on enseigne en fonction d'un but* » (Ibid, p. 37). Le Français Fonctionnel est né en 1974 au moment où la langue de Molière connaît un recul remarqué au niveau mondial. La crise économique due au choc pétrolier en est la cause. Le gouvernement français décide alors de réduire le budget consacré à la diffusion du français à l'étranger. Le Ministère des Affaires Étrangères a procédé à un redéploiement de la langue française à l'étranger, en mettant en place le Français Fonctionnel. Cet enseignement s'adresse non seulement à un public littéraire, mais aussi à un public diversifié qui englobe tous les domaines professionnels. La méthodologie du Français Fonctionnel diffère des précédentes. Elle rejette les méthodes qui ne s'intéressent pas à la diversité du public. Elle rejette aussi les cursus longs qui s'articulent dans leur enseignement sur les trois étapes : Niveau 1, Niveau 2 et perfectionnement et exclut les méthodes qui se basent sur le comptage lexical, telle le VGOS utilisée pour l'enseignement du français scientifique et technique. La méthodologie adoptée par le français fonctionnel se traduit dans les modèles élaborés par LEHMANN (1975), MOIRAUD (1980), VIGNER (1980) et PORQUIER, LEHMANN et KHAN (1981). À l'examen de ces modèles, il en ressort qu'ils ont adopté la même démarche. QOTB la résume comme suit :

prise en compte des besoins du public visé qui occupent le centre d'intérêt de la première étape de chaque modèle. Ce dernier s'intéresse également à faire une description des enseignants (leur formation, leur expérience, etc.) et des institutions (leurs objectifs, les

matériels disponibles et le temps accordé à l'apprentissage). S'agissant du deuxième point commun, les tenants du français fonctionnel analysent les situations dans lesquelles les apprenants vont utiliser le français. (2008, p. 53)

Le français fonctionnel a connu un déclin vers la fin des années soixante-dix à cause d'un deuxième choc pétrolier. Ce dernier a exigé la suppression de postes d'enseignants de français à l'étranger ainsi que la suppression des séminaires qui étaient organisés par le CREDIF.

2.2.5. Le français sur objectifs spécifiques

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'appellation Français sur Objectifs Spécifiques (FOS) peut être rapprochée quant à ses objectifs à English for Specific Purposes (ESP). C'est à partir des années quatre-vingt que le Français sur Objectifs Spécifiques commence à gagner du terrain. La formation linguistique des étudiants en médecine, en droit et en sciences exactes est devenue une des priorités de la coopération universitaire, cette priorité figure dans presque toutes les aires géographiques. Du côté éditorial, de nombreuses publications ont été consacrées à cet enseignement. Nous pouvons citer à titre d'exemples : Le numéro spécial du Français dans le monde en 1990 ; le livre de Eurin et Henao en 1992 ; celui de Lehmann en 1993 et celui de Mangiante et Parpette en 2004 qui sont considérés comme étant la base de la bibliographie en la matière.

Nous revenons sur les caractéristiques et la méthodologie du français sur objectifs spécifiques dans les points suivants.

2.2.6. Le français professionnel (FP)

Autrement nommé : Français professionnel ou français à visée professionnelle, cet enseignement est apparu récemment au seuil du troisième millénaire, c'est la raison pour laquelle peu de didacticiens lui ont attribué une définition. MOURLHON-DALLIES dans : *Apprentissage du français en contexte professionnel : état de la recherche*, en donne la définition suivante :

Le FLP est le français enseigné à des personnes devant exercer leur profession entièrement en français. Dans un tel cas, le cadre d'exercice de la profession au complet est en français (aspects juridiques et institutionnels, échanges avec les collègues et la hiérarchie, pratique du métier) même si des portions de l'activité de travail peuvent être réalisées en anglais ou dans d'autres langues (2006, p. 11).

Le français langue professionnelle s'adresse à un public dont le niveau à l'oral ou à l'écrit est jugé insuffisant qu'il s'agisse de locuteurs dont la langue maternelle est ou n'est pas le français. Le Français sur Objectifs Spécifiques, s'adresse à des locuteurs non natifs du français. Les apprenants cherchent à apprendre ou à améliorer leur niveau en fondant l'espoir d'obtenir un emploi ou une promotion au sein d'une entreprise française ou francophone. En France, apprendre une langue à visée professionnelle est devenu un droit selon le code du travail (*Liaisons sociales*, n° 14423 du 13 juillet 2005). Des institutions comme les Instituts Français et Alliance Française ont pour objectif de répondre à une forte demande de formation. Ils proposent des certificats tels que le Certificat de Français Professionnel (CFP 1 et 2).

2.2.7. Le français sur objectif universitaire (FOU)

Est un concept apparu récemment, il est la dernière étape de l'évolution historique du Français sur Objectifs Spécifiques. Nous étudierons ce concept en détail dans le point : le FOS en contexte universitaire.

2.3. Les caractéristiques du français sur objectifs spécifiques

Le français sur objectifs spécifiques se caractérise par certains points, que QOTB (2008, pp. 59-61) a bien explicités et que nous résumons comme suit :

- a. La finalité de l'enseignement du Français sur Objectifs Spécifiques est d'assurer la maîtrise d'un type de communication précis lié aux besoins spécifiques des apprenants.
- b. Les apprenants du Français sur Objectifs Spécifiques sont conscients de leurs faiblesses et par conséquent de leurs besoins.
- c. Pour améliorer leur niveau et combler les lacunes en langue cible, les apprenants du FOS sont très motivés.

- d. Le programme et le matériel d'enseignement du FOS relèvent de la collaboration des enseignants du FOS et des acteurs du milieu concerné par la formation (tourisme, droit, médecine, commerce...).
- e. La durée d'apprentissage du FOS est toujours limitée.
- f. L'enseignement du FOS se focalise sur l'apprenant en prenant en compte son profil, son niveau en langue française, ses besoins pour la maîtrise de cette langue.

Selon QOTB, la connaissance des spécificités du FOS est obligatoire et permet à l'enseignant concepteur d'assurer les cours dits spécifiques. Il note : « *La prise en compte de ces spécificités constitue une condition préalable pour garantir l'efficacité de toute formation dans ce domaine* » (Ibid, p. 59). Il résume les caractéristiques qui concernent l'apprenant du FOS dans le schéma suivant :

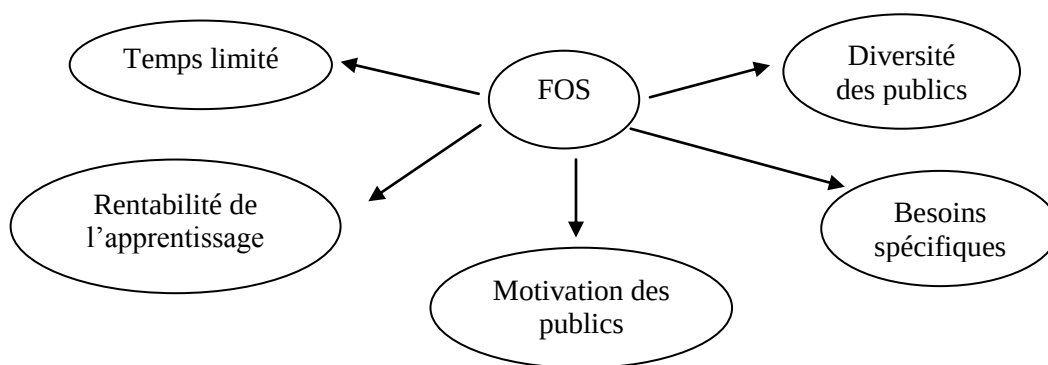


Figure N°01 : Les spécificités des publics de FOS (ibid, p.61)

2.4. La démarche du français sur objectifs spécifiques

Le processus de développement d'un projet de Français sur Objectifs Spécifiques tel qu'il est schématisé par MANGIANTE et PARPETTE comporte cinq étapes qui sont dans cet ordre :

- La demande/ offre de formation
- L'analyse des besoins
- La collecte des données
- L'analyse des données
- L'élaboration des activités.

2.4.1. La formation en FOS (entre demande et offre)

Selon MANGIANTE et PARPETTE, la formation en FOS « *peut être le résultat de deux démarches très distinctes. Elle peut répondre à la demande d'un client qui exprime un besoin de formation ou, inversement, être une offre proposée par un centre de langue dans son catalogue de formations à un public large et diffus* » (2004, p. 10).

Pour illustrer les deux cas, nous citons les exemples suivants : Le premier correspond à une demande de formation et le deuxième à une offre.

- En 2005, selon Amir GAHMIA (2009, p. 47), le Centre de Formation Professionnelle et d'Apprentissage (C.F.P.A) Zighout Yousef de Souk Ahrass a sollicité le département de français du Centre Universitaire de Souk Ahrass pour assurer une formation en français spécialisé d'une durée d'un semestre. Le public concerné était un groupe de stagiaires préparant un brevet de technicien supérieur en stylisme/modélisme. L'objectif de cette formation était bien précis, il s'agissait de faire acquérir à ce groupe de stagiaires une compétence sur la compréhension des textes écrits en rapport avec leur activité.
- Des cours de français médical, de français juridique, de français de l'entreprise ... sont proposés par les Alliances Françaises et les Instituts Français et d'autres centres. Le Centre National d'Enseignement à Distance (C.N.E.D) a mis sur le marché depuis les années 90 des cours de français spécialisé. Les cours relevant du domaine des affaires ont connu un grand succès

2.4.2. L'analyse des besoins

Lors de cette étape essentielle, au cours d'un entretien ou d'un questionnaire, le formateur doit cerner les besoins des apprenants. Cette opération doit se réaliser en plusieurs étapes : préformation et per-formation.

Durant une première étape, l'enseignant recense les situations de communication dans lesquelles se trouvera ultérieurement l'apprenant. Pour ce faire, un certain nombre de questions doit être posé :

- À quel type d'utilisation du français (expression orale ou écrite), sera confronté l'apprenant, lors de son activité professionnelle ?
- Avec qui aura-t-il à communiquer ?
- Les discussions relèveront de quels sujets ?
- Que lira-t-il ?
- Qu'aura-t-il à rédiger ?

Durant une seconde étape, le formateur devra répondre aux questions recensées en formulant des hypothèses, et si nécessaire, pour plus de précision, il peut demander l'aide de spécialistes, par exemples : juristes si la formation relève du domaine du droit, médecins et infirmiers si la formation relève du domaine de la santé. Les besoins ne concernent pas uniquement la communication langagière, l'apprenant a des besoins en termes de culture aussi. Ces derniers sont rarement explicités, ils jouent « *un rôle important dans l'organisation des institutions et dans les relations entre les individus, tant sur le plan comportemental que langagier* » (MANGIANTE et PARPETTE, 2004, p. 23). Les informations d'aspects culturels sous-jacents à la formation linguistique peuvent être transmises en langue maternelle de l'apprenant. Compte tenu de l'aspect évolutif des besoins langagiers, le formateur peut émettre des réserves, quant à certains choix, il peut changer ou ajouter quelques items en fonction des préférences des apprenants ou de l'émergence de nouvelles demandes. MANGIANTE et PARPETTE proposent leur réflexion personnelle sur l'analyse des besoins d'un groupe d'infirmières espagnoles recrutées dans des hôpitaux en France. Ces auteurs précisent que cette analyse détermine les aptitudes prédominantes à faire développer chez l'apprenant et qui sont :

- La compréhension et l'expression orale
- La compréhension et l'expression écrite.

Elles ajoutent que certains éléments doivent être développés avec le personnel hospitalier tels que :

- Passer une commande de médicaments,
- Comprendre des documents écrits.

La fiche ci-dessous représente la proposition de réponse de Mangiante et Parpette aux besoins de ces infirmières.

Étude de cas C : proposition de réponse (Ibid, p. 43).

Une infirmière doit savoir :

1. comprendre et parler au moment de l'accueil des patients à l'hôpital ;
2. comprendre les prescriptions du médecin, tant oralement que par écrit ;
3. parler avec les patients au cours des soins et des traitements ;
4. parler et communiquer avec les familles des patients ;
5. transmettre les informations concernant les patients lors de la relève ;
6. faire des commandes à la pharmacie ;
7. solliciter un changement de jour de travail ou de garde et le justifier ;
8. appeler l'attention des patients, de la famille, des visiteurs en cas de non observation du règlement de l'hôpital ;
9. comprendre des documents écrits tel que le règlement de l'hôpital, la charte du patient, les notices des médicaments, le dossier médical du patient, les modes d'emploi d'un outil ou d'un équipement médical ;
10. remplir la fiche de soins infirmiers.

2.4.3. La collecte des données

La collecte des données est une étape spécifique à l'élaboration de la formation. Cette étape confirme, modifie et complète les informations obtenues dans l'étape de l'analyse des besoins. L'enseignant (concepteur) sort de son travail habituel qui est donner des cours et entre en contact avec les acteurs du milieu ou du domaine de la formation, il explique ses objectifs et sa démarche dans le but d'obtenir les informations dont il a besoin.

La collecte de données a deux fonctions :

- 1 - Informer le concepteur, puisque le programme du français sur objectifs spécifiques confronte le concepteur à des domaines qui ne lui sont pas familiers. Chaque domaine a ses particularités en termes de situations de communication, de types de discours, d'arrière-plan culturel et de contenus.

2 - Servir de base à des supports pédagogiques : le concepteur peut utiliser les données collectées dans leur forme originale, comme il peut les modifier, les simplifier, pour les rendre plus compréhensibles.

Afin de parvenir à collecter les données, le concepteur peut effectuer des interviews, des enquêtes, une collecte des écrits sur place, comme il peut avoir recours à des recherches sur internet.

2.4.4. L'analyse des données

Cette étape constitue les prémices de l'élaboration didactique d'un programme FOS. Elle permet à l'enseignant-concepteur de confirmer les hypothèses qu'il a formulées lors de l'étape d'analyse des besoins. Au cours du travail d'analyse des données, un traitement et une simplification des données collectées permet de mieux fixer les besoins des apprenants et par conséquent, fixer les objectifs pédagogiques de la formation de FOS. Étant donné que le concepteur n'est parfois pas spécialiste dans le domaine pour lequel il prépare la formation, il est donc important qu'il s'interroge sur le contenu et la forme des documents collectés.

2.4.5. L'élaboration didactique

Après avoir analysé les données collectées, le matériel résultant sera utilisé partiellement ou totalement comme support pédagogique. Le concepteur durant ces deux étapes doit être rigoureux sur deux questions fondamentales :

- Que faut-il enseigner ?- Comment enseigner ?

Si la réponse à la première question est précisée dans les résultats de l'analyse des données, la réponse à la deuxième question fait appel aux démarches adoptées dans l'enseignement du français langue étrangère. L'enseignant doit mettre en œuvre des formes de travail très participatives, ce qui permettra une pratique maximale de la langue, il doit créer des situations de communication

proches du réel en utilisant le jeu de rôle, il peut aussi proposer des activités collectives ou individuelles qui favoriseront au mieux l'apprentissage.

2.5. L'évaluation dans le français sur objectifs spécifiques

L'évaluation est une étape primordiale dans tout enseignement/apprentissage, avec ses différents types (diagnostique, formative ou sommative et certificative) elle intervient pour rendre compte de l'efficacité de la formation et du degré d'apprentissages atteint. Dans le cas des programmes FOS, CARRAS C, TOLAS J, KOHLER P et SZILAGYI E expliquent : « *L'évaluation a lieu sur le terrain ou du moins, en lien avec ce terrain. C'est la capacité des apprenants à réaliser les tâches, professionnelles ou autres, nécessaires à leur activité, et qui ont été à l'origine de la demande de formation, qui constitue la véritable évaluation* » (2007, p. 50). Ils ajoutent que plusieurs facteurs entrent dans les modalités d'évaluation à savoir : les différents secteurs d'activités concernés ; les types de demandes et les publics très divers. En FOS, les objectifs de la formation sont atteints si l'apprenant est capable d'assurer les tâches qui lui sont demandées. Nous citons l'exemple donné par CARRAS et al qui convient le mieux à notre étude celui des médecins.

La formation linguistique du médecin syrien en poste dans un hôpital psychiatrique aura atteint son objectif s'il réussit à se faire mieux comprendre de ses patients, s'il parvient à utiliser un niveau de langue adapté à chaque situation, s'il peut rédiger les travaux qu'ils lui seront demandés, pour la validation de ses DU dans une langue correcte, etc. (2007, p. 50).

De ce qui précède, nous pouvons dire que l'évaluation en FOS se réalise en termes de performance.

3. Le FOS en contexte universitaire

3.1. L'émergence du français sur objectif universitaire

Le Français sur Objectif Universitaire (désormais FOU) est un nouveau concept qui s'impose de plus en plus dans les milieux didactiques. Il s'agit d'une branche au sein du Français sur Objectifs Spécifiques, émergée de la pratique et de la réflexion des enseignants de langue, en raison de l'accroissement du nombre

d'étudiants allophones en France, et des étudiants inscrits dans des filières universitaires francophones (FUF). En effet, le Français sur Objectif Universitaire s'entend au singulier (même chose pour le FOS) ce qui renvoie à la typicité de son public (il concerne aussi bien le public scientifique que littéraire) et de son projet d'enseignement. La visée de cette formation, en dépit de la pluralité des disciplines universitaires et de la diversité des besoins langagiers spécialisés, est d'assurer « *l'intégration à l'enseignement supérieur en langue française* »(MANGIANTE et PARPETTE, 2011, p. introduction) et de préparer l'étudiant à suivre des études dans cette langue.

Le Français sur Objectif Universitaire prend en charge les besoins fondamentaux des étudiants :

- La compréhension de l'arrière-plan culturel de la vie estudiantine ;
- les échanges administratifs ;
- la compréhension des cours magistraux ;
- le respect des exigences universitaires en matière de production écrite qui nécessite la maîtrise des techniques de prise de notes, du résumé, du compte rendu, de la synthèse des documents...

Ce qui nous laisse dire que le Français sur Objectif Universitaire est beaucoup plus procédural que linguistique, c'est-à-dire son objectif est le *comment faire des choses*.

3.2. Caractéristiques du FOU

- Le FOU se distingue par la diversité des disciplines universitaires : médecine, droit, commerce, physiques, langues...
- Le public du FOU est réparti en deux catégories :
 - **Des étudiants immigrés** nouvellement installés dans des pays francophones désirant continuer leurs études, ce qui nécessite une validation des connaissances acquises dans leurs pays d'origines.
 - **Des étudiants autochtones** inscrits dans des filières francophones dans leur pays natal.

- Le facteur temps dans la formation en FOU dépend du cycle de la formation universitaire (court, moyen ou long). L'enseignement du FOU doit respecter des délais et être organisé en termes de priorités.
- Les cours de FOU visent une compétence universitaire, elle-même se distingue par trois composantes principales :

✓ **La composante linguistique**

Permet aux apprenants d'acquérir des connaissances linguistiques nécessaires à la poursuite de leurs études dans leur domaine spécifique.

✓ **La composante méthodologique**

Aide les apprenants à réaliser des tâches universitaires : prendre la parole devant un public spécialisé, rédiger un article, déterminer une problématique, synthétiser un document, élaborer un plan de recherche, rédiger un mémoire, etc.

✓ **La composante institutionnelle**

Une fois à l'université, l'étudiant a besoin d'être muni d'une compétence qui lui permet de comprendre l'organisation de son université, des facultés et départements, comme il doit connaître les diverses démarches et procédures administratives auxquelles n'importe quel candidat est confronté

3.3. Les étapes du FOU

Selon MANGIANTE et PARPETTE, l'appellation : Français sur Objectif Universitaire est une déclinaison du Français sur Objectifs Spécifiques. La démarche conduisant à l'élaboration de programmes de FOU comporte des étapes analogues à celles de la démarche FOS, puisque les deux démarches s'articulent sur une analyse des besoins d'un public ciblé.

3.3.1. L'identification de la demande

Une demande peut être explicite dans le cadre d'un partenariat entre l'université d'origine et l'université d'accueil afin de préparer un public précis et homogène. Une offre peut être proposée par les universités dont les étudiants sont inscrits dans des filières francophones.

3.3.2. L'analyse des besoins

L'analyse des besoins est le résultat d'observations, de tests de niveau et d'enquêtes auprès des étudiants et des enseignants pour cerner les besoins essentiels qui relèvent des compétences suivantes : la compréhension et l'expression écrites, la compréhension et l'expression orales, ainsi que la méthodologie du travail universitaire.

3.3.3. La collecte des données

Les données en milieu universitaire sont constituées soit par collectes de discours et de documents (enregistrement de cours magistraux, travaux pratiques, photocopiés, examens, corrigés, brochure, etc.) soit par interviews des acteurs de la vie universitaire (enseignants, étudiants, secrétaires, bibliothécaires, etc.).

3.3.4. L'analyse des données

Est une étape fastidieuse pour le concepteur du programme FOU, dans la mesure où la quantité et la diversité des documents recueillis exigent de faire un tri et un choix précis qui peut engendrer la négligence ou le désintérêt d'une quantité conséquente de données recueillies. De plus le concepteur doit tenir compte d'un jargon professionnel spécialisé caractérisé par une diversité (lexicales, discursives, syntaxiques) à laquelle il n'est pas habitué.

3.3.5. L'élaboration didactique

L'élaboration des programmes prévoit des activités ou des tâches à accomplir par l'apprenant. Lors de cette étape, l'enseignant doit déterminer la stratégie du travail :

- disciplinaire, c'est-à-dire il prend en compte les contenus et exigences propres à chaque discipline,
- transversale, en d'autres termes il travaille sur des données pouvant concerner des étudiants de différentes disciplines.

3.4. L'évaluation dans le FOU

Comme pour la démarche du Français sur Objectifs Spécifiques, la démarche du Français sur Objectif Universitaire s'articule aussi sur la composante de l'évaluation. C'est un continuum de la formation qui permet, avant la formation, de se renseigner sur le niveau du départ des apprenants, de vérifier leur performance à la fin des apprentissages et de renseigner sur la pertinence des objectifs tracés à atteindre. Il importe de souligner que MANGIANTE et PARPETTE insistent sur le fait que le Français sur Objectifs Spécifiques ainsi que le Français sur Objectif Universitaire ne proposent nullement des manuels d'enseignement, ce qui serait contraire à leur démarche, mais un ensemble d'outils de réflexion et de formation pédagogique à l'intention des enseignants du français langue étrangère. Ces enseignants pourront les adapter aux situations propres à chaque enseignement.

4. Relation entre français langue de spécialité et français sur objectifs spécifiques

Rappelons qu'une langue de spécialité est utilisée par des spécialistes d'un domaine donné qui s'en servent pour transmettre des connaissances spécialisées. Elle se caractérise essentiellement par sa terminologie qui permet non seulement de la distinguer de la langue générale mais aussi de différentes langues de spécialité. MANGIANTE et PARPETTE ont expliqué, tout en exemplifiant, les

points qui différentient le Français de Spécialité du Français sur Objectifs Spécifiques.

- En premier lieu, le Français de Spécialité renvoie à « *des méthodes destinées à des publics spécifiques, étudiant le français dans une perspective professionnelle ou universitaire* »(2004, p. 16). Le Français sur Objectifs Spécifiques « *en revanche, a l'avantage de couvrir toutes les situations, que celles-ci soient ancrées ou non dans une spécialité* »(Ibid, p. 16). Les deux auteurs donnent l'exemple des cours de français destinés aux étudiants universitaires non francophones suivant des études dans des spécialités différentes mais ayant tous les mêmes besoins en termes de compétences académiques.
- En second lieu, le Français de spécialité est une approche globale d'une discipline ou d'une branche professionnelle ouverte à un large public. Il recouvre toutes les situations de communications propres à une discipline. Le programme de formation est conçu sans connaissance préalable du public et de ses besoins, quant au Français sur Objectifs Spécifiques, il travaille au cas par cas, métier par métier et nécessite une connaissance préalable et détaillée de la demande et du public précis.
- Ensuite, la durée d'enseignement/apprentissage du Français de Spécialité peut s'étaler sur une année voire plus, alors que le Français sur Objectifs Spécifiques est limité par une durée courte vu l'urgence de la demande.

Nous pouvons ajouter un élément important pour les deux démarches, celui de l'étude des discours, ces derniers sont utilisés comme supports authentiques dans l'élaboration didactique. Le Français de Spécialité fait appel aux « *discours propres aux disciplines visées, caractérisées par des formes linguistiques spécifiques propres* »(MANGIANTE, 2006, p. 139). À ces discours, le Français sur Objectifs Spécifiques ajoute d'autres, dits transdisciplinaires (comme le cours magistral retrouvé dans plusieurs disciplines) mais il en est sélectif dans leur

choix, pour qu'ils soient utilisés en fonction des besoins annoncés par le public dans sa demande de formation.

Enfin, MANGIANTE ajoute une autre distinction qu'il qualifie d'importante, il s'agit de l'évaluation. En FOS elle est extérieure au cours dont la pratique pédagogique constitue une simulation progressive de la pratique réelle. En Français de Spécialité, l'évaluation est interne au programme de formation. MANGIANTE (2006,142) résume cette distinction entre le Français de Spécialité et le Français sur Objectifs Spécifiques dans le tableau suivant :

▪ FRANÇAIS DE SPÉCIALITÉ ▪ 1. Objectif plus large couvrant un domaine ▪ 2. Formation à moyen ou long terme ▪ 3. Diversité des thèmes et des compétences liés à une discipline (économie, commerce, physique, médecine...) ▪ 4. Contenus nouveaux, à priori non maîtrisés par l'enseignant ▪ 5. Travail plus autonome de l'enseignant ▪ 6. Matériel existant (insuffisant dans certains domaines) ▪ 7. Évaluation interne au programme de formation	▪ FRANÇAIS SUR OBJECTIF SPÉCIFIQUE ▪ 1. Objectif précis ▪ 2. Formation à court terme (urgence) ▪ 3. Centration sur certaines situations cibles ▪ 4. Contenus nouveaux, à priori non maîtrisés par l'enseignant ▪ 5. Contacts avec les acteurs du milieu étudié ▪ 6. Matériel à élaborer ▪ 7. Évaluation extérieure au programme

Tableau 3 : Les différences entre français de spécialité et français sur objectifs spécifiques

Bilan

Une langue de spécialité est employée par un groupe restreint de spécialistes qui s'en servent dans des situations de communications écrites ou orales, pour transmettre des informations relatives à leur domaine de spécialité. Elle se distingue de la langue commune mais aussi des autres langues de spécialité par des traits spécifiques situés à tous les niveaux de la langue. La terminologie est l'aspect le plus important qui différencie non seulement les langues de spécialité de la langue générale mais aussi des différentes langues de spécialité. Le français médical utilise dans une large mesure les mêmes procédés de formation du lexique de la langue générale. Ainsi, recourt-il à la dérivation, la confixation, la composition, la réduction, l'emprunt. La plupart des termes médicaux sont issus du grec et du latin, ils sont souvent longs, difficiles à prononcer, à écrire et à lire. Bien que la terminologie soit la base du français médical, elle n'est pas l'unique élément de cette langue, « *elle s'associe à une grammaire, une syntaxe, un mode d'expression des idées* »(AMOROUAYACH, 2008, p. 162). La rédaction médicale utilise un style scientifique caractérisé par le souci constant d'objectivité, de rigueur, de neutralité émotive. Ce style se définit par un certain nombre de qualités formelles :

la précision terminologique permettant d'éviter l'ambiguïté, la clarté de l'expression répondant à la transparence des idées, l'adéquation grammaticale et sémantique garantissant la justesse (éventuellement l'élégance) du propos, la concision(économie des moyens verbaux) rendant possibles la fluidité stylistique et la sobriété (absence de fioritures et de modalisateurs) destinée à limiter l'intrusion trop voyante de la subjectivité (M.N MWATHA, 2015, p. 253).

Son usage exige des spécialistes en médecine, non seulement la maîtrise de sa terminologie, mais aussi l'appropriation des compétences communicatives en la matière. Ces dernières ne sont pas forcément acquises durant la formation initiale des praticiens de la santé, et ce pour diverses raisons. Afin de les acquérir, plusieurs méthodes d'enseignement du français ont été créées dont le FOS(Français sur Objectifs Spécifiques). Au plan institutionnel et didactique le FOS répond à une demande ou à une offre. Il utilise une démarche méthodologique consistant à élaborer un programme de formation avec un

objectif bien identifié basé sur les besoins d'apprenants appartenant à un secteur d'activité particulier. La mise en place de ce programme de français sur mesure se fait dans un délai à court ou moyen terme. *Il revient à MANGIANTE et PARPETTE (2004) d'avoir tracé de manière définitive la frontière entre le français de spécialité et le français sur objectif spécifique* souligne F. MOURLHON-DALLIES (2006, p. 26) qui note également :

Le français de spécialité correspond à un ensemble de ressources centrées sur des domaines (de spécialité), parmi lesquelles les enseignants puisent pour élaborer leurs cours tandis que le FOS se caractérise par une ingénierie de formation sur mesure qui considère chaque cas comme unique(Id.).

CHAPITRE III

La correspondance en milieu professionnel

Introduction partielle

Ce chapitre est consacré aux concepts théoriques de la correspondance professionnelle et notamment à ceux de la correspondance médicale. Plusieurs types d'écrits regroupés sous l'appellation de *Correspondance* ou *Rédaction administrative* sont sollicités en milieu professionnel pour communiquer. Nous commençons par définir ce qu'est une correspondance professionnelle. Ensuite, nous abordons ses caractéristiques, avant de passer à ses différents types. Etant donné que notre étude porte sur la correspondance médicale, nous consacrons une partie de ce chapitre à l'étude des écrits échangés entre médecins. En dernier lieu, nous étudions les différents documents de liaison entre médecins.

Nous avons jugé important de traiter la correspondance professionnelle en premier lieu, puis celle médicale, afin de montrer que cette dernière n'est qu'une partie intégrante de la première. Elle obéit à ses exigences et ses caractéristiques, tout en gardant sa spécificité que lui donne le domaine dans lequel elle est utilisée.

1. Définition de la correspondance professionnelle

Selon le petit Robert, la correspondance est une « *relation par écrit entre deux personnes ; échange de lettres* » (2009). C'est aussi, le synonyme de courrier qui est l'ensemble des lettres envoyées ou reçues. Gilbert NDAMBWE définit la correspondance comme un « *transfert d'information ou de directive* » (diapositif) entre un particulier et une Administration ; entre les services d'une même Administration ou entre deux ou plusieurs Administrations. Ces échanges étant inhérents à l'Administration, la correspondance professionnelle a comme synonyme "Rédaction administrative". J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL différencient cette dernière de la rédaction en général par son emploi de certaines expressions, de certaines formules et de certaines règles de présentation. Ils

soulignent que, pour une rédaction correcte des documents administratifs « *il faut acquérir d'abord une bonne habitude d'exprimer par écrit sa pensée, de développer ou de résumer celle des autres, de narrer un évènement, d'analyser une situation, de transmettre un message, etc.* » (2014, p. 11). L'acquisition et l'amélioration de ces habitudes se fait, selon les deux auteurs, par un enseignement qui a commencé au primaire puis au secondaire, mais qui devra être toujours poursuivi régulièrement, pour doter le rédacteur de deux éléments fondamentaux :

- ✓ La langue : c'est à dire l'orthographe, la grammaire, la conjugaison et le vocabulaire nécessaire ;
- ✓ Le style : qui permet de s'exprimer avec clarté, élégance, rigueur et concision.

Mais est-ce que la langue et le style sont suffisants pour rédiger une correspondance ? À cette question HIDDEN répond : « *la rédaction d'un texte requiert donc non seulement des connaissances linguistiques (lexique, syntaxe, etc.), mais aussi toutes sortes de compétences rédactionnelles (planifier, organiser, réviser, etc.)* » (2013, p. 33).

Les compétences rédactionnelles sont regroupées sous l'appellation « *processus d'écriture* ».

2. Processus d'écriture

Le processus d'écriture est subdivisé en trois composantes qui sont :

2.1. La planification

Appelée aussi « Préparation de la rédaction », cette étape requiert beaucoup de capacités cognitives. Le scripteur ne se lance pas directement dans sa rédaction. Au préalable, il doit bien comprendre le sujet qu'il va traiter. Ensuite, il doit concevoir des éléments de réponses aux questions posées, puis collecter des statistiques, des textes législatifs, des articles doctrinaux et même des décisions de jurisprudence, pour appuyer ses propos. Dès que ces matériaux sont

accumulés, il peut établir un plan de rédaction, ce dernier comprend : une introduction, un corps du sujet et une conclusion.

- L'introduction, dans la rédaction administrative, en plus de son caractère substantiel, elle doit être brève, claire et précise. Son importance relève de celles des informations qu'elle contient (dates et objets des correspondances antérieurs) ainsi que de son rôle préparatif, préventif du lecteur au sujet, voire informatif de ce qui va suivre.
- Le corps du sujet est composé de parties qui répondent à un certain équilibre entre elles. Il contient les idées et les faits argumentés. Ceux-ci sont placés dans un ordre d'intérêt croissant.
- La conclusion comporte les lignes qui impressionnent le plus le lecteur, c'est pourquoi elles doivent être brèves tout en indiquant les conséquences (décision, attente, solution, etc.) de ce qui est rapporté dans le corps du sujet.

2.2. La mise en texte

J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL nomment la mise en texte : « *La rédaction proprement dite* ». Pour arriver à rédiger correctement son texte, le rédacteur doit respecter les normes linguistiques. Ces dernières sont situées, selon Hidden (2013, p. 33), à différents niveaux :

- À un niveau local, nous trouvons le choix du lexique approprié au lecteur, la morphologie, la syntaxe et l'orthographe. Celle-ci, écrit M. FAYET et A. NISHIMATA « *est une angoisse pour beaucoup, la crainte d'être jugé en raison d'une faute oubliée, la sensation désagréable que le français est une langue riche, certes, mais emplies d'une multitude de règles de grammaire, parsemées de sombres pièges* »(2004, p. 181).
- À un niveau intermédiaire, se positionne la ponctuation, les temps verbaux et leur gestion, les connecteurs logiques, les indicateurs de temps et d'espace, etc.
- À un niveau global, c'est l'organisation des paragraphes et la mise en page.

En effet, pour assurer une rédaction normée, il est important de connaître les bases de la grammaire : les éléments de la langue (les sons, les signes, les mots et la prononciation) ; la phrase, la proposition ; les parties du discours ; les propositions subordonnées. À cela s'ajoute comme appendice : la ponctuation, la féminisation des mots, les règles de coupure des mots et certaines rectifications de l'orthographe.

2.3. La révision

Le processus d'écriture ne prend pas fin avec le dernier mot mis en texte, encore moins avec le point final de la ponctuation. Un travail aussi important que la rédaction proprement dite s'impose, il s'agit de la révision. Le rédacteur ne doit pas se contenter du premier jet. Il est important de relire le texte lentement, et de préférence à haute voix. Cela permet de corriger les fautes, d'omettre un pléonasme, d'ajouter un mot ou une phrase, de déceler les cacophonies et pourquoi pas de réorganiser l'ordre des idées et/ou des paragraphes pour donner un effet plus persuasif, si ceci est jugé nécessaire. La meilleure révision est celle qui s'effectue après un certain temps, ainsi, le scripteur pourra mieux détecter ses fautes. Il procède à leur correction, ce qui donne souvent des suppressions, des ratures voire des changements de passage en entier. Nicolas BOILEAU³³, cité par J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL, résume l'étape de la révision en trois vers, il dit :

Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage
Polissez-le sans cesse et le repolissez
Ajoutez quelquefois et souvent effacez (2014, p. 11).

3. Caractéristiques de la correspondance professionnelle

Nonobstant les différents types de la correspondance administrative, une lecture de ces documents nous permet de relever les caractéristiques qu'ils partagent.

J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL (2014, pp. 14-22) ont recensé les suivantes : la dignité, le respect de la hiérarchie, le sens des responsabilités,

³³ Nicolas BOILEAU est un écrivain et poète français du XVII^{ème} siècle, auteur de l'Art poétique d'où J GANDOUIN a extrait ces trois vers et a remplacé le nombre « vingt fois » par « cent fois ».

l'objectivité, la courtoisie, la prudence, la précision, la clarté et l'homogénéité. À cela, R KADYSS et A NISHIMATA (2011, p. 13) ajoutent celui de l'obligation de réponse, même si ce dernier caractère nous semble concerner une partie des correspondances. Nous allons, à la lumière des écrits de ces auteurs, expliquer chacune de ces caractéristiques.

3.1. La dignité

L'Administration qui est au service du public, et par la puissance de celui-ci représente L'État. C'est pourquoi, elle doit manifester de la dignité dans ses actions ainsi que dans la qualité de ses écrits. Ces écrits doivent répondre à un usage d'une langue respectueuse, c'est-à-dire qui ne relève pas d'un registre familial ou populaire. De surcroît, la dignité se traduit dans la considération dont témoignent les rédactions de l'Administration à l'égard de son interlocuteur.

3.2. Le respect de la hiérarchie

Toute Administration s'organise sous forme pyramidale. À la base, nous trouvons les agents et au sommet, il y a le chef. Entre les deux, nous retrouvons différents bureaux, services, directions et ministères. La communication, notamment écrite, entre la base et le sommet, ne se fait pas d'une façon directe, elle doit respecter ce qui est communément appelé : la voie hiérarchique. Si la correspondance se fait du bas vers le haut, il s'agit là de la «subordination hiérarchique», dans le sens contraire, nous parlons d'« autorité hiérarchique ».

Le respect de la voie hiérarchique se traduit dans les rédactions administratives par l'utilisation de certaines tournures ou formulations. Ainsi, « *Le subordonné rend compte, expose à, sollicite de, est reconnaissant à, propose à, suggère à son supérieur. Le supérieur informe, fait savoir à, fait connaître à, fait observer à, fait remarquer à, demande l'avis de, demande à, prie, engage, ordonne à, prescrit à, enjoint à, convie, envoie à son subordonné* »(Jacques GANDOUI, Sd, p. 65). Dans la correspondance entre égaux, ou dans le cas où un supérieur désire, par courtoisie, ne pas manifester sa supériorité professionnelle, un choix

des tournures telles que « *je vous serais très obligé de ; j'ai l'honneur de vous informer...* » est justifié, mais il n'affecte en rien le respect de la hiérarchie.

3.3. Le sens de responsabilité

L'Administration est fondée sur le principe de la responsabilité. Ainsi, tout acte administratif doit être signé d'une manière nominative (la signature doit être accompagnée de la fonction et du nom). Le signataire endosse donc la responsabilité du contenu de l'écrit, même s'il n'est pas l'auteur, c'est pourquoi une lecture minutieuse est exigée avant la signature du papier. À juste titre, l'utilisation des pronoms personnels dans la rédaction des correspondances administratives implique l'emploi de la première personne (souvent du singulier et dans des cas, du pluriel). Le « je » est une marque de responsabilité et de l'engagement de la personne qui s'exprime. Il est de rigueur, de ne pas laisser de place à l'anonymat que peut exprimer le « on ». Le « nous » est utilisé souvent dans les correspondances à caractère commercial, où l'Administration est gérée par un collectif. Toutefois, nous le trouvons aussi dans les textes réglementaires pour représenter l'autorité souveraine, il est dit le « nous » de majesté. À cela s'ajoute le « nous » dit de modestie, employé dans les procès-verbaux, par exemple : « *Nous, Sous-préfet de ... arrêtons* » (J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL, 2014, p. 17). La responsabilité s'affirme également par l'emploi de la voie passive par le rédacteur lorsqu'il rapporte une information, sans pour autant mentionner le nom de la source de celle-ci. Exemples : j'ai été saisi..., il m'a été rendu compte..., mon attention a été portée etc.

3.4. L'objectivité

Puisque les services de l'Administration relèvent de l'intérêt général et non de celui du particulier, elle doit agir avec impartialité et objectivité. Celles-ci se manifestent dans les rédactions administratives par l'absence des tournures à caractère subjectif, émotionnel voire arbitraire. Exemples :

On n'écrit pas :

- ✓ Je vous annonce que... (évoque idée de surprise ou de soudaineté)
- ✓ Dans l'espoir d'une réponse favorable, je vous prie d'agréer...
- ✓ Souhaitant recevoir rapidement votre réponse, je vous assure de mon indéfectible attachement.
- ✓ Je suis vraiment désolé de ne pas pouvoir prendre votre requête en considération.

Mais on écrira :

- ✓ J'ai l'honneur de vous faire connaître que...
- ✓ Je vous prie d'agréer (supprimer ce qui précède).
- ✓ Je vous saurais gré de me faire parvenir votre réponse dans les meilleurs délais et je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée (de mes sentiments dévoués).
- ✓ J'ai le regret** de vous faire connaître qu'il ne m'est pas possible de ...(ou : je suis au regret de ne pouvoir prendre votre ...)

** « j'ai le regret » est admis à la place de 'j'ai l'honneur de » pour atténuer (humaniser) une réponse négative (Ibid. p. 19).

3.5. La courtoisie

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le respect de la hiérarchie et l'objectivité sont deux caractères de la correspondance administrative, leur présence dans un écrit manifeste la courtoisie de l'Administration en s'adressant à son interlocuteur. Souvent, l'Administration répond défavorablement à une demande ou ne peut la satisfaire dans l'immédiat. Dans ce cas, elle recourt à l'euphémisme pour voiler sa réponse et ce, pour ne pas choquer le requérant, ni briser son espoir d'atteindre sa requête. Le choix des formules à utiliser est très important. Albert DAUZAT cité par J GANDOUIN écrit : « *une politesse du langage : c'est l'art d'atténuer, de voiler l'expression des choses, des idées blessantes ou désagréables.* » (Sd. p. 68). Ainsi nous pouvons dire : les pays en voie de développement au lieu de pays sous-développés, les files d'attentes plutôt que les queues, le marché parallèle à la place de marché noir... Les formules les plus employées pour exprimer un refus sont : j'ai pris bonne note de votre requête, je ne manquerai pas... Il ne m'est pas possible de donner une suite favorable pour le moment...

3.6. La prudence

La prudence va de pair avec la responsabilité et l'objectivité. L'écrit administratif engage son signataire, c'est pourquoi il doit être prudent face aux informations qu'il contient. Il n'y a pas de place aux sentiments ni au doute. Les faits rapportés doivent être existants et peuvent être facilement démontrés. Une faute ou une négligence révélée dans un écrit, un jugement mal fondé peuvent porter préjudice à une personne et par conséquent, font sujet d'une plainte. Si une mesure est prise par un fonctionnaire, ce dernier doit veiller à ce qu'elle soit acceptée par son successeur pour assurer la continuité de l'activité administrative. Ainsi, pour assurer le caractère de prudence, le recours au conditionnel est la meilleure solution. De cette manière, il est possible de nuancer toute affirmation ou appréciation. En plus de l'emploi du conditionnel, certaines formules donneront le même résultat, à savoir : à mon avis, pour ma part, sous réserve que, sans préjuger.

3.7. La précision, la clarté et la lisibilité

Les caractéristiques d'une correspondance professionnelle sont étroitement liées l'une à l'autre. Comme la responsabilité engendre la prudence, celle-ci engendre la précision et la précision rend les choses claires. Un destinataire ne doit pas recevoir un texte administratif équivoque ni illisible. Le texte doit être lisible, précis, clair et exact pour ne pas laisser de place à une mauvaise interprétation ou à une hésitation dans l'application de son contenu.

Selon J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL, pour que la rédaction administrative soit précise et claire, elle doit répondre aux points suivant :

- ✓ L'obligation de mentionner tout ce qui permet d'identifier le document et de retrouver ceux qui le précèdent (date, N° d'enregistrement, objet, référence, identité des signataires et du destinataire) ;
- ✓ L'indication de la date doit se faire de la manière suivante : quantième en chiffres, mois en lettres, année en chiffres sauf dans les procès-verbaux ;
- ✓ Éviter les sigles obscurs en s'adressant à un non initié. Ils ne seront d'usage qu'une fois l'appellation complète et en toute lettre a été déjà utilisée dans le même document.

- ✓ Dans le cas où nous nous référons à un texte réglementaire, la précision sera dans l'exposition succincte de la partie sur laquelle nous avons fondé notre argumentation. (2014, pp. 20-21).

3.8. L'homogénéité

L'homogénéité est une caractéristique observable de la correspondance administrative. Elle résulte de l'application de toutes les caractéristiques sus citées. Ce caractère doit être commun à tous les rédacteurs pour faciliter la lecture du document.

3.9. L'obligation de réponse

Cette dernière caractéristique indiquée par R KADYSS et A NISHIMATA (2011, p. 13) concerne beaucoup plus les lettres administratives. Le destinataire attend de son destinataire une réponse obligatoire, dans un délai qui est parfois indiqué. En effet, une non réponse peut être traduite comme refus ou comme acquiescement, comme elle peut ouvrir à l'émetteur le droit de faire un recours, dans le cas où un préjudice lui a été porté. Dans certains cas, la réponse du destinataire n'est tout autre qu'une question de politesse. La présence de ces caractéristiques dans les rédactions administratives est née de la nécessité de rendre ces dernières efficaces. À longueur de pratique, c'est devenue une norme à laquelle les différents types de correspondance professionnelle doivent répondre.

4. Les éléments (obligatoires ou occasionnels) constitutifs de la correspondance professionnelle

Outre les caractéristiques qui marquent les rédactions administratives, ces dernières regroupent un nombre d'éléments ou de mentions dont la présence donne un aspect formel spécifique à chaque écrit. Ils servent de facilitateurs de lecture, de compréhension et de rédaction. Ces éléments peuvent se réunir tous dans un seul écrit comme ils peuvent être mentionnés occasionnellement. Nous énumérons dans ce qui suit tous les éléments qui constituent les rédactions

administratives tout en les expliquant. Quant à leur présence, nous indiquons dans la partie : types des correspondances professionnelles, les éléments qui doivent être mentionnés dans chaque type à part entière.

4.1. L'en-tête (la devise)

C'est le texte imprimé en haut de la page dans les correspondances administratives, qui émanent des ministères, des différentes Administrations qui leur sont attachées ou des secrétaires d'État. Ce texte consiste en la dénomination de l'État, suivie par sa devise. Il est placé généralement en haut et au centre de la page, comme il peut figurer parfois en haut et à gauche, incorporé au timbre. À titre d'exemples :

- ✓ Pour l'Algérie,
République Algérienne Démocratique et Populaire
- ✓ Pour la France,
République Française Liberté, Égalité, Fraternité

4.2. Le timbre/ émetteur

C'est l'ensemble des mentions indiquant la provenance du document. Situé habituellement dans l'angle gauche du haut de la page (parfois, suite au changement des chartes graphiques dans l'Administration, il peut être situé en haut de la page occupant toute sa largeur). Il comprend le nom de l'Administration, la direction, le service voire le bureau d'où la correspondance est envoyée, avec l'adresse complète, puis le numéro de téléphone et/ou du fax, le courriel et enfin le numéro d'enregistrement. Ce dernier élément est rédigé sous forme d'un code alphanumérique, qui comporte : les initiales du signataire, le numéro attribué à la correspondance et l'année d'envoi. Ces indications sont écrites sur une même ligne et séparées par des barres obliques. Il ne faut pas confondre le timbre avec le logo. Ce dernier est spécifique à une Administration au sein de laquelle nous retrouvons plusieurs services et bureaux, avec pour chacun un timbre qui le précise. Dans le cas où c'est le fonctionnaire ou un

citoyen qui s'adresse à une autorité supérieure, et que l'objet de la correspondance est une question personnelle, l'émetteur, à la place du timbre, portera ses : nom et prénom, sa fonction et son grade, le nom et l'adresse du service où il exerce, son numéro matricule, son numéro de téléphone et son courriel.

4.3. Le lieu et la date

Le lieu et la date sont des éléments très importants dans toute correspondance professionnelle, puisqu'ils permettent d'indiquer la validité du document, de le situer dans le temps, dans l'espace et par rapport à d'autres documents auxquels il se rattache. Situés traditionnellement dans l'angle droit du haut de la page, le lieu est porté séparément de la date par une virgule. La date indique le jour de signature de la pièce et non pas celui de sa rédaction.

4.4. La formule d'appel

C'est l'expression utilisée pour appeler son destinataire. Les formules d'appel les plus courantes sont : Monsieur, Madame et Mademoiselle. Il est d'usage d'accompagner la formule d'appel du titre du destinataire quand il y en a. La graphie du titre doit commencer par une capitale. Lorsque le féminin du titre existe, il est convenable de l'utiliser. À titre d'exemple : Madame la Présidente, Madame la Ministre, Madame la Professeure, Madame la Juge...

Pour les professions judiciaires, la formule « Maître » est la plus employée. Cette appellation est également utilisée pour s'adresser à un professeur en médecine, un écrivain, un musicien ou un peintre. En ce qui concerne les correspondances destinées aux autorités militaires (l'armée de terre et de l'air seulement), aux officiers généraux et supérieurs en particulier, l'adjectif possessif « Mon » est utilisé comme formule d'appel. Exemple : Mon Général, Mon Colonel, Mon Commandant. L'emploi du possessif est réservé uniquement aux rédacteurs hommes, les femmes emploient seulement le grade et disent : Général, Colonel, Commandant.

4.5. La formule de courtoisie

Appelée aussi formule de politesse, elle reprend dans une partie la formule d'appel utilisée en début de la lettre. Elle est utilisée par le rédacteur pour exprimer sa considération, son dévouement, sa déférence à l'égard de son correspondant. Souvent, elle commence par l'expression « Je vous prie de croire » ou « Je vous prie d'agréer » suivie par la formule d'appel et complétée par « l'expression » ou « l'assurance » du sentiment.

L'utilisation des formules « l'expression » et « l'assurance » n'est pas arbitraire si nous nous référons à J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL (2014, p. 31). La première est obligatoire quand nous nous adressons à un destinataire d'un rang supérieur alors que « l'assurance » s'emploie avec un destinataire d'un rang égal ou inférieur.

A titre d'exemple, nous pouvons écrire :

- ✓ Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments dévoués.
- ✓ Je vous prie de croire, Madame, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

4.6. L'objet

Souvent formulé sous forme d'une brève phrase nominale. Son importance s'explique par le fait qu'il permet de connaître d'emblée le contenu de la correspondance. Il simplifie également l'action du classement du document. L'objet est placé sous le timbre, en alignement.

4.7. Les références

Placées directement sous l'objet (si indiqué) et mentionnées par l'abréviation **Réf**, elles se rapportent à tout ce qui a un rapport direct avec la correspondance (une décision administrative, une note, un décret, une circulaire, une conversation téléphonique, une visite, une annonce, une lettre...). Parfois les références sont utilisées comme formule avec laquelle le rédacteur commence le

développement de sa correspondance, à titre d'exemple la formule suivante :
« Faisant suite à votre annonce parue dans le journal *Le Quotidien d'Oran* du 06/012/2018, j'ai l'honneur de ... ».

4.8. Les pièces jointes

Désignées par les initiales **P.J**, suivie par le nombre des pièces, c'est l'énumération de toutes les pièces avec lesquelles la correspondance est accompagnée. Cette mention est placée sous les références, elle permet au destinataire d'apercevoir le manque d'une pièce de tout l'ensemble.

4.9. La suscription

Représente le nom du destinataire ainsi que sa fonction précédés de : Monsieur, Madame ou autre formule d'appel. Cette mention n'est retrouvée que dans certains types de correspondances, nous les citons : la lettre professionnelle, la note, le rapport et parfois le compte rendu. Elle est située généralement en haut de la page à droite, en alignement de la date et en dessous de celle-ci. Traditionnellement, elle était située en bas de la page, à gauche, en alignement du timbre, cette dernière mise en page est de nos jours rare mais n'est pas à exclure. La suscription est dans certains cas suivie par la mention : **sous couvert (s/c)** qui indique la voie hiérarchique par laquelle l'écrit est acheminé. Sa présence est nécessaire dans le cas où les autorités hiérarchiques existantes entre l'expéditeur et le récepteur doivent être informées du contenu de cet écrit. L'ordre des « sous couvert » suit la hiérarchie, il est descendant quand la correspondance provient d'une autorité à un subordonné, et ascendant si c'est l'inverse (il n'est pas possible d'écrire directement à une autorité supérieure, le passage par la hiérarchie est de rigueur).

4.10. Le corps de la correspondance

C'est le texte qui traite l'objet de la correspondance avec plus de détail, tout en suivant un plan qui comporte : une introduction, un développement et une conclusion. Ce qui fait que chaque idée différente sera le thème d'un paragraphe distinct. La rédaction du corps doit respecter les caractéristiques de la correspondance traitées plus haut.

M BRAHIC résume cet élément constitutif en trois parties qu'elle schématise comme suit :

Passé	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Reformulation précise de la demande, de la situation} \\ \text{ou} \\ \text{Présentation (de soi, de l'établissement, de son action...) } \end{array} \right.$
Présent	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Réponse à la demande, précise et motivée (sources, règlements, lois...) et} \\ \text{personnalisée en fonction des renseignements fournis par le demandeur} \\ \text{ou} \\ \text{Motif, historique, détails...} \\ \text{ou} \\ \text{Conditions de réalisation en cas de demande de devis} \\ \text{ou} \\ \text{de passation de commande} \end{array} \right.$
Avenir	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Annonce de ce qu'on va faire} \\ \text{ou} \\ \text{de ce qu'on conseille au destinataire} \\ \text{ou} \\ \text{Expression du souhait (2012, p. 20).} \end{array} \right.$

Afin de ne pas oublier un détail dans le corps de la correspondance, il est préférable de suivre la méthode de QUINTILIEN³⁴, qui consiste à répondre aux questions : Qui ? Quoi ? Comment ? Combien ? Où ? Quand ? Pourquoi ?

4.11. La signature

C'est une marque personnelle dessinée par le signataire et n'engage que lui. Elle est souvent peu lisible, c'est pourquoi elle est précédée ou suivie du prénom et du nom du signataire (le prénom en minuscules et le nom en majuscules). La

³⁴Quintilien est un rhéteur de l'époque de la Rome antique. C'est le représentant officiel de l'éloquence sous l'empereur romain Vespasien.

signature est placée sous le corps de la correspondance, à droite en alignement de la date.

4.12. L'ampliation

Certaines correspondances ne sont pas envoyées seulement au destinataire, parfois il est nécessaire qu'une copie de la correspondance soit envoyée à des tierces personnes pour information ou bien parce que le contenu de l'écrit les intéresse. La diffusion de la copie ne doit en aucun cas se faire à l'insu du premier destinataire (le destinataire principal), c'est pourquoi l'émetteur doit mentionner en bas de page, à gauche et après la signature la liste nominative des personnes ou des services qui recevront une copie de cet écrit.

5. Types de correspondances professionnelles

Nombreux sont les documents qui assurent la communication dans le milieu professionnel. Nous présentons dans ce qui suit certains d'entre eux.

5.1. La lettre professionnelle

La lettre est le document écrit le plus ancien, utilisé par excellence. Si la lettre est définie par son rôle informatif : faire savoir quelque chose à un destinataire, M BRAHIC lui assigne un deuxième rôle celui de servir comme preuve. Elle stipule : *« il ne faut jamais perdre de vue qu'une lettre peut être produite comme preuve »*(2012, p. 19). Le style professionnel ou administratif de la lettre obéit à un ensemble de règles de présentation et de rédaction, non pas arbitrairement, mais pour permettre d'assurer, en plus des deux fonctions précédentes, une transmission rapide, précise et claire des informations, ainsi qu'une compréhension facile de son contenu.

En plus des mentions obligatoires qui doivent figurer dans la lettre professionnelle, il y a des règles de présentation auxquelles elle doit obéir. Ce sont :

- ✓ Le choix du papier : si le choix de la couleur, qualité et le format du papier dépend du goût du rédacteur en ce qui concerne la lettre privée (adressée à un ami ou un membre de la famille), la lettre professionnelle ne doit être écrite que sur un papier de couleur blanche, non transparent, de format A4 (201mm×297mm), ce qui correspond à la norme internationale ISO 216.
- ✓ Une écriture manuscrite ou dactylographiée : l'écriture manuscrite est parfois exigée par l'Administration. Elle est aussi un signe de gratitude et de courtoisie envers le destinataire, dans la mesure où elle exige du rédacteur plus d'effort pour soigner son écriture, afin qu'elle soit lisible. L'écriture tapuscrite, quant à elle, permet une lecture plus facile, ce qui la rend parfaitement admise.

La lettre professionnelle se présente sous deux formes : personnelle et administrative.

5.1.1. La lettre professionnelle en forme personnelle

Elle est échangée entre fonctionnaires de niveaux hiérarchiques différents, adressée à une personnalité, envoyée d'une autorité administrative à un fonctionnaire (en activité ou en marge de l'activité) ou à une personne privée, comme elle peut être transmise d'une personne à un service public.

Dans tous ces cas, la lettre professionnelle en forme personnelle, tout en répondant aux deux règles de présentation sus-citées, doit être structurée de manière à comporter les éléments suivants : L'en tête (retrouvé quand c'est l'autorité qui s'adresse à une personne et non inversement), le timbre, le lieu et la date, les références, les pièces jointes, la suscription, l'objet (peut être mentionné comme il peut ne pas l'être), la formule d'appel, le corps de la lettre, la formule de courtoisie et enfin la signature. Le schéma N°01(Annexe 01, p. 05) représente une mise en page de la lettre professionnelle en forme personnelle avec tous ses éléments constitutifs. Ce schéma permettrait la mémorisation de ces éléments, ce qui faciliterait la rédaction.

5.1.2. La lettre professionnelle en forme administrative

La lettre professionnelle en forme administrative ou comme l'appellent J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL « *La lettre entre services* »(2014, p. 67), est la correspondance qui émane d'un service administratif et qui s'adresse à un autre service administratif, tous les deux dépendent du même État et de la même autorité administrative. Puisque elle est inhérente à l'Administration, la lettre professionnelle en forme administrative est appelée aussi « La lettre administrative ». Elle doit répondre aux caractéristiques de la correspondance professionnelle tout comme la lettre professionnelle en forme personnelle, mais se différencie de celle-ci par une présentation particulière, qui est devenue pratiquement la même adoptée par toutes les Administrations dans le monde entier. Le schéma N°02 (Annexe 01, p. 07) montre le modèle de la mise en page d'une lettre administrative. La lettre administrative se distingue de la lettre professionnelle en forme personnelle par l'absence des deux formules : d'appel et de courtoisie. Toutefois, cela ne signifie pas que la lettre administrative manque de courtoisie, au contraire, d'autres expressions sont utilisées pour compenser l'absence de la formule de courtoisie, et qui assurent cette caractéristique de la lettre, à titre d'exemple nous pouvons citer l'expression : « j'ai l'honneur de... » utilisée au début ou au milieu de cet écrit. Si la mention de la devise et de l'objet est obligatoire dans la lettre administrative, elle est facultative dans la lettre professionnelle en forme personnelle.

Dans le tableau ci-dessous nous récapitulons la différence sur un plan formel entre les deux types de lettres.

La mention	La lettre professionnelle en forme personnelle	La lettre professionnelle en forme administrative
L'en tête (la devise)	Seulement quand la lettre émane d'une autorité	Obligatoire
Le timbre/émetteur	Obligatoire	Obligatoire
Le lieu et la date	Obligatoire	Obligatoire
L'objet	Peut ne pas y figurer	Obligatoire
La formule d'appel	Obligatoire	Ne figure pas
La formule de courtoisie	Obligatoire	Ne figure pas
Les références	S'il y a lieu	S'il y a lieu
Les pièces jointes	S'il y a lieu	S'il y a lieu
La suscription	Obligatoire	Obligatoire
La signature	Obligatoire	Obligatoire
L'ampliation	S'il y a lieu	S'il y a lieu

Tableau 4 : Différences entre les deux types de la lettre professionnelle.

5.2. Le compte rendu

Comme son nom l'indique, le compte rendu est un écrit qui sert à rapporter, d'une manière descriptive et non interprétative, des faits concernant : une activité, une mission, une réunion ou un accident. Le rapporteur doit restituer les événements de façon objective et impartiale tout en restant clair, précis et concis dans sa rédaction.

Le compte rendu n'est pas un écrit accessoire destiné à être stocké dans les archives. Il assure des fonctions que M BRAHIC énumère comme suit :

- **informer** du déroulement des faits les personnes qui n'y ont pas assisté ;
- **laisser une trace** de ces faits pour le cas où il s'avérerait nécessaire, plus tard, de les approfondir ;
- **faciliter le travail** des personnes dont la tâche dépend de ces faits.(2012, p. 30).

Le motif de rédaction d'un compte rendu varie entre : un ordre du supérieur à son subordonné ; une disposition périodique fixée par une loi ou une réglementation et enfin, une nécessité de garder, au sein du service, une trace écrite de toute activité ou mission effectuée, ce qui facilite par la suite de faire un bilan critique.

5.2.1. Présentation du compte rendu

Dans sa présentation, le compte rendu doit contenir les mentions suivantes : L'en-tête, le timbre du service rédacteur, le lieu et la date, le titre « COMPTE RENDU » qui doit être suivi de la nature ou l'objet de celui-ci (d'activité, de mission, de réunion, d'accident...) et la signature. La suscription peut parfois figurer en bas de la date.

Le corps ou le texte du compte rendu, quant à lui, suit le plan suivant :

- ✓ *Une introduction* : située sous le titre, elle reprend les circonstances temporo-spatiales relatives à la nature du compte rendu, ainsi que le motif de sa rédaction. Dans le cas du compte rendu d'une réunion par exemple, la liste nominative des personnes présentes doit être notée. Si celle-ci est très longue, la liste se résume à celle des personnes absentes et excusées.
- ✓ *Un développement* : son contenu varie selon la nature ou l'objet du compte rendu. Il est rédigé en respectant un ordre chronologique. Il peut rapporter les faits ou les actions d'une manière intégrale, synthétique ou synoptique, ce qui explique la présence parfois de tableaux.
- ✓ *Une conclusion* : qui sera un bref résumé des points présentés précédemment.

La rédaction du compte rendu adopte comme style celui de la narration. Les images 4 et 5(Annexe01, pp. 10-11) montrent un exemple d'un compte rendu proposé par J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL (2014, p. 138-139).

5.3. Le rapport

Le rapport est un écrit rédigé par un subordonné, destiné à son supérieur afin que ce dernier prenne des décisions. Le rapport s'apparente au compte rendu dans la mesure où il relate objectivement des faits ou des événements. Ce qui le différencie du compte rendu, en matière de contenu, c'est qu'il va au-delà du simple fait de rapporter, il comporte aussi une critique, une appréciation voire un point de vue du rapporteur, exprimés d'une manière fondée et argumentée et suivis par la proposition de suggestions ou de solution afin d'avoir l'approbation

du supérieur. Ce document joue le rôle d'un pivot dans l'Administration puisque, comme l'explique J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL « *la plupart des actes et des interventions prennent appui ou se terminent sur et par des rapports* » (Ibid, p. 147). En effet, tous les services qu'ils soient techniques ou administratifs font un large usage de ce document dans diverses circonstances d'où ses différents types que nous nous contentons de citer ci-dessous : Le rapport d'étude, le rapport d'inspection, le rapport de mission, le rapport de stage, le rapport disciplinaire, le rapport périodique, le rapport technique, le rapport de présentation et enfin le rapport en Conseil des ministres.

5.3.1. Présentation du rapport

Le rapport se présente sur une ou plusieurs feuilles (selon la longueur de son contenu). Sur la première page, doivent figurer les mentions suivantes : l'en-tête, le timbre, le lieu et la date, le titre « RAPPORT » écrit en majuscule et au milieu de la page: le titre peut être suivi par l'indication du destinataire (dans ce cas-là, la suscription ne sera pas indiquée en dessous de la date) ainsi que l'objet du rapport (ce dernier peut figurer à part entière dans une ligne titrée : objet), la signature (en bas de la page si le rapport contient une seule page, ou bien sur la dernière page s'il est composé de plusieurs pages, la mention du nom et du prénom de l'auteur sur la première de couverture) et enfin le corps du rapport. La rédaction du corps suit toujours le plan composé d'une introduction, un développement et une conclusion.

L'introduction : doit être brève et concise, elle sert à situer le rapport dans ses motifs, circonstances et destination.

Le développement : est la partie centrale du rapport. Les faits doivent être exposés objectivement. Ensuite, figure la position du rapporteur qui doit être bien fondée et argumentée et enfin, ses propositions ou ses suggestions à son supérieur. C'est cette partie du rapport qui fait qu'il soit court ou long, qu'il s'étale sur une seule ou plusieurs pages. La règle qui est de mise pour le rédacteur, c'est de rester clair, précis et concis. J GANDOUIN et J M

ROUSSIGNOL l'ont rappelée en disant « *il doit être comme la robe d'une jolie femme : assez long pour couvrir le sujet, assez court pour retenir l'attention* »(Ibid, p. 158).

La conclusion : c'est le lieu où sont rappelées brièvement les solutions proposées.

Le rapport peut contenir une partie annexe, s'il est accompagné de pièces jointes, de tableaux ou de graphies. Sur l'image N° 06 (Annexe01, p. 12) figure un modèle de présentation du rapport proposé par J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL (2014, p. 148).

5.4. Le procès-verbal

Le procès-verbal est un document écrit, rédigé par un agent (d'une administration ou de l'autorité) pour relater des faits, des dits ou des constats, ce qui lui donne un caractère authentique. Il se distingue du compte rendu par le fait qu'il sert d'une pièce témoin devant les juridictions ou l'administration en cas de litige. C'est pour cette raison que dans un procès -verbal (à l'inverse du compte rendu) les signatures de toutes les parties : rédacteur, personnes présentes, personnes entendues... doivent impérativement figurer à la fin de la page pour éviter une éventuelle contestation.

Dans sa présentation, le procès-verbal est rédigé soit sur une feuille blanche soit sur un formulaire imprimé³⁵, de la même manière qu'un compte rendu, avec la possibilité de laisser une marge à gauche du corps de l'écrit. Il doit contenir les mentions suivantes : l'en tête, le timbre, le lieu et la date, le titre (PROCES VERBAL) suivi par sa qualification, Le corps du procès-verbal : rédigé à la première personne du pluriel (dit de modestie) dans le cas du procès-verbal judiciaire, et à la première personne du singulier dans le cas d'un procès-verbal administratif ou de réunion. Il commence le plus souvent par la reprise de la date

³⁵Par formulaire imprimé, nous désignons un document préétablie qui contient toutes les mentions d'identification et les informations nécessaires, cela permet d'éviter tout oubli.

d'une façon solennelle, suivie par l'heure exacte dite d'ouverture (l'an deux mille seize le 17 janvier à 18h30) et l'indication du lieu. Par la suite, sera notée la liste nominative des personnes présentes, absentes, excusées ou ayant donné une procuration, ainsi que la fonction, le nom et prénom de l'agent rédacteur. Le procès-verbal peut contenir aussi, dans son corps, l'ordre du jour à suivre. Après cette introduction, seront relatés les événements d'une manière littérale ou résumée, mais avec un style clair, précis, objectif, qui n'admet aucune interprétation et ne contient aucune appréciation personnelle de la part du rédacteur. Certaines mentions sont parfois indiquées dans le procès-verbal à savoir : le caractère public ou à huis clos de la séance, le quorum requis, le nombre de ratures lors de la rédaction s'il y en a, les annexes si existantes. Le procès-verbal est clôturé par une formule qui réindique le lieu et la date de la fin de la séance. Les signatures portées après la mention (Fait à..... Le .././....) doivent être précédée(s) de la qualité de chaque signataire.

Les images 7 et 8, (Annexe 01, pp. 13-14), montrent un exemple authentique d'un procès-verbal et de sa mise en page.

5.5. L'attestation et le certificat

Si nous avons jumelé les deux documents sous le même titre c'est parce que nombreux sont les points qu'ils ont en commun. D'abord, les deux noms proviennent de deux verbes (attester et certifier) qui signifient : « *porter témoignage de faits dont on a une connaissance directe* » (J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL, 2014, p. 126). En outre, ils sont délivrés par une Administration (étatique ou privée) au profit d'un bénéficiaire, suite à sa demande ou d'une manière systématique (dans le cas où le document s'inscrit dans un processus administratif à savoir : les études, un contrat de travail...). De plus, ces documents sont émis au bénéficiaire « *pour servir et valoir ce que de droit* » ou bien pour lui permettre d'en faire un usage bien déterminé. À ces points de convergence, nous pouvons ajouter d'autres qui concernent la présentation de L'attestation et du certificat. Lesdits documents peuvent être présentés soit sur un

formulaire imprimé soit sur une feuille blanche. Les deux correspondances partagent les mentions suivantes : l'en-tête, le timbre, le titre qui peut être suivi par l'identification de l'objet par exemple : ATTESTATION DE TRAVAIL ou CERTIFICAT MEDICAL, le corps du document qui commence le plus souvent par une formule précisant à la fois la qualité de l'autorité qui a délivré la pièce, ainsi que celle du bénéficiaire et à la fin la signature accompagnée du nom du signataire. Le lieu et la date de rédaction seront portés en bas de la page avant la signature. Bien que l'attestation et le certificat aient plusieurs points en commun, il nous est possible de les distinguer par les points de divergence suivants : l'attestation est un document lié à une activité administrative courante, elle informe de manière neutre et objective sur le bénéficiaire et en sa faveur. Tandis que le certificat se rapporte aux événements de la vie civile du bénéficiaire, il indique la décision et/ou la position du signataire. Les images N° 09 et 10 (Annexe01, pp.15-16) montrent des exemples authentiques d'attestation et de certificat.

5.6. La note administrative

La note administrative, dont l'appellation se limite le plus souvent et d'une manière générale au terme « Note », correspond au document utilisé pour la communication interne au sein d'une administration, d'un service ou d'un établissement. L'objectif de l'utilisation d'une note est d'échanger des informations énoncées d'une manière brève entre deux interlocuteurs ou bien de transmettre des instructions sur un point particulier à des destinataires multiples. La note, comme les autres correspondances administratives, obéit à des règles de présentation qui exigent qu'elle comporte : l'en tête avec la devise, le timbre, le lieu et la date, l'objet, les références et la suscription qui est libellée comme suit :

- Note pour (Monsieur/Madame suivi du nom du destinataire) si elle est adressée à une personne d'un rang inférieur ou égal de l'émetteur ;
- Note à l'attention de (Monsieur/Madame suivi de la fonction du destinataire) si elle est adressée à un supérieur.

La note peut éventuellement comporter la signature et les mentions : ampliation, urgent ou secret s'il y a lieu. Le schéma N° 03(Annexe01, p. 17) présente la mise en page de la note administrative suivi par l'image N° 11 qui montre un exemple authentique de ce type de correspondance.

J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL distinguent trois types de notes :

- **La note ordinaire ou succincte**

Outre son objectif d'échanger des informations, elle sert comme trace écrite d'un échange verbal effectué antérieurement, qu'elle vienne compléter et le mette en forme. Elle est échangée entre collègues, un supérieur et son subordonné et vice versa.

- **La note de service**

Se différencie de la note ordinaire par le fait qu'elle n'est envoyée que d'un supérieur à des subordonnés pour leur adresser des instructions. Ceci donne au document un caractère impératif.

- **La note diplomatique ou verbale**

La note diplomatique ou verbale est adressée d'un service à un service suite à une mission diplomatique. Elle a pour objectif, outre la communication des informations, celui de résumer une conversation importante ou d'éclaircir un point abordé dans une discussion entre diplomates. La note verbale échappe à la présentation formelle de la note administrative et ce, en se passant de l'objet et des références. Elle se singularise par une formule d'introduction et une de conclusion proche de celle de courtoisie. J GANDOUIN et J M ROUSSIGNOL l'expliquent dans l'exemple suivant :

- Exemple de formule d'introduction :

L'ambassade de France présente ses compliments au ministère des Affaires Étrangères de la République de Djibouti et a l'honneur de lui communiquer que...

- Exemple de formule de conclusion :

L'ambassade de France saisit cette occasion pour renouveler au ministère des Affaires Étrangères les assurances de sa très haute considération (Ibid. p. 63).

La note diplomatique ou verbale peut porter le titre de « NOTE VERBALE » comme elle peut être rédigée sans titre.

6. Le courrier entre médecins

La communication dans le milieu médical se fait principalement par écrit. L'oral n'est pas exclu, il est plutôt immédiat, utilisé dans les conversations et les réunions, mais une trace écrite de tout ce qui est professionnel et officiel est obligatoire. Avec l'Administration, selon la loi N° 05-91 qui porte sur la généralisation de l'utilisation de la langue arabe, le médecin est obligé de communiquer par écrit et en langue arabe. Cette même loi, modifiée et complétée³⁶ le 21 décembre 1996, apporte plus de précision à ce sujet, dans son article N°02. Elle stipule : « *les échanges et les correspondances de toutes les administrations, entreprises et associations, quelle que soit leur nature doivent être en langue arabe* » (Journal Officiel N° 38, 1996, p. 05). Elle prévoit dans son article N°06 des sanctions contre tout contrevenant. Cependant, les praticiens de la santé de la wilaya de Tébessa, ne sont pas tous informés du contenu de cette loi. Ils communiquent avec leur Administration par courriers rédigés en langue arabe, rarement en langue française, l'emploi de l'arabe, comme nous l'a expliqué le Directeur des Services Sanitaires de l'Établissement Public Hospitalier Bouguerra Boulares de Tébessa « *n'est pas pour se conformer à la loi 05-91, que moi-même ignorais mais c'est à cause de la non maîtrise de la langue française* ». Pour illustrer ses propos, il nous a montré des exemples³⁷ de courrier échangé entre un médecin et son Administration (voir image N° 12 et 13, Annexe01, pp. 19-20). Les seuls écrits rédigés en langue française par le médecin « *sont les courriers échangés entre médecins et qui concernent l'état du malade* » ajoute notre informateur. En effet, les correspondances entre les médecins n'ont pas été arabisées, du fait que leur contenu scientifique est difficile à traduire en arabe, et parce que l'enseignement de la médecine en Algérie continue à être

³⁶L'intégralité des lois et des articles est disponible sur le lien : <http://www.vitaminedz.org/articlesfiche/1217/1217552.pdf> Consulté le 5/04/2017

³⁷Le directeur a veillé personnellement à omettre toute information concernant l'expéditeur et le destinataire conformément à ce qu'oblige le secret professionnel.

dispensé en langue française. L'échange d'informations médicales concernant un patient, qui aboutit souvent à une prise de décision concernant sa thérapie est réalisé obligatoirement par écrit. La modalité de communication entre médecins la plus utilisée est le courrier. Le recours à cette modalité se justifie par sa valeur médico-légale. Médicale : compte tenu du rôle qu'elle joue dans la continuité du diagnostic ou des soins. Légale, puisque elle est considérée comme un document sur lequel la justice peut se baser en cas de litige. Comme nous venons de le dire, cet échange d'informations entre deux ou plusieurs médecins se fait par le biais d'un courrier qui n'est qu'une partie intégrante de la correspondance professionnelle. Par conséquent, il doit répondre aux caractéristiques de celle-ci et à certaines normes qui lui sont propres. L'étude de ces normes a suscité l'intérêt de nombreux médecins libéraux et hospitaliers. Nous citons l'étude du groupe de médecins d'Aquitaine, dont les travaux³⁸ consistent en l'analyse et l'évaluation des courriers médicaux d'admission et de sortie. L'objectif de ces travaux est de montrer « *par la fréquence élevée de non-conformité, la nécessité de développer des actions d'amélioration de la correspondance médicale* »(Revue l'Union d'Aquitaine N°28,2004, pp. 4-5). Ces travaux ont abouti à l'élaboration de référentiels qui regroupent les critères indispensables et pertinents du courrier d'entrée et de sortie. Ces référentiels servent de guide pour le médecin dans la rédaction de son courrier, qui doit être soigné dans sa forme comme dans son contenu.

6.1. La forme du courrier entre médecins

La forme du courrier envoyé par un médecin à un de ses confrères varie selon la fonction et la qualité de ce dernier ainsi que de l'objet de la correspondance.

Pour s'adresser à un pharmacien, le médecin utilise l'ordonnance médicale. Lorsqu'il s'adresse à un autre confrère ou consœur, il utilise différents types d'écrits, qui se différencient aussi bien dans la forme que dans le fond, mais qui gardent tout de même plusieurs points en commun. Ces courriers vont des

³⁸L'article qui explique les travaux de ce groupe de médecins est publié dans la revue : L'Union d'Aquitaine disponible sur le lien <http://urpsmla.org/IMG/pdf/28.pdf> consulté le 05/04/ 2017.

formulaire imprimés puis remplis, jusqu'aux textes entièrement rédigés par le médecin. Nous les citons : la lettre d'orientation, les fiches de liaison, le compte rendu médical et le certificat médical. La rédaction de ces courriers se fait soit à la main soit avec un outil informatique. L'écriture manuelle a suscité plusieurs études et critiques, compte tenu des difficultés et des problèmes qu'elle a engendrés. Claude RICHARD et Marie-Thérèse LUSSIER, dans leur livre intitulé : *La communication professionnelle en santé*, ont étudié les documents écrits qui assurent la communication entre médecins. Ils stipulent à ce sujet: « *Le dossier papier [...] témoigne des interprétations et des conclusions du professionnel de la santé, selon sa propre organisation informationnelle, et fait état du suivi entre les rencontres. Il est malheureusement trop souvent difficile à lire à cause de la pauvre calligraphie* »(2016, p. 15). Cette calligraphie peu déchiffrable est parfois la cause de décès. GUTA LEGESE, en se référant au rapport³⁹ de l'Académie Nationale des Sciences, de l'Institut de la Médecine des États Unis d'Amérique affirme :

According to report from the Institute of Medicine (IOM) (2006), doctors' sloppy handwriting kills more than 7,000 people annually in America.[...] many such errors result from unclear abbreviations and dosage indications and illegible writing on some of the 3.2 billion prescriptions written in the U.S. every year.(2016, p. 19).

Selon ce rapport, traduit par nous même, le courrier manuscrit des médecins "tue" plus de 7000 personnes par an aux États Unies d'Amérique. Des erreurs d'interprétation, d'abréviations et de dosage des médicaments résultent d'une écriture illisible. Pour remédier à ce problème, plusieurs solutions ont été proposées et mises en œuvre par des instituts et des établissements des pays occidentaux. Parmi ces solutions nous citons : la standardisation de la forme du courrier, en proposant un modèle pour chaque type d'écrit, le recours à l'outil informatique pour un écrit informatisé. En France, au Canada et aux États Unis d'Amérique des logiciels et des plates-formes sont dédiés à la pratique de la correspondance médicale. Une de leurs fonctions est d'assurer une

³⁹Le rapport est intitulé « PREVENTING MEDICATION ERRORS » publié sur le lien <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series/medicationerrorsnew.ashx> Consulté le 29/03/2017.

communication rapide, sûre et claire entre les praticiens du métier. À titre illustratif, citons la France, qui est passée de l'ordonnance manuscrite ou informatisée à la prescription électronique, et ce à partir du premier janvier 2017, selon le site de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)⁴⁰.

En Algérie, les procédures utilisées sont encore limitées et personnelles. Nous pouvons indiquer par exemple : l'usage non généralisé de l'ordinateur pour rédiger quelques écrits comme le compte rendu médical et parfois les ordonnances ; la création de pages Facebook par quelques praticiens pour le déchiffrement des ordonnances médicales⁴¹. (Images : 16, 17, 18, Annexe01, pp.23-25). La forme du courrier n'est pas déterminée uniquement par la façon dont il est écrit, son contenu joue aussi un rôle dans la détermination de sa présentation finale.

6.2. Le contenu du courrier entre médecins

Le contenu du courrier entre médecins varie en fonction de son objet. Toutefois, certaines informations dites de base doivent impérativement y figurer quelle que soit la nature du courrier ou de son objet. Ces informations sont : l'identité du médecin rédacteur (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone), la signature du médecin accompagnée de sa griffe, la date du courrier, l'identité du patient (nom et prénom, écrits en toutes lettres) et l'âge (ou la date de naissance) du patient.

Le contenu du courrier médical relève du secret médical, ce dernier est régi par des lois, à savoir les articles 206, 226, 235 de la loi sanitaire, 301 du code pénal et les articles 36-41 du code de déontologie algérien, c'est pourquoi son échange avec un autre médecin doit se faire de manière réfléchie et appropriée, c'est ce que nous trouvons sous la plume du Docteur MERCAT François-Xavier dans son rapport:

⁴⁰Plus d'Informations sur la prescription électronique est disponible sur le site de l'INAMI <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/prescription-electronique-changements-20170101.aspx#.WN1bB2dBrDd> Consulté le 29/03/ 2017.

⁴¹Déchiffrement des ordonnances médicales est le nom de la page Facebook consultée le 30 /03/2017 sur le lien <https://www.facebook.com/groups/874544335898853/?fref=ts>

Se trouvant en situation de "secret partagé", le médecin traitant, comme le rappelle le code de déontologie, ne doit échanger avec le spécialiste que les informations médicales nécessaires pour son intervention diagnostique ou thérapeutique. [...] Il ne peut donc s'agir de la transcription in extenso du contenu du dossier médical. Certains mots, investis d'un sens précis dans la terminologie médicale, sont en langage courant porteurs d'un sens différent, souvent péjoratif.(1998, p. 03)

En effet, des termes utilisés en psychiatrie ou pour désigner des habitudes de vie du patient ont un sens péjoratif, à savoir : débile, hystérique, alcoolique... Le médecin est appelé alors à rédiger le contenu de son courrier avec tact. Il est possible voire légitime que le patient prenne connaissance du contenu du courrier. Il importe donc que le médecin choisisse des mots qui ne choquent pas pour révéler le diagnostic ainsi que le pronostic, en vue d'éviter d'inquiéter le malade ou d'augmenter son angoisse naturelle. En outre, il est strictement interdit de mettre en cause une tierce personne concernant l'état de santé du patient.

6.3. Les modalités de transmission

La transmission du courrier peut se faire en utilisant plusieurs moyens. Le courrier peut être remis en main propres et directement au patient (ou à un de ses parents dans certains cas). Celui-ci va le remettre à son tour au destinataire, c'est le cas de l'ordonnance médicale, de la lettre d'orientation, du certificat médical. Il est possible aussi qu'il soit envoyé par voie postale, dans ce cas, il est mis dans une enveloppe qui peut porter la mention « confidentiel » ou « secret médical ». Cette mention peut être ajoutée dans le cas où le courrier est transmis ou reçu par une tierce personne. La troisième méthode de transmission possible est la voie électronique. Le Fax et le courriel (email) sont utilisés pour une transmission rapide du courrier. Néanmoins, le mail n'est pas reconnu juridiquement comme document légal, c'est pourquoi une copie en papier doit être ré-envoyée par la suite.

7. Les différents documents de liaison entre médecins

Nombreux sont les documents qui assurent la liaison entre les médecins. Les plus connus sont : l'ordonnance médicale et le certificat médical. Nous pouvons

classer les documents de liaison entre médecins en deux catégories : les formulaires et les imprimés, les écrits entièrement rédigés par le médecin.

7.1. Les formulaires et les imprimés

Ce type de documents se présente sous forme d'écrits déjà élaborés, imprimés et destinés à être remplis avec les informations nécessaires. L'utilisation des formulaires a pour objectif de rendre la rédaction et la lecture du document facile et rapide. De plus, elle permet d'éviter tout oubli de la part du médecin qui a été formé ou initié à la rédaction de certains d'entre eux, à savoir les ordonnances et les certificats médicaux.

7.1.1. L'ordonnance médicale

L'ordonnance est le document qui permet à la fois au malade de connaître son traitement, au pharmacien de le lui délivrer et à l'infirmière de le lui administrer. Elle est définie dans le guide d'exercice du collège des médecins du Québec comme étant :

une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles.(2016, p. 05)

Les personnes habilitées à prescrire une ordonnance en Algérie sont les médecins (généralistes ou spécialistes), les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes⁴². Quant aux destinataires, ce sont : le malade, le pharmacien, les paramédicaux et les services de la sécurité sociale. L'ordonnance n'est délivrée qu'après examen clinique du malade. Elle doit comporter des mentions légales et/ou nécessaires suivantes :

- L'identification du prescripteur : son nom et prénom, sa qualité, son adresse (ou le nom du service s'il exerce dans un établissement étatique) et son numéro d'enregistrement dans l'ordre des médecins ;

⁴²La liste de médicaments prescrits par le chirurgien-dentiste ou la sage-femme est limitée.

- La date de la prescription ;
- L'identification du patient : son nom et prénom, âge ou date de naissance, sexe et son poids (ce dernier doit obligatoirement être mentionné pour l'enfant) ;
- L'identification de l'objet de l'ordonnance : l'ordonnance peut comporter des soins infirmiers, des conseils diététiques ou d'hygiène de vie, des références de lunettes ou d'un appareil médical et le plus souvent, des médicaments. Ceux-ci sont rédigés de façon codée et abrégée et doivent être formulés comme suit : le nom du médicament (indiqué en Dénomination Commune Internationale DCI ou en nom commercial) suivie de sa forme galénique et son dosage, en dessous du nom du médicament sont indiquées : la posologie, la modalité de prise et la durée du traitement.

Exemple : ENANTYUM cp 25 mg (02 btes)

1cp 2 × / j

- La signature du prescripteur : apposée immédiatement après la dernière ligne de la prescription pour ne pas laisser un résiduel d'espace.

L'ordonnance médicale peut être rédigée à la main ou avec un outil informatique, mais dans les deux cas, il importe qu'elle soit lisible. Voir les exemples sur les images 14 et 15 (Annexe01, pp. 21-22).

7.1.2. Le certificat médical

Le certificat médical est défini par Docteur BENCHRIK comme « *l'attestation écrite des constatations cliniques et paracliniques, positives ou négatives, concernant l'état de santé d'un individu qui a bénéficié d'un examen médical et pouvant avoir une influence sur les intérêts publics de ce sujet* »(2016/2017, p. 49). La rédaction des certificats médicaux fait partie intégrante du travail du médecin. Ce dernier est impliqué directement dans son écrit, puisque il en découle une responsabilité médico-légale, ce qui justifie l'emploi du pronom personnel « je » dans la formule d'ouverture habituelle « *Je soussigné(e), Docteur...* ». L'écrit est rédigé dans un style précis, clair et concis, marqué par l'emploi des phrases courtes. Outre les principes de rédaction d'un certificat

médical qui mettent l'accent sur son fond, les articles 13 et 56 du code de la déontologie médicale en Algérie⁴³ précisent les conditions de validité de ce document, celles-ci portent sur sa forme :

- L'utilisation d'un papier libre ou à en-tête ;
- L'identification du médecin : nom et prénom, la qualité, adresse et son numéro d'enregistrement dans l'ordre des médecins ;
- La date de la rédaction du document (elle ne doit être ni antérieure ni postérieure par rapport au jour de l'examen) ;
- L'identification du bénéficiaire : nom et prénom, âge ou date de naissance, sexe ;
- La précision de la nature du certificat ;
- Les constatations médicales ;
- Les conséquences médico-légales qui résultent des constatations faites ;
- La lisibilité du document et l'omission de toute abréviation ;
- La précision des conditions de rédaction du document s'il y'en a (sur réquisition) ;
- La signature manuscrite du médecin en plus de l'apposition de sa griffe.

Le certificat médical est présenté sous forme d'un formulaire imposé par la réglementation. Toutefois, l'indisponibilité de ces formulaires au niveau de certains établissements oblige le médecin à le rédiger sur une copie d'ordonnance médicale. La multiplicité des situations dans lesquelles est délivré un certificat médical a fait qu'il en existe plusieurs types. Docteur BENCHRIK les classe en deux catégories :

A/ Les certificats prévus par la loi :

Ce sont les certificats dont le médecin est obligé de les délivrer quand la situation du patient le nécessite. Nous avons tenté de les recenser :

- Certificat Médical Prénuptial ;
- Certificat Médical d'Interruption Thérapeutique de Grossesse ;
- Certificat Médical de Déclaration de Naissance ;
- Certificat Médical de Vaccination ;
- Certificat Médical Matière de Sécurité Sociale (Arrêt de Travail, Déclaration d'une Maladie, Accident de Travail) ;
- Certificat Médical de Placements dans un Établissement Hospitalier (Placement Obligatoire, Placement Provisoire, Placement Volontaire) ;

⁴³ Les articles sont disponibles sur le lien : <http://www.atds.org.tn/CODEDEDEONTOLOGIEALG.pdf>. Consulté le 05/04/2017.

- Certificat Médical de Constatation de Violences, dit aussi Certificat Médical Initial (Coups et Blessures Volontaires : CBV, Coups et Blessures Involontaires : CBI, Agression Sexuelle : AS) ;
- Certificat Médical de Détermination de l'Âge ;
- Certificat Médical de Déclaration de Maladie Obligatoire ;
- Certificat Médical de Constat de Décès.

B/ Les certificats non prévus par la loi :

Les certificats non prévus par la loi sont ceux dont la rédaction reste soumise à l'appréciation du médecin, qui décide de leur opportunité, ils sont délivrés pour faire valoir des droits sociaux. Citons-les :

- Certificat d'invalidité, de cécité ou de handicap ;
- Certificat d'intégrité physique ou mentale (appelé communément le certificat de bonne santé) ;
- Certificat de contre-indication ou d'aptitude (à la conduite, à la pratique de sport ...) ;
- Certificat de protection d'un incapable majeur.

Il convient de rappeler que Docteur BENCHRIK dans son cours intitulé « Les Certificats Médicaux », présente un modèle écrit de chaque type de certificat, avec à la fin une série d'exercices ayant pour objectif l'apprentissage de la rédaction de ces écrits. Les images 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25 (Annexe01, pp. 26-32) montrent quelques exemples de ces certificats.

7.1.3. Les fiches de liaison

Ce sont les documents qui garantissent un transfert d'informations précises. Leur objectif est de faciliter la communication entre les praticiens de la santé, tout en permettant au médecin rédacteur de ne rien oublier grâce à l'orientation du formulaire. Les informations avec lesquelles sont remplis les blancs des fiches de liaison sont rédigées sous forme de mots, de chiffres ou de phrases courtes le plus souvent de nature médicale. Il existe une multitude de fiches de liaison délivrées

par le médecin. Certaines sont communes à tous les services, telles que la fiche médicale, la demande de produit sanguin ou le résumé clinique de sortie. D'autres sont spécifiques à un service donné, à savoir la fiche de chimiothérapie. Bien qu'elles soient différentes dans leur objet, les fiches de liaison comportent toutes certaines informations communes qui sont :

- L'identification de l'établissement (sous forme d'en-tête) ;
- Le titre de la fiche ;
- L'identification du malade : nom et prénom, âge, sexe, numéro d'immatriculation et date d'entrée et de sortie ;
- La date de délivrance de la fiche ;
- L'identification du médecin, accompagnée de sa signature et sa griffe ;

Les différentes fiches qui assurent la liaison entre les médecins sont :

- **La fiche médicale** : elle permet de renseigner le médecin sur la maladie du patient, le traitement qui lui a été prescrit et les rendez-vous de suivi de son état de santé.
- **La fiche de traitement** : remplace l'ordonnance médicale, puisque elle est utilisée au sein d'un établissement hospitalier. Elle permet au médecin et même à l'infirmière de connaître le traitement sous lequel est mis le malade, la durée de son administration et toute modification apportée au traitement.
- **Le résumé clinique de sortie** : demandé par le médecin du service de la sécurité sociale. Comme son titre l'indique, il résume l'état du malade, depuis son entrée jusqu'à sa sortie, le diagnostic de la maladie, les examens paracliniques effectués, les actes thérapeutiques et le traitement subis.
- **La demande de produit sanguin** : précise la nature du produit sanguin demandé avec toutes les spécificités de ce produit.

- **La fiche de chimiothérapie** : elle assure la continuité du traitement chimiothérapique, dans le cas de transfert du malade d'une unité à une autre.

Un exemple de chaque type de fiche est illustré par les images N° 26.27.28.29.30 (Annexe01, pp. 33-37).

7.2. Les documents entièrement rédigés par le médecin

Contrairement à la première catégorie, dans ce type d'écrits, le médecin rédige l'intégralité de la correspondance. Les documents regroupés sous cette catégorie sont la lettre d'orientation et le compte rendu médical.

7.2.1. La lettre d'orientation ou le courrier d'admission

La lettre d'orientation ou courrier d'admission est un courrier échangé entre les médecins afin de demander un acte ou un avis spécialisé voire une prise en charge du patient. La rédaction de la lettre d'orientation se fait sur le modèle de la lettre professionnelle en forme personnelle. Par conséquent, elle doit répondre à toutes les caractéristiques de celle-ci, notamment la lisibilité. Cependant, il est possible qu'elle en diffère dans sa mise en page, du fait qu'elle doit répondre à des exigences professionnelles comme c'est le cas de la mention de l'émetteur. Lorsque celle-ci renvoie à plusieurs médecins, elle est indiquée sur la marge gauche, tout au long de la page, séparée du corps de la lettre par une ligne verticale. Dans la rédaction de la lettre d'orientation, le médecin utilise une langue formelle et concise, basée sur l'emploi de phrases courtes. Comme tous les courriers sus cités, la lettre d'orientation comporte des mentions dont la présence est obligatoire. Il s'agit de :

- l'identification du/des médecin(s) émetteur(s) (Nom et prénom, qualité, adresse, numéro d'enregistrement dans l'ordre des médecins) ;
- le lieu et la date du courrier ;
- l'identification du destinataire (nom et prénom, adresse) ;
- l'identification du patient (nom et prénom, âge ou date de naissance) ;

- la signature de l'émetteur accompagnée de la griffe.

Le contenu de la lettre d'orientation relate les renseignements nécessaires, concernant le malade et son état. « *Il convient de transmettre au confrère les seules informations jugées pertinentes pour l'avis demandé ou les besoins de l'acte* »(ANAES, 2003, p. 29). Ces informations ont pour rôle d'orienter et d'aider le médecin récepteur dans l'accomplissement de la tâche qui lui est demandée. Le destinataire est obligé de répondre par une autre lettre, qui informe l'expéditeur de tout ce qui a été effectué et des conséquences qui en résultent.

7.2.2. Le compte rendu médical (CRM)

Le compte rendu médical (CRM) appelé aussi Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) est un écrit descriptif qui relate en détail l'histoire médicale du patient, et ce depuis le jour de sa consultation, puis son hospitalisation, jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Il synthétise toutes les données qui se rapportent à l'état de santé du patient. Le compte rendu médical a « *un rôle informatif pour le médecin traitant, et de leur (sa) qualité dépend en partie l'observance du patient. Le suivi d'un traitement et d'une surveillance en ambulatoire est possible grâce à la bonne compréhension de l'hospitalisation par le médecin traitant* »(Segyo Alix SAUNIER, 2012, p. 19). Comme dans toutes les correspondances médicales, la rédaction du compte rendu médical se fait dans un style précis et concis, ce qui explique l'usage des phrases courtes du type télégraphique. Toutefois, les abréviations sont bannies, sauf pour les unités de mesure. Le temps de conjugaison des verbes est le présent, excepte les passages où sont relatés des faits antérieurs ou postérieurs. Le compte rendu est marqué aussi par son usage de l'énumération. Ce type de correspondances n'échappe pas à la règle qui concerne les mentions obligatoires, celles-ci sont les mêmes retrouvées dans la lettre d'orientation. En plus de ces mentions, il y a le contenu du compte rendu qui regroupe des informations permettant au médecin d'éviter la consultation d'un dossier médical épais. La structuration de ce contenu est proposée par

l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en juin 2003 comme suit :

- *L'identification du patient,*
 - *L'identification des dates du contact,*
 - *Lieu de contact,*
 - *Mode d'entrée,*
 - *Motif de contact,*
 - *Antécédents du patient,*
 - *Mode de vie,*
 - *Histoire de la maladie,*
 - *Examen clinique,*
 - *Résultats biologiques significatifs,*
 - *Résultats des examens complémentaires,*
 - *Traitement réalisé, y compris les transfusions,*
 - *Évolution dans le service et discussion,*
 - *Mode de sortie (destination du patient), y compris la date et l'heure de sortie, le moyen de transport et l'accompagnement éventuel, ainsi que la liste des éléments remis au patient,*
 - *Le traitement de sortie,*
 - *Suite à donner (surveillance à instituer, convocation, etc.),*
 - *Conclusion sous forme de synthèse (ANAES, 2003, p. 29).*

Il existe d'autres types de compte rendu échangés entre les médecins rédigés par des médecins spécialistes. Il s'agit du compte rendu d'examen d'imagerie médicale et du compte rendu opératoire.

7.2.2.1. Le compte rendu d'examen d'imagerie

C'est la réponse du médecin radiologue à la lettre d'orientation, ayant pour objet la demande d'un examen radiologique. Ce compte rendu comporte les mêmes mentions obligatoires retrouvées dans le compte rendu médical. Il diffère de celui-ci dans la structuration de son contenu qui se fait de la manière suivante :

- Le titre de l'examen radiologique demandé,
- Le motif de l'examen,
- La technique de réalisation de l'examen,
- Les résultats retrouvés,
- La conclusion.

7.2.2.2. Le compte rendu opératoire (CRO)

Dans les cours de l'Université Médicale Virtuelle Francophone intitulés *La rédaction du compte rendu opératoire : une technique comme une autre*, Le compte-rendu opératoire est défini comme « *un document médico-technique au même titre que tout compte rendu d'examen ou d'acte diagnostique. Il est distinct du document de synthèse, ou compte rendu d'hospitalisation, mais rien n'empêche d'intégrer le CRO (in extenso ou réduit à son titre) dans le CRH* »(2008/2009, p. 04). En effet, la distinction entre ce compte rendu et celui d'hospitalisation est dans son contenu qui met l'accent sur l'acte chirurgical. Le contenu est structuré comme suit :

- Descriptif de l'état pathologique et des lésions rencontrées,
- Type d'anesthésie,
- La position définitive de l'opéré sur table,
- La voie d'abord,
- Les consultations opératoires, la justification des décisions, les gestes effectués, la fermeture, l'appareillage externe éventuel,
- Prélèvements bactériologique ou anatomopathologique,
- Transfusions effectuées.

Le compte rendu opératoire se termine sans conclusion du fait qu'il a été rédigé de façon synthétique, ordonnée et sans résumé.

Il convient de rappeler que tout compte rendu rédigé (tout type confondu) doit être relu, corrigé avant d'être signé par le médecin.

Bilan

La correspondance professionnelle, médicale entre autres, est un moyen de communication très ancien, mais qui reste incontournable, malgré le progrès de la technologie. Tout comme la langue spécialisée, le courrier médical peut être considéré comme un sous ensemble dans un ensemble plus grand, qui est celui des correspondances professionnelles. Il partage avec elles les mêmes caractéristiques et principes de rédaction, même s'il garde comme particularité son lexique spécialisé. Dans le domaine professionnel, particulièrement celui de la médecine, une correspondance est parfois un critère de jugement de qualité ou de performance, c'est pourquoi, l'apprentissage de sa rédaction suscite toujours de l'intérêt. Il est impératif de rédiger avec rigueur, parce qu'il y va du suivi de la vie du malade. Cet apprentissage peut être assuré par des cours de perfectionnement. Aujourd'hui, des demandes de formations linguistiques qui répondent à des besoins spécifiques, dans des domaines professionnels différents, sont de plus en plus formulées. C'est la raison pour laquelle des offres de formation tentent de répondre à de telles demandes, à savoir celles recensées par CUQ et GRUCA (2012, p. 375-378), parmi lesquelles nous trouvons : le français juridique de SOIGNET M ; le français du monde du travail de CLOOSE E ; Santé-médecine.com de TOLAS J, etc. Dans notre recherche, nous allons mettre en place la démarche du FOS, afin de proposer une formation qui répond aux aspirations des médecins généralistes concernés par notre enquête et qui a été formulée d'une manière non officielle.

CHAPITRE IV

Méthodologie de l'enquête

Introduction partielle

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie de l'enquête de terrain que nous avons réalisée et qui s'inscrit dans la didactique du Français sur Objectifs Spécifiques. Notre travail consiste en la mise en place de la démarche FOS, afin d'aboutir à une proposition de remédiation didactique qui répond aux besoins langagiers de notre public, formé de médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa. Cette démarche :

part d'une demande de formation, généralement institutionnelle, à partir de laquelle est élaborée une analyse des besoins. Cette analyse faite, le concepteur entreprend une collecte des données à partir desquelles il construira son programme de formation linguistique. Ces données authentiques doivent être ensuite analysées et traitées pour devenir des supports d'enseignement qui donneront naissance aux activités de classe (KHERRA, 2015, p. 56).

La mise en place de la démarche FOS nécessite le recours à une enquête de terrain. Celle-ci exige à son tour l'utilisation d'outils d'investigation et de méthodes d'analyse que nous décrirons dans ce chapitre. Avant d'aborder le protocole général de notre enquête, il nous semble opportun de présenter les étapes constitutives de la démarche FOS appliquées dans le contexte de notre recherche.

1. L'offre/demande de formation

Comme nous l'avons expliqué dans le deuxième chapitre, la conception d'un programme de formation en Français sur Objectifs Spécifiques commence par une offre ou par une demande de formation. Dans notre cas de recherche, il s'agit d'une offre de formation linguistique au profit d'un public professionnel spécialiste dans le domaine de la médecine générale. Ce public est formé de médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa. L'objectif de cette formation vise à aider ces médecins à rédiger des correspondances médicales, en leur proposant une remédiation qui répond à leurs besoins langagiers bien

identifiés au préalable et qui doit être réalisée dans un délai court. Dans le cadre du Français sur Objectifs Spécifiques et avant de proposer une formation linguistique, il est important de prendre en compte deux facteurs qui jouent un rôle primordial dans la faisabilité de cette formation : le lieu (avec tout l'équipement indispensable au déroulement de la formation) et le temps. À ce sujet Didier DESSEUX et Pascale TABAUX expliquent :

Les demandes en FOS [...] nécessitent de la part du prestataire de service, l'école de langue en l'occurrence, de prendre en compte certaines contraintes impossible à ignorer : celles-ci ne seront pas sans conséquences sur la faisabilité de la mission de formation. La première est associée à l'espace. [...] la notion du temps comprend la durée et le volume horaire de la formation, le rythme des enseignements, les horaires mais aussi la disponibilité des stagiaires (2013, p. 08).

Dans le cas de notre étude, en ce qui concerne le lieu de formation, nous tenons à rappeler que, dans toutes les Directions de Santé Publique (DSP), il existe une Cellule de Formation Continue (CFC). Celle-ci, à l'instar de la cellule de formation de la Direction de Santé Publique de la wilaya de Tébessa et conformément à l'article N° 13 du décret exécutif N° 09-393 du 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique qui stipule : « *L'organisme employeur est tenu : d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des praticiens médicaux généralistes de santé publique, en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion* »⁴⁴, organise des formations, des journées d'étude, des colloques ou des congrès au profit de son personnel médical, en collaboration avec l'Université et les Instituts de Formation Paramédicale. Ces derniers mettent à sa disposition l'auditorium, l'amphithéâtre ou encore les salles de cours équipés de tout le matériel nécessaire pour une projection audiovisuelle (ordinateur, rétroprojecteur, vidéoprojecteur, amplificateur...). Par ailleurs, il existe des associations médicales privées, à savoir l'Association des médecins « Ibn Sina » de Tébessa, qui organise des événements semblables à ceux de la cellule de formation. Ces associations

⁴⁴L'article N°13 disponible sur : <http://www.sante.dz/dsp22/files/Statut%20particulier%20des%20M%C3%A9decins%20G%C3%A9nralistes.pdf>. Consulté le 20.02.2019

prennent en charge l'organisation de ces événements, afin d'aider leurs adhérents à améliorer leurs compétences professionnelles et les mettre à jours de toutes les nouveautés scientifiques. Quant au facteur temps, le personnel médical, notamment celui qui exerce au niveau des établissements étatiques, bénéficie du droit de suivre des formations, bien évidemment en rapport avec leur profession, comme l'explique l'article 60, de la loi N° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail, qui stipule : « *Sous réserve de l'accord de l'employeur, le travailleur qui s'inscrit à des cours de formation ou de perfectionnement professionnels, peut bénéficier d'une adaptation de son temps de travail ou d'un congé spécial avec une réservation de son poste de travail* » ⁴⁵ . Les établissements de santé publics choisissent d'appliquer cet article de deux manières en fonction de la durée de formation : soit après les heures de travail des concernés, dans le cas où la formation est de courte durée ; soit sous forme d'une mission ou d'un détachement, si la formation s'étale sur une période plus ou moins longue. Les médecins généralistes qui exercent dans le secteur privé, quant à eux, ils ont plus de flexibilité pour s'organiser afin de suivre des formations. À cela, s'ajoute la proposition de quelques médecins, à qui nous avons adressé notre questionnaire, de programmer cette formation comme un module facultatif au cours de la septième année de leur cursus de médecine (l'internat), étant donné que c'est l'année la moins chargée et durant laquelle le médecin généraliste éprouve le besoin de se familiariser avec la rédaction des correspondances médicales.

De ce qui précède, et en ce qui concerne la formation que nous proposons dans notre travail de recherche, il nous semble possible de travailler en collaboration avec les organismes sus cités, dans le but d'assurer le bon déroulement de la formation, en tenant compte du lieu et du temps. À défaut, il y a la possibilité de solliciter des établissements privés qui pourront assurer l'organisation de ce genre de formations.

⁴⁵L'article N°60 disponible sur : <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/9557/64805/F97DZA01.htm#t3c5>. Consulté le 20/02/2019

2. L'analyse des besoins

L'analyse des besoins est la deuxième étape de la démarche FOS. Elle constitue la pierre angulaire de cette démarche, étant donné que c'est au cours de cette étape que l'enseignant-concepteur détermine avec précision les besoins des apprenants. La notion de « besoin », en didactique des langues, est souvent liée à deux adjectifs : « langagier » ou « communicatif ». Dans le premier cas, elle « *fait immédiatement référence à ce qui est directement nécessaire à un individu dans l'usage d'une langue étrangère pour communiquer dans les situations qui lui sont particulières ainsi qu'à ce qui lui manque à un moment donné pour cet usage et qu'il va combler par l'apprentissage* » (RICHTERICH, 1985, p.92). Dans le second cas, elle correspond « *aux exigences nées de l'utilisation de la langue dans la multitude des situations de la vie sociale des individus et des groupes* » (Ibid. p. 24). Ainsi, la notion de « besoin » est étroitement liée au public apprenant et aux situations de communication. De ce fait, et afin d'analyser les besoins des apprenants, il est impératif d'inventorier les situations de communication dans lesquelles ils seront appelés à utiliser le français et de les appréhender dans leur dimension langagière mais aussi culturelle. Pour ce faire, l'enseignant-concepteur doit répondre à un ensemble de questions, nous les rappelons : « *À quelles utilisations du français l'apprenant sera-t-il confronté au moment de son activité professionnelle ou universitaire ? Avec qui parlera-t-il ? Sur quels sujets ? De quelle manière ? Que lira-t-il ? Qu'aura-t-il à écrire ?* » (MANGIANTE et PARPETTE, 2004, p. 22). Il doit également prendre en considération le contexte socioculturel dans lequel se déroulera la formation linguistique, et du contexte dans lequel se fait la pratique de la langue étrangère par l'apprenant. Par conséquent, d'autres questions surgissent, à savoir :

Les apprenants utiliseront-ils le français en France ou chez eux ?[...] Quelles situations de communication faut-il prévoir par rapport à l'objectif assigné à la formation ? Dans quels lieux, pour quelles actions ? En interaction orale ? Avec quels interlocuteurs ? En lecture ? En écriture ? Quelles sont les informations sur le contexte institutionnel ou social à connaître ? Quelles sont les différences culturelles prévisibles ? (Ibid. p. 25)

La réponse à ces questions nécessite de la part de l'enseignant-concepteur le recours à des sources d'informations qui sont parfois propres à lui. Nous les citons tout en les illustrant au moyen de quelques exemples donnés par MANGIANTE et PARPETTE et qui sont en parfaite relation avec la thématique de notre recherche :

- **l'expérience personnelle du concepteur** : se souvenir, par exemple, de ses visites chez son médecin traitent... ;
- **l'entourage** : se souvenir d'un ami ou un parent infirmier, cardiologue ou secrétaire médical... ;
- **les méthodes de français existantes** : peuvent comporter des éléments à reprendre ou au moins attirer l'attention sur des aspects qui peuvent concerner le programme projeté.(Ibid., p. 26).

Outre ces sources d'informations, il est possible de recourir à d'autres plus performantes, à savoir **l'enquête de terrain**. Afin d'analyser les besoins langagiers des médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa, ayant recours à la langue française dans la rédaction des correspondances médicales, et pour répondre aux questions sus citées, nous avons eu recours à nos propres sources d'informations. Notre expérience professionnelle de seize ans dans le domaine paramédical et notre entourage (familial, amical et professionnel) composé de professionnels de la santé, tout corps confondu (médecins, paramédicaux...) nous ont facilité cette étape de notre recherche. Nous avons pu prendre connaissance des différentes situations professionnelles de communication écrite entre un médecin généraliste et différents destinataires (médecins généralistes ou spécialistes, sage-femme, pharmacien, auxiliaires médicaux...), et répertorier les différents supports écrits utilisés dans de telles situations. Les premières réponses aux questions inhérentes à l'analyse des besoins de notre public donnent les résultats suivants :

Les médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa, dont une partie constitue le public apprenant auquel s'adresse notre formation, ont besoin, dans leur activité professionnelle, d'utiliser la langue française dans son aspect écrit pour s'adresser à leurs pairs ou confrères. Ces derniers ne sont pas toujours ou forcément leurs concitoyens. La communication entre eux se fait par écrit, via des correspondances médicales dont le sujet ou le thème est l'état de santé du

patient. Celui-ci n'est pas toujours un concitoyen, ce qui implique une différence dans les habitudes sociales, culturelles ou religieuses qui doivent être prises en considération lors de la rédaction des correspondances médicales. Ces dernières sont de différents types : formulaires et imprimés et documents entièrement rédigés par le médecin. Les informations recueillies ne suffisent pas pour cerner avec précision les besoins langagiers. Par conséquent, nous avons choisi de mener une enquête de terrain.

2.1. Protocole général de l'enquête

Dans la méthodologie du FOS, pour déterminer avec précision les besoins langagiers du public apprenant, l'enseignant-concepteur a la possibilité de recourir à une enquête de terrain. Le principe de celle-ci est de rentrer en contact avec les différents acteurs du terrain qui ont une relation avec la formation (public apprenant, supérieurs hiérarchiques des apprenants...). À ce propos AKMOUN explique :« *L'enquête nécessite d'interroger le public concerné par la recherche en vue de recueillir des données qui permettront de décrire, de comparer ou d'expliquer un phénomène*»(2015, p. 120). Dans le cas de notre recherche, l'enquête de terrain consiste à prendre contact avec des médecins rédacteurs et récepteurs de correspondances médicales en vue de recueillir les données nécessaires permettant de déterminer les difficultés rédactionnelles rencontrées par les médecins généralistes. La réalisation de notre enquête se fera dans de nombreux lieux, avec l'utilisation de trois outils d'investigation que nous présentons dans les lignes suivantes.

2.1.1. Le lieu de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée au niveau de différents établissements de santé (publics et privés) du chef-lieu de la wilaya de Tébessa. Il convient de rappeler que celui-ci dispose de deux hôpitaux généraux, un hôpital spécialisé mère et enfant, quatorze (14) polycliniques, un SAMU, quarante (40) salles de soins, vingt-neuf (29) unités de dépistage scolaire (UDS), trois (03) établissements hospitaliers privés (cliniques médicochirurgicales), cinquante-quatre (54)

cabinets de médecins spécialistes et quarante et un (41) cabinets de médecins généralistes, quarante et un (41) cabinets dentaires, deux (02) unités d'hémodialyse, cinquante-deux (52) pharmacies privées⁴⁶.

Compte tenu de ce grand nombre d'établissements de santé, pour que notre panel soit diversifié et dans le but de toucher un grand nombre de personnes que nous soumettrons à notre enquête, nous nous sommes adressée, en premier, aux établissements (qu'ils soient privés ou étatiques) regroupant un grand nombre de médecins généralistes et spécialistes, sans pour autant exclure les cabinets de médecins privés. Les établissements dans lesquels s'est déroulée notre enquête sont : l'Établissement Public Hospitalier (EPH) Dr Alia Salah, l'Établissement Public Hospitalier Bouguerra Boulaaras, Établissement Hospitalier Spécialisé (EHS) mère et enfants Khaldi Abd Laaziz, la Polyclinique Doukkane, Polyclinique Bachir Mentouri, Polyclinique Skanska, Polyclinique 4 mars, Polyclinique Hafyane Mohamed Essalah. Nous nous abstenons de citer nominativement les cliniques et cabinets médicaux privés où nous nous sommes rendue, et ce, par soucis d'anonymat, de secret professionnel⁴⁷ ainsi que pour éviter de porter préjudice aux médecins qui ont accepté de participer à notre enquête.

2.1.2. Le public visé

Le public soumis à notre enquête est composé de médecins généralistes et de médecins spécialistes exerçant dans des établissements de santé du chef-lieu de la wilaya de Tébessa. Nous avons réparti nos enquêtés en deux catégories :

- Le public rédacteur des correspondances médicales : il s'agit ici des médecins généralistes exerçant dans différents établissements de santé (privés ou étatiques). Il nous a semblé logique de nous adresser en premier

⁴⁶Ces informations nous ont été communiquées par le responsable du Service des Activités Sanitaires au niveau de la Direction de la Santé de la wilaya de Tébessa.

⁴⁷Le directeur de la santé ainsi que les directeurs des différents établissements de santé et les médecins privés ont accepté de participer à notre enquête avec comme condition, leur assurer l'anonymat, et ce, en masquant tout indice qui pourrait indiquer l'identité du participant. Le Directeur des Services Sanitaires de l'Établissement Public Hospitalier Bouguerra Boulaaras de Tébessa a veillé lui-même à masquer tous les indices qui apparaissaient dans les documents qu'il nous a fournis.

lieu aux rédacteurs des correspondances médicales en vue de connaître les difficultés qu'ils éprouvent lors de la rédaction du courrier médical. Nous cherchons également à savoir quel est le type de correspondance dont ils ont une maîtrise rédactionnelle insuffisante et qu'ils souhaitent apprendre à rédiger.

- En deuxième lieu nous avons envisagé de nous adresser au public récepteur des correspondances médicales, c'est-à-dire à différents destinataires des correspondances médicales : des médecins spécialistes, des médecins généralistes, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. Cependant, nous nous sommes limité aux médecins spécialistes pour des raisons que nous allons donner plus loin.

L'enquête concernant le premier public a été réalisée par un questionnaire qui leur a été adressé. Pour ce qui est du deuxième public, nous avons choisi d'effectuer une enquête par entretien.

2.1.3. Les outils d'investigation

Nombreux sont les outils d'investigation qu'un chercheur peut utiliser afin de mener à bien son enquête, nous en citons quelques-uns : l'observation, l'observation participante, le test de niveau, le questionnaire, l'entretien, l'analyse documentaire, etc. Dans le cadre de notre recherche, le choix des outils d'investigation utilisés ne s'est pas fait de manière arbitraire, mais de façon qui permet d'assurer la faisabilité de notre investigation en nous donnant la possibilité de contourner d'éventuelles contraintes. Il ne nous était pas possible d'effectuer un test de niveau en langue française au public concerné par notre recherche, à cause de la difficulté de réunir un panel représentatif en même temps et dans les mêmes conditions, compte tenu de la nature et des exigences de la profession médicale. Nous avons donc opté pour le questionnaire, l'entretien et la collecte de correspondances médicales. Nous avons eu recours à ces trois outils, car comme nous en rendrons compte au cours du développement de ce chapitre chacun d'eux présente des avantages mais il a aussi des limites.

3. La collecte des données

La collecte des données est une étape importante et charnière, parce que *« elle confirme, complète voire modifie largement l'analyse des besoins faite par le concepteur, laquelle reste hypothétique tant qu'elle n'est pas attestée par le terrain. D'autre part, parce qu'elle fournit les informations et discours à partir desquels sera constitué le programme de formation linguistique »*. (MANGIANTE et PARPETTE, 2004, p. 46). Dans l'ordre des étapes de la démarche FOS, la collecte des données succède à l'analyse des besoins, mais il y a des cas où il n'est pas possible de respecter cet ordre, ceci arrive quand le domaine d'étude n'est pas familier à l'enseignant-concepteur, comme c'est le cas pour Leila DERRADJI dont la recherche portait sur les situations de travail en français dans l'Entreprise Portuaire de Bejaia. Elle justifie de la manière suivante sa démarche : *« nous avons : a. Remplacé dans la 1^{ère} étape, la demande par l'offre, b. passer au 2^{ème} rang, la collecte des données qui précède donc l'analyse des besoins. Ces modifications sont fondamentales dans notre cas »*(2014, p. 38), elle ajoute : *« L'activité portuaire est un nouveau domaine par rapport à notre formation, nous ignorons sa réalité, il fallait donc procéder à une enquête de terrain »* (Ibid. p. 92). Le domaine de la médecine n'est pas totalement méconnu pour nous, cependant, certaines situations et supports de communication écrite ne peuvent être étudiés qu'à partir d'une collecte de données sur le terrain. Dans le cas de notre recherche, pour des raisons d'ordre pratique, nous avons commencé cette étape de notre investigation en même temps que celle de l'analyse des besoins, plus précisément au moment où nous nous déplaçons pour distribuer les questionnaires ou pour nous entretenir avec les médecins, nous profitons de notre présence sur les lieux pour collecter les différentes correspondances médicales rédigées par un médecin généraliste. Par la suite, nous avons consacré des journées entières aux déplacements afin de collecter ces écrits.

3.1. Le questionnaire

3.1.1. Justification du choix

Étant donné que le nombre de médecins généralistes soumis à notre enquête est important, que ces médecins ne sont pas tous présents dans un seul lieu, encore moins au même moment, et du fait qu'ils sont très peu disponibles, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire. Ce dernier est un des outils de recueil d'observables qui peuvent être analysées sur un plan qualitatif mais aussi quantitatif. Il présente l'avantage de permettre d'interroger un nombre de participants important de manière rapide et d'établir des comparaisons chiffrées. Il permet également de s'adapter à leur rythme et à leur emploi du temps, ce qui peut faciliter leur participation. Il préserve leur anonymat, leur donne la possibilité de s'exprimer en toute liberté sans crainte d'être jugés et leurs réponses peuvent être réfléchies.

3.1.2. Objectif de l'enquête par questionnaire

« L'intérêt du questionnaire est de permettre à l'enseignant-concepteur de mieux connaître le passé pédagogique de ses futurs apprenants et de prendre conscience de l'idée qu'ils se font de leur niveau en français et de leur besoins langagiers »(MANGIANTE et PARPETTE, 2004, p. 31). L'objectif de notre questionnaire est d'identifier notre public apprenant, de recueillir des informations concernant son rapport à la langue française, c'est-à-dire : des idées qu'il se fait sur son niveau en français, ainsi que sur sa propre interprétation de ses besoins langagiers inhérents à l'usage de cette langue dans des situations professionnelles de communication écrite. Nous essayons également de nous renseigner sur ses motivations concernant l'apprentissage du français.

3.1.3. Élaboration du questionnaire

En vue d'élaborer le questionnaire destiné aux médecins généralistes de la wilaya de Tébessa, nous nous sommes inspirée de plusieurs grilles d'analyse des besoins et de travaux portant sur l'enseignement du Français sur Objectifs Spécifiques,

nous en citons quelques-uns : le travail de MANGIANTE et PARPETTE (2004), celui de CARRA et al (2007), le travail de DESSEUX et TABAUX (2013), la thèse de KHERRA (2015) et celle de BOUKHANNOUCHE (2016). Lors de l'élaboration de notre questionnaire, nous avons retenu les critères établis dans *L'enquête sociolinguistique* (CALVET et DUMENT, 1999, p. 19). Celles-ci se traduisent dans :

- **La systématique** : nous avons administré le questionnaire à nos enquêtés sous deux versions, une version en papier et une version électronique⁴⁸. Ces deux versions comportent les mêmes questions présentées dans le même ordre.
- **La durée du questionnaire** : Nous avons élaboré un questionnaire composé d'un nombre limité de questions, pour ne pas trop retenir les médecins soumis à notre enquête et les inciter d'accepter d'y répondre. En effet, « *Les sujets sont plus enclins à répondre quand le questionnaire est court et précis...* » (Ibid).
- **La langue et la formulation des questions** : les questions que nous avons posées sont formulées dans un style simple sans fioritures inutiles car comme le souligne N. BERTHIER (2000, p. 82) « *élaborer un questionnaire demande une réflexion importante sur le vocabulaire. Non pas pour faire une œuvre littéraire, mais pour qu'il soit compris par tous et compris de la même façon par tous* ».
- **La neutralité des questions** : la rédaction scientifique exige du chercheur l'objectivité. Ceci se traduit aussi dans la nature des questions adressées aux enquêtés qui doit être neutre. Nous avons formulé des questions dépourvues de subjectivité ou de préjugés.
- **L'exhaustivité des réponses proposées** : Nous avons essayé de proposer, le maximum de réponses possibles aux questions semi fermées et nous avons ajouté « autre (s) », pour donner au répondant plus de latitude dans ses réponses.
- **L'organisation ou l'ordonnancement des questions** : Notre questionnaire combine des questions fermées, semi fermées et ouvertes. Plus précisément, il est constitué de quinze questions, dont onze fermées ou semi fermées (questions à choix unique (QCU), questions à choix multiples (QCM)) et quatre ouvertes.

⁴⁸Nous justifierons le recours aux deux versions ultérieurement.

Les premières plus nombreuses, imposent aux enquêtés une forme précise de réponse, elles sont utilisées pour juger d'un accord ou non avec une réponse proposée, les secondes leur permettent de développer leurs réponses, mais elles sont plus difficiles à traiter statistiquement. Les questions sont organisées de façon à aller du général au particulier, ce qui nous donne la forme d'entonnoir. Ainsi, la première série de questions (de 1 à 3) nous renseigne d'une manière générale sur le profil de notre public. Les deux premières questions portent sur les variantes de l'âge et du sexe, quant à la troisième, elle interroge le sujet sur le nombre d'années d'exercice de sa profession. Son intérêt est de nous renseigner s'il y a un lien entre la présence de difficultés rédactionnelles d'une correspondance médicale et le nombre d'années d'exercice de la médecine.

La deuxième série de questions (de 4 à 6) traite le niveau en langue française et le « *passé pédagogique* »(MANGIANTE et PARPETTE, 2004, p. 31) de nos enquêtés. À travers cette série de questions, nous essayons de savoir si nos enquêtés ont suivi une formation en langue française. Le cas échéant, nous tenterons de savoir l'objectif attendu de cette formation et si elle a répondu à leurs attentes.

La troisième série de questions (de 7 à 15) traite les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins lors de la rédaction des correspondances médicales. Notre objectif est d'identifier la nature de ces difficultés rédactionnelles ; de connaître toutes les stratégies déployées ainsi que les moyens utilisés par les médecins généralistes questionnés, afin de bien maîtriser la rédaction des correspondances. Par stratégie, nous entendons « *les techniques ou encore les tactiques déployées par les étudiants qui mettent davantage l'accent sur le processus d'apprentissage et le produit réalisé* »(DUQUETTE et RENIE, 1998, p.240). En outre, nous cherchons à identifier les correspondances qui posent problème lors de leur rédaction. Ceci nous permet de délimiter les situations de communication écrites dans lesquelles nos enquêtés se trouvent en position de difficulté. La dernière question porte sur les motivations de nos répondants d'améliorer leur niveau en français. Nous leur avons demandé s'ils souhaitent

apprendre le français. Cette question succède à celle qui les interroge sur l'existence de difficultés rédactionnelles des correspondances médicales en cette langue. Nous avons posé ces questions dans cet ordre afin de les inciter à réfléchir avant de répondre à la question portant sur l'intérêt qu'ils peuvent tirer d'une formation linguistique. Il est important de connaître la motivation des apprenants auxquels s'adresse notre formation car c'est un élément essentiel dans sa mise en place et sa réussite.

3.2. L'entretien

3.2.1. Choix et objectif

L'enquête par questionnaire présente surtout l'avantage de permettre de rassembler une quantité importante d'informations, aussi bien factuelles que subjectives, auprès d'un large public. Quant à l'entretien il peut s'avérer très utile, en complément au questionnaire pour recueillir « *des informations précises, identifier des besoins spécifiques, expliciter des pratiques et des savoirs des populations... Un entretien bien mené permet d'obtenir des informations très fines et très détaillées si le sujet est bien exposé et développé* »⁴⁹. En FOS, l'analyse des besoins langagiers des apprenants est une condition préalable pour garantir l'efficacité de toute formation dans ce domaine. Soulignons avec (DESSEUX et TABAUX, 1999, p. 12) que « *les besoins en français du futur utilisateur/apprenant nécessaires pour être opérationnels à son poste sont évalués par lui-même et/ ou par l'employeur (DRH ou supérieur hiérarchique)* ». De ce fait, en tenant compte des arguments que nous venons de donner, pour mieux cerner les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes soumis à notre enquête lors de la rédaction des correspondances médicales et déterminer avec précision les compétences langagières à leur faire acquérir, nous avons eu des entretiens avec des médecins spécialistes destinataires du courrier

⁴⁹ Méthodologies qualitatives by Médecins du Monde - issu https://issuu.com/m%C3%A9decins-du-monde/docs/guide_collecte_qualitative, 15 janvier 2012. Disponible sur le lien : <http://www.gestionorienteeverslimpact.org/sites/default/files/resource/medecins-du-monde-collecte-donnees-methodes-qualitatives.pdf> Consulté le 08/09/2019.

médical. Nous savons que les médecins spécialistes suivent durant leur résidanat, une formation pratique assurée par des professeurs de médecine qui les encadrent, en vue d'apprendre à rédiger certaines correspondances médicales, notamment les comptes rendus médicaux. Nous cherchons à savoir ce qui a motivé le choix de ces correspondances par les enseignants. Par ailleurs, les médecins spécialistes peuvent nous fournir des informations complémentaires concernant les lacunes constatées dans le courrier émanant de leurs confrères généralistes. Une des contraintes des médecins généralistes est leur emploi du temps chargé. De ce fait ils ne peuvent consacrer qu'un nombre limité d'heures à l'apprentissage du français. Les médecins spécialistes récepteurs de leur courrier peuvent nous donner leur avis sur leurs besoins langagiers précis mais aussi immédiats concernant la rédaction médicale car comme le souligne (LEHMANN, 1993, p. 116): « *Se demander ce que des individus ont besoin d'apprendre c'est poser implicitement qu'ils ne peuvent pas tout apprendre d'une langue, donc que des choix doivent être opérés* ».

3.2.2. Construction de l'entretien

L'entretien que nous avons choisi de mener avec les supérieurs hiérarchiques des médecins généralistes est de type semi directif. C'est « *une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien* »⁵⁰. La préparation de notre grille d'entretien (Annexe03, p. 134) s'est faite durant la période où nous avons entrepris la collecte des données existantes, c'est-à-dire celles des différentes correspondances médicales rédigées par un médecin généraliste. Cela nous a permis de prendre connaissance de l'existence d'autres facteurs à l'origine de difficultés rédactionnelles de ces documents, à savoir le moyen d'écriture (main ou ordinateur), l'organisation du contenu de l'écrit. Nous avons pris en considération ces difficultés lors de l'élaboration de

⁵⁰Eureval, *Réaliser un entretien semi-directif*, fiche technique Eureval 2010. Disponible sur le lien : https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf Consulté le 23/08/2018

notre grille d'entretien. Le contenu de cette dernière est constitué de questions organisées en quatre rubriques.

1)

- **Q1 : Statut :**
- **Q2 : Établissement d'exercice :**
- **Q3 : Nombre d'années d'exercice :**

La première comporte trois questions portant sur le statut, le lieu d'exercice et le nombre d'années d'expérience de nos interviewés. L'objectif de cette série de questions est d'identifier notre panel interrogé en rendant compte du secteur auquel il appartient « étatique ou privé ». Le statut et l'expérience professionnelle peuvent nous renseigner sur le type et la quantité du courrier médical échangé entre les médecins généralistes et les spécialistes.

2)

- **Q4 : Quels sont les types de correspondances médicales que vous recevez de la part d'un médecin généraliste ?**
- **Q5 : Ces écrits sont-ils manuscrits ou tapuscrits ?**
- **Q6 : Pensez-vous que l'écriture manuscrite a un effet négatif sur la lecture et l'interprétation/compréhension du courrier ?**
- **Justifiez votre réponse.**
- **Q7 : Que proposez-vous comme solution ?**

La deuxième se compose de quatre questions. La première, servant d'introduction à notre sujet d'entretien, nous permet de prendre connaissance de la présence ou non d'autres correspondances médicales qui n'ont pas été mentionnées dans les réponses au questionnaire, ce qui peut aussi nous orienter dans notre collecte de données. Les trois questions suivantes de la même série interrogent le sujet répondant sur le problème de la lisibilité du courrier échangé entre le médecin généraliste et ses pairs. Ceci nous aide à comprendre s'il s'agit d'une incompétence rédactionnelle ou d'une habitude d'écrire rapidement. Ceci nous conduit à leur demander de proposer une remédiation à cette difficulté.

3)

- ***Q8 : Le courrier envoyé par un médecin généraliste assure-t-il ses fonctions de liaison et d'information ?***
Oui ☐ Non ☐
- ***Q9 : Si non, quel est le type de correspondances qui n'assure pas son rôle ?***
- ***Justifiez votre réponse.***
- ***Q10 : Quelles informations indispensables ne figurent pas dans la lettre d'orientation médicale ?***
- ***Q11 : Comment expliquez-vous l'absence de telles informations dans les lettres d'orientation que vous recevez ?***
- ***Q12 : Préférez-vous un compte rendu médical rédigé sous forme d'un texte (un bloc) ou bien sous forme de parties avec un intitulé pour chacune ?***
- ***Veillez justifier votre choix.***

La troisième composée de cinq questions dont les deux premières ont pour objectif de déterminer, du point de vue des interviewés, le type de correspondances médicales jugées problématiques, c'est-à-dire celles qui n'assurent pas ses fonctions de liaison et d'information. La troisième et quatrième question de cette série portent sur les manques relevés par les médecins spécialistes dans les lettres d'orientations ainsi que leurs raisons d'être. Les réponses à ces questions nous permettront de savoir si les informations médicales données dans la correspondance respectent l'ordre requis dans ce type d'écrits. Quant à la dernière question de cette série, elle porte sur le compte rendu médical, sa mise en page, permettant de faciliter la compréhension de l'information. Les données recueillies par les questions du 2^{ème} et 3^{ème} axe de l'entretien nous renseigneront davantage, sur un plan discursif, concernant les correspondances médicales jugées difficiles à rédiger par les médecins généralistes questionnés au préalable. Elles nous serviront à déceler les points sur lesquelles nous devons mettre l'accent lors de l'élaboration didactique des activités.

4)

- **Q13 : Souhaiteriez-vous la modélisation de chaque type de correspondance médicale ?**

Oui ☐ Non ☐

- **Pourquoi ?**

La quatrième rubrique comporte une question, traitant de la possibilité ou non d'homogénéiser chaque type de correspondance médicale, et ce, en proposant un modèle type. Si cette homogénéisation s'avère possible, ceci faciliterait la rédaction de ce type de courrier, ne serait-ce que sur un plan formel et discursif.

3.3. La collecte des correspondances médicales

3.3.1. Type de correspondances collectées

Au début de notre travail de collecte, nous avons récoltés tous les types de correspondances médicales rédigées par un médecin généraliste, ce qui nous a aidée à les identifier et à les classer en deux catégories : les formulaires et les imprimés et les documents entièrement rédigés par le médecin généraliste. Par la suite, après avoir effectué notre enquête par questionnaire, au terme de laquelle nous avons pu identifier les correspondances jugées difficiles à rédiger, nous avons centré notre travail de collecte sur ces documents. Il convient de mentionner qu'il était facile de trouver les lettres d'orientation médicale, du fait de leur disponibilité dans les dossiers médicaux des patients ou au niveau des bureaux de consultation privés ou étatiques. Quant aux comptes rendus médicaux, il était difficile pour nous d'en trouver plusieurs copies pour les raisons avancées par quelques médecins ou les chefs de certains services que nous avons rencontrés lors de notre enquête et qui sont :

- Le médecin généraliste ne rédige un compte rendu médical qu'à la demande du malade ou d'un autre médecin traitant, ce qui ne devrait pas être le cas, car ce document doit être écrit systématiquement à la sortie du malade de l'hôpital ou en cas de son transfert vers un autre établissement de santé ;

- dans le cas où le compte rendu est rédigé, le médecin généraliste ne garde pas une copie dans le dossier médical du patient.

Malgré cela, nous sommes parvenue à collecter quelques copies, notamment celles qui ont été sauvegardées dans la mémoire de l'ordinateur de quelques services, puisqu'elles étaient tapuscrites.

En plus de ces correspondances médicales, nous avons collecté aussi des documents « *dits périphériques* » (KHERRA, 2015, p. 67) c'est-à-dire des résultats d'examens biologiques et des comptes rendus d'examens radiologiques. Ces écrits contiennent des informations qu'un médecin généraliste lit avant d'en mentionner les plus pertinentes dans les lettres d'orientation ou les comptes rendus médicaux. Nous pouvons nous en servir comme support ou nous nous en inspirons lors de l'élaboration d'activités didactiques.

3.3.2. Objectif de la collecte des correspondances

La collecte des correspondances médicales a pour objectif de nous permettre : en premier lieu, de dresser une liste exhaustive de toutes celles rédigées par un médecin généraliste, ce qui nous facilite leur classement en deux catégories distinctes : les formulaires et les imprimés et les documents entièrement rédigés par le médecin généraliste. En deuxième lieu, de recueillir des documents authentiques qui feront l'objet d'une analyse discursive et linguistique. Ceci nous permettra de mieux cerner les besoins langagiers de notre public, étant donné qu'il n'était pas possible pour nous de lui faire passer un test de niveau en langue française. Ces mêmes documents, qui seront utilisés dans leur forme originale ou adaptée, « *constitueront, à des degrés divers, la base de certains supports de cours utilisés pendant la formation* » (MANGIANTE et PARPETTE, 2004, p. 52). La collecte des correspondances médicales nous permet aussi de prendre connaissance de certains aspects qui sont susceptibles d'avoir une relation avec les difficultés rédactionnelles. Il s'agit du type de transcription des documents : manuscrit ou tapuscrit ainsi que des formes de présentation d'un même courrier.

3.4. La pré-enquête

Après avoir défini les objectifs de notre enquête et présenté les modalités de sa réalisation, avant sa mise en œuvre, nous avons cherché à vérifier sa faisabilité en réalisant une pré-enquête qui nous amènerait éventuellement à réviser certains de ses aspects. Nous avons d'abord testé le questionnaire et l'entretien avec un nombre restreint d'informateurs. Nous avons soumis notre questionnaire à trois médecins généralistes et réalisé notre entretien avec trois médecins spécialistes. Ceci nous a permis d'ajuster la construction de ces deux outils d'enquête en ce qui concerne leur longueur, la formulation de certaines questions ainsi que l'ordre de présentation de celles-ci. Cette pré-enquête nous a permis également d'avoir une idée sur le rythme d'administration du questionnaire. Nous avons constaté que celui-ci était lent. Le métier qu'exercent nos informateurs ne permet pas de les trouver tous réunis dans un même lieu ni en même temps (certains travaillent le jour, d'autres assurent la garde de nuit). En outre, les différents établissements où ils exercent sont éloignés. Nous avons effectué plusieurs allers retours pour récupérer les réponses au questionnaire que nous leur avons soumis. Ce qui a incité certains médecins à nous donner leurs adresses mails, afin de leur envoyer le questionnaire par voie électronique. La situation dans laquelle nous nous sommes trouvée nous a rappelé les propos de Camille TOULLELAN : « *En complément à ce travail d'immersion et d'investigation sur le terrain et au cas où il ne pourrait pas se rendre sur place, le concepteur pourra également s'appuyer sur [...] ses contacts avec des interlocuteurs (par téléphone, via les réseaux sociaux ou grâce aux e-mails)* » (2016, p. 09). La collaboration des médecins généralistes et la facilité de l'usage de l'outil informatique nous ont encouragée à avoir recours au questionnaire électronique et donc à une deuxième méthode de son administration. Notre préenquête a concerné également la collecte des correspondances médicales. Nous avons réalisé que si dans certains services il nous était possible d'accéder et d'avoir des copies de certaines correspondances, dans d'autres, il n'en était pas de même. Nous avons, dans ce cas, dû nous soumettre à certaines contraintes : obtenir une autorisation d'accès dans ces

établissements et une autorisation pour faire des photocopies, avoir du papier A4 pour effectuer nous-même les photocopies.

3.5. Déroulement de l'enquête

3.5.1. Administration du questionnaire

Comme nous l'ont conseillé les informateurs soumis à notre pré-enquête, nous avons administré notre questionnaire sous deux formes : une forme papier et une forme électronique. La première méthode d'administration est généralement la plus connue. Elle consiste en l'impression du questionnaire sur un support papier, le déplacement vers les questionnés pour le distribuer, l'explication de l'objectif de l'enquête et éventuellement des questions incomprises par les sujets répondants, la récupération, immédiate si possible, des questionnaires distribués, sinon il est nécessaire de « *procéder à un suivi régulier du retour d'un nombre maximum de questionnaires afin de garantir la représentativité de l'échantillon* »(CALVET et DUMONT, 1999, p. 23). Nous avons adopté cette méthode avec les médecins dont nous n'avons pas l'adresse mail. La deuxième méthode d'administration du questionnaire consiste à utiliser l'outil informatique et internet. Pour ce faire, nous avons conçu une forme électronique du même questionnaire via l'outil Google drive. Ensuite, nous avons créé un espace électronique fermé dans le réseau social Facebook (cf. annexe06, p.209). Cet espace ne regroupe que les praticiens généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa. Des médecins généralistes que nous connaissons à titre amical ou professionnel, ont pris l'initiative d'inviter leurs collègues exerçant dans différents établissements sanitaires du chef-lieu de la wilaya, pour nous aider à avoir un nombre important de participants à notre enquête. Nous avons pu regrouper cent quarante-deux (142) médecins généralistes parmi les deux cents douze (212)⁵¹ praticiens. Avant de passer le questionnaire aux répondants, nous avons publié, sur la page du groupe, un message qui leur explique l'objectif de notre enquête en leur assurant de préserver leur anonymat. La distribution du

⁵¹Ce chiffre nous a été communiqué par le responsable du Service des Activités Sanitaires au niveau de la Direction de la Santé de la wilaya de Tébessa.

questionnaire s'est faite avec le simple geste de publier son lien hypertexte⁵², quant à sa récupération, elle se fait automatiquement, avec un simple clic sur le bouton « envoyer » situé en bas de la page du questionnaire, qui renvoie la réponse vers notre compte Google. Il convient de rappeler que l'espace qui regroupe les médecins questionnés permet au sujet répondant de nous contacter, de vive voix ou par écrit, instantanément ou différemment, et ce, dans le cas où il a besoin d'explications concernant une question non comprise. Nous avons ainsi pu récupérer cinquante-huit (58) questionnaires renseignés, auxquels s'ajoutent les six (06) récupérés grâce à la méthode classique. Au total, nous avons obtenu (64) questionnaires renseignés.

3.5.2. Déroulement de l'entretien

Après avoir élaboré la grille d'entretien et avant de commencer notre enquête, nous avons préparé son terrain afin de nous faciliter la tâche et éviter de perdre du temps. Cette préparation a consisté d'abord à dresser une liste nominative des médecins spécialistes susceptibles d'accepter de participer à cette enquête. Ensuite, nous avons formulé des demandes d'entretien soit par téléphone soit en rencontrant les personnes concernées. Une fois que nous avons obtenu leur accord de principe, nous leur avons fixé des rendez-vous pour l'entrevue en tenant compte de leur disponibilité, chose qui n'était pas facile à réaliser car ils étaient presque constamment pris par leur travail. Il nous est arrivé d'attendre un à deux mois, pour obtenir un rendez-vous, notamment avec les médecins spécialistes du secteur privé. Il convient de souligner que nous n'avons pas pu nous entretenir avec certains médecins que nous avons sollicités, du fait qu'ils étaient indisponibles et pour d'autres raisons qu'ils n'ont pas justifiées.

⁵²Le lien ci-dessous reconduit le sujet répondant directement vers une page internet, sur laquelle s'affiche le questionnaire électronique, l'enquêté y répond, puis clique sur le bouton « envoyer », il a même la possibilité de rectifier sa réponse en cas d'erreur et la renvoyer, elle ne sera comptabilisée qu'une seule fois, après sa réception par l'enquêteur dans son compte Google:https://docs.google.com/forms/d/1QKHOKds9SJqPxKYN4ZAhl4nT0gv_pQ7ukg2Np_cmZY/edit

La réalisation des entretiens s'est déroulée durant une période d'à peu près deux mois, du huit (08) mai 2017 jusqu'au onze (11) juillet de la même année. Les entretiens ont eu lieu dans les bureaux des médecins interviewés, en fin de matinée ou d'après-midi. Ils ont duré entre douze (12) et trente et une (31) minutes. L'entretien le plus court s'est fait en douze minutes, nous l'avons réalisé avec un chirurgien qui devait rejoindre la salle d'opération. Avant de commencer chaque entretien, nous avons expliqué à l'interviewé l'objectif de notre recherche ainsi que l'importance de réponses qu'il donnerait pour le développement de notre étude. Les interviews effectuées ont été enregistrées par nous même avec un dictaphone. L'intérêt de l'enregistrement est qu'il « permet de dépasser les «impressions» qu'on a à l'issue de l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit »⁵³. En outre, il nous permet d'avoir des citations fidèles de la parole des interviewés et rendra fiable l'analyse de nos données.

3.5.3. Déroulement de la collecte des correspondances

À l'instar du questionnaire et de l'entretien, la collecte des correspondances médicales a nécessité toute une préparation, compte tenu du nombre important des établissements et des services concernés par notre enquête, et de la nature confidentielle de ce type de documents, notamment pour une personne ne faisant pas (ou plus) partie du personnel du secteur sanitaire, comme le soulignent très justement CARRA et al :

La deuxième difficulté qui peut surgir lors de la collecte des données, et qui concerne certains domaines en priorité, est celle de la confidentialité de certains documents et échanges professionnels. Les activités juridique, industrielle, et bien sûr médicale, sont le lien d'échanges dont la teneur confidentielle n'autorise pas un accès extérieur (2007, p. 32).

En effet, afin d'obtenir des copies du courrier médical rédigé par un médecin généraliste dans un établissement étatique, il a fallu obtenir une autorisation de la part du directeur de la santé de la wilaya de Tébessa (Annexe06, p. 206). Cette

⁵³ Anne Revillard, *initiation à l'investigation empirique : support de TD*, Université Paris 13, 2007-2008. Disponible sur le lien : <https://annerevillard.files.wordpress.com/2013/10/support-de-td-intro-enquete2007-2008.pdf> Consulté le 23.08.2018

permission nous a été accordée grâce à un document fourni par les responsables de notre Département de français (Annexe06, p.206), prouvant notre statut de doctorant et l'objectif de notre recherche. L'obtention de cette autorisation n'était pas facile, nous devions convaincre le directeur de la santé que nous garderons le secret professionnel contenu dans les correspondances médicales. Notre expérience professionnelle dans le domaine de la santé nous a été d'une grande utilité pour la collecte des correspondances médicales.

Concernant les établissements privés, nous avons eu l'accord des médecins responsables pour une utilisation conditionnelle de ces documents, selon laquelle, nous devons rigoureusement respecter l'anonymat du rédacteur et du patient.

L'obtention de copies de correspondances médicales a nécessité aussi de se préparer physiquement et matériellement, du fait que nous devions nous déplacer d'un établissement à un autre, d'un service à un autre, munie de notre imprimante et d'un paquet de feuilles blanches.

Nous rappelons ici que cette étape s'est bien déroulée, même si elle a pris plusieurs mois, et ce, grâce à l'aide et la coopération des différents acteurs du terrain (directeurs d'établissements, médecins chef de service, médecins, paramédicaux...). Nous rappelons aussi que dans certains établissements, les responsables avaient veillé eux-mêmes à s'assurer de l'anonymat des documents, en masquant l'identité du patient, du médecin traitant voire même de l'établissement dans certains cas.

4. L'analyse des données collectées

Les données que nous avons collectées sont constituées de celles recueillies par le questionnaire, l'entretien et les correspondances médicales rédigées par les médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa. Elles feront l'objet d'analyses quantitative et qualitative. Les résultats de cette analyse, que nous présenterons dans le chapitre V, nous permettront de cerner les insuffisances relevées dans les correspondances médicales et d'identifier les besoins de notre

public. Ces besoins sont essentiels, dans la mesure où ils seront traduits en termes d'objectifs, selon lesquels se décide le choix des activités pédagogiques du Français sur Objectifs Spécifiques que nous proposerons dans le dernier chapitre de notre étude. Les médecins soumis à notre enquête ont manifesté une perception claire de leurs besoins, restreints à la rédaction de la correspondance médicale, ils demandent comme le formule de manière bien appropriée D. LEHMANN, à apprendre « **DU** français et non pas **LE** français ». Ainsi, il ne s'agit pas de viser des compétences ou des capacités générales en français mais des compétences spécifiques en cette langue. En bref, l'analyse des données permet de :

Dégager des régularités à l'intérieur d'un domaine et d'un domaine à un autre, mais aussi des variabilités, et les conditions linguistiques, pragmatiques, culturelles de ces variabilités, telle est l'ambition d'une description des discours produits dans des situations professionnelles à des fins d'élaboration de programmes de langue finalisés. (MOIRAND, 1990, pp. 60-61).

Pour atteindre cet objectif et en vue de délimiter le champ de notre proposition didactique, l'analyse des données existantes (les correspondances médicales collectées) se focalisera sur celles déterminées ou délimitées par le questionnaire et l'entretien et qui sont considérées comme problématiques. Cette analyse des contenus se veut une méthode de traitement des informations au moyen de grilles d'analyse. Par grille d'analyse nous désignons « *un instrument qui possède habituellement plusieurs dimensions, chacune permettant d'examiner l'objet de l'analyse sous un aspect différent* »⁵⁴. Elle nous permet de « *porter un jugement sur la qualité d'une production ou d'un produit, l'accomplissement d'une prestation ou d'un processus qui ne peuvent être jugés tout simplement bons ou mauvais comme dans le cas d'une question à correction objective* » (SCALLON cité par COTE R et TARDIFJ, 2011, p. 08). En effet, les grilles que nous avons élaborées traitent les deux dimensions discursive et linguistique. La dimension discursive c'est-à-dire : « *la connaissance et l'appropriation des différents types de discours et de leur organisation en fonction des paramètres de la situation de*

⁵⁴Paquette, D. (2013). [La grille d'analyse pluridimensionnelle](http://edu1050.telug.ca/j%E2%80%99approfondis/grille-d%E2%80%99analyse/). (Document créé pour le cours EDU 1050 Analyse sociale de l'éducation, de la TÉLUQ). Disponible sur le lien : <http://edu1050.telug.ca/j%E2%80%99approfondis/grille-d%E2%80%99analyse/> Consulté le 23/08/2018

communication dans laquelle ils sont produits et interprétés »(S. MOIRAUD, 1982, p. 20). La dimension linguistique, qui quant à elle, porte sur : « *la connaissance et l'appropriation (la capacité de les utiliser) des modèles phonologiques, lexicaux, grammaticaux et textuelles du système de la langue*»(Ibid.). Étant donné que les correspondances médicales à analyser diffèrent dans leur nature, leur contenu, leur organisation, nous avons élaboré une grille d'analyse discursive pour chacune d'entre-elles. Afin de les concevoir, nous nous sommes inspirée de certains travaux et grilles d'analyse, qui s'inscrivent dans le domaine médical ou celui du Français sur Objectifs Spécifiques, nous en citons quelques-uns : les travaux de TANTI Marc et all. (2010) ; la thèse de doctorat de Mohammed NJAH(2010) ; la thèse de doctorat de Anne-Claire KONG WIN CHANG ; les grilles d'analyse du CCECQA et ANAES (2004). Auxquels nous ajoutons les avis des médecins spécialistes interviewés lors de notre entretien, sur les caractéristiques d'une correspondance médicale « modèle ».

La grille d'analyse discursive des lettres d'orientation comporte les items ou critères qui doivent être renseignés obligatoirement dans ce type de courrier médical. Il s'agit des items que nous présentons dans le tableau ci-dessous.

Nature de l'élément	Mentionné(e)	
	Oui	Non
Identification du médecin émetteur		
Date et le lieu de rédaction		
Identification du destinataire		
Formule d'appel		
Nom et prénom du patient		
Âge ou date de naissance du patient		
Motif de contact		
Antécédents du patient		
Résultats de l'examen clinique		
Résultats des examens complémentaires significatifs (biologiques et/ou radiologiques)		
Diagnostic évoqué ou confirmé		
Objet de la lettre		
Formule de courtoisie		
Signature de l'émetteur		
Griffe (tampon) de l'émetteur		

Tableau 5 : Grille d'analyse discursive des lettres d'orientation

Comme nous pouvons le constater, les items sont organisés dans le tableau selon leur ordre général d'apparition dans les lettres d'orientation. Ceci peut nous faciliter le travail de traitement et d'analyse de notre échantillon.

À l'instar de la grille d'analyse discursive des lettres d'orientation, celle qui traite les comptes rendus médicaux comporte plusieurs items dont certains sont identiques à ceux de la première grille. Nous les présentons dans le tableau suivant, selon leur ordre d'apparition dans ce type de courrier médical.

Nature de l'élément	Mentionné(e)	
	Oui	Non
Identification du médecin émetteur		
Date et le lieu de rédaction		
Nom et prénom du patient		
Âge ou date de naissance du patient		
Lieu du contact avec le patient		
Motif de contact		
Antécédents du patient et mode de vie		
Histoire de la maladie		
Résultats de l'examen clinique		
Résultats des examens complémentaires significatifs		
Diagnostic évoqué ou retenu		
Traitement réalisé y compris les transfusions		
Évolution de la maladie		
Conclusion sous forme de synthèse		
Signature de l'émetteur		
Griffe (tampon) de l'émetteur		

Tableau 6 : Grille d'analyse discursive des comptes rendus médicaux

Les comptes rendus médicaux et les lettres d'orientation sont donc évalués en termes de présence et d'absence des items des deux grilles d'analyse discursive ainsi qu'en termes d'ordre d'apparition dans chacune desdites correspondances. Autrement dit, nous cherchons à savoir si les médecins soumis à notre enquête portent ces éléments indispensables dans leur correspondance et si leur rédaction se fait de manière conforme à une organisation qu'exige ce type de document ainsi que le domaine dans lequel il est utilisé : celui de la médecine.

Outre l'analyse portant sur la dimension discursive, les correspondances médicales considérées par les médecins généralistes de la wilaya de Tébessa difficiles à rédiger, feront l'objet d'une analyse linguistique, et ce, à partir d'une grille que nous avons élaborée. Pour concevoir cette grille nous nous sommes inspirée, entre autres⁵⁵, du travail de Nina CATACH, qui porte sur le système de fonctionnement de l'orthographe du français, et dans lequel elle propose une

⁵⁵ Parmi les travaux que nous avons consultés et qui ont traité l'analyse linguistique des écrits, nous citons : *Grille d'analyse linguistique pour gravitations* de Tamine- Gardes Joëlle et Molino Jean, *L'orthographe lexicale et grammaticale* de Stanké Brigitte, Dumais Chritian et Moreau André C.(Voir bibliographie).

grille d'analyse des erreurs orthographiques. La grille d'analyse linguistique comporte, en plus de l'item de l'orthographe, d'autres items qui sont : la morphosyntaxe, le vocabulaire, la conjugaison, la ponctuation, la mise en page de la correspondance et la lisibilité des copies. Nous avons classé ce dernier item parmi ceux de la grille d'analyse linguistique pour les raisons suivantes : la lisibilité de l'écrit est une des caractéristiques de la correspondance professionnelle en général et de celle médicale en particulier. Elle doit être respectée lors de la rédaction, de la même façon que les autres points de langue. Soulignons par ailleurs, que nous ne pouvons pas vérifier si le rédacteur a respecté les normes du système d'écriture de la langue française si l'écrit est illisible. L'analyse linguistique des correspondances médicales consiste donc à chercher si le rédacteur maîtrise ou non les normes correspondant à chacun des items sus cités.

5. L'élaboration didactique

Nous abordons dans ce qui suit la cinquième et dernière étape de la démarche du Français sur Objectifs Spécifiques, à savoir l'élaboration didactique. La finalité de cette étape est la conception d'une proposition de remédiation sous forme d'activités didactiques qui visent à satisfaire les besoins langagiers de notre public apprenant. Pour y arriver, il importe de répondre aux questions suivantes : Que faut-il enseigner ? Comment l'enseigner ? Avec quel outil pédagogique ?

Dans le cadre de notre recherche, la réponse à la première question est obtenue suite au travail effectué lors des étapes précédentes. Elle se trouve dans les résultats de l'analyse des données collectées. Celle-ci nous permet d'identifier et de cerner les besoins langagiers de nos apprenants (les médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa ayant des difficultés rédactionnelles des correspondances médicales). Ces besoins nous les traduisons en terme d'objectifs d'enseignement, qu'il faut atteindre à travers des activités didactiques, tout comme le résume Daniel COSTE cité par CUQ qui stipule : « *Les besoins font question, les objectifs sont réponse, qui doit être adéquate* »(2012, p. 141). En effet, pour que cette formation soit sur mesure, un travail de sélection des

situations de communication à traiter dans la formation, et une sélection des aspects culturels et des savoirs langagiers qu'il faut développer en priorité chez nos apprenants doit précéder la conception des activités didactiques. Une fois ces éléments sont réunis, nous nous retrouvons devant la deuxième question : comment enseigner ? C'est-à-dire : quelle méthodologie ou approche didactique adoptons nous dans l'enseignement-apprentissage de notre formation proposée ?

Le choix de l'approche ou de la méthodologie doit prendre en considération plusieurs éléments à savoir : la compétence à installer ; le type et la tranche d'âge du public apprenant ; le domaine d'usage de la langue... Dans le cas de notre recherche, il s'agit d'installer la compétence de la production écrite, constituée elle-même d'autres composantes : linguistique ; socioculturelle et pragmatique, chez un public apprenant adulte et professionnel, appelé à utiliser la langue française dans un but communicatif en milieu professionnel : celui de la médecine. Une fois ce choix est fait, il en découle celui des activités pédagogiques. À ce sujet, KHERRA attire notre attention sur certains aspects importants qu'il faut prendre en considération lors de l'élaboration didactique et qui sont :

- La priorité du cours FOS ne sera pas axée sur la langue proprement dite. L'objectif linguistique se place en deuxième position après celui de la conception de stratégies et des méthodes d'enseignement mais il s'inscrit de façon transversale dans les différentes activités ;
- Les activités doivent être diversifiées [...];
- Une progression méthodologique et pédagogique efficace doit être suivie, c'est-à-dire : procéder par compétences : passer de la plus petite compétence à la plus globale (2015, p. 68).

Tous ces choix et points nous les abordons avec plus de détails dans le dernier chapitre de notre thèse, celui de la proposition didactique.

Bilan

Nous avons utilisé la démarche du FOS qui consiste à partir de l'analyse des besoins langagiers de médecins généralistes exerçant dans un établissement de santé étatique ou privé du chef-lieu de la wilaya de Tébessa, pour aboutir à l'élaboration d'un programme d'une offre de formation, leur permettant une remédiation aux difficultés qu'ils rencontrent dans la rédaction de leurs correspondances médicales. L'analyse des besoins nécessite une enquête de terrain. Celle-ci nous permet de connaître le contexte de notre recherche, ses différents acteurs et nous donne la possibilité de collecter plusieurs données que nous analyserons pour deux finalités : la première est d'identifier les besoins d'écriture tels qu'ils se manifestent sur le terrain ; la deuxième est de faire une sélection de documents qui pourraient être utilisés comme supports didactiques authentiques ou adaptés lors de l'élaboration de la formation linguistique à proposer. Nous présenterons les résultats de l'enquête et l'analyse des données collectées ainsi que la proposition didactique respectivement dans le cinquième et le sixième chapitre de notre thèse.

CHAPITRE V

Analyse des données collectées

Introduction partielle

Dans ce chapitre nous présentons les résultats de l'analyse qualitative et quantitative des données collectées au cours de notre enquête de terrain. Ces résultats nous permettront de déterminer avec précision les compétences langagières à faire acquérir aux médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa concernés par notre étude et seront exploités lors de l'élaboration des activités didactiques. Nous exposerons et analyserons dans un premier temps les résultats du questionnaire adressé au public concerné par notre recherche. Nous procéderons par la suite à l'analyse des réponses recueillies par l'entretien que nous avons eu avec les médecins spécialistes, auxquels sont destinées les correspondances médicales rédigées par leurs pairs généralistes. Nous utiliserons ensuite les grilles que nous avons élaborées et présentées dans le chapitre précédent, pour analyser les correspondances médicales collectées, jugées par nos enquêtés difficiles à rédiger. Chacune des parties de ce chapitre se terminera par un bilan qui fait la synthèse des résultats obtenus en récapitulant les besoins langagiers tels qu'ils sont perçus par nos enquêtés.

1. Analyse des réponses au questionnaire

Dans ce qui suit nous exposons les résultats que nous avons recueillis par questionnaire auprès des médecins généralistes exerçant au chef-lieu de la wilaya de Tébessa, auxquels sera destinée notre proposition didactique. Nous présentons ces données sous forme de graphes ou de tableaux, à chaque fois que le besoin s'en fait sentir, pour mieux expliciter les résultats. En ce qui concerne les réponses au questionnaire récupérées, il convient de rappeler que leur nombre est égal à soixante-quatre (64) copies. Ce chiffre représente un taux de 31,18% et correspond au pourcentage du panel des médecins généralistes qui ont participé à notre enquête par questionnaire.

1.1. Profil général des médecins généralistes questionnés

L'analyse des réponses à cette série de questions nous permet d'avoir une idée sur le profil général de nos questionnés, et ce, en ce qui concerne leurs âge, sexe et expérience professionnelle.

Question N°01 et 02 portant sur l'âge et le sexe

Le tableau (7) et la figure (1) présentent le profil général des médecins généralistes ayant participé à notre enquête par questionnaire. Ce dernier, nous le rappelons, était anonyme.

Tranche d'âge	Nombre de médecins	Pourcentage
25 à 29 ans	26	40,62%
30 à 39 ans	32	50%
40 à 49 ans	3	4,68%
50 à 60 ans	3	4,68%
Total	64	100%

Tableau 7. Âge des questionnés

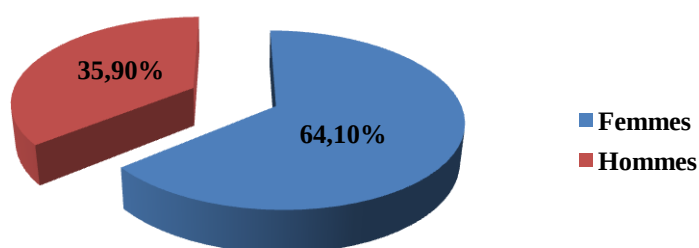


Figure N° 2. Pourcentages des médecins de sexe féminin et de sexe masculin

L'âge moyen retenu des répondants à notre questionnaire se situe entre 30 et 39 ans, correspondant à un taux de 50%. Le médecin généraliste le plus jeune, ayant participé à notre enquête, est âgé de 25 ans. Quant au plus âgé, il a 60 ans. Ces données correspondent à l'âge des médecins que nous avons interrogés au moment où ils ont répondu à notre questionnaire, c'est-à-dire durant la période qui s'étale de la mi-mai 2017 jusqu'à la fin du mois de juin de la même année.

Sur l'ensemble des répondants au questionnaire, les femmes sont majoritaires. D'après les résultats de notre enquête, il semble que le métier de médecin attire plus les filles que les garçons. L'augmentation progressive de la féminisation de la profession médicale en Algérie, au Canada et dans de nombreux pays occidentaux, présente comme le souligne le docteur Dr. N. EVARD, *«l'avantage que les femmes ont trouvé leur place et du travail en hôpital et dans des établissements privés. Il y a une intégration et une reconnaissance dans l'institution médicale »* (Dr. N. EVARD, 2014).

Question N°03. Portant sur le nombre d'années d'exercice

L'expérience professionnelle des participants à notre enquête par questionnaire varie entre moins d'un an et trente-quatre ans (34ans). Le sondé le moins expérimenté a cinq mois d'exercice. À travers la question portant sur le nombre d'années d'exercice, nous voulons savoir si un professionnel débutant dans la pratique de la médecine générale a plus de difficultés à rédiger son courrier médical qu'un médecin plus expérimenté, et ce, en comparant les réponses à cette question à ceux obtenues à la question N° 12(Avez-vous des difficultés à rédiger vos correspondances médicales ?). La figure ci-dessous donne les réponses obtenues à ces deux questions.

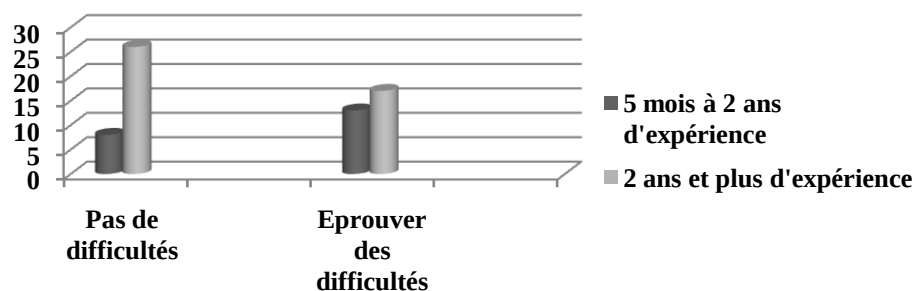


Figure N° 03. Nombre de médecins éprouvant ou pas des difficultés rédactionnelles

La comparaison des réponses à ces deux questions (question N°03 et question N°12) montre qu'il y a des médecins généralistes peu expérimentés ayant cinq

mois à deux ans d'exercice⁵⁶ mais qui n'éprouvent pas, selon eux, des difficultés rédactionnelles du courrier médical. C'est le cas par exemple des questionnés N° 23, 32 et 50 (Annexe02, pp. 78, 90, 115) qui ne disposent que de quelques mois d'expériences (six, huit mois et un an). Paradoxalement, notre comparaison des résultats montre que des médecins généralistes ayant une certaine expérience professionnelle affirment avoir des difficultés à rédiger leur courrier médical, à savoir les questionnés N° 2, 3, 4, 7, 19, 28, 36 et 39 dont l'expérience professionnelle est respectivement de 10, 08, 09, 08, 12, 08, 34 et 8 ans. Il ressort de ce qui précède que l'expérience professionnelle n'est pas un facteur déterminant de l'amélioration des capacités rédactionnelles des médecins soumis à notre enquête. Ce constat rejoint celui que nous avons fait au début de notre recherche, à savoir, les neuf années d'apprentissage **du** français et le long cursus des études médicales **en** français n'a pas permis aux médecins soumis à notre enquête d'acquérir les connaissances linguistiques et les connaissances méthodologiques indispensables pour répondre aux règles d'écriture inhérentes à la correspondance médicale.

1.2. Le niveau en français et le passé pédagogique des médecins

Dans la démarche FOS, il importe de connaître le niveau en langue française et le passé pédagogique des futurs apprenants, avant d'élaborer une proposition didactique, et ce, pour plusieurs motifs, à titre d'exemple : savoir si l'apprenant dispose du niveau en français conseillé ou demandé pour commencer telle ou telle formation ; cibler des objectifs qui n'ont pas été traités par d'autres formations et que l'apprenant doit atteindre...

C'est, en effet, ce que nous cherchons à savoir à travers cette série de questions.

Question N°04 : Quel niveau estimez-vous avoir en français ?

À travers cette question, nous voulons nous faire une idée du degré de maîtrise de la langue française que les médecins soumis à notre enquête estiment avoir. Nous

⁵⁶Nous avons limité la barre supérieure du nombre d'années d'exercice des médecins peu expérimentés à deux ans étant donné que c'est à partir de cela qu'un médecin commence à grimper dans les échelons professionnels sur un plan administratif.

leur avons donné le choix entre : niveau avancé qui correspond aux niveaux C1 ou C2 ; intermédiaire qui correspond aux niveaux B1 ou B2 et initial qui correspond aux niveaux A1 et A2. « Ces niveaux sont ceux qui ont été définis par le Conseil de l'Europe dans *Un cadre européen commun de référence* et par le groupe ALTE » (J P.CUQ et I.GRUCA, 2012, p. 237).

Le graphe ci-dessous représente le point de vue des médecins questionnés concernant leur niveau en français.

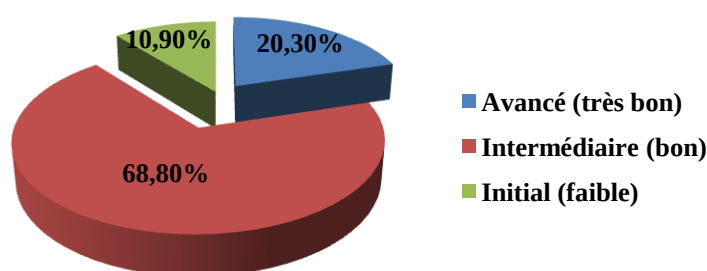


Figure N° 4 : Pourcentages de l'auto-évaluation des médecins, de leur niveau en français

10,9% de nos interrogés estiment avoir un niveau initial en langue française. 68,8% un niveau intermédiaire et 20,3% restant, un niveau en français avancé.

Nous constatons que les trois quart de notre panel éprouvent des difficultés en langue française. Ces difficultés sont nettement ressentis par la population qui estime avoir un niveau initial, et ce, malgré le long cursus universitaire qu'elle a poursuivi, dispensé entièrement en français.

Question N°05 : Avez-vous suivi une formation pour apprendre le français ? Si oui, dans quel but ?

Dans la continuité des questions qui visent à connaître le niveau en langue française et le passé pédagogique de nos enquêtés, nous leur avons demandé dans la première partie de la question, s'ils avaient suivi une formation pour apprendre le français sans qu'ils ne précisent si cette formation s'est déroulée avant, en cours ou après leurs cursus universitaire. Comme le montre l'histogramme ci-dessous, 71,90% de notre panel n'ont pas suivi de formation et 28,10% l'ont fait.

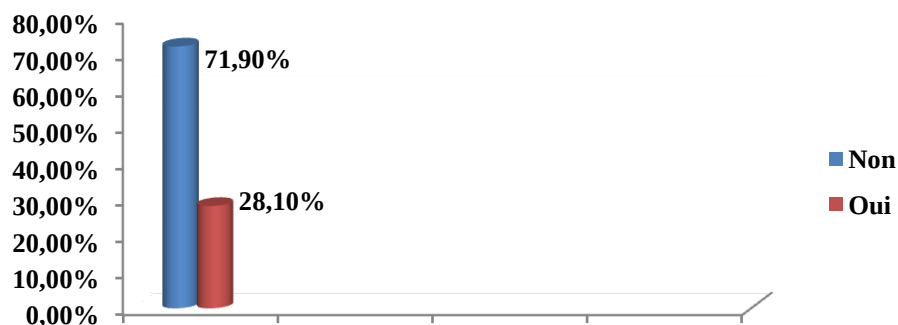


**Figure N° 5 : Pourcentages des médecins ayant suivi une formation
pour apprendre le français**

Les médecins ayant suivi une formation, dont l'objectif est l'apprentissage et/ou l'amélioration de leur niveau en français, représentent un pourcentage qui équivaut à peu près au tiers des répondants, ce qui représente un taux non négligeable. Pour le reste de la population interrogée, c'est-à-dire les 71,90%, n'ayant pas suivi un apprentissage du français, ceci n'implique pas forcément qu'ils maîtrisent cette langue. Il est possible que certains éprouvent des difficultés auxquelles ils n'ont pas remédiées, ce que nous allons vérifier en analysant les réponses à la question N° 12 (Avez-vous des difficultés à rédiger vos correspondances médicales ?)

La deuxième partie de la question concerne uniquement les médecins qui ont suivi une formation en français et qui sont au nombre de dix-huit sur les soixante-quatre (18/64). Elle les interroge sur le but de l'apprentissage du français qu'ils ont suivi et leur propose plusieurs possibilités des réponses : "réussir vos études" ; "dans un but professionnel" ; "dans un but culturel" ; "autre". La majorité des sondés (13 /18) ont choisi la première suggestion : à savoir réussir leurs études, 10 /18 ont répondu dans un but professionnel et 5 dans un but culturel. Comme nous venons de le noter, le choix des réponses à cette partie de la question est multiple. De ce fait certains médecins ont sélectionné deux à trois propositions à la fois. À titre d'exemple, parmi les treize répondants par : « réussir vos études », six ont mentionné également le but professionnel et trois ont coché toutes les suggestions. Un seul médecin soumis à notre enquête a mentionné un but supplémentaire qu'il a formulé comme suit :

« la vie de tous les jours ». Il voudrait dire par là que dans la vie quotidienne il est amené à utiliser le français.

La figure ci-dessous résume les résultats sus-indiqués.

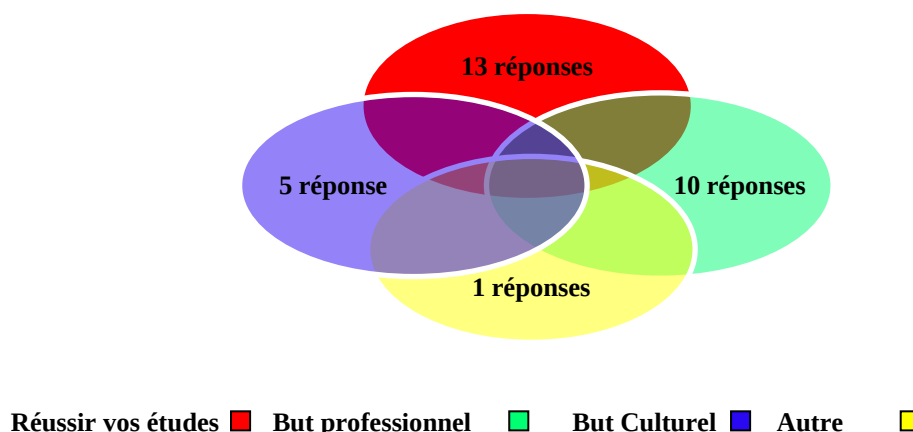


Figure N° 06 : Motivations des médecins à apprendre le français

De ce qui précède, nous pouvons déduire que l'intérêt que nos questionnés voulaient tirer d'une formation en langue française était d'abord de réussir leurs études, ensuite d'exercer au mieux leur profession. Les cours de médecine étant dispensés en français, ils savent qu'ils doivent posséder une connaissance suffisante de cette langue. Pour parfaire leurs compétences en français et ainsi acquérir le niveau de maîtrise requis pour poursuivre leurs études et plus tard exercer aisément leur profession ils ont eu recours à des enseignements de soutien de cette langue.

Question N°06. Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ? Justifiez votre réponse.

Puisque notre travail de recherche se propose d'offrir une remédiation didactique aux médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa, ayant des difficultés à rédiger leur courrier médical, il nous importe de savoir si la formation qu'ils ont suivie a répondu à leurs attentes ou non. Cela peut nous renseigner sur la nature de leurs besoins langagiers. Nous rappelons que cette question s'adresse à ceux qui ont répondu par l'affirmatif à la question précédente.

Le tableau ci-dessous met en évidence les réponses des médecins soumis à notre enquête.

Résultat de la formation	Positif (Oui)	Négatif (Non)	Total
Nombre de répondants	07	11	18
Pourcentage	38,88%	61,11%	100%

Tableau 08. Résultats obtenus par le questionnaire des médecins ayant suivi une formation linguistique

Les réponses à notre questionnaire révèlent comme le montre le tableau ci-dessus que 61,11% de notre panel ayant suivi une formation d'apprentissage du français, affirment que cette formation ne leur a pas été rentable et 38,88% en sont satisfaits. Nous avons demandé à chacun d'entre eux de justifier sa réponse. Les arguments avancés par les médecins questionnés ayant répondu par « Non » à notre question, n'ont pas dans la majorité des cas de rapport avec le contenu de la formation. Il s'agit, de la disponibilité de l'apprenant pour suivre cet enseignement, comme nous pouvons le constater dans les réponses suivantes :

Questionné N°01 : *« j'ai pas terminé mes études en français »*.⁵⁷ (Annexe02, p. 43)

Questionné N°37 : *« pas eu bcp de temps »*. (Annexe02, p. 98)

Questionné N°61 : *« j'avais pas assez de temps pour suivre cette formation »*. (Annexe02, p. 128)

Questionné N°62 : *« puisque j'ai pas eu le temps suffisant pour terminer le programme de cette formation »*. (Annexe02, p.130)

Certains médecins ayant estimé que la formation qu'ils avaient reçue n'était pas efficace ont remis en cause le contenu de cette dernière qui, selon eux, ne leur a pas permis d'acquérir les savoir-faire langagiers relatifs à la médecine.

Questionné N°02 : *« mon niveau ne s'est pas beaucoup amélioré »*. (Annexe02, p. 45)

Questionné N°03 : *« son contenu n'était pas en relation avec le domaine de la médecine, c'était du français que tout le monde utilise »*. (Annexe02, p. 48)

⁵⁷ Les réponses de nos questionnés sont citées fidèlement sans rectification ni une éventuelle correction.

Questionné N°16 : « *des études qui n'ont aucune relation avec la médecine* ». (Annexe02, p. 65)

Questionné N°28 : « *elle n'était pas en rapport avec mes études ni mon travail* ». (Annexe02, p. 83)

Questionné N°30 : « *faible en communication* ». (Annexe02, p. 85)

Il ressort de ce qui précède que le public soumis à notre enquête était désireux d'améliorer son niveau en français pour pouvoir suivre sans difficulté ses études dispensées dans cette langue et faire face en français aux situations de communication dans son milieu professionnel, cependant la formation qu'il a poursuivie ne lui a pas permis d'obtenir les résultats escomptés.

Les 38,88% des répondants qui sont satisfaits du résultat obtenu par la formation suivie ont estimé que celle-ci a été rentable. Ils affirment :

Questionné N°18 : « *elle a simplifier le mode d'apprendre les études* ». (Annexe02, p. 68)

Questionné N°36 : « *j'ai réussi mon cursus universitaire et professionnel* ». (Annexe02, p. 95)

Questionné N°49 : « *je constate une bonne amélioration* ». (Annexe02, p. 113)

Questionné N°52 : « *je maîtrise bien la langue française* ». (Annexe02, p. 118)

1.3. Les difficultés rédactionnelles de la correspondance médicale

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre IV, L'analyse des réponses aux questions qui vont suivre a pour but d'identifier : les différentes correspondances médicales qu'un médecin généraliste est appelé à rédiger ; les moyens ou stratégies qui lui ont permis l'apprentissage rédactionnel ; le type de courrier jugé difficile à rédiger ; la nature de ces difficultés et enfin, leurs motivations à améliorer de leur niveau en français.

Question N°07. Dans votre profession, quelles sont les correspondances médicales que vous avez à rédiger ?

Les correspondances médicales sont diverses et multiples. Durant l'exercice de son métier, le médecin généraliste est appelé à rédiger certaines d'entre elles, d'autres sont exclusives aux médecins spécialistes, à savoir : le compte rendu

opératoire, le compte rendu d'un examen spécialisé ou d'un avis médical spécialisé... À travers cette question à choix multiple, nous voulons identifier les correspondances qui sont rédigées par un praticien de la médecine générale. Nous avons proposé à nos questionnés les réponses suivantes : des ordonnances médicales ; des certificats médicaux tout type confondu ; des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux. Nous avons ajouté à ces propositions la réponse « autre » afin de leur donner la possibilité de citer une correspondance qui n'est pas indiquée ou involontairement omise. L'histogramme ci-dessous résume les résultats obtenus.

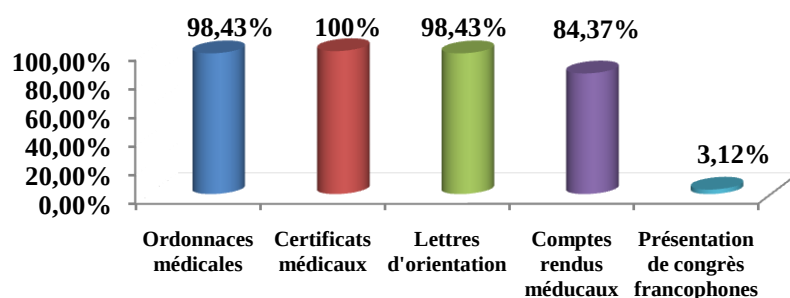


Figure N°07. Correspondances médicales rédigées par un médecin généraliste

La lecture de cet histogramme montre que l'ensemble de nos répondants (100%) rédige des certificats médicaux. Certains ont précisé le type de ces derniers, tel que le certificat de constatation de décès et le certificat médical sur réquisition, d'autres non. 98,43% des questionnés rédigent des ordonnances médicales et des lettres d'orientation et 84,37% rédigent des comptes rendus médicaux. Nous remarquons que ce dernier pourcentage est inférieur aux deux précédents. Ceci rejoint le constat fait lors de la collecte des données existantes et que nous avons mentionné dans le chapitre quatre selon lequel le nombre des comptes rendus existants sur terrain est très réduit. En plus de ces réponses, une autre supplémentaire a été indiquée par seulement deux de nos répondants. Il s'agit de la « *présentation de congrès francophone* », ce qui n'est pas une correspondance médicale, mais un type d'écrit de vulgarisation de l'information scientifique médicale dans leur cas. Ainsi, la majorité écrasante de notre panel rédige les différents documents de liaison entre médecins que nous leur avons proposés

dans les réponses à choisir. Il importe pour nous de savoir comment ils ont appris à les rédiger. Tel est le but de la question qui suit que nous leur avons posée.

Question N°08. Comment avez-vous appris à rédiger ces correspondances ?

À travers cette question à choix multiple, nous avons essayé d'identifier tous les moyens et stratégies qui ont permis à nos questionnés d'apprendre à rédiger leur courrier médical. Les choix que nous leur avons proposés sont les suivants :

- Par un enseignement de la rédaction médicale reçu durant leur cursus de médecine ;
- l'utilisation de correspondances comme modèle ;
- une autoformation.

Comme toutes les questions semi-fermées que nous avons posées, nous avons laissé aux répondants la possibilité d'ajouter une autre réponse. La représentation graphique ci-dessous récapitule toutes les réponses obtenues.

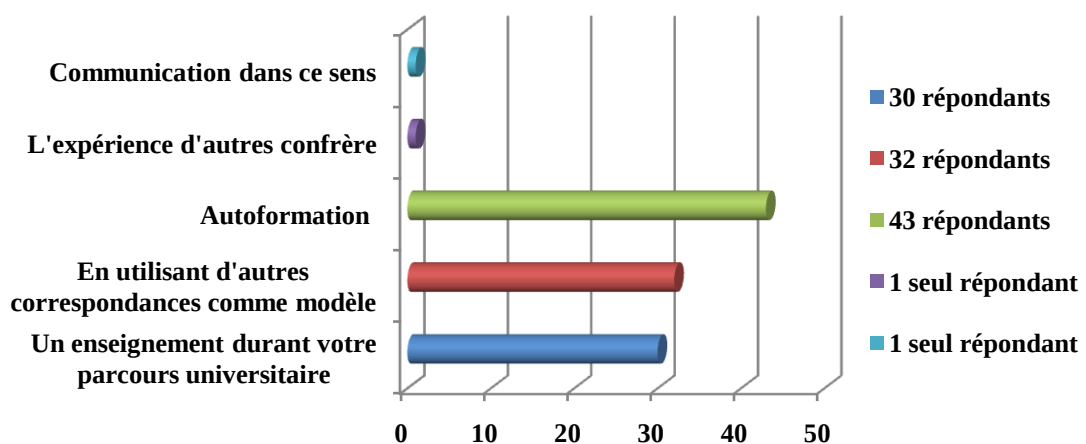


Figure N°08. Moyens et stratégies employés par nos questionnés pour l'apprentissage de la rédaction du courrier médical

De ce graphe, il ressort que la plupart de nos répondants (43 sur 64, soit 67,20%) ont eu, ou ont encore, recours à l'autoformation afin d'apprendre à rédiger leur courrier médical. Nous constatons également que la moitié de notre panel (32/64 soit 50%) a pris d'autres correspondances comme modèle, pour réaliser cette tâche. Pas loin de ce taux, soit 46,90% des répondants, ont affirmé avoir reçu un enseignement de la rédaction du courrier médical durant leur cursus universitaire.

À côté de ces moyens et stratégies, un seul médecin généraliste parmi nos sondés a déclaré avoir profité de « *l'expérience d'autres confrère* »⁵⁸ (Questionnaire N°01, annexe02, p. 43), sans indiquer si ces derniers sont des généralistes ou des spécialistes. Une réponse supplémentaire, révélant un autre moyen d'apprentissage de la rédaction du courrier médical, est également indiquée par un seul répondant, nous le citons : « *communication dans ce sens* »(Questionnaire N°36, annexe02, p. 95). C'est une réponse qui n'est pas claire qui pourrait signifier qu'il a sollicité des médecins ou d'autres personnes compétentes en rédaction qui lui auraient montré comment rédiger une correspondance médicale ou qu'il avait assisté à des communications qui ont traité ce sujet...

Nous pouvons déduire que les médecins interrogés ont utilisé un ou plusieurs moyens et stratégies pour apprendre à rédiger le courrier médical. Nombreux sont les documents qui assurent la liaison entre les médecins, nous ne savons pas quels sont ceux qu'ils ont appris à rédiger et quel moyen ils ont utilisé pour ce faire. C'est ce que nous cherchons à savoir à travers la question suivante.

Question N°09. Précisez pour chacun des modes d'apprentissage sus cités, la correspondance concernée.

Nous avons demandé à nos questionnés de nous préciser le moyen et le mode d'apprentissage parmi ceux que nous leur avons cités dans la question précédente ou ceux ajoutés dans leurs réponses qui leur ont permis d'apprendre à rédiger telle ou telle autre correspondance médicale. Nous cherchons à savoir s'ils ont appris la rédaction de tous les types de correspondances médicales avec le même moyen et la même stratégie, ou s'il a fallu en combiner plusieurs pour un même type de correspondance.

Douze répondants n'ont pas donné suite à cette question. Les cinquante-deux autres nous ont fourni des réponses que nous avons classées en deux catégories, selon ce qu'elles véhiculent comme informations.

⁵⁸La réponse est indiquée exactement comme elle était écrite, c'est-à-dire sans le « S » du pluriel.

- La première catégorie, dont le nombre des réponses est de vingt-cinq (25/52), est celle des questionnés qui ont reçu un enseignement de la rédaction d'un type de courrier médical, durant leur cursus de médecine. Ils ont utilisé des correspondances tirées d'internet ou rédigées par leurs confrères compétents en rédaction comme modèle, pour apprendre à écrire le type de courrier dont la technique rédactionnelle ne leur a pas été enseignée. Ils nous ont précisé le mode d'apprentissage et la correspondance médicale dont elle fait l'objet :

Questionné N°14 : *« on a appris à rédiger les certificats à l'université ».* (Annexe02, p. 63)

Questionné N°28 : *« durant le cursus on a appris à rédiger les ordonnances et les certificats. Pour les lettres d'orientation et les comptes rendus c'était de l'autoformation en utilisant des modèles rédigés par nos confrères ».* (Annexe02, p. 83)

Questionné N°38 : *« les certificats médicaux au cours du parcours universitaires, les ordonnances autoformation, les lettres d'orientation et les comptes rendus médicaux en utilisant autre correspondance ».* (Annexe02, p.100)

Questionné N°46 : *« - le compte rendu : autoformation*

- la lettre d'orientation : utilise un modèle

- l'ordonnance médicale : apprise durant le cursus ». (Annexe02, p.108)

Questionné N°58 : *« on nous a enseigné seulement comment rédiger les ordonnances médicales, pour le reste, nous l'avons appris en utilisant d'autre correspondances comme modèle ».* (Annexe02, p. 125)

- La deuxième catégorie est celle des répondants qui n'ont pas reçu un enseignement de la rédaction du courrier médical durant leur cursus de médecine et qui se sont autoformés. Voici quelques exemples de réponses qu'ils ont données :

Questionné N°07 : *« autoformation pour toutes les correspondances ».* (Annexe02, p.53)

Questionné N°09 : *« Ordonnances médicales : auto-formation, les certificats médicaux : auto-formation, les lettres d'orientation : auto-formation, les comptes rendus médicaux : auto-formation ».*(Annexe02, p. 55)

Questionné N°13 : *« j'ai appris à rédiger ces correspondances avec de l'autoformation ».* (Annexe02, p. 60)

Questionné N°25 : *« lives :- 150 prescriptions courantes*

- 80 certificats et formulaire administratifs médicaux et autres
Sites et forums médicaux ». (Annexe02, p. 80)

Questionné N°33 : « je cherche un model pour le suivre a chaque fois que je dois rédiger un de ces correspondances, sauf l'ordonnances bien sur ». (Annexe02, p.93)

Questionné N°47 : « les rédactions des ancien internes nous servent d'exemple ». (Annexe02, p. 110)

Questionné N°55 : « l'autoformation c le mode d'apprentissage de tous ces correspondances, au niveau de l'université il y a formation sur les maladies et les diagnostics, mais pas sur la paprasse »⁵⁹. (Annexe02, p. 120)

Au regard de toutes les réponses données par les médecins soumis à notre enquête, nous pouvons déduire qu'ils ont appris la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux en recourant à l'autoformation, au moyen de modèles tirés d'internet ou rédigés par leurs confrères. Quant aux ordonnances médicales et aux certificats médicaux, classés parmi les formulaires et les imprimés, certains des répondants ont appris à les rédiger en se référant à des modèles établis par des médecins. D'autres, ont pu bénéficier d'un enseignement durant leur cursus universitaire de médecine. Ils ont appris à traiter certaines tâches rédactionnelles pour lesquelles ils ont acquis une expérience. Nous avons pu prendre connaissance des cours qui abordent la rédaction des certificats médicaux. Ces cours sont intégrés dans le module de la médecine légale, élaborés et assurés par le Docteur BENCHERIK de l'hôpital Mustapha (voir bibliographique)

Les médecins soumis à notre enquête ont eu, ou ont encore, recours à différents moyens et stratégies pour rédiger leur courrier médical. Il semble qu'ils ont besoin d'approfondir certaines compétences liées à la présentation, la rédaction et/ou la conception de diverses correspondances médicales et de développer des connaissances sur les normes et les conventions de ce type d'écrit.

⁵⁹Nous notons que ces réponses ont été citées fidèlement comme elles étaient mentionnées.

Question N°10. Quelle est la correspondance que vous jugez difficile à rédiger ?

Nous avons demandé aux questionnés de nous indiquer quelle est la correspondance médicale qu'ils estiment difficile à rédiger. Notre question étant ouverte, leur a permis de donner une ou plusieurs réponses. Le tableau suivant rend compte des pourcentages des documents qui, de leur point de vue, sont difficiles à rédiger :

Réponse	Compte rendu médical	Lettre d'orientation	Compte rendu médical & lettre d'orientation	Aucune
Pourcentage	64,06%	10,93%	6,25%	18,76%

Tableau N°09. Correspondances médicales jugées difficiles à rédiger

Malgré le nombre important des correspondances médicales que le médecin généraliste est appelé à rédiger, les réponses de nos enquêtés se sont limitées à deux types de correspondances. 64,06% d'entre eux estiment que le compte rendu est la seule correspondance médicale difficile à rédiger. 10,93% pensent que c'est la lettre d'orientation qui pose problème et 06,25% estiment qu'ils éprouvent des difficultés à rédiger le compte rendu médical et la lettre d'orientation. Seulement 18.76% des enquêtés ont affirmé ne pas avoir de difficulté à rédiger les correspondances médicales. Le compte rendu médical, est sensiblement la correspondance médicale la plus problématique, sur le plan rédactionnel, compte tenu de l'exigence de ses normes et la difficulté de la planification de ses informations. Vient ensuite la lettre d'orientation, qui elle aussi obéit à des normes de rédaction et de présentation.

Comme nous l'avons mentionné dans la partie théorique de notre thèse, nombreux sont les documents qui assurent la liaison entre les médecins et nous pouvons les classer en deux catégories :

- 1) les formulaires et les imprimés ;
- 2) les écrits entièrement rédigés par le médecin.

De ce qui précède nous pouvons dire que la deuxième catégorie de documents à savoir la lettre d'orientation et le compte rendu médical est celle qui du point de vue des médecins interrogés est la plus difficiles à rédiger. Rappelons que la lettre d'orientation est un courrier échangé entre les médecins en vue de demander un acte ou un avis spécialisé voire une prise en charge du patient. Quant au compte rendu médical (CRM) appelé aussi Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) est un écrit descriptif qui relate en détail l'histoire médicale du patient, et ce depuis le jour de sa consultation, puis son hospitalisation, jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Il synthétise toutes les données qui se rapportent à l'état de santé du patient. Nous cherchons à savoir à travers la prochaine question, si les médecins concernés par notre enquête maîtrisent les stratégies rédactionnelles et ont des connaissances sur les normes et les conventions de ce type d'écrits ou s'ils éprouvent des difficultés concernant certains de leurs aspects.

Question N°11. Avez-vous des difficultés à rédiger vos correspondances médicales ?

Le graphe ci-dessous rend compte des réponses obtenues à cette question.

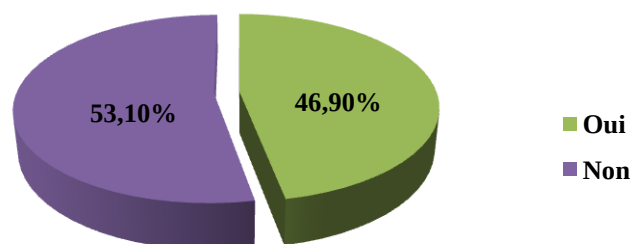


Figure N°09. Pourcentages des médecins qui éprouvent des difficultés rédactionnelles du courrier médical

46,90% de notre panel ont estimé avoir des difficultés à rédiger leur courrier médical. Ce pourcentage n'est pas insignifiant, compte tenu de son taux élevé par rapport à l'ensemble des questionnés concernés et de l'importance de ces correspondances. En effet, l'objectif de ces correspondances est d'informer, de

faire comprendre les faits observés. De ce fait, la maîtrise de leur conception et de leur rédaction est d'une importance capitale pour le suivi du patient et la prise en charge de ses soins. Leur contenu doit donc être rigoureusement pensé, le style d'écriture doit l'être également en vue d'éviter l'ambiguïté et de permettre la clarté de l'expression.

Question N°12. Ces difficultés relèvent de? (leurs nature)

Les résultats de notre enquête nous ont permis d'identifier les correspondances médicales jugées difficiles à rédiger par un médecin généraliste. Nous avons demandé également aux médecins soumis à notre enquête de préciser la nature de ces difficultés en leur proposant plusieurs choix de réponses à la question que nous leur avons posée. Nous leur avons laissé la possibilité d'ajouter une réponse indiquant une difficulté qui n'a pas été donnée parmi les choix proposés. Ce tableau présente les résultats obtenus.

Nature des difficultés rencontrées	Pourcentage des enquêtés éprouvant cette difficulté
La méconnaissance des composantes des correspondances médicales (éléments constitutifs de la correspondance)	45,31%
L'élaboration de la structure de ces correspondances	18,75%
L'expression des idées	31,25%
La syntaxe	17,17%
Le vocabulaire	21,87%
L'orthographe	35,93%
La conjugaison	04,68%

Tableau N°10. Nature des difficultés rédactionnelles d'une correspondance médicale éprouvées par les médecins

Parmi les réponses que nous avons proposées, celle qui a été choisie par plus de la moitié des questionnés à savoir 45,31 est d'ordre discursive. Il s'agit de la méconnaissance des composantes des correspondances médicales. Ceci n'a pas exclu l'existence de difficultés d'ordre linguistique. 35,93% des médecins enquêtés ont cité l'orthographe comme deuxième type de difficulté. Ce classement ne nous surprend pas, étant donné que la langue française est

caractérisée par la complexité de son système orthographique. Pas loin de ce pourcentage, soit 31,25%, des médecins ont déclaré avoir des difficultés à exprimer leurs idées. D'autres éléments rédactionnels suscitant des difficultés sont aussi mentionnés, à savoir le choix du vocabulaire qu'il faut utiliser dans ces écrits à raison de 21,87%, l'élaboration de la structure de la correspondance avec un pourcentage de 18,75% et en dernier lieu, la conjugaison des verbes avec un taux de 04,68%.

Question N°13. Les termes médicaux sont-ils difficiles à écrire ?

Une des caractéristiques principales du français médical est sa terminologie. Son utilisation est inéluctable dans la communication orale ou écrite entre les praticiens de la médecine. Cette terminologie est comme nous l'avons mentionné dans le deuxième chapitre de notre thèse est souvent jugée complexe et difficile. En effet, la plupart des termes médicaux sont issus du grec et du latin, ils sont souvent longs, difficiles à prononcer, à écrire et à lire. Nous avons cherché à savoir si nos enquêtés rencontrent des difficultés à écrire les termes médicaux, lors de la rédaction de leur courrier médical. Les réponses obtenues à cette question sont représentées ci-dessous.

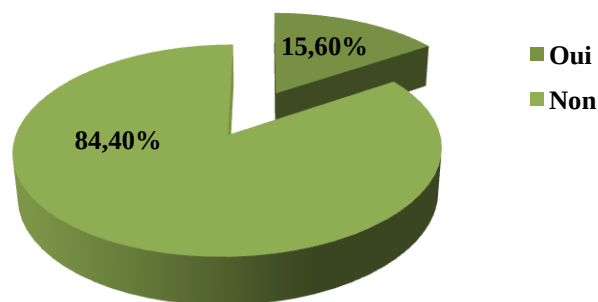


Figure N°10 : Difficulté d'écrire les termes médicaux

Contrairement à ce à quoi nous nous attendions, comme le montre le diagramme ci-dessus, la grande majorité des questionnés soit 84,4%, estime n'avoir pas de difficultés à écrire les termes médicaux. Ce constat est le même que celui de CARRA et all qui affirment que : « *le lexique spécialisé n'est pas nécessairement celui qui pose le plus de problème aux apprenants étrangers lorsque ceux-ci sont*

eux-mêmes spécialistes du domaine en question »(2007, p. 32). Il rejoint celui de AMOROUAYACH (2009, p. 147) qui a mené une enquête auprès d'étudiants de la faculté de médecine d'Alger, ainsi écrit-elle « *Les difficultés rencontrées ne relèvent pas forcément de la terminologie médicale, celle-ci disent-ils[les étudiants enquêtés] « s'apprend en même temps que la spécialité. Un glossaire fiable peut résoudre les problèmes des termes scientifiques »*. Il n'en demeure pas moins vrai qu'une minorité, représentée par un taux de 15,60% de notre panel, considère qu'elle éprouve des difficultés à écrire la terminologie médicale.

Question N°14. Utilisez-vous les abréviations dans la rédaction de toutes vos correspondances ? Justifiez votre réponse.

À la question qui précède 50% des médecins interrogés ont répondu « oui » et 50% « non ». Concernant la justification du choix qu'ils ont fait, nous avons regroupé une partie des réponses données dans le tableau ci-dessous⁶⁰.

Justification de l'usage des abréviations	Justification du non usage des abréviations
- Q02 :« certains des termes médicaux qui sont très longs, il faut les abréger » - Q03 :« pour gagner du temps ». - Q16 :« Les abréviations sont utilisés parce que le destinataire est un médecin donc on parle le même langage médical ». - Q19 :« par habitude et pour être plus rapide ». - Q21 :« Plus facile, plus rapide ». - Q23 :« certaines expressions comme : PEC = Prise en charge ». - Q28 :« ça nous fait gagner du temps et ça évite de se tromper dans l'écriture	- Q01 :« Les abréviations n'ont pas toujours les mêmes ». - Q07 : « les termes médicaux bien précis ». - Q10 :« parce que je considère l'utilisation des abréviations un manque de respect pour mon collègue ». - Q18 :« Les abréviations lisibles que par des médecins alors qu'il y a des rédactions concernant d'autres corps comme les constatations pour les autorités ». - Q22 :« Je préfère éviter les abréviations car il y a tellement d'abréviations similaires. Alors pour être sûre d'être comprise mieux vaut

⁶⁰ Les réponses sont données exactement comme elles étaient mentionnées par les médecins sur le questionnaire.

du mot médical ». - Q33 : « j'utilise des abréviations médicales, mais seulement ceux qui sont connus de tout le corps médical afin de gagner du temps et chiffrer les correspondances médicales ». - Q47 : « selon les cas complexe ou non ». - Q55 : « Parce que les lettres sont entre nous les médecins, et il faut que chaque médecin connaisse ces abréviations, en plus pour profiter un peu de temps, pour consulter plus de patients ». - Q58 : « pour gagner du temps. pour couvrir les fautes d'orthographe et conjugaison ». - Q63 : « pour faciliter la tâche ».	les éviter ». - Q31 : « interdit de l'utiliser ». - Q36 : « Il faut être très précis dans sa rédaction de rapports médicaux, pour bien prendre en charge le patient. car votre interlocuteur doit comprendre le sens donné à chaque mot afin de pouvoir rendre justice sans erreurs ». - Q37 : « je préfère sans abréviation ». - Q41 : « Je déteste les abréviations ». - Q56 : « certaines correspondances sont destinées à un public non spécialiste tel que les comptes rendus et les certificats descriptifs (CBV) et autres ».

Tableau N°11. Justifications de l'utilisation ou non des abréviations

Concernant le groupe qui utilise les abréviations, les réponses « *plus facile plus rapide* » (Questionnaire N°21, annexe02, p.73), « *ça facilite la tâche* » (Questionnaire N°63, annexe02, p.131), révèlent que leur usage favorise le besoin d'une communication rapide et plus facile. En effet, les termes médicaux sont souvent trop longs, difficiles à écrire et à prononcer. On conçoit aisément qu'il soit plus facile de dire et d'écrire HSM plutôt que *hépatosplénomégalie* ou encore I.M.A.O plutôt qu'*Inhibiteur de Mono-Amino-Oxydase*. Cependant comme le souligne G. PARMENTIER « *...en matière de soins, l'emploi de sigles peut faire gagner quelques secondes, mais se l'interdire peut sauver des vies... leur usage est à bannir du point de vue des risques* »⁶¹. Par ailleurs si l'écriture abrégée fait gagner du temps au destinataire comme le pensent de nombreux médecins soumis à notre questionnaire, elle fait perdre celui de leurs

⁶¹Cité par VECCHIATO, S. & GEROLIMICH, S. V. (2013 : 93). « La langue médicale est-elle « trop complexe » ? » *Nouvelles perspectives en sciences sociales*

destinataires en leur compliquant la lecture et la compréhension du courrier. Les réponses « *ça évite de se tromper dans l'écriture du mot médical* » (Questionnaire N°28, annexe02, p.83), « *pour couvrir les fautes d'orthographe et conjugaison* » (Questionnaire N°58, annexe02, p.125) rendent compte que l'usage des abréviations sert pour certains médecins à contourner les difficultés orthographiques des mots compliqués. Certaines réponses montrent aussi, comme l'affirme le questionné N°33, que le recours aux abréviations se fait dans un but de chiffrer la correspondance. Autrement dit, faire de celle-ci un message codé qui ne peut être lu que par un confrère, comme c'est le cas en oncologie par exemple, où le radiologue désigne, dans le compte rendu d'une radiographie donnée, le cancer par les abréviations « *néo* » ou « *kc* » afin de le garder discret. Quelques médecins, comme c'est le cas du questionné N°47 qui a répondu : « *selon les cas complexe ou non* », (Annexe02, p.110) considèrent que l'emploi des abréviations peut se faire de manière arbitraire, ils semblent ne pas savoir que leur usage est lié à l'observation de règles. Le groupe qui évite d'utiliser les abréviations, estime que leur emploi est un « *manque de respect* » vis-à-vis du destinataire (cf. questionnaire N°10, annexe02, p.58) il sait par ailleurs que la correspondance médicale doit être rédigée dans un style soutenu et, quelle que soit la longueur du terme savant ou du lexème courant, il doit être compréhensible et son abrègement est à éviter. En effet, comme nous l'avons noté dans la partie théorique de notre thèse, une abréviation peut avoir plusieurs interprétations et être source d'ambiguïtés, exemples :

IVG : interruption volontaire de grossesse

IVG : insuffisance ventriculaire gauche

Un autre exemple qui est à l'origine de l'ambiguïté est : « *l'emploi d'abréviations non codifiées dans les dictionnaires, qui sont le plus souvent inventées par l'équipe médicale dans la rédaction des dossiers médicaux* » (VECCHIATO et GEROLIMICH, 2013, p. 98). Les abréviations sont très nombreuses et d'usage courant en médecine. Elles permettent de condenser des expressions médicales longues, mais elles doivent être compréhensibles pour permettre l'échange du message. Par conséquent, elles ne peuvent être introduites dans un énoncé

qu'avec précaution ; c'est pourquoi dans la langue écrite, lorsqu'on les utilise pour alléger le discours, lors de leur premier emploi, on donne leur forme intégrale. À ce propos, SOURNIA (1997, p. 113), note «*Tout sigle doit être expliqué dès son premier emploi : c'est la marque d'une politesse élémentaire, c'est une nécessité si l'on veut être compris, est c'est devenu une règle de la réaction médicale* ». Selon le bulletin de l'Institut pour l'Utilisation Sécuritaire des Médicaments du Canada (ISMP Canada), l'usage des abréviations est déconseillé voire interdit dans certains types de correspondances médicales. Ce bulletin recommande aux professionnels de la santé d'«*éviter l'utilisation d'abréviations, surtout celles qui sont problématiques, pour toute communication manuscrite*» et de «*s'assurer de la lisibilité* » (2006, p. 04).

Question N°15. Souhaitez-vous améliorer votre niveau en langue française ?

A cette question, les réponses que nous avons collectées sont représentées par le graphe ci-dessous.

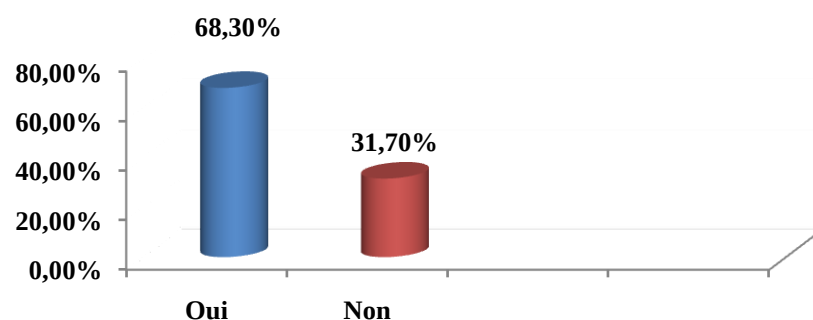


Figure N°11. Pourcentages des médecins souhaitant améliorer leur niveau en français

Sur les 64 médecins questionnés, 41 médecins, soit 68,30%, ont exprimé leur souhait d'améliorer leur niveau en français, 19 enquêtés ont répondu par la négative et quatre se sont abstenus de répondre. Ainsi, la majorité des répondants, presque les deux tiers de notre panel, ont manifesté leur intérêt pour l'apprentissage de cette langue. Ils ont conscience, de leurs lacunes, de leurs besoins et savent qu'ils doivent renforcer leurs connaissances en français, que l'habilité à savoir communiquer dans cette langue est importante pour l'exercice

de leur profession, que ce soit pour rédiger leur courrier, collaborer avec leurs pairs ou avoir un accès plus facile à des informations diversifiées.

Bilan

L'analyse des données recueillies par le questionnaire adressé aux médecins généralistes exerçant au chef-lieu de la wilaya de Tébessa soumis à notre enquête, nous a permis de mieux connaître ces médecins. La majorité d'entre eux sont de jeunes praticiens, conscients de leur manque de maîtrise de la langue française et de l'importance de cette dernière pour l'exercice de leur profession notamment en ce qui concerne les tâches rédactionnelles du courrier médical. Notre analyse nous a permis également de déterminer le type de courrier jugé par une grande partie de notre panel problématique. Il s'agit des documents entièrement rédigés par un médecin généraliste : les comptes rendus médicaux et les lettres d'orientation médicales. Les difficultés auxquelles sont confrontés ces médecins relèvent d'après les réponses au questionnaire que nous leur avons soumis, aussi bien de la maîtrise du code linguistique, c'est-à-dire les éléments de la compétence en écriture relatifs à la connaissance générale du français : orthographe, grammaire, conjugaison, syntaxe, vocabulaire que de la composante discursive qui vise des habiletés rédactionnelles et communicationnelles spécifiques à ce type de correspondance. La conception et la rédaction du courrier médical nécessitent un enseignement/apprentissage qui selon nos informateurs, ne leur a pas été dispensé. Comme le souligne AMOROUAYACH (2008, p. 298), la nécessité de l'enseignement des principes de la rédaction médicale, s'est imposée depuis longtemps dans de nombreuses universités. En Grande Bretagne par exemple, la pratique de cet enseignement est concrètement au programme de médecine. Elle l'est également en France depuis 1975. En Algérie force est de constater qu'elle n'a pas reçu l'attention qu'elle mérite. Cet apprentissage reste souvent de l'ordre des codes implicites. La majorité des médecins soumis à notre enquête ont manifesté leur intérêt à améliorer leurs compétences en français. Ils ont une perception claire de leurs besoins, restreints au domaine langagier de la médecine et plus précisément à celui de la rédaction

d'un type de courrier médical celui entièrement rédigé par les médecins : la lettre d'orientation et le compte rendu médical. Pour bien cerner les difficultés auxquelles ils sont confrontés lors de la réalisation de ce type d'écrits et déterminer avec précision les compétences langagières à leur faire acquérir nous avons eu des entrevues avec les médecins spécialistes destinataires de leur courrier et effectué une analyse linguistique et discursive d'un échantillon de comptes rendus médicaux et de lettres d'orientation qu'ils ont rédigés. Nous exposons dans ce qui suit les résultats et l'analyse des données de cette partie de notre enquête.

2. Analyse des réponses obtenues par entretien

Nous commencerons par rendre compte des résultats obtenus par les entretiens réalisés avec des médecins spécialistes exerçant, à l'instar des médecins généralistes questionnés, au chef-lieu de la wilaya de Tébessa et en parallèle dans des établissements sanitaires des daïras et des communes rattachées à la même wilaya, puis nous analyserons les données collectées. Rappelons comme nous l'avons mentionné dans le chapitre méthodologique de l'enquête que le choix de nous adresser aux médecins spécialistes n'est pas arbitraire. Il se justifie par le fait qu'ils sont bien placés pour nous fournir des informations relevant de leur domaine de spécialité, à savoir la médecine. Ils disposent d'une certaine connaissance du courrier professionnel, puisque durant leur résidanat, une formation pratique leur a été assurée par des professeurs de médecine en vue de leur apprendre à rédiger certaines correspondances médicales, notamment les comptes rendus médicaux. Par ailleurs, ils peuvent nous informer sur les manques ou les incohérences relevés dans celles qui leur ont été transmises par leurs confrères généralistes. Il est question pour nous de déterminer des éléments dont l'aspect est nettement qualitatif, ce qui nous permettra d'avoir une image d'un modèle type de chacune des correspondances sus citées.

Durant les entretiens que nous avons réalisés, nous avons remarqué la répétition des mêmes informations dans plusieurs réponses de nos enquêtés. Ces informations nous ont permis de construire un schéma d'un modèle de compte

rendu médical et un d'une lettre d'orientation, conformes aux exigences de la correspondance médicale. De ce fait, nous nous sommes limitée à dix entretiens. Concernant la taille de notre échantillon, nous avons tenu compte de l'explication de Pierre MONGEAU qui à ce propos écrit :

L'échantillon d'une recherche poursuivant des objectifs de nature plus qualitative peut être relativement petit, car l'objectif n'est pas de rendre compte d'une population, mais de recueillir de l'information pertinente pour mieux comprendre un phénomène [...] Ainsi, le nombre de personnes à rencontrer ou de documents à prendre en considération est soumis au principe de saturation de l'information [...] en pratique, on atteint généralement cette saturation après sept à douze entretiens. (2008, p. 93-94)

À présent, nous allons passer à l'analyse du contenu de ces entretiens axe par axe.

2.1. Profil général des médecins spécialistes interviewés

Les trois questions qui forment le premier axe de notre entretien nous permettent de déterminer le profil professionnel général des médecins spécialistes avec lesquels nous nous sommes entretenue. Les données qui leurs correspondent, à savoir : la spécialité, le lieu d'exercice et l'expérience professionnelle sont évidemment valables au moment où les entretiens ont été réalisés. Elles sont présentées de manière sommaire dans le tableau ci-dessous.

Statut	Spécialité	Établissement d'exercice	Expérience professionnelle
Médecin spécialiste	Anesthésie réanimation	Privé	20 ans dont plus de 10 ans dans un Établissement Public Hospitalier
	Gynécologie	Privé	18 ans dont 10 ans dans un Établissement Public Hospitalier
	Cardiologie	Privé	15 ans dont 10 dans un Établissement Public Hospitalier
	Médecine légale	Étatique	25 ans dans un Établissement Public Hospitalier
	Néphrologie	Étatique	25 ans dans un Établissement Public Hospitalier
	Orthopédie	Étatique	08 ans dans un Établissement Public Hospitalier
	Chirurgie générale	Privé	25 ans dont plus de 15 ans dans un Établissement Public

			Hospitalier
	Radiologie	Privé	30 ans dont 3 ans dans un Établissement Public Hospitalier
	Neurologie	Étatique	6 ans dans un Établissement Public Hospitalier
	Infectiologie	Étatique	14 ans dans un Établissement Public Hospitalier

Tableau N° 12. Statut et expérience des interviewés

Comme nous pouvons le constater nous avons pu avoir des entretiens avec des spécialistes de divers domaines de la médecine. Une moitié d'entre eux exerce dans des établissements de santé publics (hôpitaux et/ou polycliniques) et une autre dans des établissements privés (cliniques ou cabinets médicaux). Les médecins spécialistes qui travaillent dans les établissements privés ont eu toutefois une expérience professionnelle de trois à quinze ans dans des hôpitaux étatiques. Les participants à notre enquête par entretien ont une expérience professionnelle de six à trente ans.

2.2. Types de correspondances médicales émises aux médecins spécialistes et lisibilité

À la question : **quels sont les types de correspondances médicales que vous recevez de la part d'un médecin généraliste ?** L'ensemble des médecins spécialistes interrogé a affirmé recevoir des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux. Deux spécialistes, le gynécologue et le médecin légiste ont rajouté qu'ils ont d'autres correspondances médicales : des fiches médicales de suivis des soins, des résumés cliniques de sortie et des certificats médicaux. Il est à noter que la plupart de nos informateurs affirment que la correspondance médicale la plus fréquemment reçue est la lettre d'orientation ce qui n'est pas le cas du compte rendu médical. Voici quelques exemples de réponses à la question que nous avons posée aux médecins spécialistes

Informateur 02 : alors en tant que gynécologue, je reçois beaucoup de lettres d'orientation pour un examen spécialisé ou une prise en charge du malade// et parfois

des comptes-rendus médicaux en plus des fiches médicales de suivi↓/(Annexe03, p.137)

Informateur 03 : nous recevons de la part des médecins généralistes des lettres d'orientation pour un examen spécialisé ou pour un avis spécialisé//euh/ et on reçoit parfois des comptes-rendus médicaux↓/(Annexe03, p.139)

Informateur 05 : nous recevons surtout des lettres d'orientation pour prise en charge de malade// parfois des lettres d'orientation pour un avis spécialisé et très très peu de comptes-rendus médicaux↓/(Annexe03, p. 144)

Informateur 06 : / nous recevons surtout des lettres d'orientation, et quelques fois des comptes-rendus médicaux↓/(Annexe03, p. 147).

Comme nous avons pu le constater nous-même, lors de notre collecte des données existantes ; celle des différentes correspondances médicales rédigées par les médecins généralistes, au niveau des différents établissements de santé du chef- lieu de la wilaya de Tébessa, les médecins spécialistes questionnés affirment que le nombre des comptes rendus médicaux disponibles ou rédigés est remarquablement inférieur à celui des lettres d'orientation médicales. Ceci s'explique, nous le rappelons, par le fait que les médecins généralistes ne rédigent les comptes rendus qu'à la demande d'un confrère ou du malade. Par ailleurs, dans le cas où ils le font, ils ne gardent pas de copies dans le dossier médical. Cela peut être également dû, selon les réponses à notre questionnaire, à la difficulté rédactionnelle d'un compte rendu médical par rapport à une lettre d'orientation. À partir des réponses à cette question, nous avons pu également recenser les différents objets des lettres d'orientation rédigées par les praticiens de la médecine générale, nous les citons : une prise en charge du malade ; un avis spécialisé ; une expertise ; un examen spécialisé à savoir une exploration radiologique.

- **Ces écrits sont-ils manuscrits ou tapuscrits ?**

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre IV, la conception de la grille de notre entretien s'est faite en même temps que la collecte des différentes correspondances médicales. Nous avons remarqué que ces dernières sont écrites soit à la main soit à l'aide de l'outil informatique. Nous nous sommes interrogée

sur le type d'écriture qui prédomine à l'ère du numérique, ainsi que sur l'effet qu'il a sur la qualité de la correspondance. Nous avons tenté, à ce propos de connaître le point de vue des destinataires du courrier médical. Tous les interviewés s'accordent à dire que la majorité des correspondances médicales qu'ils reçoivent de la part des médecins généralistes sont manuscrites. Rares sont celles qui selon eux sont tapuscrites. Voici des exemples de leurs réponses :

Informateur 01 : ben/ euh/ils sont toujours manuscrits↓/(Annexe03, p. 135)

Informateur 04 : manuscrits sauf ceux qui sont sous forme d'une fiche là il y a les deux une partie manuscrite et une autre tapuscrite↓/(Annexe03, p. 142)

Informateur 05 : euh/ dans la majorité des cas les correspondances sont manuscrites↓/(Annexe03, p. 144)

Informateur 07 : 99 % sont manuscrits↓/(Annexe03, p. 150)

Informateur 08 : euh// à 99 % ils sont manuscrits↓/(Annexe03, p. 152)

Informateur 10 : pour le moment/ 95 % de ces lettres sont manuscrites↓/(Annexe03, p. 158).

Nous avons tenté, de connaître l'impact de la modalité manuscrite sur l'écrit lui-même et sur sa compréhension en leur posant la question qui suit.

- **Pensez-vous que l'écriture manuscrite a un effet négatif sur la lecture et l'interprétation/compréhension du courrier ? Justifier votre réponse.**

À l'unanimité les médecins spécialistes que nous avons interviewés ont affirmé que l'écriture manuscrite a un impact négatif sur la qualité des correspondances médicales. Ils ont justifié cela, en premier lieu, par le caractère illisible que donne ce mode d'écriture à ces documents :

Informateur 04 : l'écriture manuscrite est dans la majorité des cas illisible/ ceci pose le problème de déchiffrement auquel on peut ajouter le manque d'informations// euh// ces correspondances contiennent des informations qui sont dans la majorité des cas incomplètes↓/(Annexe03, p. 142)

Informateur 06 : bah// souvent on a du mal à lire ces correspondances// les médecins ont eu l'habitude d'écrire rapidement lors de leur cursus de médecine/euh/ par conséquent/ ils ont une écriture illisible// on est obligé de faire un effort pour la déchiffrer↓/(Annexe03, p. 147)

Cet impact négatif est justifié, en deuxième lieu, par « *la présence de fautes d'orthographe* » (informateur N°01, annexe03, p. 135).

Nos interviewés ont aussi soulevé d'autres problèmes liés à l'illisibilité du courrier médical manuscrit : la difficulté voir l'impossibilité de le déchiffrer ; la perte de temps passé à le relire pour essayer de comprendre son contenu. Ce problème les amène à refaire l'examen médical du patient comme l'affirme cet informateur :

Informateur 03 : c'est simple// les médecins écrivent de manière illisible/ nous avons du mal à déchiffrer le contenu de la lettre dans la plupart des cas// Sans oublier le temps que nous fait perdre le déchiffrement de la lettre/euh/ c'est pourquoi on préfère souvent refaire l'examen du malade↓/ (Annexe03, p.139).

Les médecins spécialistes interrogés ont essayé de nous expliquer les raisons pour lesquelles l'écriture des médecins est illisible. Pour certains, c'est une habitude acquise durant leurs cursus de médecine, la nécessité de prendre des notes très vite est responsable de la mauvaise écriture de beaucoup de praticiens. Pour d'autres, c'est fait exprès de la part du médecin généraliste, comme le dit l'informateur N°05 : « *les médecins écrivent mal// je ne sais pas si c'est par habitude ou c'est fait exprès/ dans tous les cas ça ne nous facilite pas la lecture et la compréhension de leur courrier* »↓/ » (Annexe03, p. 144). Cette réponse fait écho à celle du répondant N°58 au questionnaire concernant l'usage des abréviations qui a avoué qu'il écrit en abrégé, pour gagner du temps et éviter les fautes d'orthographe. (Annexe02, p. 125). Un autre interviewé estime que l'illisibilité de l'écriture manuscrite des médecins généralistes, auteurs du courrier médical qu'il reçoit est due à la contradiction d'un système éducatif primaire et secondaire en arabe dont il déplore la qualité et un système supérieur en français ainsi qu'au mode de l'évaluation adopté dans l'enseignement universitaire. Nous reportons ci-dessous ses propos :

Informateur 08 : oui oui/ parfois elle a un impact négatif// parce que les écritures sont différentes/ on a de très mauvaises écritures comme on a de belles écritures/// L'écriture numérisée est de meilleure qualité/ mais jusqu'à présent l'écriture manuscrite est plus

usitée dans le courrier médical/ et on a des difficultés à la déchiffrer // la majorité des médecins aujourd'hui écrivent mal et/euh/ différents facteurs en sont responsables ...ça vient aussi du problème de l'arabisation/// toutes les promotions nouvelles ont suivi leur cursus scolaire en arabe // à l'université l'enseignement est dispensé en français, mais il n'ont pas vraiment le temps ni l'occasion de rédiger en français/// même le mode d'évaluation n'est pas souvent basé sur l'écrit/ On les évalue par des QCM donc/euh/ ils n'ont pas eu l'occasion de rédiger↓//euh/ pour éviter de montrer leur lacunes en français utilisent une écriture illisible [...] l.↓/ »(Annexe03, p. 152).

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre trois de notre thèse, le courrier médical doit être lisible, précis, clair et exact pour ne pas laisser de place à une mauvaise interprétation ou à une hésitation dans l'application de son contenu. Nous avons demandé à nos informateurs, quelle stratégie d'écriture (modalité manuscrite ou modalité informatisée) devrait être mise en œuvre pour assurer la lisibilité du courrier que leur transmettent leurs pairs généralistes. À l'unanimité, les interviewés ont affirmé que le recours à l'ordinateur pourrait remédier au problème de l'illisibilité du courrier médical.

En Algérie, actuellement, nous assistons à l'émergence de logiciels de gestion des cabinets médicaux qui permettent également la rédaction des ordonnances médicales avec l'outil informatique. Cependant cela reste une initiative modeste devant l'avancée des pays développés, qui ont abandonné carrément le papier et le stylo au profit du dossier médical et de la correspondance médicale numérisés.

2.3. IDENTIFICATION DES CORRESPONDANCES MÉDICALES LES PLUS DIFFICILES À RÉDIGER

Nous avons interrogé les médecins spécialistes sur les correspondances médicales rédigées par leurs confrères généralistes, afin de déterminer, quelles sont celles qui, de leur point de vue, sont non conformes aux exigences de la rédaction de ce type d'écrits, sur un plan formel mais aussi informationnel. Nous essayons, à travers la série de questions qui suit, de comprendre s'il s'agit des mêmes correspondances jugées difficiles à rédiger par les médecins généralistes que nous avons interrogés par questionnaire, ou s'ils estiment qu'il y en a d'autres qui doivent être améliorées. Notre démarche se justifie par le fait que les

médecins spécialistes destinataires du courrier des médecins généralistes peuvent constater certains manques ou imperfections que les généralistes ne perçoivent pas.

- **Le courrier envoyé par un médecin généraliste assure-t-il ses fonctions de liaison et d'information ?**

Les avis de nos informateurs sont majoritairement convergents : ils critiquent le courrier médical reçu de la part de leurs pairs généralistes du fait qu'il n'assure pas ses fonctions de liaison et d'information. L'informateur 04 par exemple déclare : « *malheureusement non* » (Annexe03, p.143). Les réponses des informateurs 02 et 09 sont respectivement : « *à 80 % non* » (Annexe03, p. 138), « *euh// en partie/ on va dire il y a que 20 % du courrier/euh/ qui assure le rôle de liaison et d'information* » (Annexe03, p. 157). L'interviewé 07 donne des informations supplémentaires :

en grande partie non/ il faut ajouter au problème des correspondances celui du changement du médecin traitant par le patient à chaque fois// les malades n'ont pas la notion du médecin praticien de famille/ et pour être précis en répondant à votre question/ c'est beaucoup plus les lettres d'orientation qui n'assurent pas du tout le rôle de liaison et d'information. La notion de communication entre médecin n'est pas bien assurée (Annexe03, p. 151)

Ainsi, selon ces avis, le courrier médical émanant des praticiens de la médecine générale du chef-lieu de la wilaya de Tébessa présente des lacunes en communication professionnelle. Le dernier informateur cité, en plus d'exprimer son insatisfaction sur la manière dont est rédigé le courrier médical qu'il reçoit, nous a devancée en précisant que ce problème a des répercussions sur la fonction des lettres d'orientation, « *elles n'assurent pas du tout le rôle de liaison et d'information* ».

- **Quel est le type de correspondances qui n'assure pas son rôle ? Justifiez votre réponse.**

Nous donnons dans ce qui suit des exemples de réponses à cette question que nous avons posée aux destinataires du courrier que nous avons interrogés.

Informateur 02 : puisque je reçois beaucoup de lettres// euh/ je dirai bien que ce sont les lettres d'orientation/// Il nous arrive de demander des comptes rendus médicaux mais là c'est encore pire/ on n'y trouve pas tout ce qu'on cherche// des détails concernant le malade et sa maladie ou bien son état parce que ce n'est pas toujours des malades c'est des patientes qui nous demandent de suivre leur grossesse↓/(Annexe03, p. 138).

Informateur 04 : c'est surtout les comptes rendus médicaux↓/(Annexe03, p. 143).

Informateur 06 : alors// puisque je reçois beaucoup de lettres d'orientation/ je dirai que ce sont les lettres d'orientation qui sont mal écrites et qui n'assurent pas leur rôle↓/(Annexe03, p. 148).

Informateur 07 : [...] et pour être précis en répondant à votre question/ c'est beaucoup plus les lettres d'orientation qui n'assurent pas du tout le rôle de liaison et d'information.(Annexe03, p. 151).

Informateur 09 : euh/ c'est toujours les lettres d'orientation// nous recevons des lettres avec un diagnostic vague/ par exemple douleurs au niveau du bras ou de l'abdomen/ ceci ne nous aide pas à bien comprendre le cas du malade// c'est pourquoi on préfère réexaminer le patient/// parfois le contenu de la lettre ne révèle pas du tout ce qu'on a trouvé après notre examen du patient↓/(Annexe03, p. 157).

D'après ces informateurs, les correspondances jugées problématiques, sont en premier lieu la lettre d'orientation. Ce type de courrier est celui qu'ils reçoivent en plus grand nombre et en deuxième lieu le compte rendu médical. Ces réponses convergent avec celles des médecins généralistes que nous avons interrogés. Selon les médecins spécialistes interviewés, qu'il s'agisse des lettres d'orientation ou des comptes rendus médicaux, les règles de bonne pratique de ce type de courrier ne sont pas respectées par leurs pairs généralistes et de ce fait, les échanges entre les destinataires et les destinataires du courrier ne peuvent être réalisés de manière optimale. Pour repérer les écueils à la compréhension dans les correspondances émanant des médecins généralistes, nous leur avons posé les questions qui suivent.

- **Quelles informations indispensables ne figurent pas dans la lettre d'orientation médicale ?**

Nos informateurs nous ont renseignée sur les différents éléments manquants dans les lettres d'orientation médicales rédigées par leurs collègues généralistes. Certains l'ont fait d'une manière sommaire, comme c'est le cas de l'informateur 01 qui nous explique : *« euh/généralement/ on ne trouve pas les informations recueillies à partir de l'examen clinique / les examens complémentaires/ on ne trouve pas le diagnostic évoqué plus ou moins confirmé↓/ »*(Annexe03, p. 136). D'autres, ont été plus explicites en énumérant les éléments manquants. Nous présentons ci-dessous des échantillons de ce type de réponses :

Informateur 03 : oui/ comme je viens de vous le dire/ il manque souvent des informations en rapport avec l'identité du malade/ par exemple son âge exact son sexe/// parfois le médecin se contente de mettre le nom et le prénom/// il y a aussi les antécédents// ils sont souvent négligés// le traitement qu'il prend /// en général/ les médecins généralistes se contentent de mentionner le motif de consultation avec l'examen demandé// faire s'il vous plaît une écho-cardio/ sans donner vraiment leur diagnostic sur la maladie↓/.(Annexe03, p. 142).

Informateur 05 : comme je vous l'ai dit à propos de toutes les correspondances/ dans les lettres d'orientation/ on ne trouve pas l'âge par exemple/ le poids// les antécédents du patient// s' il a des allergies ou pas/ le traitement qu'il prenait ou qu'il est en train de prendre/// en général le médecin se contente de noter le motif de consultation/ c'est-à-dire de quoi le malade se plaint/ et il nous l'envoie pour une meilleure prise en charge/ mais ça ce n'est pas suffisant↓/. (Annexe03, p. 147).

Outre les éléments manquants dans les lettres de liaison, nos informateurs ont évoqué l'usage des abréviations qui nuisent à la clarté de ces écrits.

Informateur 07 : bah/ généralement on oublie de mentionner les antécédents dans les lettres ou les comptes rendus alors que c'est capital// deuxièmement// actuellement on reçoit des lettres où le patient est désigné par l'abréviation d'un organe ou d'une maladie/ par exemple// LV/ c'est devenu un code/ HLB/ alors que le patient n'est pas une vésicule ou un fibrome // il a une identité/ des antécédents médicaux ou chirurgicaux et après/ le médecin doit déterminer l'affection dont souffre le patient, et qui permet de

proposer un traitement/ en d'autres termes il doit faire le diagnostic du patient/// ce que nous trouvons pas du tout ↓/. (Annexe03, p. 152).

Suite à notre entretien, nous avons classé les informations manquantes recueillies par les réponses à la question précédente, en deux catégories :

- les informations générales dites de base qui doivent impérativement figurer dans les lettres d'orientation : l'identité du médecin rédacteur (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone), la signature du médecin accompagnée de sa griffe, la date du courrier, la date et le lieu de la rédaction du document, l'identité du médecin rédacteur (expéditeur) ;
- les informations concernant le patient et sa maladie : l'identité du patient (nom et prénom, écrits en toutes lettres) son âge (ou sa date de naissance), son poids et sa taille, les résultats de l'examen clinique, les résultats des examens complémentaires, le diagnostic évoqué ou confirmé, les antécédents du malade (médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux), le traitement reçu, le traitement en cours et les allergies.

• **Comment expliquez-vous l'absence de telles informations dans les lettres d'orientation que vous recevez ?**

Voici quelques exemples de réponses qui nous ont été données à cette question.

Informateur 04 : c'est surtout un problème/ de formation auquel on peut ajouter le problème de la langue française qui se pose aujourd'hui↓/(Annexe03, p.144).

Informateur 05 : à mon avis/ c'est un manque de compétences si ce n'est pas un manque de formation// les médecins n'ont pas été formés à rédiger de telles correspondances↓/(Annexe03, p. 147).

Informateur 06 : alors/ concernant les médecins qui travaillent dans le secteur public/ je pense que c'est dû beaucoup plus à la charge du travail/euh// Le médecin n'a pas suffisamment de temps pour rédiger cette lettre// quant aux médecins exerçant dans le privé/ ils ont moins de charge// mais ils rédigent la lettre exactement de la même manière que celle d'un médecin qui travaille dans le public/// je pense que c'est une habitude↓/(Annexe03, p. 149).

Informateur 07 : alors/ soit les médecins ne prennent pas le temps suffisant et qu'il faut avec leur patients/ c'est-à-dire/ y compris moi/ on a tous ce problème on est pressé

dans le temps/ ça c'est en premier lieu// en deuxième lieu/ je pense qu'il y a un problème de/euh/ de langue française aussi// ils sont brillants/ c'est le fruit de la société qui fait médecine/ mais en réalité c'est pas de leur faute c'est au cours de toutes les années de leur enseignement qu'ils ont un problème de français// une fois à l'université/ euh / le médecin est surpris par cette langue/ donc il raccourci son écriture ou bien il écrit mal carrément// donc ce n'est plus un moyen de communication/ il faut revoir la base de ce problème↓/(Annexe03, p. 152).

La non-conformité des lettres d'orientation aux exigences du monde du travail médical a selon les interviewés qui ont participé à notre entretien plusieurs causes :

- l'incompétence professionnelle ;
- la charge du travail ;
- le manque d'expérience ;
- le manque de formation à la rédaction des correspondances médicales ;
- la maîtrise insuffisante de la langue française ;
- les mauvaises habitudes acquises durant l'exercice de la médecine.

Par conséquent, un besoin de formation en langue française s'affiche clairement, plus particulièrement en rédaction de deux types de courrier médical : la lettre d'orientation et le compte rendu médical.

- **Préférez-vous un compte rendu médical rédigé sous forme d'un texte (un bloc) ou bien sous forme de parties avec un intitulé pour chacune de ces parties ? Veuillez justifier votre choix.**

Pour un motif personnel, seul l'informateur 08 préfère recevoir un compte rendu médical dont le texte n'est pas structuré en parties. Il en donne les raisons :

Informateur 08 : En ce qui me concerne, / je préfère lire les compte rendus non délimités en paragraphes. // mais les comptes rendus présentés sous formes de paragraphes avec des sous titres, me semblent plus clairs, plus accessibles pour les personnes qui ont une maîtrise insuffisante du français/ /// c'est un petit peu le style du télégraphe/ facile à rédiger et facile à lire aussi// ↓/(Annexe03, p. 155).

L'informateur 01 par exemple, considère que : *« le compte rendu rédigé sous forme de parties avec des intitulés/ est un écrit plus organisé/ facile à lire et à comprendre// Il permet d'accéder à l'information recherchée sans perdre de temps↓/ »*(Annexe03, p. 136). L'informateur 06 pense : *« [...] que le compte rendu délimité en parties est plus facile à rédiger pour un médecin/// l'enchaînement des informations qui se fait dans un ordre précis/ permet aux médecins de ne rien oublier↓/ »* (Annexe03, p. 149). L'informateur 05 explique, justifie sa réponse en disant :

bon/ cette mise en forme nous permet de lire le compte rendu rapidement/ d'atteindre l'information voulue directement sans être obligé de lire l'intégralité du compte rendu// puisqu'il est délimité en parties// Cette mise en forme facilite aussi la rédaction du compte rendu// il y a un ordre dans lequel sont insérées les informations/ donc ça permet aussi de faciliter sa rédaction↓/.(Annexe03, p. 147).

L'ensemble des médecins spécialistes interrogés sur l'organisation structurelle du compte rendu médical, estime que le découpage du corps du texte en parties avec des intitulés rend son accès plus aisé. Cette structure facilite la lecture et la compréhension de l'écrit ce qui permet un gain de temps pour la prise en charge du patient.

- **Souhaiteriez-vous la modélisation de ces deux types de correspondances médicales ? Si oui, Pourquoi ?**

Des travaux de recherche ont étudié l'intérêt d'un modèle du courrier médical, notamment celui de l'admission. L'adoption d'un modèle standardisé, selon ces études, permet l'amélioration de la communication entre les praticiens de la santé. À ce propos Kong Win Chang, dans sa thèse de doctorat en médecine, stipule : *« une amélioration de la qualité des informations grâce à l'introduction de courriers préformatés a été mise en évidence par COUPER sur 254 courriers d'admission aux urgences, et JENKINS sur 100 courriers pour consultations cardio-pédiatrique »* (2009, p. 08). Elle explique : *« le courrier préformaté semble remplir une fonction de rappel, dans le sens où il incite le médecin rédacteur à recueillir puis noter les informations nécessaires à la continuité des soins, qui pourraient sinon lui échapper lors d'une rédaction « libre » »* (ibid , p.

26). Les lettres d'orientation et les comptes rendus médicaux sont les deux types de correspondances médicales qui posent des problèmes de rédaction aux médecins généralistes de la wilaya de Tébessa. Ils sont rédigés par ces derniers de manière libre, c'est-à-dire sans qu'ils ne soient guidés, ce qui n'est pas le cas pour les autres types de courrier médical, c'est-à-dire : les formulaires et les imprimés.

Nous avons demandé aux médecins spécialistes qui ont participé à notre enquête par entretien, s'ils souhaitent l'élaboration d'un modèle de la lettre d'orientation et du compte rendu médical afin de faciliter leur rédaction et leur lecture-compréhension. Hormis deux informateurs qui ont émis des réserves, l'ensemble des interviewés est favorable à cette idée. L'informateur 10 qui n'a pas soutenu cette idée, trouve que c'est difficile à réaliser, il affirme : *« c'est une tâche difficile// mais oui/ à condition que ça soit fait par des experts en la matière↓/ »*(Annexe03, p. 160).Il explique :

Je pense qu'on peut unifier la lettre d'orientation/ parce qu'en général il y a les mêmes informations// par contre pour le compte rendu médical// ça n'est pas possible/ chaque service a une spécificité/ donc le compte rendu médical peut à mon avis être différent ↓/ » (Ibid.).

Voici quelques arguments d'interviewés favorables à l'adoption d'un modèle standardisé du courrier médical :

Informateur 03 : je pense que ça sera plus facile à rédiger// comme c'est le cas pour l'ordonnance// ça permet d'éviter des omissions d'informations// surtout en ce qui concerne le compte rendu/// Je pourrai même dire qu'un modèle ou un prototype d'une correspondance médicale pourrait servir de rappel au médecin↓/(Annexe03, p. 142).

Informateur 06 : bah// je pense que ce serait comme le cas des certificats médicaux/ ça ça nous fait gagner du temps/ ça permet de faciliter la rédaction et même la lecture// surtout pour le compte rendu médical/euh/ puisqu'on doit mentionner de nombreuses informations concernant le patient↓/(Annexe03, p. 149).

Informateur 09 : bah oui// un modèle préétabli codifié en quelque sorte aide le médecin à mieux rédiger sa lettre d'orientation ou bien son compte rendu il oublie une partie ou une information/ le prototype ou bien le modèle proposé servira de rappel↓/(Annexe03, p. 158).

Ainsi, nos informateurs sont favorables à l'élaboration d'un modèle d'une lettre d'orientation et un du compte rendu médical et ce pour les mêmes motifs avancés par leurs pairs Kong Win Chang, *COUPER* et *JENKINS* : l'amélioration de la communication entre les médecins, la simplification de la rédaction et la lecture de la correspondance médicale.

Bilan

L'analyse des besoins langagiers du public concerné par notre recherche, recueillis par le biais de l'entretien avec les médecins spécialistes, nous a permis de confirmer certaines données recueillies par le questionnaire et d'obtenir des informations complémentaires fournies par ces médecins. À travers les représentations qu'ont les destinataires du courrier médical émanant de leurs collègues généralistes, nous avons pu déterminer le type de correspondance médicale qui pose le plus de problème rédactionnel, mais aussi de lecture-interprétation. Il s'agit des mêmes correspondances citées par les médecins généralistes auxquels nous avons soumis le questionnaire, à savoir la lettre d'orientation et le compte rendu médical. La première difficulté rédactionnelle rencontrée par le public concerné par notre recherche est la méconnaissance des composantes de ces correspondances. Les médecins spécialistes ont également soulevé les problèmes de l'écriture manuscrite, difficile à déchiffrer et l'emploi d'abréviations parfois incompréhensibles dans le courrier rédigé par leurs confrères généralistes. Ces problèmes peuvent avoir des conséquences néfastes et être à l'origine de soins inadaptés administrés aux patients. Nos interviewés estiment que les médecins généralistes scripteurs du courrier qu'ils reçoivent, ont besoin d'approfondir les compétences liées à la présentation, la conception des lettres d'orientation et des comptes rendus, de développer des connaissances sur les normes et les conventions de ce type d'écrit. Si les médecins spécialistes ont évoqué les problèmes auxquels sont confrontés leurs confrères généralistes, concernant la maîtrise insuffisante du code linguistique ; c'est-à-dire des éléments de la compétence en écriture relatifs à la connaissance générale du français ainsi que ceux relatifs à l'organisation et au fonctionnement du discours

spécialisé, ils n'ont pas précisé quels sont ces éléments. Pour mieux cerner ce problème nous avons procédé à une analyse d'un échantillon de ces deux types de correspondances. Nous présentons dans ce qui suit les résultats de notre analyse.

3. Analyse des correspondances collectées

Comme nous l'avons mentionné plus haut, cette analyse concerne les correspondances médicales jugées difficiles à rédiger par nos questionnés, mais aussi, non conformes aux exigences de la communication écrite entre médecins, selon nos interviewés. Le corpus collecté comporte un échantillon de soixante lettres d'orientation et quarante comptes rendus. Nous tenons à rappeler que le choix de ces correspondances s'est fait de manière à ce qu'elles ne soient pas rédigées par le même médecin généraliste. Ceci nous permet d'identifier les difficultés rédactionnelles qu'éprouve un panel large et diversifié de médecins généralistes. L'analyse des deux types de correspondances est réalisée à partir de grilles d'analyse : une linguistique et deux discursives que nous avons présentées dans le chapitre précédent. Concernant la lecture et le déchiffrement du contenu des correspondances, notamment des lettres d'orientation qui sont manuscrites, nous rappelons que nous avons une expérience de seize ans dans le domaine paramédical. Par conséquent, nous nous sommes habituée à lire différents documents médicaux (ordonnances médicales, comptes rendus médicaux, lettres d'orientation, résultats d'examens biologiques et radiologiques ...) manuscrits ou tapuscrits. Par ailleurs, nous avons demandé dans les cas où nous avons eu des difficultés à les déchiffrer, l'aide de deux médecins (un généraliste et un spécialiste) et d'une sage-femme.

3.1. Résultats de l'analyse linguistique des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

L'analyse linguistique aborde dans un premier temps la lisibilité du corpus analysé. Dans un deuxième temps, elle porte sur des points de langue : l'orthographe, la grammaire, la syntaxe et le vocabulaire. Notre analyse concerne

également et dans un troisième temps, l'usage de la ponctuation et le respect de la mise en page. Le dépouillement de notre corpus nous a permis de relever différentes erreurs d'ordre linguistique, de ponctuation et de mise en page dont la fréquence de récurrence est élevée. Nous présentons dans ce qui suit les résultats de cette analyse tout en exemplifiant chaque point quand cela est nécessaire.

3.1.1. Lisibilité de l'écriture

Les médecins sont réputés pour leur écriture rapide et parfois illisible. Mais quand est-ce nous pouvons considérer un courrier médical comme étant illisible ? Selon Jacques DARDENNE, la correspondance médicale en général et la lettre d'admission ou d'orientation en particulier « *est considérée comme non lisible lorsque plus de 3 mots sont indéchiffrables à la lecture d'investigation* » (2006, p. 10). La lecture de notre corpus, composé de quarante comptes rendus et de soixante lettres d'orientation, nous a permis de constater qu'en ce qui concerne les comptes rendus médicaux, trente-quatre sont tapuscrits et leur lisibilité est assurée à 100%. Six sont manuscrits cependant leur lecture ne nous a pas posé de problème, leur écriture étant tout à fait lisible. Concernant les lettres d'orientation, la totalité de l'échantillon est manuscrite. L'écriture de 41.66% des lettres est illisible, ce qui représente un taux considérable : 25% de l'ensemble du corpus analysé qui ne peut être négligé. À titre d'exemples nous présentons deux lettres d'orientation (N°24 et N°41) illisibles :

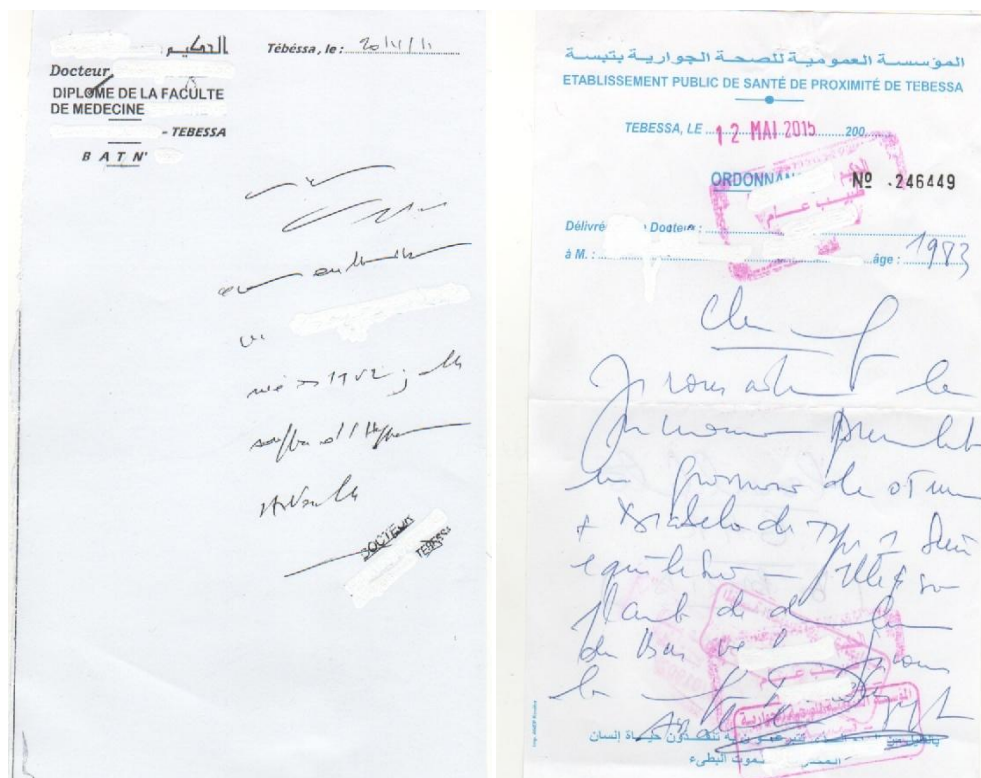


Figure N° 12 : exemples de lettres d'orientation illisibles

Cette écriture non lisible est justifiée, selon nos questionnés et nos interviewés, par des arguments que nous avons donnés précédemment : une habitude acquise durant le cursus de médecine due à la nécessité de prendre des notes très vite, contourner les difficultés d'expression et d'orthographe. Même si la première justification semble légitime, les médecins doivent rédiger un courrier lisible, précis, compréhensible pour ne pas laisser de place à une mauvaise interprétation ou à une hésitation dans l'application de son contenu. Notons que ce n'est pas parce qu'un écrit est illisible qu'il contient forcément des fautes de langue. Nous continuons la présentation des résultats de l'analyse linguistique qui concerne désormais l'échantillon lisible de notre corpus. Ce dernier se compose de soixante-quinze documents : quarante comptes rendus et de trente-cinq lettres d'orientation. Le deuxième item de la grille de cette analyse est celui de l'orthographe que nous examinons dans ses deux composantes : lexicale et grammaticale. Nous entendons par, « *orthographe lexicale, la façon d'orthographier les mots en conformité avec les conventions de notre système*

d'écriture»⁶² (STANKE, 2017 et al.). L'analyse de notre échantillon de correspondances lisibles nous a permis de relever différents types d'erreurs. Nous les présentons dans ce qui suit, tout en les exemplifiant.

3.1.2. L'orthographe lexicale

- Omission des accents (aigue, grave, circonflexe)

Nous avons constaté l'omission totale ou partielle des accents dans la majorité des copies analysées. Soixante et une correspondances sur les soixante-quinze (61/75) ne respectent pas l'accentuation des mots. Nous citons à titre d'exemple :

Compte rendu N°10 : « *necrose surmontee* » pour « nécrose surmontée », « *TDM cerebrale* » pour « Tomodensitométrie cérébrale » (Annexe05, p. 187).

Compte rendu N°39 : « *Etat generale* » pour « état général », « *signe d'hepathopathie* » pour « signe d'hépathopathie » (Annexe05, p. 202).

Lettre d'orientation N°58 : « *cher confrere* » pour « cher confrère », « *susnome sus Age* » pour « sus nommé sus âgé » (Annexe04, p. 174).

Lettre d'orientation N°39 : « *qui presente* » pour « qui présente », « *eventuelprelevement* » pour « éventuel prélèvement ». (Annexe04, p. 171).

Nous avons remarqué également que l'omission des accents est plus fréquente dans les correspondances manuscrites que dans celles qui sont tapuscrites. L'usage de l'outil informatique, qui propose une correction instantanée des erreurs, n'a pas empêché l'omission des accents sur les lettres normalement accentuées, notamment quand celles-ci sont écrites en majuscule.

⁶² *L'orthographe lexicale et grammaticale* de STANKE Brigitte, DUMAIS Chritian et MOREAU André C disponible sur : https://www.academia.edu/16632649/L_orthographe_lexicale_et_grammaticale_partie_2 Consulté le 10/06/ 2017.

- **Emploi erroné des majuscules**

Plusieurs correspondances analysées, comportent des phrases qui commencent sans majuscules, et d'autres où les majuscules sont présentes au début de chaque mot. Exemple :

Lettre d'orientation N°46 : « *cher confrère* », « *permettez-moi de vous adresser* » (Annexe04, p. 173).

Lettre d'orientation N°58 : « *Je Te confier Pour Avis Specia + Echocardio* » (Annexe04, p.174).

Compte rendu N°27 : « *L'examen A L'admission* » (Annexe05, p. 199).

Par ailleurs nous avons constaté un usage erroné des majuscules dans la transcription des éponymes. Les scripteurs des correspondances analysées ont choisi d'écrire ces derniers soit entièrement en minuscules soit entièrement en majuscules, comme le montrent les exemples suivants : « *maladie de wilson* » et « *maladie de FONCONI* » tirés respectivement des comptes rendus numéro 06 et 39 (voir annexe05, pp. 181-202).

- **Usage inapproprié des abréviations**

Sur les soixante-quinze copies analysées, seulement sept sont dépourvues d'abréviations. L'usage de ces dernières ne concerne pas uniquement les termes médicaux, mais aussi le vocabulaire général. Nous citons à titre d'exemple : « vs » pour « vous », « paro » pour « présentation », « S » pour « sans », « pr » pour « pour », « ATCD » pour « antécédent », « dt » pour « droit », « gch » pour « gauche », « Vx » pour « vaisseaux », « mb » pour « membre », « echo A/P » pour « échographie abdomino-pelvienne ». etc. L'abréviation que nous avons relevée dans la moitié des lettres d'orientation est : « PEC » qui signifie « prise en charge ». Si certaines abréviations sont conventionnelles et connues de tous les praticiens de la médecine, d'autres ne le sont pas et sont source d'ambiguïté pouvant induire le destinataire de la correspondance médicale en erreur.

3.1.3. L'orthographe grammaticale

L'orthographe grammaticale « concerne les marques syntaxiques (marques de genre, de nombre des noms, des pronoms personnels et des adjectifs, marques de mode, de temps, de genre et de nombre pour les verbes) » ibid. Notre analyse linguistique nous a permis de relever les erreurs suivantes :

- Omission ou adjonction des marques d'accord en genre et/ou en nombre

Nous avons relevé des erreurs d'accord en genre et en nombre dans 55 sur 75 copies analysées. Soit un pourcentage de 73.33%, ce qui représente un taux élevé. Ces erreurs consistent en l'omission de la marque d'accord dans certains cas et en son adjonction dans d'autres. Nous pouvons citer à titre d'exemples :

- omission : «Il s'agit de la patiente âge de 63 ans hypertendu admis [...] à l'arrivé[...] la région parietal G »(Compte rendu N°24,annexe05, p. 196), « ponction pleural» (Compte rendu N°02, annexe05, p. 175), «plaie au niveau de la tete suturé à 5 points» (Lettre d'orientation N° 08, annexe04, p. 162).
- adjonction :«diabète inaugurale» (Lettre d'orientation N°11, annexe04, p. 165), «antécédents personnelles»(Compte rendu N°05, annexe 05, p. 180)L'erreur d'adjonction qui revient souvent dans les lettres d'orientation est : «Chere confrere»(Lettres d'orientation N° 08, 12, 23, 26, 28, 46, 51 et 60, annexe 04, p. 162, 165, 168, 169, 170, 173, 174).Les ordonnances ci-dessous en donnent des exemples.



Figure N° 13. Exemples d'erreur d'accord en genre

L'analyse linguistique nous a permis également de constater que les catégories grammaticales les plus concernées par les erreurs d'accord en genre et en nombre sont : l'adjectif et le verbe, plus précisément, l'adjectif qualificatif et le participe passé. Les exemples de ce type sont nombreux. Nous en citons quelques-uns : « *l'évolution est marqué* » (Compte rendu N°15, annexe05, p. 190), « *l'intervention a été reporté* » (Compte rendu N°20, annexe05, p. 194), « *la susnommée sus âgée qui s'est présenté* » (Lettre d'orientation N°28, annexe 04, p. 170).

- Confusion entre les homophones : a/à, ou/où

Parmi les erreurs qui reviennent souvent dans les correspondances analysées, qu'elles soient manuscrites ou tapuscrites, la plus récurrente est celle de la confusion entre les homophones : a/à et ou/où. Nous citons à titre illustratif les exemples suivants : « *originaire et demeurant a Tébessa [...] le malade à été dialysé [...] le malade à bénéficié de la confection d'une FAV* » (Compte rendu N°20, annexe 05, p. 194), « *motif d'hospitalisation pendant un jour le 26/01/2009 au service d ORL à Annaba ou on lui a pratiqué un méchage postérieur* » (Compte rendu N°22, annexe 05, p.195), « *Le début de la maladie semble remonter à 03 ans au paravent ou la mère a remarqué la stagnation de la croissance* » (Compte rendu N° 07, annexe 05, p. 184). Nous avons constaté que cette erreur se répète dans 36% des copies analysées, parfois à plusieurs reprises dans la même copie, comme c'est le cas dans le compte rendu N°20, où nous avons relevé cinq lieux de confusion entre le « à » et le « a ».

- Confusion entre les formes du /e/ et du /ɛ/ en final d'un mot

Les scripteurs du corpus analysé confondent les différentes formes des phonèmes /e/ et /ɛ/ lors de leur transcription orthographique en final d'un mot. 46,66% du corpus analysé comportent une ou plusieurs formes graphiques erronées du premier phonème, c'est-à-dire le /e/ et quelques cas d'erreurs de la graphie du /ɛ/. En voici quelques exemples : « *L'examen a L'arrivé a Retrouvait* » (Compte rendu N° 15 et 32, annexe 05, pp. 190-200) , « *s'est presente* » (Lettre

d'orientation N°23 ,annexe 04, p. 168), « *une FNS a été demander* » (Compte rendu N°06, annexe05, p. 181), « *une plaît* » (Lettre d'orientation N°40, annexe04, p. 171), « *l'exploration radiologique réalisée (Rx, TDM cranio-cérébrale+ Rachi cervical) a objectivée* » (Compte rendu N°16, annexe05, p. 191). La confusion entre les formes du /e/ concerne, en premier lieu, le participe passé des verbes du premier groupe. En deuxième lieu, cette confusion concerne aussi les noms.

3.1.4. La morphosyntaxe

L'analyse morphosyntaxique du contenu des correspondances qui forment notre échantillon nous a permis d'identifier des erreurs relevant de : la désinence d'un verbe complément d'un autre verbe, le choix de l'article du nom (défini ou indéfini), l'ordre des éléments dans la phrase

- Désinence d'un verbe complément d'un autre verbe

L'erreur relevée dans plusieurs lettres d'orientation est celle portant sur la désinence d'un verbe complément d'un autre verbe. En voici un exemple : «*permettez moi de vous adressez* ». Il est clair que les rédacteurs de ces lettres (comme le montre les exemples ci-dessous) ont conjugué le deuxième verbe (adresser) avec le pronom (vous) qui est, dans ce cas, un pronom complément antéposé et non pas un sujet. Ce verbe doit être à l'infinitif étant donné qu'il est complément du verbe précédé par la préposition (de).



Figure N° 14 : exemple d'erreur de désinence d'un verbe complément d'un autre verbe

- Choix de l'article (défini ou indéfini)

Dans deux correspondances analysées, le choix de l'article qui détermine un nom écrit en abréviation est erroné. Tels sont les cas : de «*un TDM* »(Compte rendu N° 02, annexe05, p. 175), (la forme intégrale de cette abréviation est tomodensitométrie, nom féminin) et «*un DDR* »(Lettre d'orientation N°15, annexe 04, p. 166), DDR est l'abréviation de la Date des Dernières Règles. La fréquence de ce type d'erreur est limitée.

- L'ordre des éléments dans la phrase

Dans des documents, peu nombreux, le médecin formule ses phrases en juxtaposant des éléments d'une manière incorrecte, ce qui rend ses constructions agrammaticales et/ou asémantiques. Dans l'exemple suivant : « *TV : col epaix ouvert à un doigt cephalique, mobile flotante.* »(Lettre d'orientation N°05, annexe 04, p. 162), le médecin a mentionné plusieurs signes cliniques successivement, sans respecter un ordre logique, de ce fait son énoncé n'est pas compréhensible. Il en est de même concernant l'exemple : « *il s'agit du patient (X) 44 ans sans antécédents à notre niveau de service le : 06/01/2015 pour la prise en charge d'une détresse respiratoire à l'arrivé.* »(Compte rendu N°22, annexe05, p. 195)...

3.1.5. Le lexique

Le lexique le plus usité par les rédacteurs des correspondances médicales analysées est la terminologie médicale. Son orthographe que nous avons vérifiée à l'aide d'un dictionnaire médical, ne leur pose en générale pas de problèmes, même quand il s'agit d'abrégements. Concernant le lexique général, les médecins choisissent un vocabulaire simple et univoque, nous n'avons pas relevé un usage erroné, c'est la raison pour laquelle, cette compétence linguistique ne nécessite pas une prise en charge dans la proposition didactique que nous ferons.

3.1.6. La conjugaison

Nous avons constaté que les erreurs de conjugaison commises par les médecins généralistes auteurs du corpus analysé sont minimales. Ce constat concerne la conjugaison du verbe au présent de l'indicatif dans les cas suivants : le complément d'objet direct ou indirect est antéposé ; le verbe est à la forme pronominale ; le sujet du verbe est formé d'un groupe nominal. Voici les erreurs qui ont été relevées : « *je le confit* » (Lettre d'orientation N°10,13, annexe 04, pp. 164-166), « *je me permet* » (Lettre d'orientation N°40, annexe04, p. 171), « *Je Te Confier* » (Lettre d'orientation N°58, annexe04, p. 174), « *les examens paracliniques revient* » (Compte rendu N°19, annexe05, p. 192). Ce type d'erreurs n'étant pas récurrent dans les documents analysés comme c'est le cas pour le choix de l'article, il ne sera pas abordé dans les activités dans notre proposition didactique.

3.1.7. La ponctuation

L'analyse des soixante-quinze correspondances lisibles nous a permis de constater que la ponctuation est utilisée de manière indue. Ce constat concerne aussi bien les lettres d'orientation que les comptes rendus médicaux. Le point final, par exemple, est absent dans la quasi-totalité des lettres. Les virgules sont mises de façon inappropriée. Les tirets sont rarement utilisés pour l'énumération. Dans des documents de l'échantillon analysé, la ponctuation est complètement absente (cf figure N°15). Nous avons remarqué aussi que l'usage des signes de ponctuation est plus fréquent dans les comptes rendus médicaux tapuscrits que dans ceux qui sont manuscrits et dans les lettres d'orientation. Cependant, leur emploi respecte rarement les règles d'usage.

3.1.8. La mise en page

Les lettres d'orientation que nous avons analysées sont toutes rédigées sur un formulaire d'une ordonnance médicale. La mise en page de toutes ces lettres n'est pas respectée. L'espace réduit réservé au corps de la lettre fait que ce

dernier s'étale parfois au verso du formulaire sur lequel sont mentionnées également et dans plusieurs lettres les coordonnées du destinataire. Quant aux comptes rendus médicaux, ils sont rédigés sur une feuille A4, cependant leur mise en page n'est pas respectée. Plusieurs éléments y manquent, à savoir l'identification du médecin émetteur, la date et le lieu de la rédaction du compte rendu... Ceux qui sont mentionnés ne suivent pas un ordre logique. À titre illustratif citons le compte rendu N°11(voir annexe05, p. 188) où l'en-tête du document comporte les informations concernant l'identité du malade et ses antécédents ainsi que le nom du médecin destinataire. L'intitulé de la correspondance quant à lui est remplacé par l'indication du diagnostic de la maladie. Le compte rendu N° 26, qui semble avoir une mise en page acceptable enregistre quand même quelques imperfections telles que : la redondance des informations concernant l'identité du patient, l'indication du courriel du médecin émetteur au niveau de la dernière ligne du dernier paragraphe du compte rendu. Pour illustrer notre propos nous présentons ci-dessous des exemples de compte rendu et de lettre d'orientation.

EPA Bouguerra Boulares
Unité d'oncologie médicale.

à l'unité de
DR.

DR.

Compte Rendu médical.

Patient(e) [redacted] âgé(e) de 52 ans originaire
et demeurant à Tebessa. marocain.

Suivi depuis juin 2014 pour néoplasie du sein gauche
classé T₄ N₁ M₁ (métastases osseuses) R⁺ H⁺, Her 2⁺.

Scintigraphie osseuse initiale montre hyperfixation de la quasi
totalité du squelette.

une chimiothérapie initiale a été entamée avec Zometa.

C₁ 07/08/2014 → C₈ 08/01/2015 (protocole AT).

Puis une progression clinique objectivée sur le sein,
conduit à un changement de protocole Lapatinib + Zometa
+ Femara.

On a noté une régression de la lésion en chou-fleur.
Donc on a procédé à une mastectomie de prophylaxie.
Patient(e) mise sous Zometa + Femara.

TDM Thoracique faite en Avril 2016 objective
un tassement vertébral de D₂ D₅ et D₉ et importante lyse
au niveau de la tête humérale.

Je vous la confie pour PEC spécialisée.

DR.

Salutations

Figure N° 15. Exemple de compte rendu dont la mise en page n'est pas respectée

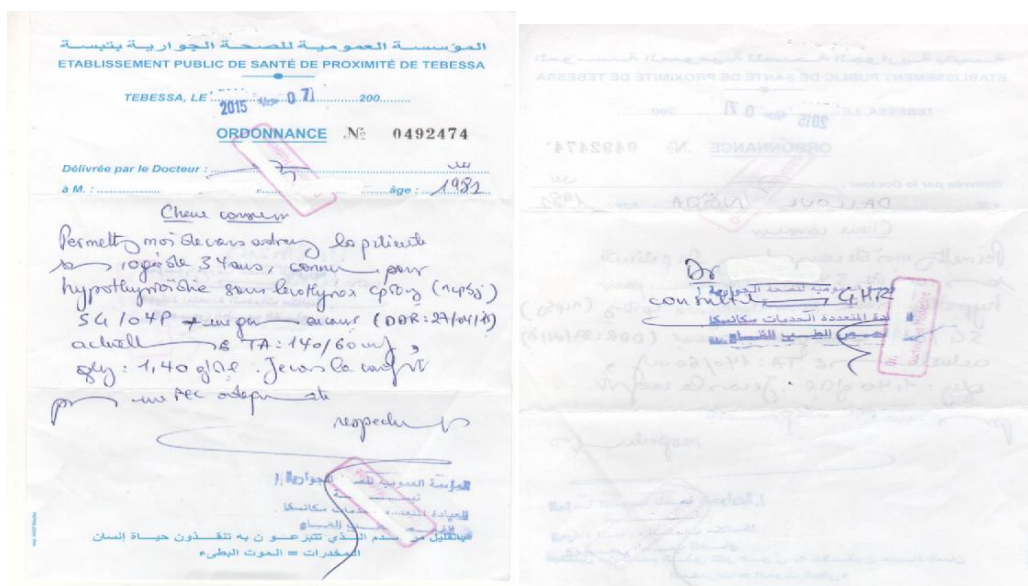


Figure N°16. Exemple de lettre d'orientation dont la mise en page n'est pas respectée (image recto-verso)

3.2. Résultats de l'analyse discursive des lettres d'orientation médicales

L'analyse discursive des lettres d'orientation nous a permis de relever les éléments constitutifs qui y manquent. Le tableau ci-dessous indique le pourcentage d'absence de chaque élément. Nous avons présenté ces pourcentages selon un ordre décroissant.

Nature de l'élément absent de la lettre d'orientation	Taux d'absence %
Identification du destinataire	91,66%
Identification du médecin émetteur	86,66%
Résultat de l'examen clinique	83,33%
Résultats des examens complémentaires significatifs (biologiques et/ou radiologiques)	//
Diagnostic évoqué ou confirmé	80,00%
Antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux	71,66%
Formule de courtoisie	58,33%
Âge ou date de naissance du patient	33,33%
Motif du contact	18,33%
Formule d'appel	10,00%
Objet de la lettre	01,66%
Signature de l'émetteur	//

Tableau N° 13 : Résultats de l'analyse discursive des lettres d'orientation

Comme le montre le tableau, 91,66% des lettres d'orientation ne comportent pas l'identification du médecin destinataire. Cette mention est remplacée dans la majorité des cas, telle que nous la voyons dans la figure ci-dessous, par le nom du service où exerce le destinataire, à titre d'exemple « service maternité » (Lettre d'orientation N°31, annexe 04, p. 170), « PU Alia Salah »(Lettre d'orientation N°21, annexe 04, p.167).

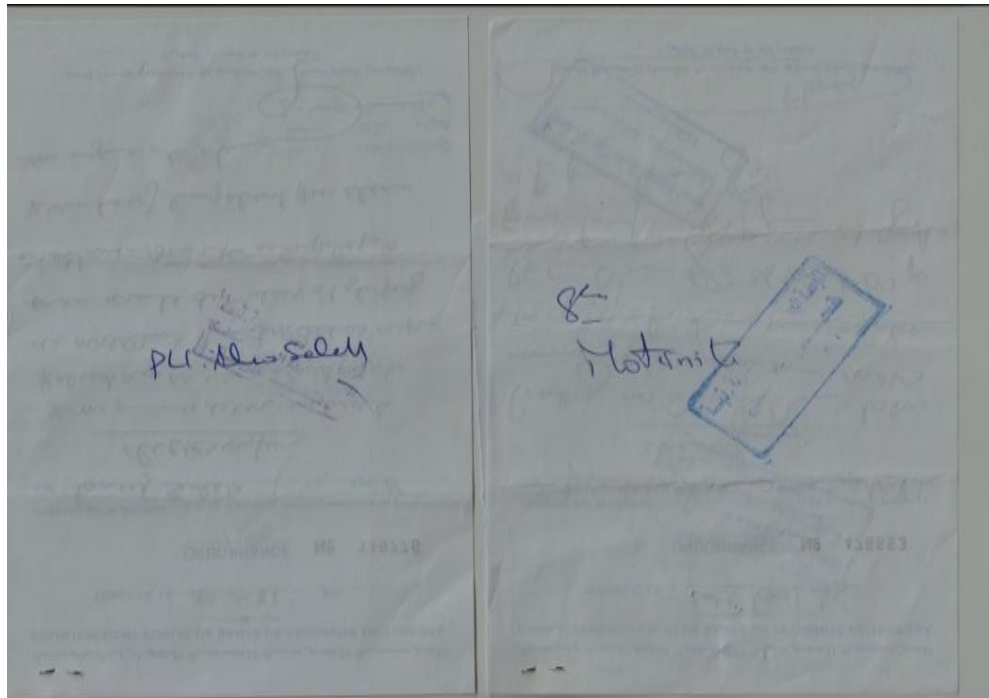


Figure N°17.Exemple de l'indentification du destinataire

Nous constatons aussi l'absence de l'identification du médecin rédacteur dans 86,66% des lettres analysées. Comme nous pouvons le constater dans les exemples qui précèdent, le médecin destinataire remplace cet élément par sa griffe (la pose de son tampon). Les mentions que porte ce dernier ne sont pas claires dans la majorité des cas. De surcroit, elles ne contiennent pas les coordonnées du médecin émetteur. Par conséquent, il est difficile, parfois impossible de l'identifier voire de le contacter en cas de besoin.

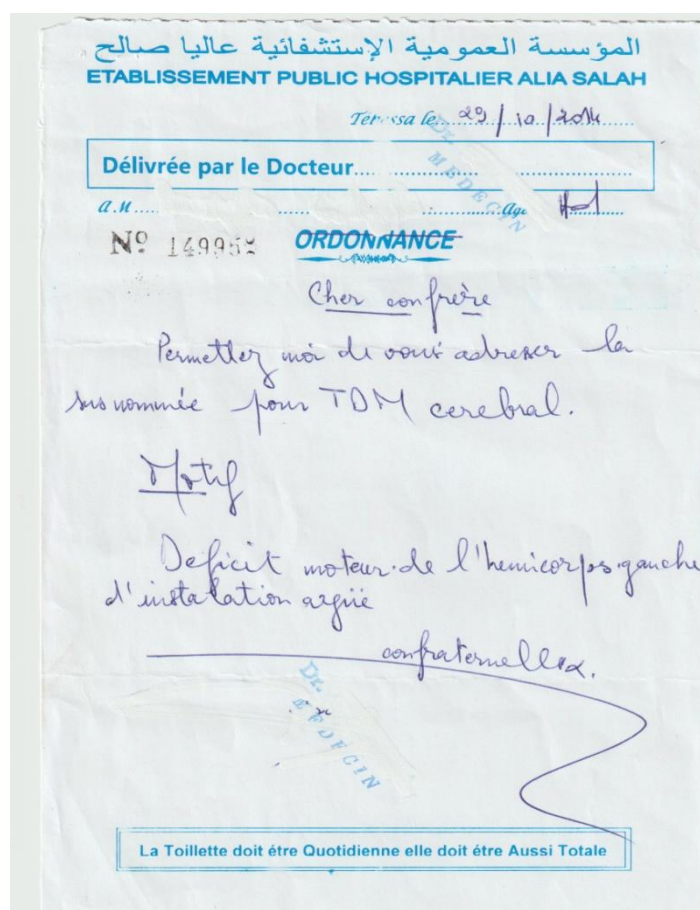


Figure N°18. Exemple d'une lettre d'orientation sans identification de l'émetteur

Nous constatons également que le résultat de l'examen clinique et des examens complémentaires (biologiques et/ou radiologiques) ne figure pas dans la lettre d'orientation. Ce constat concerne 83,33% des lettres analysées. Quant à l'information relative au diagnostic évoqué ou confirmé, elle est absente dans 80% des lettres d'orientation. Comme le montre la lettre d'orientation qui précède, le médecin a mentionné : « *deficit moteur de l'hémicorps gauche d'installation aigüe* » (Lettre d'orientation N° 09, annexe04, p. 163), ce qui est un signe d'une maladie et non pas un diagnostic. Les antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux du malade sont aussi des éléments qui manquent dans le courrier analysé avec un taux de 71,66%. Or, tous ces éléments (résultat de l'examen clinique, ceux de l'examen complémentaire, les antécédents, le diagnostic) sont importants pour la continuité et la prise en charge du patient. À titre d'exemple, nous citons le corps de la lettre d'orientation

N°19 qui se limite à la phrase suivante : « *faire avis de traumatologie* »(Annexe 04, p. 167).

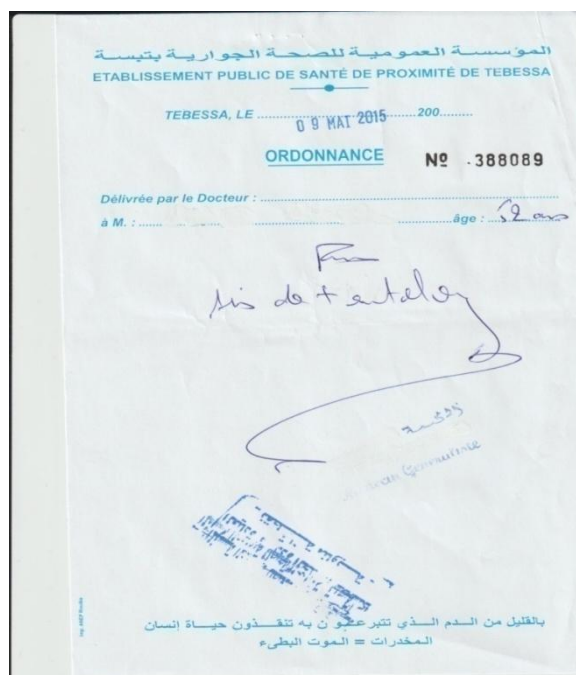


Figure N° 19. Exemple d'une lettre d'orientation pauvre en informations

Le contenu de la lettre ne comporte pas d'informations sur l'état de santé du malade, ce qui n'aide pas le destinataire à effectuer l'examen demandé, il sera obligé à refaire la consultation. Nous remarquons également, dans ce même exemple, l'absence de la formule d'ouverture. Le médecin a formulé sa demande d'un examen spécialisé en utilisant l'infinitif. Ceci pourrait être interprété par son destinataire comme un manque de courtoisie ou un ordre. La même lettre se termine par une signature et ne comporte pas une formule de politesse. En effet, l'absence de la formule de courtoisie concerne 58,33% des lettres analysées. L'âge du patient ou sa date de naissance, n'est pas indiqué dans 33,33% des lettres analysées, alors que c'est un élément pivot, car c'est en fonction de cette information que le médecin prend plusieurs décisions, à savoir : le type du matériel médical à utiliser, la posologie et la durée de la prise du médicament à administrer... L'âge est souvent remplacé par les mentions « adt » ou « enf » qui sont l'abréviation respective de « adulte » et « enfant ». Les images ci-dessous des lettres N° 09 et 13 en sont des exemples.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بتبسة
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DE PROXIMITÉ DE TEBESSA

TEBESSA, LE 08/05/1999 200

ORDONNANCE N° 0054817

Délivrée par le Docteur : *[Signature]* âgé : *50*

à M. : *[Signature]*

المؤسسة العمومية الإستشفائية
بوقرة بولعمراس - تبسة
ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER
BOUGUERRA BOULARES - TEBESSA

N° 0098499

Tébessa, le 30-03-2003

الطبيب المعالج
Médecin Consultant

المعيّنات الخارجيّة
Consultations Externes

العمر : *50*

ORDONNANCE

[Signature]

Je ne puis de nos adresser

Figure N°20. Exemples de la mention de l'âge en abréviation

Dans 18,33% des lettres analysées, le motif de contact ; c'est-à-dire la raison pour laquelle le malade s'est présenté pour une consultation médicale, n'est pas mentionné. Il est clair que le médecin destinataire du courrier a besoin de savoir de quoi se plaint le patient qui lui est adressé, sinon il est contraint de refaire l'interrogatoire. Pas loin de ce pourcentage, soit 10%, des lettres analysées ne comportent pas la formule d'appel avec laquelle le médecin rédacteur est censé commencer la rédaction de sa correspondance. Nous avons observé l'absence d'autres éléments à un pourcentage égal à 01,66%: l'objet de la lettre et la signature de l'émetteur. Ce faible pourcentage s'explique par le fait que certains destinataires du courrier médical imposent la présence de ces éléments. Tel est le cas de la sécurité sociale qui exige la mention de la signature du médecin émetteur pour que le malade puisse bénéficier du remboursement des frais de l'examen médical. Notre analyse discursive des lettres d'orientation médicale a mis en évidence la méconnaissance des composantes de ce type de

correspondance par un grand nombre de médecins soumis à notre enquête. L'examen de notre corpus nous a permis également de constater que les éléments constitutifs de la lettre d'orientation, surtout ceux qui doivent être mentionnés dans le corps de la lettre, ne sont pas convenablement structurés.

3.3. Résultats de l'analyse discursive des comptes rendus médicaux

Nous présentons, dans ce qui suit, les résultats de l'analyse discursive des comptes rendus médicaux selon la grille d'analyse discursive préétablie. Le tableau ci-dessous représente les taux d'absence enregistrés pour chaque élément. Ils sont indiqués dans un ordre décroissant.

Éléments absents du compte rendu médical	Taux d'absence%
- Identification du médecin émetteur	92,50%
- Diagnostic évoqué ou retenu	60%
- Conclusion sous forme de synthèse	52,50%
- Histoire de la maladie	//
- Lieu du contact du patient	37,50%
- Évolution de la maladie	//
- Résultats de l'examen clinique	35%
- Date et lieu de la rédaction du compte rendu	20%
- Traitement réalisé	//
- Antécédents du patient et mode de vie	12,50%
- Résultats des examens complémentaires significatifs	//
- Motif du contact	10%
- Signature et tampon du médecin émetteur	07,5%
- Âge ou date de naissance du patient	02,50%

Tableau N° 14. Résultats de l'analyse discursive des comptes rendus médicaux

Comme nous pouvons le constater dans le tableau qui précède, la majorité des comptes rendus médicaux rédigés par des médecins généralistes de la wilaya de Tébessa, présente une absence de nombreux éléments qui en principe doivent figurer dans ce type de courrier. Le compte rendu médical, comme son nom l'indique, doit contenir plusieurs informations sur le médecin émetteur et sur le patient. Notre analyse nous a permis de relever, à des pourcentages variés, l'absence de onze types d'informations concernant le patient et trois relatifs au

médecin rédacteur. L'élément absent dans la quasi-totalité des comptes rendus médicaux est l'identification du médecin émetteur. 92,66% des correspondances analysées en sont dépourvues. Ce qui y figure, c'est uniquement le nom de l'établissement médical et celui du service où il exerce. Un seul compte rendu parmi tous ceux que nous avons analysés comporte la griffe du médecin avec son nom et son statut (Docteur en médecine générale). Pour illustrer notre propos, nous présentons dans ce qui suit des exemples de comptes rendus médicaux, collectés dans trois établissements différents.

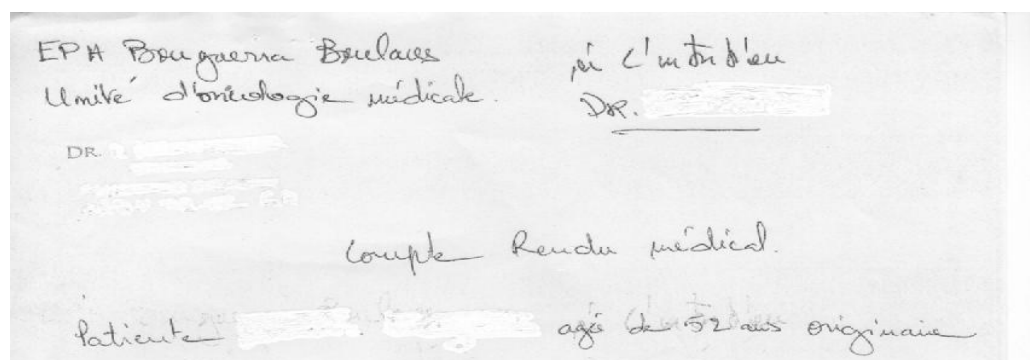
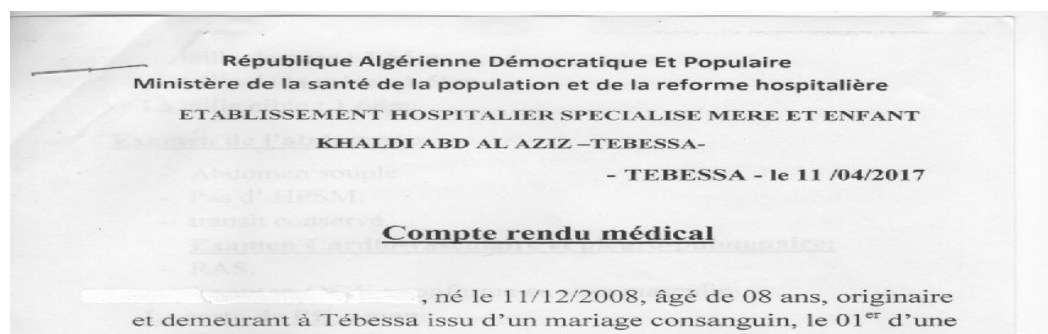
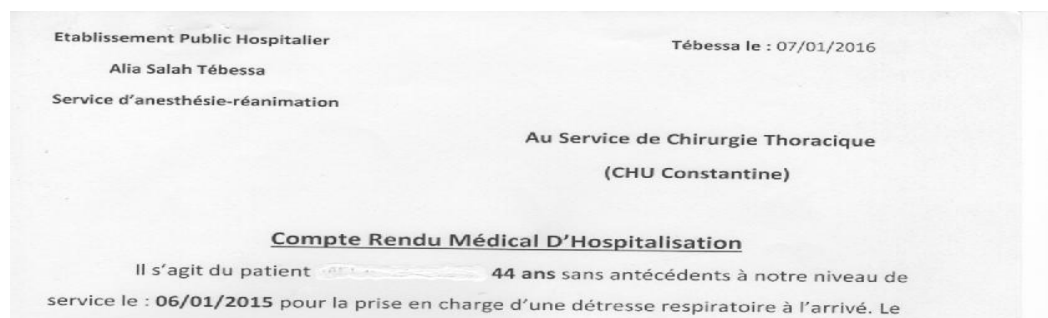


Figure N°21.Exemples de comptes rendus dépourvus de l'identification de l'émetteur (N° 02, 03, 13, annexe 05, pp. 175, 177, 189)

La présentation de l'identification du médecin émetteur dans les quelques comptes rendus qui en comportent n'est pas claire et ne figure pas à l'endroit où elle devrait être. Cette information se trouve parmi celles qui concernent le patient ce qui n'aide pas le lecteur à les distinguer. En voici un exemple :

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION & DE LA REFORME HOSPITALIERE
 DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
 ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN GYNECOLOGIE OBSTRIQUE
 PEDIATRIE ET CHIRURGIE PEDIATRIQUE
 HOPITAL KHALDI ABD EL AZIZ TEBESSA

-NOM & PRENOM DU PATIENT(E) :
 -AGE : 06 ANS
 -SERVICE : PED « A »
 -MEDECIN TRAITANT : Dr.
 -FAX D'ETABLISSEMENT : (037)

Compte Rendu Médical
 Tébessa, le 22/09/2015

Il s'agit du patient né le 23/04/2009 âgé de 06 ans et 05 mois, fils unique, issu d'un mariage consanguin, admis à notre niveau pour la prise en charge d'une aplasie médullaire.

Figure N° 22. Identification du médecin émetteur, renseignée parmi les informations concernant le patient : compte rendu N°06, annexe05, p. 181

60% des comptes rendus analysés ne comportent pas le diagnostic de la maladie dont souffre le malade. Dans le compte rendu N° 02 par exemple, le médecin s'est contenté de mentionner des signes, d'une pathologie donnée, perçus à l'examen clinique ou radiologique : « *présence des râles sibilants au niveau des deux champs pulmonaire avec des crépitants basi thoracique* », « *Epanchement pleural cloisonné supéro-antérieur gauche avec épanchement pleurale postérieur de faible à moyenne abondance* »⁶³ (Annexe05, p. 175). 52.50%, est le pourcentage de l'absence d'informations concernant l'histoire de la maladie et la

⁶³ Les phrases sont citées fidèlement telles qu'elles sont écrites dans le compte rendu, c'est-à-dire, sans correction.

conclusion du compte rendu médical, 37.50% concernent l'absence de la mention du lieu du contact du malade ainsi que l'évolution de sa maladie et dans 35% des comptes rendus analysés les résultats de l'examen clinique sont omis.

Nous venons de signaler l'absence, à des pourcentages plus ou moins élevés, de sept éléments constitutifs du compte rendu médical. Ceci met en évidence l'insuffisance d'informations contenues dans ce courrier, ce qui lui fait perdre sa fonction essentielle : rendre compte de manière synthétique et **en détail** de l'état de santé du malade. Cette lacune ne s'est limitée à l'absence ces éléments. D'autres éléments qui en principe doivent figurer dans les comptes rendus médicaux ont été omis dans ceux que nous avons analysés, mais à des pourcentages moins importants que ceux donnés précédemment. Ces omissions sont relatives : à la date et au lieu de la rédaction du compte rendu, au traitement administré au patient (20%), à ses antécédents médicaux, à son mode de vie, et aux résultats des examens complémentaires (12.50%), au motif de contact (10%), à la signature et à la pose du tampon du médecin rédacteur (07.50%), enfin à l'âge ou à la date de naissance du patient (02.50%). Si l'omission des antécédents ou celle des résultats des différents examens pourrait être expliquée par l'absence d'informations les concernant, ceci n'empêche pas la nécessité de le mentionner dans le compte rendu médical, afin qu'il soit le plus exhaustif possible.

Notre analyse discursive des comptes rendus médicaux nous a permis également de constater que l'organisation des informations relatives au malade, dans le corps du compte rendu, est faite, à l'instar des lettres d'orientation analysées, de manière aléatoire, elle ne respecte pas l'ordre hiérarchique requis. En voici un exemple :

A Z u d d'au
D.P.

Née de.
ATCD RAS.

Néo de sein gauche
T4d. N1 M1 (08) RH⊕; Her 2 ⊕

① Diagnostic: en juin 2014. Echographie en 2014
consultation chez gynéco. Cyto: ⊕ en 2012

Bilan d'extension
T4T RAS
Sentinels: hyperfixation de la quasi totalité du squelette

② CTP 1^{ère} ligne.
AT + Fometa. C1 07/08/2014 à Annaba
C2 28/08/2014 à Tébessa. C3 18/09/2014
C4 12/10/2014
contrôle (à Annaba) Bonne réponse clinique.
C5 06/11/2014 C8 08/02/2015

IHC: RO + ; RP:0 ; Her 2 ⊕.

③ 2^e ligne Lapatinib + Fometa.
début 18/02/2015.
contrôle 21/10/2015 + Femara
contrôle 03/08/2015: sd infectieux au nv du sein
+ régression de la lésion en chou-fleur

Figure N° 23. Contenu de compte rendu (N°11) mal hiérarchisé

Comme le montre le contenu du compte rendu n°11, les antécédents de la malade sont non seulement indiqués en haut de la page, à la place de l'identification du médecin émetteur, mais aussi de manière abrégée « ATCD RAS » qui signifie : antécédents, rien à signaler. En outre, le diagnostic posé se situe à l'endroit du titre qui précise en principe la nature du document (compte rendu médical). Quant à l'évolution de la maladie, elle est mentionnée dans les deux dernières lignes du dernier paragraphe qui indique le traitement qu'a subi la malade : « S^d infectieux au nv du sein + régression de la lésion en chou-fleur », qui signifie : syndrome infectieux au niveau du sein, en plus de la régression de la lésion en chou-fleur.

Bilan

La dernière partie de ce chapitre a porté sur l'analyse linguistique et discursive des correspondances médicales collectées, jugées par nos enquêtés difficiles à rédiger : la lettre d'orientation et le compte rendu médical. Cette analyse nous a permis de mieux cerner les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes soumis à notre enquête, concernant les deux compétences sus cités. Elle a révélé une maîtrise insuffisante du code linguistique portant sur plusieurs points. Nous avons relevé des erreurs d'orthographe lexicale dont les plus fréquentes sont relatives à l'omission des accents, l'emploi erroné des majuscules ; des erreurs d'orthographe grammaticale concernant les marques d'accord dans le groupe nominal et/ou verbal, des confusions d'homophones grammaticaux hautement informatifs à l'écrit ; des erreurs morphosyntaxiques dont les plus nombreuses portent sur l'accord de l'adjectif qualificatif et du participe passé, le choix du genre de l'article, l'ordre des unités dans la phrase. Outre ces erreurs, la ponctuation est soit omise soit utilisée de manière indue, l'écriture des documents manuscrits est souvent difficile à déchiffrer, la majorité des documents analysés présentent une mauvaise mise en page ce qui ne facilite pas leur lecture. Le lexique le plus usité par les rédacteurs des correspondances médicales que nous avons examinées est la terminologie médicale, contrairement à ce à quoi nous pourrions s'attendre, son orthographe est généralement correcte, cependant nous avons relevé un usage abusif et inapproprié d'abréviations. Concernant le lexique général, les médecins choisissent un vocabulaire simple et univoque, nous n'avons pas observé un usage incorrect. Comme l'ont affirmé les médecins spécialistes que nous avons interviewés, les médecins généralistes que nous avons questionnés et comme nous avons pu le constater nous-même, les difficultés des rédacteurs du courrier que nous avons analysé ne portent pas uniquement sur le code linguistique elles relèvent également de l'organisation et du fonctionnement des discours spécialisés. Notre analyse a montré que les problèmes discursifs les plus récurrents, sont inhérents à la méconnaissance des composantes de ces types de correspondances ainsi qu'à celles des contraintes et conventions relatives à leurs structures et à leurs présentations. Les informations

figurant dans le courrier du médecin adressant ne respectent pas toujours l'ordre hiérarchique requis et sont souvent incomplètes. Les éléments constitutifs des correspondances, surtout ceux qui doivent être mentionnés dans le corps du texte, ne sont pas convenablement structurés, les règles de leurs présentations ne sont pas toujours respectées. La lettre d'orientation et le compte rendu médical comme nous l'avons mentionné précédemment sont des documents importants de liaison, entre les praticiens de la santé. La lettre d'orientation ou courrier d'admission est un document échangé entre les médecins afin de demander un acte ou un avis spécialisé voire une prise en charge du patient. Le compte rendu médical est un courrier qui décrit, synthétise, détaille toutes les données relatives à l'état de santé du patient. Ces correspondances ont un rôle informatif pour le médecin traitant ; elles permettent de l'orienter et de l'aider dans l'accomplissement de la tâche qui lui est demandée. L'omission ou la distorsion d'une information médicale importante peut avoir des conséquences néfastes sur la prise en charge ultérieure des soins du patient. La qualité de la conception et de la rédaction de ces correspondances est d'une importance capitale pour le suivi médical du patient. Leur contenu doit être riche en informations, bien structuré, lisible, précis, clair et exact. Il est donc important pour les médecins qui éprouvent des difficultés à cet égard d'améliorer leurs compétences rédactionnelles pour exercer au mieux leur profession. Une mise au point de stratégies pédagogiques qui s'appuieraient sur les lacunes propres à leurs écrits, qui leur permettraient la maîtrise des principes de la rédaction médicale leur serait d'un grand apport. Comme procédure de remédiation aux problèmes rédactionnels auxquels sont confrontés les médecins généralistes soumis à notre enquête, nous nous proposons dans le prochain et dernier chapitre de notre thèse de construire des activités pédagogiques en intégrant à notre programme les données que nous avons collectées et analysées.

CHAPITRE VI

L'élaboration didactique

Introduction partielle

Ce chapitre est consacré à notre proposition de remédiation didactique aux difficultés qu'éprouvent les médecins généralistes de la wilaya de Tébessa, lors de la rédaction de leur courrier médical. Nous présenterons les activités pédagogiques que nous avons élaborées en intégrant à notre programme les données que nous avons collectées et analysées.

Nous commencerons par une présentation du plan de formation, selon son organisation en modules, en séquences et en activités, et ce, en fonction des objectifs pédagogiques visés. Ce plan de formation sera représenté sous forme d'organigrammes, afin de faciliter sa lecture. Nous exposerons par la suite les méthodes pédagogiques et le type d'activités choisis pour l'élaboration des fiches pédagogiques. Il est à noter que le choix d'une méthode pédagogique se fait en fonction de la compétence langagière à installer, en l'occurrence, la production écrite du courrier médical. Nous terminerons ce chapitre par la présentation des différentes fiches pédagogiques élaborées qui suit la même organisation du plan de formation. La mise en œuvre de cette formation devrait être réalisée dans le même ordre que celui dans lequel sont présentées ces fiches, afin d'assurer une certaine logique dans l'appropriation des savoirs et savoirs faire.

1. Présentation et objectifs du plan de formation

Un plan de formation en français sur objectif spécifique est, comme le définit Madeleine ROLLE-BOUMLIC, « *l'unité de formation construite autour d'une sélection des objectifs pédagogiques généraux* »⁶⁴. Il vient répondre au besoin d'un public donné, celui de surmonter des difficultés en communication orale ou écrite, afin qu'il puisse pratiquer sa profession avec aisance. Les besoins langagiers d'un public sont préalablement déterminés suite à un travail d'analyse

⁶⁴M. Récapitulatif de la méthodologie FOS proposée.

URL : http://fipf.org/sites/fipf.org/files/recapitulatif_de_la_methodologie_fos_proposee.pdf consulté le 24/07/2019.

d'un corpus (situationnel et discursif ou textuel) et de détermination du déficit en compétences. Ces besoins sont traduits en objectifs pédagogiques généraux qui constituent dans leur ensemble l'objectif de la formation.

ROLLE-BOUMLIC propose d'organiser le plan de formation en modules et en séquences. Le module : *« est l'unité de formation qui débouche sur la maîtrise d'un objectif pédagogique général »* Ibid. Il est constitué de séquences. La séquence, quant à elle, *« est déterminée par un objectif intermédiaire correspondant à l'objectif général considéré »*(Ibid.). Elle se déploie en exercices ou en activités à objectifs dits opérationnels ou spécifiques, dont l'ensemble correspond à l'objectif intermédiaire de la séquence.

De ce qui précède nous aurons le schéma suivant :

- Plan de formation $\Longrightarrow$ objectif de formation ;
- Modules $\Longrightarrow$ objectifs généraux ;
- Séquences $\Longrightarrow$ objectifs intermédiaires ;
- Activités $\Longrightarrow$ objectifs opérationnels/ spécifiques.

Le plan de formation que nous proposons dans ce chapitre est destiné aux médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa, ayant le niveau A2/B1 selon le CECRL (cf. chapitre V), éprouvant des difficultés à rédiger leur courrier médical (plus précisément, les lettres d'orientation et les comptes rendus médicaux) et désirant surmonter ces difficultés. Il s'étale sur un volume horaire de 20 heures, à raison de deux à trois heures par jour. Le choix de la répartition des heures par jour peut être étudié avec les apprenants en fonction de leur disponibilité. Il suit la même organisation que celle proposée par ROLLE-BOUMLIC et est donc organisé en deux modules, répartis à leur tour en séquences. Chaque séquence est formée d'un ensemble d'activités.

Le premier module prend en charge l'appropriation des moyens linguistiques nécessaires pour la rédaction des deux correspondances médicales sus citées. Il

est réparti en trois séquences, qui portent respectivement sur les besoins en orthographe lexicale, en orthographe grammaticale et en morphosyntaxe.

Le deuxième module traite de la construction, la structure et la mise en page des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux. Il est réparti en deux séquences dont chacune est consacrée à une des deux correspondances.

Chaque module se termine par une évaluation, dont l'objectif est de vérifier l'installation ou non des compétences visées.

Nous présentons ci-dessous le schéma représentatif et récapitulatif de notre plan de formation ainsi que les différents objectifs correspondant à chacune de ses parties.

LE PLAN DE FORMATION

Objectif de la formation : Bien rédiger une lettre d'orientation et un compte rendu médical.

Public concerné par la formation : Médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa

Niveau requis : A2 ou B1.

Durée de la formation : 20 heures.

Modalité de travail : individuelle, binôme ou en groupe.

Matériel nécessaire : tableau, textes supports, vidéo.

Module I : s'approprier les moyens linguistiques nécessaires pour la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 01 :
respecter les règles de l'orthographe lexicale

1. Accentuer les voyelles
2. Employer la majuscule
3. Ponctuer une correspondance
4. Éviter l'emploi des abréviations

Séquence 02 :
respecter les règles de l'orthographe grammaticale

1. Accorder l'adjectif qualificatif
2. Accorder le participe passé
3. Distinguer les homophones a/à et ou/où
4. Distinguer les formes graphiques des phonèmes /e/et/ε/ finaux d'un mot

Séquence 03 :
respecter la morphosyntaxe

1. Mettre la bonne désinence d'un verbe
- complément d'un autre verbe

Module II : construire, structurer et mettre en page des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 01 :
rédiger une lettre d'orientation

1. Définir la lettre d'orientation médicale et énumérer ses constituants.
2. Renseigner les différents constituants d'une lettre d'orientation médicale.
3. Mettre en page une lettre d'orientation médicale.
4. Rédiger une lettre d'orientation médicale.

Séquence 02 :
rédiger un compte rendu médical

1. Définir le compte rendu médical puis énumérer ses constituants.
2. Renseigner les différents constituants du compte rendu médical.
3. Mettre en page un compte rendu médical.
4. Rédiger un compte rendu médical.

Comme nous pouvons le constater, chaque séquence regroupe un ensemble d'objectifs opérationnels/ spécifiques. La réalisation de chacun de ces objectifs se fait à travers deux activités pédagogiques, dont la conception a pris en compte certains points que nous explicitons dans ce qui suit :

- le choix des supports pédagogiques dont certains ont été didactisés, est fait à partir du corpus discursif collecté lors de l'étape de la collecte des données ;
- la désignation du nom et prénom du malade (patient) dans les correspondances est présentée sous forme de code (XY pour l'homme et XX pour la femme). Il s'agit d'un code déjà connu par les médecins et qui nous permet d'éviter toute ressemblance avec un nom et prénom d'une personne existante ou ayant existé, et donc d'empêcher un éventuel problème ultérieur.
- l'identification du médecin émetteur et celle du médecin destinataire est faite avec le nom et prénom de deux médecins réels : la défunte docteur AMOROUAYECHE Rafia, médecin spécialiste en pédiatrie et le docteur ARAAR Hania, médecin généraliste. L'accord de l'usage de leurs identités nous a été donné de la part du Professeur AMOROUAYACH (sœur de la défunte) et par écrit (Annexe06, p. 208) de la part du docteur ARAAR. Quant au reste des coordonnées (adresse, numéro de téléphone et email), il est purement fictif. Nous avons eu recours à des identités réelles dans la conception de certaines activités, afin de leur donner plus d'authenticité.

L'activité pédagogique est donc l'unité minimale constitutive de notre plan de formation qui est représenté sous forme de trois fiches pédagogiques :

- **La fiche apprenant** : comprend les activités langagières à réaliser par l'apprenant. Les activités sont parfois accompagnées de supports écrits ou vidéos.
- **La fiche outil** : comporte tous les éléments ou outils qui permettent à l'apprenant de réviser ses prérequis ou de construire de nouveaux acquis.

- **La fiche enseignant** : comprend les objectifs opérationnels /spécifiques, les supports utilisés dans la séquence, le guide de la séquence (qui sert à expliquer comment procéder pour mettre en œuvre les activités) ainsi que le corrigé des activités proposées dans la fiche apprenant.

La mise en pratique du contenu de ces fiches peut être réalisée individuellement, en binôme ou en groupe. Pour ce faire, nous avons appliqué les deux méthodes pédagogiques ci-dessous.

1.1. Méthodes pédagogiques appliquées

Une méthode pédagogique est par définition : « *un certain type d'activités visant à permettre certains apprentissages ou à développer certaines capacités* »⁶⁵. Elle est également « *un outil ou un instrument spécialisé dont les usages sont précisément codifiés et sont liés à des objectifs très exactement déterminés*» (Ibid). Il existe une multitude de méthodes pédagogiques, parmi lesquelles nous avons opté pour les deux suivants :

1.1.1. La méthode interrogative

Dans cette méthode, « *l'étudiant est reconnu comme possédant des éléments de connaissance ou des représentations du contenu à acquérir* »⁶⁶ ce qui est le cas de notre public apprenant. Le principe de cette méthode est d'utiliser un questionnement approprié qui permet à l'étudiant de « *construire ses connaissances par lui-même ou de faire des liens et de donner du sens à ces éléments épars. L'étudiant ou un groupe d'étudiants est incité à formuler ce qu'il sait, ce qu'il pense, ce qu'il se représente* »(Ibid).

⁶⁵Philippe MEIRIEU, *Méthode pédagogique*, <http://www.meirieu.com/DICTIONNAIRE/methodepedagogique.htm> Consulté le 03/08/2019.

⁶⁶EDUCNET. *Les méthodes pédagogiques*. URL : <https://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/libre/qualification/q3b.php> Consulté le 27/04/2019.

1.1.2. La méthode active ou de découverte

Le principe de cette méthode consiste à ce que « *l'enseignant crée un scénario pédagogique avec du matériel qui permet d'utiliser les essais, les erreurs et le tâtonnement pour apprendre. Il mobilise l'expérience personnelle de l'étudiant ou celle d'un groupe d'étudiants pour apprécier la situation et résoudre le problème avec leurs moyens* »(Ibid.).

Le choix des méthodes utilisées détermine également celui des activités. En effet, parmi les activités que nous avons choisies figurent :

- **les activités de reconnaissance d'erreurs ou d'identification d'éléments manquants** : elles incitent l'apprenant à faire un effort intellectuel afin de retrouver l'erreur ou l'élément qui manque, ce qui l'aide à mémoriser le contenu enseigné.
- **les activités de reconstitution** : elles invitent l'apprenant à remettre en ordre des éléments d'un paragraphe ou d'un texte, ce qui l'appelle à mémoriser l'organisation d'un type ou d'un genre de texte donné.
- **les activités de remise en discours ou en texte** : ce type d'activités demande à l'apprenant de réorganiser, reformuler ou reconvertir un texte, et ce en fonction du type et du genre du texte.
- **les activités de mise en relation** : ce type d'activités permet à l'apprenant de mieux choisir le vocabulaire qu'il doit utiliser dans un contexte donné.
- **les activités à textes lacunaires** : développent chez l'apprenant le sens de la logique et de la cohérence ;
- **les activités à questions ouvertes** : invitent l'apprenant à faire appel à ses prérequis et lui permettent d'en construire de nouveaux.

Ces différents types d'activités sont également utilisés dans la conception de celles de l'évaluation des acquis.

1.2. L'évaluation

L'évaluation est une composante importante dans tout processus d'enseignement/apprentissage. En FOS, elle s'effectue à différents moments de la formation (pré, per et poste formation). Avant la formation, il s'agit de l'évaluation diagnostique qui permet de déterminer le déficit de compétences, et donc les besoins de la formation. Dans le cas de notre recherche, l'évaluation diagnostique se manifeste dans l'enquête de terrain que nous avons effectuée et qui nous a permis de préciser les besoins langagiers de notre public. Les modalités d'évaluation qui se situent au cours et à la fin de la formation sont résumées par LEBOTERF, cité par KHERRA (2015, p. 294) comme suit :

	Pendant l'action de formation	A la fin de l'action de formation	Après l'action de formation
Type d'évaluation	Formative	Sommative	Fonctionnelle
Fonction	Faciliter l'apprentissage	Certifier et valider la formation	Repérer le changement dans le travail
Centrée sur	Les processus et l'activité de production	Les produits	Les produits

Tableau N° 15 : Fonction de l'évaluation selon sa place par rapport à l'action de formation

Dans notre plan de formation, nous optons pour l'évaluation sommative et l'évaluation fonctionnelle. Ce choix se justifie par le facteur temps : en FOS, la formation doit être de courte durée. L'évaluation formative quant à elle, intervient tout au long du processus de la formation, ce qui pourrait demander un volume horaire supplémentaire, par conséquent, la durée de la formation sera rallongée. Les deux types d'évaluations (sommative et fonctionnelle) que nous avons choisies nous permettent de vérifier si les compétences rédactionnelles ont été bien installées ou non, sans qu'elles n'affectent négativement l'enveloppe horaire.

- **L'évaluation sommative** : est introduite à la fin de chaque module, sous forme d'activités, afin de vérifier si les compétences visées, tout au long du module, ont été bien acquises.

- **L'évaluation fonctionnelle** : consiste à récupérer des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux, rédigés par notre public apprenant après la fin de la formation dans leur lieu de travail, les comparer avec ceux rédigés par ce même public avant la formation. Ceci nous permet de mesurer le changement de la performance de chaque apprenant.

2. Présentation des fiches pédagogiques

2.1. FICHES APPRENANT

Module I : s'approprier les moyens linguistiques nécessaires pour la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 01 : respecter les règles de l'orthographe lexicale

Les accents

Activité 01 :

Les mots suivants doivent avoir un accent (aigue, grave, circonflexe). Mettez le bon accent sur chaque mot.

1) Age, 2) declencher, 3) sterilite, 4) varicoccele, 5) annee, 6) general, 7) heterogene, 8) irregulier, 9) fenetre, 10) antecedents, 11) meme, 12) prelevement, 13) college, 14) grace, 15) hemodialyse, 16) chere, 17) ete, 18) confrere, 19) emphyseme, 20) proteine. 21) bientot, 22) cerebral, 23) susnomme, 24) dedifferencie, 25) hypothese.

Activité 02 :

Dans les deux passages suivants, les mots ne sont pas accentués. Mettez l'accent qui leur convient.

- a) Une tomodesitometrie thoracique a ete faite le : 06/01/20016. Elle revient en faveur d'un epanchement pleural cloisonne supero-anterieur gauche, avec epanchement pleural posterieur de faible a moyenne abondance, de volumineuses bulles d'emphyseme avec atelectasie lobaire inferieure gauche.
- b) La persistance des cepheales nous a conduit a explorer le cerceau par une angio-IRM qui a revele des anevrismes du segment M₁ de l'artere cerebrale moyenne gauche, sur la face anterieure de 15/10mm, et un anevrisme a la partie proximale M₂ de l'artere cerebrale moyenne.

Fiche outils

Règles de la mise des accents sur les voyelles

Accent aigu (´)	Accent grave (`)	Accent circonflexe (^)
Se place sur la lettre (e) pour indiquer un -e-fermé.	Se place sur les lettres (e, a, u). Il indique un -e-ouvert et sert à différencier les homophones a/à, ça/çà, la/là, des/dès et ou/où.	Se place sur toutes les voyelles sauf le (y). Il remplace une lettre disparue qui est souvent le (s).
On ne met jamais un accent sur le (e) s'il est suivi d'une consonne double, d'un (x) ou des lettres finales (d, f, r, z). Exemple : effectuer, exact, nez.		
- Mettre un (é) dans les préfixes : dé, mé, pré, tré. -Mettre un (é) lorsque cette voyelle est la première lettre d'un mot. Exemple : échantillon. - Mettre un (é) lorsque c'est la dernière lettre d'un mot, même si elle est suivie du S du pluriel ou du E muet : canapés, fumée	- Se place devant un S final qui n'est pas le signe du pluriel. Exemple : procès - Devant une syllabe qui se termine par un E muet. Exemple : mère. - Sur les mots : à, où, ça et là.	- Sur la finale (âtre). - Sur le (e) pour indiquer un -e-long. Exemple : tête. - Sur le (i) des mots : bélière, épître, huitre - Sur le (i) des verbes en être ou ôtre au futur simple, le conditionnel présent et avec les personnes il/elle. - Sur le (o) des pronoms possessifs nôtre et vôtre. - Sur les verbes conjugués avec nous et vous au passé simple.

		- Sur le (u) du participe passé masculin/singulier : crû, dû, mû, recrû, redû.

La majuscule

Activité 01 :

En vous référant à la fiche outils, ajoutez ou supprimez la majuscule si nécessaire.

1. j'habite au 24, boulevard houari Boumediene à tébessa.
2. Karim s'est fait opéré par le docteur bernard.
3. Depuis Janvier, son état ne s'est pas amélioré. pourtant elle était sous surveillance médicale.
4. Le Français est la première langue étrangère pour les algériens, tout comme leurs voisin les tunisiens et les marocains.
5. Le décollage de la boeing 747 sera à l'heure.
6. Est-ce que l'intervention est compliquée ? Dit-il.
7. L'établissement public hospitalier (EPH) et l'établissement public de santé de proximité (EPSP) de Tébessa, en collaboration avec la direction de la santé (DSP) de la wilaya ont organisé une journée « Portes ouvertes » sur le don du sang.
8. Cher maître,
je voudrais avoir votre avis sur ce cas qui semble compliqué.

Activité 02 :

Le corps de la lettre d'orientation ci-dessous est rédigé sans respecter les règles d'écriture de la majuscule.

Consigne : En vous référant à la fiche outils, relevez les mots qui devaient s'écrire avec une majuscule. Justifier votre réponse, puis rédigez le texte correctement.

cher confrère,

je vous confie, pour prise en charge spécialisée, la nommée salima ibtissem, âgée de 76 ans qui présente un pic hypertensif à 22/08. l'examen clinique est sans particularité, à l'exception de l'absence du signe de babinski au niveau du pied gauche.

a toutes fins utiles, je vous informe que la patiente est diabétique et présente une cardiopathie ischémique traitée par :

- aténor 100mg : 1cp/j
- corvasal cp 2mg : ½ cp x 3/j
- aspégic 100mg : 1sachet/j
- novofortine cp 500mg : 2cp/j

je vous remercie par avance.

confraternellement.

Fiche outil

Règles d'usage de la majuscule

Usage de la majuscule	Exemples
1. Au début de chaque phrase ;	1. Le malade est évacué.
2. Après un point final ;	2. Hier la patiente était fatiguée. Aujourd'hui elle se porte mieux.
3. Après un point d'exclamation, d'interrogation, de suspension lorsqu'ils terminent une phrase ;	3. Que signifie une appendicite ? C'est l'inflammation de l'appendice.
4. La première lettre du premier mot d'un titre ou d'un sous-titre ;	4. « Élaborer un cours de FLE » Introduction
5. Dans les noms propres ;	5. Avicenne, Averroès
6. Les adjectifs employés comme surnoms ;	6. Alger-la-Blanche

7. Dans les noms de planètes, les signes de zodiaques, les étoiles ; 8. Dans les noms d'établissements, d'associations, sauf s'ils sont suivis d'un nom propre ou d'un nom de spécialisation, dans ce cas -à, c'est ce dernier qui prend la majuscule ; 9. Dans certains noms communs utilisés comme noms propres ; 10. Pour les sigles ; 11. Pour exprimer la politesse.	7. La Terre, le Verseau, la Lune 8. École normale supérieure, le ministère de la Santé 9. Les Algériens, les Tunisiens 10. A.I.N.S, ADN 11. Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

La ponctuation

Activité 01 :

Mettez à l'endroit indiqué par la flèche le signe de ponctuation qui convient.

1. Quel que soit le lait utilisé↓ on doit administrer↓ en intramusculaire↓ de la vitamine K₁ à tous les nouveau-nés le premier jour↓
2. Pourquoi donc↓madame↓vous n'avez pas continué votre traitement↓
3. Ah↓mon cher pays↓Quand est-ce que je vous verrai indépendant↓
4. Le devoir d'un chef est de commander↓celui d'un subordonné↓d'obéir↓
5. Ni le médicament↓ni la chirurgie↓ni le régime ne pourront donner un résultat meilleur que celui du sport↓
6. L'examen médical comporte trois volets↓ clinique↓ biologique et radiologique↓
7. La maman répétait sans cesse↓↓Ah↓si je pouvais donner mon rein à mon fils↓↓

Activité 02 :

Remettez les différents signes de ponctuation au texte suivant.

Une expérience a été menée dans les années soixante-dix par des chercheurs dans une université américaine. Ils ont commencé par constituer un groupe d'élèves du même âge ayant le même résultat au test QI : ces enfants avaient donc tous un niveau d'intelligence égal selon ce test. Ils ont ensuite séparé le groupe en deux. Ils ont confié le premier sous-groupe à un enseignant avec cette consigne : « Faites le même programme que d'habitude mais pour votre information sachez que ces enfants sont plus intelligents que la moyenne ». L'enseignant à qui l'on a confié le second sous-groupe s'est entendu dire : « Faites le même programme que d'habitude mais pour votre information sachez que ces enfants sont moins intelligents que la moyenne ». Au bout d'un an de cours, les chercheurs ont refait passer le test du QI à tous les enfants. Ceux du premier sous-groupe avaient en moyenne un QI nettement supérieur à celui des enfants du second⁶⁷ (Laurent GOUNELLE, 2008 : 33).

Fiche outils

Règles d'usage de la ponctuation

Signe	Emploi	Exemple
Le point	• Sert à marquer la fin de la phrase. • Après une abréviation.	• Le patient est hospitalisé. • etc. (pour et cætera)
La virgule	• Sert à séparer des mots, des groupes de mots ou des propositions au sein d'une phrase. Elle marque une pause de courte durée. On met une virgule : • Avant les propositions introduites par les conjonctions de coordination : mais, car,	• Alger, Constantine, Oran, Annaba sont les grandes villes algériennes. • Nous ne pouvons pas sortir, car il pleut.

⁶⁷ Ce passage est un extrait du livre « L'homme qui voulait être heureux » de Laurent GOUNELLE.

	donc, or. • Devant etc. • Pour encadrer -et ce-. • Pour séparer les éléments déplacés dans la phrase à condition qu'ils ne soient pas suivis d'une inversion du sujet. • Après un mot mis en apostrophe. • Avant les propositions subordonnées formées avec : quoique, bien que, puisque, alors que. • Pour séparer une phrase incise.	• J'ai acheté des crayons, des stylos, des cahiers, etc. • L'opération a bien réussi, et ce, malgré le taux d'échec élevé. • Avant de dormir, Sara lit un roman. - Au centre -ville se trouve l'école. • Karim, n'oublie pas tes médicaments. • Il fait doux, quoique ce soit encore l'hiver • « je vais partir, dit-il, je ne peux pas rester plus. »
Le point-virgule	• Généralement, il est placé entre deux propositions indépendantes. Il indique que la deuxième a un lien avec la première. • Sert à séparer les éléments d'une énumération verticale.	• Le malade doit être opéré vite ; le retard n'est pas dans son intérêt. • Les signes de la tuberculose sont : - l'anorexie ; - l'amaigrissement ; - l'asthénie.
Les points de suspension	• Ils sont au nombre de trois. Ils indiquent une énumération ou une pensée inachevée. • Placés entre crochets, ils indiquent un passage omis d'une citation.	• J'ai pris plusieurs fruits : pomme, poire, banane... • « J'écris en français pour dire [...] que je ne suis pas français » Kateb Yacine.
Les deux points	• Ils introduisent une explication, un exemple, ou une énumération. • Le début d'un discours direct.	• La voiture est en panne : une roue est crevée. • Il m'a dit : « n'abandonne jamais »
Le point d'interrogation	Indique une interrogation directe et non indirecte.	C'est pour quand la prochaine séance ?

Le point d'exclamation	Il exprime une émotion	Domage ! Bravo !
Les guillemets	Ils encadrent un discours rapporté	La sage-femme demande à la patiente : « c'est quoi ton groupage ? »
Le tiret	- Sert à isoler un passage d'un texte afin de le mettre en valeur. - Sert à introduire un élément dans l'énumération verticale	- Voici- en quelque mots- le résumé de l'état du malade. - Les signes de la tuberculose sont : - l'anorexie ; - l'amaigrissement ; - l'asthénie.
Les parenthèses	Servent à intercaler une remarque, un exemple.	Il n y a qu'une seul mer morte (je ne sais pas encore où elle se trouve).
Les crochets	Servent à encadrer un passage d'une phrase ou une phrase.	« J'écris en français pour dire [...] que je ne suis pas français » Kateb Yacine.

Les abréviations

Activité 01 :

	1	2	3	4	5	6
A	I	P	P		I	M
B		A			V	S
C			A	E	G	
D	B	A	V			
E	I		C	I	V	
F	S	C		R	A	
G			P	C		P
H	T	V				V
I	C		S	E	P	

Vertical :

- BIS. TC
- PA
- AVC
- IRC
- IVG. VA
- PV

Horizontal :

- IPP. IM
- VS
- AEG
- BAV
- CIV
- SC. RA
- PC
- TV
- SEP

Le tableau ci-dessus comporte plusieurs abréviations médicales.

Consigne : Trouvez toutes les significations possibles de chacune d'entre elles.

Activité 02 :

Consigne : Réécrivez le passage suivant, en remplaçant les abréviations par les termes ou les expressions qu'elles désignent.

Le 21/09/2014, Monsieur XY s'est présenté au PU dans un tableau d'IRC terminale avec : - crise d'OAP ;

- pic d'HTA ;

- FR très perturbée.

CAT : séance d'HD en urgence après mise en place d'un CIV fémoral Dt.

L'Echo A/P indique deux petits reins échogènes différenciés d'IRC sur vraisemblablement séquelles de pyélonéphrite chronique avec hydronéphrose modérée à gauche. Des gaz digestifs abondants.

TRT actuel : Kayexalate 1 c mesure 3x/j. Calcium 1 sachet 2x/j. Vitamine D 1cp/j.

Module I : s'approprier les moyens linguistiques nécessaires pour la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux
Séquence 02 : respecter les règles de l'orthographe grammaticale

L'accord de l'adjectif qualificatif

Activité 01 :

Dans les phrases suivantes, faites l'accord des adjectifs placés entre parenthèses.

- a) La malade consulte pour des douleurs (abdominal) très (intense).
- b) La ponction a ramené un liquide d'une coloration (vert).
- c) Le patient est programmé pour une échographie des membres (inférieur).
- d) Je vous confie la malade pour une prise en charge (spécialisé).
- e) (Cher) Confrère, (Cher) Consœur.
- f) Exploration des (multiple) adénopathies (abdominal) (profond).
- g) La malade, aux antécédents d'insuffisance hépatique (décompensé), présente un abcès (chaud). Elle nécessite d'(éventuel) prélèvements.
- h) L'acuité (visuel) et le réflexe des paupières sont (bon).
- i) Il a eu un choc (vagal) durant son (avant-dernier) séance de dialyse.
- j) La fillette (nouveau-né) nécessite une exsanguino-transfusion.

Activité 02 :

Le passage suivant, tiré d'un compte rendu médical d'hospitalisation, est dépourvu de ces adjectifs qualificatifs. Remettez-les à leur place.

sylviennes, clinique, aiguë, artérielle, radiologique, cérébral, ventriculaires, multiples, petite, diffus, méningée.

L'examen retrouve une tension à 195/108mmHg. Quant à l'examen....., l'électrocardiogramme relève des extrasystoles.....
..... La tomodensitométrie montre une hémorragie.....en regard des deux vallées ainsi qu'une hydrocéphalie avec un œdème modéré.

Fiche outils

Règles d'accord de l'adjectif qualificatif

Avant d'énoncer les règles d'accord de l'adjectif qualificatif, nous rappelons certaines généralités.

- L'adjectif qualificatif est un mot que nous joignons à un ou plusieurs noms pour les qualifier ou les déterminer. Il s'accorde en genre et en nombre avec le(s) mot(s) qu'il qualifie.
- Les marques de l'accord de l'adjectif qualificatif sont : le -e- pour le féminin et le -s- ou le -x- pour le pluriel.

Cas d'accord de l'adjectif qualificatif	exemple
• Quand l'adjectif qualifie plusieurs noms : - dont le genre est différent, on le met au masculin pluriel. - reliés par comme, ainsi que... exprimant la comparaison, il s'accorde avec le premier. - reliés par (ou), il s'accorde avec le dernier sauf si la qualité concerne tous les noms. • Quand l'adjectif est un mot composé de :	• - Un cahier et une trousse neufs. - Il a le dos, comme la nuque, fort et musclé. - Pour réussir, il faut un talent ou une habileté rare. - Un technicien ou une technicienne qualifiés. • - Une fille sourde-muette.

-deux adjectifs qualifiant l'un et l'autre le même non, les deux s'accordent. -un mot invariable et un adjectif, seul l'adjectif s'accorde. -deux adjectifs dont le premier a la valeur adverbiale, celui-ci reste invariable. • Quand l'adjectif qualificatif désignant une couleur est simple, il s'accorde. • Quand l'adjectif qualificatif désignant une couleur est composé (la deuxième partie qualifie la première), il reste invariable. • Un nom (simple ou composé) employé pour désigner la couleur reste invariable. • Après certains verbes, l'adjectif reste invariable.	- L'avant-dernière place. - Des personnes haut-placées. • Des chemises noires. • Une robe bleu-ciel. • Des yeux noisette. • coûter cher, voir clair, marcher droit.

L'accord du participe passé (désormais P.P)

Activité 01 :

Relevez les participes passés (qu'ils soient sans ou avec auxiliaire) de ce texte, puis identifier avec quel mot s'accorde chacun d'entre eux.

« Le diagnostic est basé sur l'hémoculture. Celle-ci doit être orientée, c'est-à-dire pratiquée sur le milieu sélectif approprié aux germes supposés. De plus, elle doit être pratiquée sur divers milieux, aérobie et anaérobie. Seule l'identification du germe isolé précise le diagnostic et permet une thérapeutique correcte.

Or, cette hémoculture, dont l'intérêt est si grand, peut être négative. Aussi est-il nécessaire de pratiquer le prélèvement sanguin :

- a) Au cours même de l'accès fébrile ;
- b) Avant toute médication antibiotique ;
- c) De la renouveler. C'est ainsi que 3 à 10 hémocultures sont parfois nécessaires. » (MOLINIER. A, 1977 : 99).

Exemple :

Participe passé	Accord avec
Basé	Le diagnostic

Activité 02 :

Justifier l'accord du participe passé dans chacune des phrases suivantes :

- 1) Choisissons bien l'antibiothérapie, mais quand nous l'avons *choisie*, il faut savoir la doser.
- 2) Les crises convulsives *répétées* sont *dues* à son problème d'épilepsie.
- 3) Pour affronter une telle maladie, il faut une patience et un courage toujours *renouvelés*.
- 4) Une heure *consacrée* à une séance de dialyse vaut mieux que l'administration *renouvelée* de diurétiques.
- 5) Avez-vous *suivi* les conseils que je vous ai *donnés* ?
- 6) Les nouveau-nés que j'ai *vus* grandir ne souffraient pas tous de problème hépatique.
- 7) Elle s'est *coupé* la main puis s'est *laissée* mourir.
- 8) La conduite à tenir que j'ai *préféré* suivre est la suivante.
- 9) Ils se sont *injecté* des drogues.
- 10) La césarienne demeure *compliquée* dans ces conditions.

Fiche outils

Règles d'accord et du non accord du participe passé

Le participe passé est employé comme forme verbale (la deuxième partie d'un temps composé) ou bien comme adjectif (utilisé sans auxiliaire).

<u>Le participe passé s'accord en genre et en nombre :</u>	<u>Exemples</u>
- Quand il est employé sans auxiliaire. - Quand il est conjugué avec « être ».	- Une maison habitée par des fantômes.

- Quand il est formé avec « avoir » et précédé par son complément d'objet direct (désormais C.O.D). - Quand il est employé comme attribut du sujet avec des verbes analogues au verbe être : paraître, demeurer... - Quand il est suivi d'un infinitif et que le C.O.D fait l'action du verbe à l'infinitif. - Quand c'est le dernier P.P d'un temps sur composé. - Quand c'est un verbe pronominal réfléchi ou réciproque dont le pronom réfléchi est le C.O.D. - Quand le C.O.D est placé avant le PP d'un verbe pronominal. <u>Cas de non accord du participe passé :</u> - Les P.P ci-joint, ci-inclus et ci-annexé ne s'accord pas en genre et en nombre lorsqu'ils sont en tête de la phrase ou bien suivis d'un nom sans article. - Les P.P des verbes intransitifs au sens propre : <i>coûter, valoir, vivre, peser, marcher, courir</i> lorsqu'ils sont accompagnés d'un complément circonstanciel que l'on détermine en répondant à la question : combien ? et qui ne doit pas être confondu avec le C.O.D que l'on détermine en répondant à la question : quoi ? - Les P.P des verbes impersonnels. - Quand le C.O.D est le pronom « en » ou le pronom « l' » qui signifie « cela ».	- Elles sont perdues. - Les malades que j'ai consultés. - Elle paraît fatiguée. - La fille, que j'ai vue pleurer. (c'est la fille qui fait l'action de pleurer). - Ils sont revenus dès que je les ai eu avertis. - Elle s'est lavée. - Les lettres qu'elles se sont échangées. - Ci-inclus toutes les radiographies demandées. - Les vingt ans que j'ai vécu. (j'ai vécu combien d'années ?). Les vacances exceptionnelles que j'ai vécues. (j'ai vécu quoi ?). - La somme qu'il a fallu a paru énorme. - Des problèmes, certes, j'en ai rencontré. Cette intervention est moins compliquée que je ne l'avais estimé.

Les homophones à/a et ou/où

Activité 01 :

Complétez les pointillés dans les passages ci-dessous par a/à, ou/où.

- 1) Le début de la maladie semble remonter un mois, marqué par l'apparition de douleurs lombaires avec altération de l'état général et un amaigrissement important du malade. Ce dernier consulté chez un néphrologue une tomodensitométrie abdomino-pelvienne.... été faite, objectivant des adénopathies coéliomésentériques qui ont été biopsies et dont le résultat anatomo-pathologique revient en faveur de la maladie de Castelman.
- 2) La néphropathie initiale été découverte l'occasion d'une hypertension maligne le 17/07/2004 avec comme signes une protéinurie néphrotique et une hématurie microscopique. La ponction biopsique rénale n'....pas pu être réalisée cause du malaise vagal.
- 3) La scintigraphie osseuse, corps entier statique, faite ce jour votre patient, ...mis en évidence une hyperfixation du rachis lombaire hauteur de L₁ d'allure très suspecte.
- 4) Le jour le malade s'est présenté notre niveau, aucun signe de cardiopathie n'.... été relevé, ... part des douleurs épigastriques, d'.... la nécessité de pratiquer un électrocardiogramme, un examen qui ne peut pas être remplacé par une radiographie du thorax de l'abdomen.

Activité 02 :

Parmi les énoncés suivants, relevez ceux qui contiennent une confusion entre les homophones ou/où et a/à, puis justifiez votre réponse.

- 1) La patiente à bénéficié d'une mastectomie totale gauche avec un curage ganglionnaire homolatéral dont le protocole opératoire est sus indiqué.
- 2) Formation tissulaire sus hilaire gauche à contours irréguliers ayant un contact intime avec la crosse aortique.

- 3) Dans le but d'avoir un diagnostic histologique, une biopsie transpariétale est souhaitable qui sera réalisé à l'hôpital de Bab el oued a titre externe.
- 4) La fonction rénale s'est considérablement dégradée, d'ou la nécessité de la confection d'une fistule artério-veineuse.
- 5) Le malade a développé une ostéite du gros orteil droit en novembre 2010.
- 6) L'intervention à eu lieu à la Clinique du Tonkin et l'hémodialyse à donc été débutée le 13 janvier 2011.
- 7) La solution envisagée est l'hémodialyse où la dialyse péritonéale.
- 8) Les anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens sont contre indiqués.
- 9) La suture est obligatoire au niveau du point ou la ponction pleurale est réalisée.
- 10) Le début de la maladie remonte a trois mois, ou les parents ont remarqué un retard staturo-pondéral.

Fiche outils

Ce qu'il faut savoir sur ces deux homophones :

a : il s'agit du verbe avoir conjugué au présent de l'indicatif avec la troisième personne du singulier ; on peut le remplacer par avait.

à : est une préposition. C'est un mot invariable qui indique le lieu, la direction, la destination, la situation, la tendance, la possession ou le temps.

ou : est une conjonction de coordination qui exprime l'alternance ou le choix. Elle signifie aussi « autrement » ou « en d'autres termes ».

où : peut être un des deux cas que nous explicitons dans le tableau suivant :

un adverbe qui exprime :	un pronom relatif qui exprime :
-Le lieu, exemple : Où allez-vous ? - La conséquence, exemple : d'où ma surprise quand j'ai appris la nouvelle. -Le temps, exemple : J'irai où il veut.	- Le lieu indiqué précédemment, exemple : l'endroit où il réside. - La cause, exemple : d'où lui vient cette complication ? - Le temps, exemple : au moment où il est opéré. - La situation, exemple : Dans l'état où il est, il ne peut pas marcher.

Les formes graphiques des phonèmes /e/ et /ɛ/ finaux d'un mot.

Activité 01 :

Dans les phrases suivantes, indiquez combien de fois il y a de formes graphiques du phonème /e/ et du phonème /ɛ/.

- 1) Chère Consœur.
- 2) Veuillez lui faire, s'il vous plait, une échographie abdominale.
- 3) La malade sus-âgée susnommée est sans antécédents.
- 4) Je me permets de vous adresser le patient XY.
- 5) Un prélèvement d'un abcès rétro-rectal.
- 6) La patiente présente, à l'arrivée, une détresse respiratoire.
- 7) Nous avons remarqué la régression de la lésion en chou-fleur.
- 8) Une fistule artério-veineuse était confectionnée.

Activité 02 :

Complétez les énoncés suivants par la graphie correcte des sons /e/ et /ɛ/.

- 1) Ch_r Confrère.
- 2) Permett_ -moi de vous adress_ la patiente susnomm_.
- 3) Le patient est arriv_ au stade d'insuffisance rénale chronique.
- 4) La pl_ s'est infect_ suite à l'absence de couverture antibiotique.
- 5) La victime ét_ déjà décéd_ à son arriv_ au pavillon des urgences.
- 6) Elle pr_f_re se faire césaris_ que d'accouch_ par voie basse.
- 7) Le bébé est n_ avec plusieurs malformations.
- 8) La solution chirurgicale n'est pas contre indiqu_, m_ le pourcentage du risque est élev_.

Fiche outils

Le /e/ est le son naturel de "é"	Le /ɛ/ est le son naturel de « è »
- Prononciation du son /e/ :  le-son-e2_=2.mp3 68 - Exemples : et – été – les – des – mes – chez – céder. - On écrit /e/ soit sous forme de : - é : quand il s'agit de la désinence des participes passés des verbes du premier groupe et des verbes : aller, être, naître. Exemple : soigné, mangé, allé, été, né... - é : dans les suffixes : té, eté, ité, tié. Exemple : bonté, dureté, amabilité, amitié. - er : comme désinence des verbes du premier groupe. Exemple :	- Prononciation du son /ɛ/ :  le-son-e-3_=3.mp3 69 - Exemples : ai – faire – rêve – caisse – naître – espère- projet. - On écrit /ɛ/soit sous forme de : - e sans accent : devant une consonne double. Exemple : effort, ennemi... - e sans accent : dans une syllabe qui se termine par une consonne prononcée. Exemple : cep, avec... - e sans accent : dans les préfixes : ex, extra, super, inter, hyper. Exemple : extraordinaire, hypertension...

⁶⁸Pour écouter le son, cliquez deux fois sur le document, une page de dialogue s'ouvre, cliquez sur ouvrir.

⁶⁹Ces extraits MP₃ sont tirés de la page :Podcast français facile. Ils sont disponibles sur le lien : <https://www.podcastfrancaisfacile.com/phonetique-2/opposition-e-e-e.html> Consulté le 09/05/2019.

soigner, manger... - er : dans les suffixes : er, ier. Exemple : boulanger, charcutier. - ez : comme désinence de la deuxième personne du pluriel d'un verbe conjugué à un temps simple. Exemple : vous marchez, vous marchiez, ... - ée : comme finale des mots féminins sauf : clé, acné, psyché, et comme finale des mots masculins suivants : apogée, athée, athénée, caducée, coryphée, empyrée, gynécée, hypogée, lycée, mausolée, musée, périgée, prytanée, pygmée, scarabée, trophée.	- ê : quand on trouve –es- dans le dérivé du mot. Exemple : arrêt_ arrestation, forêt_ forestation. - ai : comme finale de la première personne du singulier au passé simple des verbes du premier groupe et la finale de la même personne au futur des verbes de tous les groupes. Exemple : je marchai, je marcherai, je sortirai, je finirai... - ai : comme finale des mots dont le verbe correspondant se termine par –ayer sauf pour le mot relais. Exemple : balai_ balayer, essai_ essayer... - et : dans les suffixes –et, elet. Exemple : jardinet, maigrelet. - ai- : dans l'indicatif imparfait et le conditionnel présent des trois personnes du singulier et la troisième personne du pluriel. Exemple : Je mangeais, tu mangeais, il mangeait, ils mangeaient/ je mangerais, tu mangerais, il mangerait, ils mangeraient. - ai- : dans les suffixes : aie, ais. Exemple : roseraie, lyonnais... - aie : comme finale des noms féminins sauf paix, forêt. Exemple : plaie.

Module I : s'approprier les moyens linguistiques nécessaires pour la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 03 : respecter la morphosyntaxe

La désinence d'un verbe complément d'un autre verbe

Activité 01 :

Parmi les énoncés suivants, relevez ceux dans lesquels la désinence du verbe est erronée, puis donnez, leur orthographe correcte.

- 1) Nous vous remercions de nous avoir confier le nourrisson XY.
- 2) Il vaut mieux s'exposer au soleil pour favoriser la formation de la vitamine D.
- 3) Je vous remercie et vous prie d'agréer, Cher Confère, mes salutations distinguées.
- 4) Permettez-moi de vous adressez Madame XX pour consultation cardiologique.
- 5) Je voudrai prend un rendez-vous pour mon patient qui nécessite un scanner cervical.
- 6) Le patient signale avoir ingérer une substance corrosive.
- 7) Je vous conseille de revoir votre médecin traitant pour contrôle.
- 8) Il faut toujours alterné le sérum salé avec celui glucosé.
- 9) L'orthopédiste commence à amputer le pied diabétique.
- 10) Le patient dit être arriver à l'hôpital cette matinée.

Activité 02 :

Corrigez la désinence des verbes compléments d'un autre verbe dans le corps de la lettre suivant :

« Cher Confrère,

J'ai vu ce jour, Monsieur XY, que vous m'avez adressé en consultation.

Après contrôle radiographique, la consolidation de la fracture semble satisfaisante.

Pendant quinze jours à trois semaines, il doit repris ses deux cannes anglaises pour protégée son appui.

Sauf problème, il devrait pouvoir quittait la clinique dès qu'il sera bien autonome et je le reverrai en consultation dans un mois.

Le traitement anticoagulant va pourra progressivement être arrêté d'ici quelques jours.

Je vous remercie de votre confiance.

Je vous prie de croire, Cher Confrère, en mes sentiments les meilleurs. »⁷⁰

Fiche outils

Nous rappelons, dans ce qui suit, quelques points importants.

- Un complément du verbe est un mot ou un groupe de mot qui fait partie du groupe verbal. Il vient compléter le verbe en donnant des informations sur l'action ou l'état qu'il exprime.
- Le complément du verbe peut être : un complément d'objet direct (COD), complément d'objet indirect (COI), un complément d'objet second (COS), un attribut du sujet, un complément circonstanciel, un complément d'agent, une proposition subordonnée, un attribut du COD.
- Hormis le complément d'agent, le complément du verbe ne peut être déplacé ni supprimé car il est essentiel.

⁷⁰Cette lettre est relevée du site Docplayer, *Module 2 : rédaction de la lettre médicale*, <https://docplayer.fr/10786909-Module-2-redaction-de-la-lettre-medicale.html>. Consulté le 20 /06/2016.

- Quand la nature du complément du verbe est un verbe, ce dernier est toujours à l'infinitif (présent ou passé).

Exemple : - Il pense **changer** de métier.

- Je crois **avoir oublié** les clés.

- La désinence d'un verbe complément d'un autre verbe est celle de la forme infinitive.
- L'infinitif complément d'un autre verbe peut se construire sans ou avec une préposition.

Exemple : - Il veut **quitter** l'hôpital contre avis médical.

- Il me conseille **de prendre** un supplément alimentaire.

- **Remarque** : - après une préposition, le verbe se met toujours à l'infinitif.
 - quand deux verbes se suivent dans une phrase, le deuxième se met à l'infinitif.

Évaluation des acquis du module I

Activité 01 :

Le corps de la lettre d'orientation suivant comporte plusieurs erreurs relevant de l'orthographe lexicale dont leur nature est traitée dans la séquence 01.

Consigne : relevez ces erreurs en indiquant leur nature, puis rédigez le texte en le corrigeant.

Chere Consœur

Je vois ce jour monsieur XY, né le 07/02/1928, accompagné de son fils pour un bilan gérontologique. Pas de plainte de la part du patient á part une lenteur et une certaine anxiété.

Le début des troubles remonte à un an avec nécessité d'initiation verbale et un certain pessimisme. Pas de trouble de mémoire constaté. Pas de trouble type hallucinations. Pas de chutes répétées, ni de trouble de l'équilibre constaté. Le patient vit en maison avec un étage, pas de probleme pour monter les escaliers. Pas d'aide au domicile pr les actes de la vie quotidienne.

Ds les antécédents on note une hospitalisation pour pontage en 1998, notion de pseudo-polyarthrite rhumatoïde dont le patient ne semble pas se plaindre.

À l'examen clinique, doute sur une rigidité à drt mais qui se modifie au cours de l'examen clinique. Appui unipodal inférieur à 5 secondes à drt et à gch. On note un sentiment d'imminence d'une catastrophe avec une anxiété généralisée. Pas de déficit moteur. Le bilan biologique est normal.

Le TRT actuel comporte loxen, LP 50, Pariet 20, crestor 5, Kardegic 160, Orocal vit D3, Seroplex 20.

Je vous l'adresse afin d'effectuer un bilan complet et de réévaluer la dépression.

bien confraternellement.

Activité 02 :

Le passage suivant est extrait d'un compte rendu médical d'une patiente opérée pour un cancer du sein. Il contient plusieurs fautes, soulignez-les, puis donnez leur forme correcte.

La patiente XX âgé de 31 ans, né et demeurant a Tébéssa, mariée et mère de deux enfants vivant et bien portants. Elle est suivi au niveau du service oncologie pour néoplasie mammaire.

La malade est sans antécédents médicaux ni chirurgicaux, avant sa mastectomie.

L'examen clinique retrouve, à l'admission, une masse mammaire mesurant 05 centimètres de grand axe mobile par rapport aux deux plans, sans signes inflammatoires en regard, ni d'adénopathies homolatéral.

Une mammographie à été fait concluant à un nodule solide du sein gauche de 21x 14 millimètres sans adénopathies.

La micro-biopsie retrouve un carcinome canalaire infiltrant grade II selon Scarff-Bloom et Richardson.

Un bilan d'extension comportant : un télé thorax, une échographie abdomino-

pelvien, une scintigraphie osseuse et un taux de CA15-3 ont été demandées. Il revient sans anomalies.

La tumeur est initialement classée en T3 N0M0 Pev₀ AG₊ d'où l'indication d'une première chirurgie avec chimiothérapie adjuvante.

La patiente a bénéficié d'une mastectomie gauche totale avec un curage ganglionnaire homolatéral le 05/02/2014, dont le protocole opératoire est comme suit :

- anesthésie général ;
- incision en raquette circonscrivant le sein ;
- mastectomie droite selon Patey ;
- curage du 1^{er} et 2^{ème} étage de Berg en respectant les éléments nobles ;
- hémostase assurée ;
- fermeture sur Redon.

**Module II : construire, structurer et mettre en page des lettres
d'orientation et des comptes rendus médicaux**
Séquence 01 : rédiger une lettre d'orientation

Activité 01:

Répondez par écrit aux questions suivantes :

- Qu'est-ce qu'une lettre d'orientation médicale ?
- Quels sont les différents constituants de la lettre d'orientation médicale ?
- Quelles informations doivent figurer dans le corps de la lettre d'orientation médicale ?

Activité 02 :

Répondez par écrit aux questions suivantes :

- Quelles informations trouve-t-on au niveau de l'en-tête de la lettre d'orientation médicale ?

- Quels renseignements doit comporter l'identification du médecin émetteur dans une lettre d'orientation médicale ?
- L'identification du médecin destinataire se fait-elle de la même manière que celle du médecin émetteur ?
- Que doit renseigner un médecin généraliste, dans l'identification du médecin destinataire ?
- Comment renseigner les références d'une lettre d'orientation médicale et que signifie chaque élément ?
- Sur la base de toutes les réponses précédentes, schématisez cette partie de la lettre d'orientation dans les deux cas de figure suivants :
 - le médecin émetteur exerce dans son propre cabinet auquel il n'a pas donné de nom.
 - le médecin émetteur exerce dans un établissement nommé.

Activité 03 :

Dans la première colonne du tableau ci-dessous, figurent les destinataires possibles d'une lettre d'orientation médicale. La deuxième colonne comporte les différentes formules d'appel utilisées dans ce type de correspondances.

Consigne : Parmi ces formules d'appel, lesquelles un médecin généraliste peut utiliser pour s'adresser à chacun des destinataires indiqués dans la première colonne ?

Destinataires	Formules d'appel
1. Un professeur en médecine	a. Cher(e) Confrère/ Consœur
2. Un médecin généraliste	b. Cher(e) ami(e)
3. Un médecin spécialiste	c. Cher(e) + nom du médecin
4. Un médecin qu'il connaît	d. Maître
5. Un laboratoire	

Activité 04 :

Vous êtes médecin généraliste, vous recevez Monsieur XY pour une consultation médicale. Après examen, vous décidez de l'orienter chez un cardiologue pour un

avis spécialisé. Vous trouverez ci-dessous la transcription de la consultation qui s'est déroulée entre vous deux.

Consigne : A partir des informations qui y sont fournies, rédigez le corps de la lettre d'orientation que vous allez lui délivrer.

Transcription de la consultation médicale

« Le médecin : Bonjour monsieur, c'est à vous. Alors qu'est-ce qui vous amène ?

Le patient : Et bien, j'ai eu une oppression dernièrement.

M : Votre nom, [...].

M : Date de naissance ?

P : 20 avril 1954.

M : Profession, qu'est-ce que vous faisiez ?

P : J'étais agent commercial et actuellement, je suis retraité [...].

M : Vous avez eu une oppression thoracique qui a commencé le...

P : Ça a commencé cet été et ça se décrochait dans la poitrine à certains moments de la journée. Des sortes de piques...

M : Ce n'était pas rythmé par l'effort ?

P : Non parce que je faisais un petit peu de vélo cet été. Dans la campagne, tout allait bien. Je pouvais faire une heure ou deux de vélo sans trop de problèmes. Par contre, ça se passait parfois en marchant sur un trottoir.

M : Est-ce que ça durait longtemps ?

P : Non, une sorte de pique dans la cage thoracique, on a l'impression qu'il y a quelque chose qui se décroche.

M : Donc plutôt pointe de durée brève. Et ça continue encore en ce moment ou non ?

P : Un peu mais ça a été remplacé par une oppression. D'ailleurs ce vendredi j'étais tellement oppressé, tellement, tellement, tellement, que j'avais des remontées gastriques. Alors c'est vrai que mon père a fait plusieurs infarctus ...

M : Votre papa a eu des infarctus à quel âge ?

P : Son premier à 54 ans.

M : Il est décédé ou vivant ?

P : Il est décédé.

M : Il fumait ?

P : Il avait fumé mais il s'était arrêté de fumer à 54 ans après cet infarctus et il est décédé à 67 ans.

M : Et votre maman ?

P : Ma mère est morte à 62 ans d'un cancer du foie.

M : D'accord, vous avez des frères et sœur ?

P : Non.

M : Avez-vous eu des opérations importantes ?

P : Non.

M : Est-ce que vous fumez ?

P : J'ai fumé autrefois, puis ensuite j'ai eu de l'asthme, j'ai arrêté.

M : C'était de l'asthme ou une insuffisance respiratoire ? Quand vous étiez enfant vous n'aviez pas d'asthme ?

P : Non pas d'asthme enfant.

M : Vous avez une insuffisance respiratoire chronique. Elle est modérée ?

P : Oui, je prends des médicaments : Symbicort.

M : Et est-ce que vous avez eu du diabète, du cholestérol ?

P : Oui, du cholestérol...

M : Vous avez l'analyse, s'il vous plaît ? Il n'y en a pas beaucoup quand même du cholestérol. (*Médecin qui commente les chiffres*).

M : À part ça est-ce que vous avez eu des palpitations, le cœur qui s'emballer ? Vous n'avez pas eu de perte de connaissance ?

P : Non, non.

M : Et bien, je vais vous examiner. Vous pouvez vous mettre torse nu ? (*Bruit de préparation de l'examen*)

P : Le docteur que j'ai vu à Paris m'a dit : « vous n'êtes pas du tout comme votre père ».

Examen.

M : Mettez bien les bras le long du corps. Ne respirez plus... respirez normalement (*ibid*) ...levez un peu la tête. La pression artérielle est bonne... vous avez de la famille ici ?

P : Mon fils. Il travaille à l'hôpital...

(*Prise de la tension, bruit de pompe*)

M : 14,8 de tension. En dehors de l'électrocardiogramme que vous avez eu à l'hôpital, est-ce que vous en avez eu un autre ? Le bilan de 50 ans.

P : Non, non...

(*Électrocardiogramme*)

(*Conversation entre le médecin et le patient assez longue sur « tout et rien ».*)

M : Mais l'électrocardiogramme est bon. L'oppression que vous avez maintenant est permanente. (*Examen de médecine interne, échographie, son*)[...] (*Silence*). Vous avez un petit calcul dans la vésicule biliaire. Voilà, on va prendre une photo... (*Conversation peu audible qui commente l'échographie : le médecin explique au patient ce qu'on voit à l'écran et ils parlent des progrès de l'imagerie médicale.*) Voilà, écoutez, moi de mon côté, je ne vous trouve rien de spécial. Je vais revoir un peu vos poumons. Respirez très fort, la bouche ouverte, le démenagement est prévu quand ?

[...](*Le patient se rhabille.*)

P : Cette oppression alors ?

M : Ce n'est pas cardiaque. De toute façon, on fera un test d'effort. Ce n'est pas comme si le cœur s'arrêtait de battre ? » (Carras C & all, 2007 : 173-175).

Activité 05 :

La liste des expressions suivantes représente des formules de courtoisie standard les plus souvent employées pour finir un courrier :

- Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, mes salutations distinguées ;
- Je vous prie de recevoir, Madame/Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués ;
- Je vous prie de croire, Madame/Monsieur, en ma considération distinguée ;
- Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, mes sincères salutations ;
- Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués ;
- Veuillez recevoir, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée ;
- Veuillez recevoir, Madame/Monsieur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs ;
- Cordialement ;
- Confraternellement ;
- Respectueusement ;
- Amicalement ;
- Bien à vous ;
- Sincères salutations ;
- Salutations ;

- Bonne journée.

Consigne : Parmi ces expressions, lesquelles un médecin généraliste peut utiliser pour clore sa lettre d'orientation et comment doit-t-il les formuler ?

Est-ce que le choix de la formule de courtoisie change en fonction du statut du destinataire ?

Activité 06 :

Ci-dessous sont mentionnés les différents éléments constitutifs de la lettre d'orientation médicale donnés dans le désordre :

- signature et tampon ;
- référence ;
- formule d'appel ;
- coordonnées de l'établissement
- lieu, date (jj/mois/année) ;
- pièces jointes ;
- formule de courtoisie ;
- coordonnées du médecin émetteur ;
- corps de la lettre ;
- coordonnées du destinataire.

Consigne : Sur une feuille blanche, donnez la mise en page correcte de ce type de correspondances médicales dans les deux cas de figure suivants :

1. l'émetteur est un seul médecin
2. l'émetteur est un groupe de médecins (deux ou plus)

Module II : construire, structurer et mettre en page des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 02 : rédiger un compte rendu médical

Activité 01:

Répondez par écrit aux questions suivantes :

- Qu'est-ce qu'un compte rendu médical ?
- Quels sont les différents constituants d'un compte rendu médical ?
- Les constituants du compte rendu médical se renseignent-ils de la même manière que ceux de la lettre d'orientation médicale ou non ?
- Par quoi se différencient les constituants de ces deux types de correspondances ?

Activité 02 :

Sur la base des réponses obtenues de l'activité N°01, schématisez le compte rendu médical dans les deux cas de figure suivants :

- le compte rendu médical est rédigé comme une tâche systématique réalisée au cours ou à la fin d'une prise en charge d'un patient et sans qu'il soit demandé par un confrère ou une consœur.
- le compte rendu est rédigé pour être adressé à deux ou plusieurs destinataires.

Activité 03 :

Le texte ci-dessous est le corps d'un compte rendu médical authentique.

1. Lisez-le, puis identifiez les différentes informations qui le constituent.
2. Est-ce que les informations présentes dans ce compte rendu médical sont exhaustives ou non ? Si non, citez ceux qui manquent.
3. D'après vous, à quelle pratique médicale correspond la présentation de ces informations dans cette correspondance ?
4. Pourriez-vous nous rappeler les étapes constitutives de cette pratique médicale dans l'ordre à suivre ?
5. En quoi pourrait être utile cette pratique médicale dans la rédaction d'un compte rendu médical ?

COMPTE RENDU MÉDICAL

Il s'agit de Monsieur XY, âgé de 43 ans, originaire de Tébessa et y demeurant. Professeur et adjoint du vice-recteur de l'université de Tébessa, il est marié sans enfant et admis pour lombalgie.

L'histoire de la maladie remonte à quelques semaines, lors d'un voyage aux lieux Saints (Omra), marquée par l'apparition de douleurs lombaires déclenchées par l'effort de toux. Dans ces antécédents on note une stérilité du couple, une intervention pour varicocèle en 2006. Comme habitude toxique, on trouve le tabagisme plus de 20 paquets/ années. Pas de prise d'alcool.

L'examen clinique note un amaigrissement non chiffré, mais l'état général est bien conservé, bonne coloration cutanéomuqueuse, bon état d'hydratation. L'examen du rachis note une raideur douloureuse du rachis lombaire. L'examen cardio-vasculaire est normal. Sur le plan pulmonaire, on trouve une notion de toux et crachats chroniques avec à l'auscultation des champs pulmonaires des râles bronchiques d'encombrement. L'examen de l'abdomen est normal, pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie. Les aires ganglionnaires sont libres.

Les radiographies du rachis lombaire face et profil sont sans anomalies, de même celles du bassin. La radiographie du thorax de face montre une image opaque ovalaire sus hilaire gauche.

La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne montre :

- à l'étage thoracique : la présence d'une formation tissulaire sus hilaire gauche hétérodense prenant le contraste de façon hétérogène à contours irréguliers mesurant 41-45-61 mm. Cette masse entre en contact intime avec la crosse aortique sur une surface de 16mm, elle engaine la bronche segmentaire antérieure et postérieure sans signes d'atélectasie et elle se continue par un magma d'adénopathies hilaires comblant la fenêtre aorto-pulmonaire réalisant un complexe ganglio-tumoral de 54-52-68 mm. L'examen trouve également quelques bulles d'emphysème sous pleural apical bilatéral.
- à l'étage abdomino-pelvien : il y a présence de quelques adénopathies péri portales de taille variable, allant jusqu'à 26mm de grand axe.

- l'étude en fenêtre osseuse objective une lésion lytique somatique mal limitée de L3 de 22 mm de diamètre.

La scintigraphie osseuse trouve un seul foyer de fixation au niveau de la 3ème vertèbre lombaire.

Le bilan biologique est correct, pas d'anémie, fonction rénale, hépatique et hémostase normales. Calcémie normale. Pas de syndrome inflammatoire. Antigène carcino-embryonnaire négatif.

Au total :

Monsieur XY présente un processus sus hilair gauche avec adénopathies médiastinales homolatérales, des adénopathies péri portales et une lésion lytique somatique au niveau de la 3^{ème} vertèbre lombaire. Monsieur XY nécessite une prise en charge dans un centre spécialisé en vue d'un diagnostic précis (fibroscopie bronchique avec biopsie) et éventuellement une décision thérapeutique adaptée.

Activité 04 :

Dans cette vidéo⁷¹, nous avons une présentation détaillée du cas clinique de la patiente Rebecca Adler, hospitalisée au niveau du département de médecine diagnostique, plus précisément, à l'unité des diagnostics de l'Hôpital Universitaire Princeton Plainsboro, situé à 220 Morrison Hall au New Jersey. Cette patiente est soignée par le Docteur Gregory House (Chef du service) et son équipe médicale formée des docteurs : Allison Cameron (immunologue), Éric Foreman (neurologue), Robert Chase (cardiologue et urgentiste).

Consigne : à partir des informations données dans cette vidéo et en vous basant sur les étapes de l'observation médicale, rédigez le compte rendu d'hospitalisation de cette patiente tout en donnant à chaque partie du corps du compte rendu le titre qui lui convient.

⁷¹La vidéo de 16 minutes, est extraite de la série : Docteur House, saison 1, épisode 1, disponible sur le lien : <https://www.dailymotion.com/video/x6nosmn>, Consulté le 12/07/ 2019. Elle a été adaptée pour répondre aux besoins de l'activité.

Évaluation des acquis du module II

Activité 01 :

Docteur ARAAR Hania, médecin généraliste au niveau de la clinique Les oliviers, sise Boulevard Houari Boumediene, bâtiment N°09 à Tébessa, dont le numéro de téléphone est : 00 213 06 43 43 43, reçoit, le 26 juin 2019, pour consultation le patient XY accompagné de ses parents.

Le garçon, âgé de quatre ans, se plaint de torticolis et d'hyperthermie qui sont apparus la veille de la consultation, au décours d'une rhinopharyngite traitée depuis quarante-huit heures avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens et du Paracétamol. Malgré le traitement, la douleur et la raideur du torticolis se sont respectivement aggravées et accentuées.

À l'examen clinique, Docteur ARAAR a trouvé l'enfant en bon état général avec un torticolis et une hyperthermie à 38,3 °C. L'examen auto-rhino-pharyngé a montré un pharynx propre. La palpation cervicale trouve des adénopathies cervicales multiples, et une masse jugulo-carotidienne haute de 3 cm x 3 cm très sensible, en plus d'un trismus discret sans phlegmon péri-amygdalien.

Le Docteur ARAAR a demandé alors une échographie et une tomodensitométrie cervicales. Le premier examen confirme la polyadénopathie superficielle et décrit en profondeur une masse hétérogène avec une réaction tissulaire périphérique non abscondue. Quant au second, il montre un adénophlegmon en phase présuppurative, ainsi qu'une subluxation atlanto-axoïdienne de type 1, correspondant à la rotation de l'atlas, sans avancée ni recul.

Devant ce cas, le Docteur Araar soupçonne un syndrome de Grisel et décide de ne rien prescrire au malade avant de l'adresser au Docteur AMOROUAYECHE Rafia, spécialiste en pédiatrie, dont le cabinet est situé à 1 Rue, des frères Merakchi, Belcourt à Alger, pour un avis et une prise en charge spécialisés.

Consigne : En vous servant de toutes les informations indiquées dans ce descriptif, rédigez la lettre d'orientation médicale que doit délivrer le Docteur ARAAR aux parents du petit garçon.

Activité 02 :

Vous trouverez ci- dessous les éléments constitutifs d'un compte rendu donnés dans le désordre. Il est rédigé par le docteur ARAAR Hania, médecin généraliste, pour être adressé au docteur AMOROUAYECHE Rafia, pédiatre et médecin traitant de la patiente XX. Lisez-le, puis :

- relevez tous les éléments manquant au compte rendu médical ;
- relevez les erreurs de langue commises dans cette correspondance et corrigez-les.
- réorganisez les différentes parties de ce compte rendu dans leur ordre logique, tout en insérant les parties manquantes et en veillant à la bonne mise en page.

Compte rendu médicale

Appareil uro-génital :

- organe génitaux externes conforme au sexe féminin
- pas de contact lombaire
- test de Giordano (-)
- urines claires
- diurèse conservée
- stade pubertaire S₁P₁

ATCD :

Asthme bronchique depuis l'âge de 05 ans sous Symbicort
Grand-mère et tante paternel asthmatiques

Traitement :

Substitution de l'hormone de croissance (GH) par la Norditropine Nordilet, à raison d'une injection de 14 clics (2.8 UI)/ jour en sous cutané

Appareil pleuro-pulmonaire :

- pas de signe de rétraction
 - auscultation pleuro-pulmonaire libre
- Tébessa, le 02/02/2017

Docteur ARAAR Hania

araar-h@hotmail.fr

Histoire de la maladie :

Le début de la symptomatologie semble remonter à 03 ans, quand la mère a remarqué la stagnation de la croissance. Toutefois, ceci ne l'a pas motivée à emmener la fille en consultation jusqu'au novembre 2016.

Appareil neurologique :

Sans anomalie

Conclusion :

XX, 12 ans, présente un déficit partiel en GH et nécessite un traitement substitutif par Norditropine 14 clics/j en sous cutané.

CLINIQUE LES OLIVIERS
Boulevard Houari Boumediene
Bâtiment 09, Tébessa 12000
Tél : 00 213 6 20 43 43 43

Examen clinique :

À son arrivée :

- état général conservé
- légère pâleur cutané-muqueuse
- apyrétique
- pas de syndrome hémorragique ni œdémateux
- poids : 28 kg
- taille : 1,33m
- la taille du père : 1,66m
- la taille de la mère : 1,54m
- la taille cible 153,5 cm
- la vitesse de croissance : 1cm/06 mois (diminuée)

XX, née le 24/02/2005, âgée de 12 ans, originaire et demeurant à Tébessa, issue d'un mariage non consanguin, la 02^{ème} d'une fratrie de 04 enfants, tous vivants. Elle est admise pour la prise en charge d'un retard staturo-pondéral.

Docteur AMOROUAYACHE Rafia

Spécialiste en pédiatrie
1rue des frères Merakchi, Belcourt
Alger, 16000

Appareil digestif :

- abdomen souple
- pas d'hépatosplénomégalie
- transit conservé.

Examen complémentaire :

- Biologique :

Urée : 0.2g/l

Créatinine : 08mg/l
FNS : GB : 4500ELE/M
HB : 14g/dl
Plaquettes : 226000 elle/m³
Glycémie : 082 g/l
TGO : 18UI/l
TGP : 20 UI/l
VS : 07 m/h __ 1^{ère} heure
16m/h __ 2^{ème} heure
Fer sérique : 61.8mg
Albuminémie : 40g/l
Protides totaux : 68.11 g/l
T₄ – TSH (N)
GH de base : 0.28 Mui/l (inférieure de la normale)
IGF₁ : 385mg/ml (supérieure de la normale)

Appareil cardio-vasculaire :

- pas de souffle ni bruits surajouté
- FC : 70batt/min

Examen radiologique :

L'âge osseux 09 ans

L'IRM cérébrale montre l'absence d'anomalie morphologique cérébrale et la présence d'une sinusite bilatérale en voie de chronicité.

L'épreuve de stimulation de GH par hypoglycémie insulinique donne des taux de GH inférieurs à 10ng/ml.

Appareil locomoteur

Sans anomalie.

2.2. FICHES ENSEIGNANT

Module I : s'approprier les moyens linguistiques nécessaires pour la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 01 : respecter les règles de l'orthographe lexicale

Objectifs :

- Identifier les différents accents et les placer sur les mots convenablement.
- Bien employer la majuscule.
- Connaître l'impact négatif de l'écriture en abréviation et rédiger son texte sans y avoir recours.
- Employer les différents signes de ponctuation.

Supports :

- Texte extrait du livre « *L'homme qui voulait être heureux* » de Laurent GOUNELLE. Édition Anne Carrière, Paris, 2008, Page 33.

Guide de la séquence 01

Les activités proposées dans cette séquence visent l'amélioration et l'acquisition des compétences en orthographe lexicale, plus précisément celles qui concernent l'usage des accents, de la majuscule, de la ponctuation et l'évitement de l'emploi des abréviations.

Pour les trois premiers éléments linguistiques traités dans cette séquence, les activités sont accompagnées de fiches outils qui expliquent les règles d'usage de chaque élément. Le déroulement des séances traitant ces points se fait comme suit : dans un premier temps, l'enseignant demande à l'apprenant de traiter l'activité en faisant appel à ses prérequis et sans utiliser la fiche outils. Dans un deuxième temps et une fois la première réponse est donnée sur une feuille, l'enseignant présente la fiche outils et l'explique aux apprenants. Puis, sur la base de cette fiche, il leur demande de faire une autocorrection en vérifiant leurs réponses et en corrigeant les fautes s'il y en a. En dernier lieu, l'enseignant procède à une correction collective des activités sur le tableau. L'objectif de procéder de la sorte est d'amener l'apprenant à apprendre de ses erreurs et à

s'auto corriger, tout en apprenant les règles d'usage des éléments linguistiques. Quant au dernier point (les abréviations), l'apprenant est appelé à traiter les deux activités en prenant en considération le facteur temps que lui demande le traitement de chaque activité. L'objectif est de lui montrer les confusions possibles dans le déchiffrement d'une abréviation et la perte de temps que peut causer ce déchiffrement pour le lecteur de la correspondance médicale.

Corrigé des activités :

Les accents

Activité 01

- 1) Âge, 2) déclencher, 3) stérilité, 4) varicocèle, 5) année, 6) général, 7) hétérogène, 8) irrégulier, 9) fenêtre, 10) antécédents, 11) même, 12) prélèvement, 13) collègue, 14) grâce, 15) hémodialyse, 16) chère, 17) été, 18) confrère, 19) emphysème, 20) protéine. 21) bientôt, 22) cérébral, 23) susnommé, 24) dédifférencié, 25) hypothèse.

Activité 02

- a) Une tomodensitométrie thoracique a été faite le : 06/01/20016. Elle revient en faveur d'un épanchement pleural cloisonné supéro-antérieur gauche avec épanchement pleural postérieur de faible à moyenne abondance, de volumineuses bulles d'emphysème avec atélectasie lobaire inférieure gauche.
- b) La persistance des céphalées nous a conduit à explorer le cerceau par une angio-IRM qui a révélé des anévrismes du segment M₁ de l'artère cérébrale moyenne gauche, sur la face antérieure de 15/10mm, et un anévrisme à la partie proximale M₂ de l'artère cérébrale moyenne.

La majuscule

Activité 01 :

1. J'habite au 24, boulevard Houari Boumediene à Tébessa.
2. Karim s'est fait opéré par le Docteur Bernard.
3. Depuis janvier, son état ne s'est pas amélioré. Pourtant elle était sous surveillance médicale.
4. Le français est la première langue étrangère pour les Algériens, tout comme leurs voisins les Tunisiens et les Marocains.
5. Le décollage de la Boeing 747 sera à l'heure.
6. Est-ce que l'intervention est compliquée ? dit-il.
7. L'Établissement public hospitalier (EPH) et l'Établissement public de santé de proximité (EPSP) de Tébessa, en collaboration avec la direction de la Santé (DS) de la wilaya ont organisé une journée « Portes ouvertes » sur le don du sang.
8. Cher Maître,
Je voudrais avoir votre avis sur ce cas qui semble compliqué.

Activité 02 :

Cher Confrère,

Je vous confie, pour prise en charge spécialisée, la nommée Salima Ibtissem, âgée de 76 ans qui présente un pic hypertensif à 22/08. L'examen clinique est sans particularité, à l'exception de l'absence du signe de Babinski au niveau du pied gauche.

À toutes fins utiles, je vous informe que la patiente est diabétique et présente une cardiopathie ischémique traitée par :

- Aténor 100mg : 1cp/j
- Corvasal cp 2mg : ½ cp x 3/j
- Aspégic 100mg : 1sachet/j
- Novofortine cp 500mg : 2cp/j

Je vous remercie par avance.

Confraternellement.

La ponctuation

Activité 01 :

1. Quel que soit le lait utilisé, on doit administrer, en intramusculaire, de la vitamine K₁ à tous les nouveau-nés le premier jour.
2. Pourquoi donc, Madame, vous n'avez pas continué votre traitement ?
3. Ah !mon cher pays. Quand est-ce que je vous verrai indépendant ?
4. Le devoir d'un chef est de commander ; celui d'un subordonné, d'obéir.
5. Ni le médicament, ni la chirurgie, ni le régime ne pourront donner un résultat meilleur à celui du sport.
6. L'examen médical comporte trois volés : clinique, biologique et radiologique.
7. La maman répétait sans cesse : « Ah ! si je pouvais donner mon rein à mon fils.»

Activité 02 :

Une expérience a été menée, dans les années soixante-dix, par des chercheurs dans une université américaine. Ils ont commencé par constituer un groupe d'élèves du même âge ayant le même résultat au test QI : ces enfants avaient donc tous un niveau d'intelligence égal, selon ce test. Ils ont ensuite séparé le groupe en deux. Ils ont confié le premier sous-groupe à un enseignant, avec cette consigne : « Faites le même programme que d'habitude, mais, pour votre information, sachez que ces enfants sont plus intelligents que la moyenne. » L'enseignant à qui l'on a confié le second sous-groupe s'est entendu dire : « Faite le même programme que d'habitude, mais, pour votre information, sachez que ces enfants sont moins intelligents que la moyenne. » Au bout d'un an de cours, les chercheurs ont refait passer le test du QI à tous les enfants. Ceux du premier sous-groupe avaient en moyenne un QI nettement supérieur à celui des enfants du second. (Laurent Gounelle, 2008 : 33).

Les abréviations

Activité 01 : Réponse :

	1	2	3	4	5	6
A	I	P	P		I	M
B		A			V	S
C			A	E	G	
D	B	A	V			
E	I		C	I	V	
F	S	C		R	A	
G			P	C		P
H	T	V				V
I	C		S	E	P	

Vertical :

- 7. BIS. TC
- 8. PA
- 9. AVC
- 10. IRC
- 11. IVG. VA
- 12. PV

Horizontal :

- J. IPP. IM
- K. VS
- L. AEG
- M. BAV
- N. CIV
- O. SC. RA
- P. PC
- Q. TV
- R. SEP

-Vertical :

- 1. BIS : - Bloc interscalénique
- Index bi spectral
- 2. TC : - Traumatisme crânien
- Taux de coagulation
- 3. PA : - Pression artérielle
- Pancréatite aiguë
- Personne âgée
- Principe actif
- 4. AVC : -Accident vasculaire cérébral
- Accès vasculaire central
- 5. IRC : - Insuffisance rénale chronique
- Insuffisance respiratoire chronique
- 6. IVG : - Insuffisance ventriculaire gauche
- Interruption volontaire de grossesse
- 7. VA : - Ventilation artificielle
- Valve aortique
- 8. PV : - Ponction veineuse
- Prélèvement vaginal

Horizontal :

- a. IPP :- Inter-phalangiennes proximales
- Inhibiteurs de la pompe à proton
- Incapacité permanente partielle
- IM : - Intramusculaire
- Insuffisance mitrale
- b. VS : - Vitesse de sédimentation
- Ventilation spontanée
- c. AEG : - Altération de l'état général
-Arthroscopie de l'épaule gauche
- d. BAV : - Bloc auriculo-ventriculaire
- Baisse de l'acuité visuelle
- Bandes à varices
- e. CIV :-Communication inter-ventriculaire
- Cathéter intraveineux
- f. SC : - Sous cutané
- Surface corporelle
- RA : - Rétrécissement aortique
- Rachianesthésie
- g. PC : - Périmètre crânien
- Perte de connaissance
- h. TV : - Touché vaginal
- Tachycardie ventriculaire
- i. SEP : - Sclérose en plaques
- Syndrome extrapyramidal

Activité 02 :

Le 21/09/2014, Monsieur XY s'est présenté au pavillon des urgences dans un tableau d'insuffisance rénale chronique terminale avec :

- crise d'œdème aigu pulmonaire ;
- pic d'hypertension artérielle ;
- fonction rénale très perturbée.

Conduite à tenir : séance d'hémodialyse en urgence après mise en place d'un cathéter intraveineux fémoral droit.

L'Échographie abdomino-pelvienne indique deux petits reins échogènes différenciés d'insuffisance rénale chronique sur vraisemblablement séquelles de pyélonéphrite chronique avec hydronéphrose modérée à gauche. Des gaz digestifs abondants.

Le traitement actuel administré est : Kayexalate : 1 c à mesure 3x/j. Calcium : 1 sachet 2x/j. Vitamine D : 1cp/j.

Module I : s'approprier les moyens linguistiques nécessaires pour la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux
Séquence 02 : respecter les règles de l'orthographe grammaticale

Objectifs :

- Savoir accorder un adjectif qualificatif avec son qualifié.
- Savoir accorder le participe passé.
- Savoir distinguer et employer les homophones à/a et ou/où.
- Savoir distinguer les phonèmes /e/ et /ε/ finaux d'un mot et employer leurs différentes formes graphiques.

Guide de la séquence 02

Cette séquence vise, à travers ses activités, l'amélioration des compétences de l'apprenant en orthographe grammaticale, en ce qui concerne l'accord de l'adjectif qualificatif, l'accord du participe passé, les homophones à/a et ou/où et

enfin les formes graphiques des phonèmes /e/ et /ɛ/ finaux d'un mot. Les fiches pédagogiques sont élaborées à l'instar de celles de la première séquence, c'est-à-dire : chaque élément est abordé dans deux activités qui sont accompagnées de fiche outils, servant à expliquer les règles d'usage de l'élément traité. Pour le déroulement des séances, l'enseignant peut procéder de la même manière que la première séquence, ou bien choisir une autre démarche qui convient mieux à ses apprenants, à savoir traiter les activités tout en ayant la fiche outils dès le début.

Corrigé des activités :

L'accord de l'adjectif qualificatif

Activité 01 :

- a) La malade consulte pour des douleurs **abdominales** très **intenses**.
- b) La ponction a ramené un liquide d'une coloration **verte**.
- c) Le patient est programmé pour une échographie des membres **inférieurs**.
- d) Je vous confie la malade pour une prise en charge **spécialisée**.
- e) **Cher** Confrère, **Chère** Consœur.
- f) Exploration des **multiples** adénopathies **abdominales profondes**.
- g) La malade, aux antécédents d'insuffisance hépatique **décompensée**, présente un abcès **chaud**. Elle nécessite **d'éventuels** prélèvements pour biopsie.
- h) L'acuité **visuelle** et le réflexe des paupières sont **bons**.
- i) Il a eu un choc **vagal** durant son **avant-dernière** séance de dialyse.
- j) La fillette **nouveau-née** nécessite une exsanguino-transfusion.

Activité 02 :

L'examen **clinique** retrouve une tension **artérielle** à 195/108mmHg. Quant à l'examen **radiologique**, l'électrocardiogramme relève des extrasystoles **ventriculaires multiples**. La tomodensitométrie montre une **petite** hémorragie **méningée** en regard des deux vallées **sylviennes** ainsi qu'une hydrocéphalie **aiguë** avec un œdème **cérébral diffus** modéré.

L'accord du participe passé

Activité 01 :

Participe passé	Accord avec
Basé	Le diagnostic
Orientée	L'hémoculture
Pratiquée	//
Approprié	Milieu
Supposés	Germes
Pratiquée	Hémoculture
Isolé	Germe

Activité 02 :

Le participe passé	Accord avec	Parce que
1) Choisie	1)- Antibiothérapie	1)- le P.P formé avec l'auxiliaire avoir. Le C.O.D -antibiothérapie- est placé avant le verbe.
2) – Répétées	2)- Les crises	2)- le P.P est formé sans auxiliaire.
- Dues	- Les crises	- Le P.P est formé avec l'auxiliaire être.
3) Renouvelés	3)- Une patience et un courage.	3)- Le P.P est formé sans auxiliaire.
4) - Consacrée	4)- Une heure	4)- Le P.P est formé sans auxiliaire.
- Renouvelée	- Administration	- //
5) Donnés	5)- Les conseils	5)- Le P.P est formé avec avoir mais le COD est placé avant le verbe.
6) Vus	6)- les nouveau-nés	6)- Le participe passé s'accord avec le COD car ce dernier est le sujet du verbe à l'infinitif.
7) - coupé	7) /	7) pas d'accord, le COD est placé après le verbe.

- Laissée	- s' (elle)	- le pronom réfléchi est le COD qui est placé avant le verbe.
8) Préféré	8) /	8) pas d'accord, car le P.P est suivi d'un infinitif dont l'antécédent -la
9) Injecté	9) /	conduite à tenir- ne fait pas l'action
10) Compliquée	10) la césarienne	9) le COD -des drogues- placé après le verbe.
		10) le verbe –demeure- est analogue au verbe –être-, donc il y a accord.

Les homophones

Activité 01 :

- 1) Le début de la maladie semble remonter à un mois, marqué par l'apparition de douleurs lombaires avec altération de l'état général et un amaigrissement important du malade. Ce dernier a consulté chez un néphrologue où une tomodensitométrie abdomino-pelvienne a été faite, objectivant des adénopathies coéliomésentériques qui ont été biopsies et dont le résultat anatomo-pathologique revient en faveur de la maladie de Castelman.
- 2) La néphropathie initiale a été découverte à l'occasion d'une hypertension maligne le 17/07/2004 avec comme signes une protéinurie néphrotique et une hématurie microscopique. La ponction biopsique rénale n'a pas pu être réalisée à cause du malaise vagal.
- 3) La scintigraphie osseuse, corps entier statique, faite ce jour à votre patient, a mis en évidence une hyperfixation du rachis lombaire à hauteur de L₁ d'allure très suspecte.
- 4) Le jour où le malade s'est présenté à notre niveau, aucun signe de cardiopathie n'a été relevé, à part des douleurs épigastriques, d'où la nécessité de pratiquer un électrocardiogramme, un examen qui ne peut pas être remplacé par une radiographie du thorax ou de l'abdomen.

Activité 02 :

L'énoncé contenant une confusion entre homophones	Justification
1) La patiente <u>à</u> bénéficié d'une mastectomie totale gauche avec un curage ganglionnaire homolatéral dont le protocole opératoire est sus indiqué. 2) Dans le but d'avoir un diagnostic histologique, une biopsie transpariétale est souhaitable qui sera réalisé <u>a l'hôpital de Bab el oued a titre</u> externe. 3) La fonction rénale s'est considérablement dégradée, <u>d'ou</u> la nécessité de la confection d'une fistule artério-veineuse. 4) L'intervention <u>à eu</u> lieu à la Clinique du Tonkin et l'hémodialyse <u>à donc été débutée</u> le 13 janvier 2011. 5) La solution envisagée est l'hémodialyse <u>où</u> la dialyse péritonéale. 6) La suture est obligatoire au niveau du point <u>ou</u> la ponction pleurale est réalisée. 7) Le début de la maladie remonte <u>a trois mois, ou les parents ont remarqué</u> un retard staturo-pondéral.	1) C'est le verbe bénéficié conjugué au passé composé avec l'auxiliaire avoir, donc on écrit : a bénéficié. 2) le -a- dans les deux positions s'écrit avec un accent grave, parce qu'il indique le lieu et la situation. 3) On écrit -où- car il indique la conséquence. 4) Le -a- de a eu et a été débutée s'écrivent sans accent car il s'agit de l'auxiliaire avoir des verbes avoir au passé composé et débiter au passé composé de la forme passive. 5) Le -ou- s'écrit sans accent car il exprime le choix. 6) Où, s'écrit avec un accent grave car il exprime le lieu. 7) Le -a- s'écrit avec un accent grave car il exprime le temps. Le -où- s'écrit avec un accent grave car il exprime le temps.

Les formes graphiques des phonèmes /e/ et /ɛ/ finaux d'un mot

Activité 01 :

	1	2	3	4	5	6	7	8
/e/	0	2	5	1	2	3	4	3
/ɛ/	1	2	0	1	3	2	0	3

Activité 02 :

- 1) Cher Confrère.
- 2) Permettez-moi de vous adresser la patiente susnommée.
- 3) Le patient est arrivé au stade d'insuffisance rénale chronique.
- 4) La plaie s'est infectée suite à l'absence de couverture antibiotique.
- 5) La victime était déjà décédée à son arrivée au pavillon des urgences.
- 6) Elle préfère se faire césariser que d'accoucher par voie basse.
- 7) Le bébé est né avec plusieurs malformations.
- 8) La solution chirurgicale n'est pas contre indiquée, mais le pourcentage du risque est élevé.

Module I : s'approprier les moyens linguistiques nécessaires pour la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 03 : respecter la morphosyntaxe

Objectifs :

- Savoir orthographier la désinence d'un verbe complément d'un autre verbe.
- Savoir ordonner les éléments d'une phrase.

Guide de la séquence 03

Cette séquence porte sur deux points qui font partie de la morphosyntaxe. Le premier est la désinence d'un verbe complément d'un autre verbe et le deuxième est l'ordre des éléments d'une phrase. L'enseignant peut travailler cette séquence

avec ses apprenants de la même façon que les deux séquences précédentes, c'est-à-dire, demander aux apprenants de faire l'exercice sans s'appuyer sur la fiche outils, puis s'auto corriger après avoir consulté minutieusement cette dernière. Nous laissons également le choix à l'enseignant d'opter pour une démarche différente, l'essentiel c'est que les objectifs de la séquence soient atteints.

Corrigé des activités :

La désinence d'un verbe complément d'un autre verbe

Activité 01 :

Ci-dessous les énoncés dont la désinence du verbe est erronée (les verbes sont écrits en gras, leur forme correcte est mise entre parenthèses).

- 1) Nous vous remercions de nous avoir **confier** le nourrisson XY. (confié)
- 2) Permettez-moi de vous **adressez** Madame XX pour consultation cardiologique. (adresser)
- 3) Je voudrai **prend** un rendez-vous pour mon patient qui nécessite un scanner cervical. (prendre)
- 4) Le patient signale avoir **ingérer** une substance corrosive. (ingéré)
- 5) Il faut toujours **alterné** le sérum salé avec celui glucosé. (alterner)
- 6) Le patient dit être **arriver** à l'hôpital cette matinée. (arrivé)

Activité 02 :

« Cher Confrère,

J'ai vu ce jour, Monsieur XY, que vous m'avez adressé en consultation.

Après contrôle radiographique, la consolidation de la fracture semble satisfaisante.

*Pendant quinze jours à trois semaines, il doit **reprendre** ses deux cannes anglaises pour **protéger** son appui.*

*Sauf problème, il devrait pouvoir **quitter** la clinique dès qu'il sera bien autonome et je le reverrai en consultation dans un mois.*

*Le traitement anticoagulant va **pouvoir** progressivement être arrêté d'ici à quelques jours.*

Je vous remercie de votre confiance.

*Je vous prie de **croire**, Cher Confrère, en mes sentiments les meilleurs ».*

Corrigé de l'évaluation des acquis du module I

Activité 01 :

Type d'erreur	Les accents	La majuscule	L'abréviation	La ponctuation
Les fautes	- Chere - á - probleme - réevaluer	- monsieur - à - Loxen, crestor - bien	- pr - drt, gch - TRT - Ds	- virgule après « Chere Consoeur » et « Dans les antécédents » - les deux points avant l'énumération du traitement -le point final de la dernière phase.

Chère Consœur,

Je vois ce jour Monsieur XY, né le 07/02/1928, accompagné de son fils pour un bilan gériatrique. Il n'y pas de plainte de la part du patient **à** part une lenteur et une certaine anxiété.

Le début des troubles remonte à un an avec nécessité d'initiation verbale et un certain pessimisme. Il n'y pas de trouble de mémoire constaté ni de trouble type hallucinations. Il n'y a pas de chutes répétées, ni de trouble de l'équilibre constaté. Le patient vit en maison avec un étage, n'a pas de **problème** pour monter les escaliers et pas d'aide au domicile **pour** les actes de la vie quotidienne.

Dans les antécédents, on note une hospitalisation pour pontage en 1998, notion de pseudo-polyarthrite rhumatoïde dont le patient ne semble pas se plaindre.

À l'examen clinique, il y a un doute sur une rigidité à **droite** mais qui se modifie au cours de l'examen clinique. L'appui unipodal est inférieur à 5 secondes à

droite et à **gauche**. On note un sentiment d'imminence d'une catastrophe avec une anxiété généralisée. Il a absence de déficit moteur. Le bilan biologique est normal.

Le **traitement** actuel comporte : **Loxen**, LP 50, Pariet 20, **Crestor** 5, Kardegic 160, Orocal vit D3, Seroplex 20,

Je vous l'adresse afin d'effectuer un bilan complet et de **réévaluer** la dépression.

Bien confraternellement.

Activité 02 :

Les fautes sont soulignées dans le texte et leur forme correcte est donnée, juste après, entre parenthèses.

La patiente XX âgé (âgée) de 31 ans, né (née) et demeurant a(à) Tébessa, mariée et mère de deux enfants vivant (vivants) et bien portants. Elle est suivi (suivie) au niveau du service oncologie pour néoplasie mammaire.

La malade est sans antécédents médicaux ni chirurgicaux, avant sa mastectomie.

L'examen clinique retrouve, à l'admission, une masse mammaire mesurant 05 centimètres de grand axe mobile par rapport aux deux plans, sans signes inflammatoires en regard, ni d'adénopathies homolatéral (homolatérales).

Une mammographie à (a) été fait(faite) concluant à un nodule solide du sein gauche de 21x 14 millimètres sans adénopathies.

La micro-biopsie retrouve un carcinome canalaire infiltrant grade II selon Scarff-Bloom et Richardson.

Un bilan d'extension comportant : un télé thorax, une échographie abdomino-pelvien (pelvienne), une scintigraphie osseuse et un taux de CA15-3 ont était (été) demandée (demandés). Il revient sans anomalies.

La tumeur est initialement classer (classée) en T3N0M0Pev₀AG₊ d'ou(où) l'indication d'une première chirurgie avec chimiothérapie adjuvante.

La patiente **à bénéficiée** (a bénéficié) d'une mastectomie gauche totale avec un curage ganglionnaire homolatéral le 05/02/2014, dont le protocole opératoire est comme suit :

- anesthésie **général** (générale) ;
- incision en raquette circonscrivant le sein ;
- mastectomie droite selon Patey ;
- curage du 1^{er} et 2^{ème} étage de Berg en respectant les éléments nobles ;
- hémostase **assuret** (assurée) ;
- fermeture sur Redon.

Module II : construire, structurer et mettre en page des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 01 : rédiger une lettre d'orientation médicale

Objectifs :

- Définir la lettre d'orientation médicale puis énumérer ses constituants.
- Renseigner correctement les différents constituants d'une lettre d'orientation médicale.
- Mettre en page une lettre d'orientation médicale.
- Rédiger une lettre d'orientation médicale.

Supports :

- Texte d'une conversation extrait du livre « *Le français sur objectifs spécifiques et la classe de langue* ». Edition CLE International, Paris, 2007, pages 173-175.

Guide de la séquence 01

Les activités de cette séquence portent sur la lettre d'orientation médicale dans ses composantes, sa structure et sa mise en page. Les deux premières activités sont sous forme de questions ouvertes, faisant appel aux acquis antérieurs des apprenants, les réponses sont donc ouvertes. L'enseignant demande aux apprenants de travailler en binômes ou en groupe, avant de procéder à une

correction collective afin d'unifier les réponses. Les trois dernières activités peuvent être également travaillées en binôme ou en groupe, mais nous préférons qu'elles soient en individuelle, afin d'autonomiser l'apprenant à la rédaction de son courrier médical dans le futur.

Corrigé des activités :

Activité 01 :

- **Définition de la lettre d'orientation médicale :**

C'est un courrier échangé entre les médecins (généralistes et/ou spécialistes) afin de demander un acte ou un avis spécialisé voire une prise en charge du patient. Le contenu de la lettre d'orientation fournit les renseignements nécessaires, concernant le patient et son état. Ces informations ont pour rôle d'orienter et d'aider le médecin récepteur dans l'accomplissement de la tâche qui lui est demandée.

- **Les différents constituants de la lettre d'orientation médicale :**

La rédaction de la lettre d'orientation se fait sur le modèle de la lettre professionnelle en forme personnelle. La lettre d'orientation comporte les éléments suivants :

- l'identification du/des médecin(s) émetteur(s) ;
- le lieu et la date de la rédaction du courrier ;
- l'identification du destinataire ;
- la (les) référence(s) s'il y a lieu ;
- la formule d'appel ;
- le corps de la lettre ;
- la formule de clôture ou de courtoisie ;
- les pièces jointes s'il y a lieu ;
- la signature de l'émetteur accompagnée de la griffe (tampon).

- **Les informations qui doivent figurer dans le corps de la lettre d'orientation médicale sont :**

Le corps de la lettre d'orientation doit comporter les informations nécessaires, concernant le patient et son état de santé qui aident le médecin récepteur dans l'accomplissement de la tâche qui lui est demandée. Ces informations sont :

- État civil et renseignements généraux du patient : nom, prénom, âge, sexe ;
- Motif du contact ;
- Antécédents : personnels (médicaux, chirurgicaux, allergiques, génico-obstétricaux pour la femme), familiaux ;
- Résultats de l'examen clinique ;
- Résultats significatifs des examens complémentaires (biologiques et/ou radiologiques) ;
- Diagnostic évoqué ou retenu ;
- Traitement reçu ;
- L'objet de la lettre.

Activité 02 :

- **Les informations que l'on trouve au niveau de l'en-tête d'une lettre d'orientation médicale sont :**
 - le nom de l'établissement ;
 - l'adresse ;
 - le numéro de téléphone ;
 - nom du service ;
 - nom et qualité du responsable du service.
- **Les renseignements que doit comporter l'identification du médecin émetteur dans une lettre d'orientation médicale sont :**
 - nom et prénom du médecin émetteur ;
 - sa qualité ;
 - son adresse ;

- son numéro de téléphone/fax ;
- son courriel.
- Non, l'identification du médecin destinataire ne se fait pas de la même manière que celle du médecin émetteur. Il y a des renseignements dont la présence est obligatoire concernant ce dernier, alors qu'ils sont facultatifs dans le cas du destinataire.
- **L'identification du médecin destinataire doit comporter :**
 - le nom et le prénom du médecin ;
 - son adresse.
- **Les références d'une lettre d'orientation médicale se renseignent comme suit :**

Réf : NP/SM/ 220-19

Signification :

Réf : référence

NP : Nom et prénom du médecin émetteur

SM : Nom et prénom de la secrétaire médicale si c'est elle qui a tapé l'écrit

220 : le numéro attribué à la lettre

19 : l'année
- **Schématisation de cette partie de la lettre d'orientation**
 - 1. Premier cas :**

Médecin émetteur	Lieu, date (jj/mois/année)
NOM Prénom	
Qualité	Médecin destinataire
Adresse	NOM Prénom
Numéro de téléphone/fax	Adresse
Courriel	
Réf : NP/SM/220-19	

2. Deuxième cas :

NOM DE L'ETABLISSEMENT	
Adresse	
Téléphone	
Service	
Nom et qualité du responsable du service (s'il y en a)	
Médecin émetteur	Lieu, date (jj/mois/année)
NOM Prénom	
Qualité	Médecin destinataire
Courriel	NOM Prénom
	Adresse
Réf : NP/SM/220-19	

Activité 03

Destinataire	Formule d'appel correspondante
1. Un professeur en médecine	- Maître
2. Un médecin généraliste ou spécialiste	- Cher(e) Confrère/ Consœur
3. Un médecin qu'il connaît	- Cher(e) Confrère/Consœur - Cher(e) ami(e) - Cher(e) + nom du médecin
4. Un laboratoire	- Cher(e) Confrère/ Consœur (le responsable du laboratoire est un médecin).

Activité 04 :

Cher Confrère,

Permettez-moi de vous adresser Monsieur XY, né en 1945, qui présente depuis cet été une oppression thoracique quasi permanente, sous forme de pointes précordiales et qui ne s'accroît pas avec l'effort (Il a fait du vélo sans signaler le moindre problème).

Dans ses antécédents, son père avait eu un infarctus à l'âge de 54 ans et sa mère est décédée d'un cancer du foie. Le patient a fumé pendant quelques années avant d'arrêter suite à une insuffisance respiratoire modérée traitée par Symbicort. Son taux de cholestérol n'a pas dépassé la fourchette de la normale (LDL supérieur à 1,60).

L'examen clinique revient sans particularités, à part un petit souffle systolique apical 1/sixième. La tension artérielle est de 14,8.

L'électrocardiogramme est normal (rythme sinusal régulier à 65).

L'échographie abdominale montre un petit polype vésiculaire.

En conclusion, l'oppression thoracique est très atypique. Elle évoque plutôt des extrasystoles et pourrait être d'origine extracardiaque.

Afin de mieux préciser le diagnostic, j'ai évité de mettre le patient sous traitement et je vous le confie pour un avis spécialisé.

Bien cordialement.

Activité 05 :

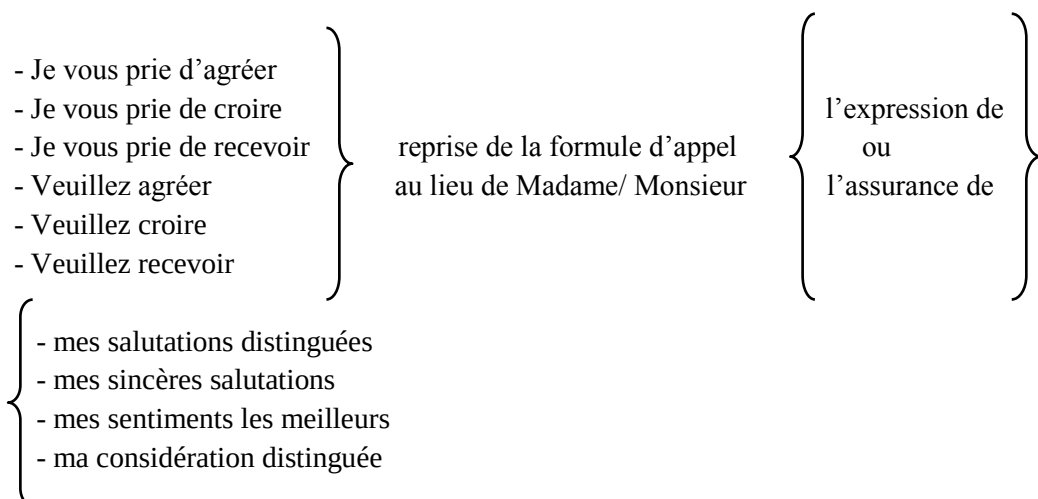
1. Les expressions qu'un médecin généraliste peut utiliser pour clore sa lettre d'orientation sont :

- Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, mes salutations distinguées ;
- Je vous prie de recevoir, Madame/Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués ;

- Je vous prie de croire, Madame/Monsieur, en ma considération distinguée ;
- Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, mes sincères salutations ;
- Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués ;
- Veuillez recevoir, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée ;
- Veuillez recevoir, Madame/Monsieur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs ;
- Cordialement ;
- Confraternellement ;
- Respectueusement ;
- Bien à vous ;
- Sincères salutations ;
- Salutations ;

Les expressions : amicalement et bonne journée sont utilisées dans un cadre amical ou familial mais rarement dans le cadre professionnel.

2. Dans un courrier médical, la concision est une des caractéristiques requises, c'est pourquoi les expressions courtes et brèves sont les plus recommandées, Ceci n'empêche pas la possibilité d'utiliser les autres expressions dites emphatiques ou ampoulées.
3. La formulation des expressions dites emphatiques est en rapport avec la formule d'appel et se fait de la manière suivante :



Exemples :

- Je vous prie d'agréer, Maître, l'expression de mes salutations distinguées.
- Veuillez croire, chère consœur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

4. Le choix de la formule de courtoisie change en fonction de la nature du destinataire. L'utilisation des formules « l'expression » et « l'assurance » se fait en fonction du statut du destinataire. La première est obligatoire quand nous nous adressons à son supérieur alors que « l'assurance » s'emploie avec un destinataire d'un rang égal ou inférieur. Quant aux formules brèves, à savoir « respectueusement », elles sont recommandées quand nous nous adressons à un supérieur, comme elles peuvent être utilisées, à l'instar des autres expressions sus-citées, avec son homologue ou son subordonné.

Activité 06 :

Nom de l'établissement
Adresse, téléphone/fax, courriel
Nom du service (s'il y en a)

72

Coordonnées du médecin émetteur : NOM et Prénom Profession (qualité) Courriel	Lieu, Date (jj/ mois/ année) Coordonnées du destinataire : Docteur : NOM Prénom, Adresse

Référence :

Formule d'appel

Corps de la lettre

Formule de courtoisie

Pièces jointes : s'il y a lieu

La signature
Tampon du médecin rédacteur

1. Mise en page de la lettre d'orientation médicale dont l'émetteur est un seul médecin

⁷² Dans le cas où le médecin émetteur travaille dans un établissement auquel il n'a pas été attribué un nom, l'adresse et le numéro de téléphone et du fax seront renseignés en dessous du nom, prénom et la profession du médecin.

Nom de l'établissement Adresse, téléphone/fax, courriel Nom du service (s'il y en a)	
Coordonnées des médecins émetteurs : - NOM et Prénom (1) Profession (qualité) Courriel - NOM et Prénom (2) Profession (qualité) Courriel - NOM et Prénom (3) Profession (qualité) Courriel	Référence :
	Lieu, Date (jj/ mois/ année)
	Coordonnées du destinataire : Docteur : NOM Prénom, Adresse
Formule d'appel	
Corps de la lettre	
Formule de courtoisie	
Pièces jointes : s'il y a lieu	
<i>La signature</i> Tampon du médecin rédacteur	

2. Mise en page de la lettre d'orientation médicale dont l'émetteur est un groupe de médecins

Module II : construire, structurer et mettre en page des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux

Séquence 02 : rédiger un compte rendu médical

Objectifs :

- Définir le compte rendu médical puis énumérer ses constituants.
- Renseigner correctement les différents constituants du compte rendu médical.
- Mettre en page un compte rendu médical.
- Rédiger un compte rendu médical.

Supports :

- Vidéo extraite de la série médicale « Docteur House », saison 01, épisode N°01 disponible sur le lien : <https://www.dailymotion.com/video/x6nosmn>,

Guide de la séquence 02

À l'instar de la séquence 01 de ce module, les activités de cette séquence portent sur la composition du compte rendu médical, sa structure et sa mise en page. La première et troisième activités sont sous forme de questions ouvertes. Elles peuvent être travaillées, tout comme la deuxième activité, en binômes ou en groupes, ce qui permet à l'apprenant de confronter ses acquis avec ceux de ses camarades et de les enrichir aussi. La quatrième activité, quant à elle, comporte une vidéo comme support didactique. Il est préférable de la travailler en individuelle, pour permettre à l'apprenant de mieux se concentrer sur les détails qu'il doit mentionner dans le compte rendu médical. La correction collective, par la suite, de toutes les activités, permet d'unifier les réponses.

Corrigé des activités :

Activité 01 :

- **Définition du compte rendu médical**

Le compte rendu médical (CRM), appelé aussi Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH), est un écrit descriptif qui relate en détail l'histoire médicale du patient, et ce depuis le jour de sa consultation, puis de son hospitalisation, jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Il synthétise toutes les données qui se rapportent à l'état de santé du patient. Il est rédigé dans un style précis et concis, ce qui explique l'usage des phrases courtes de type télégraphique. Toutefois, les abréviations sont bannies, sauf pour les unités de mesure.

- **Les différents constituants d'un compte rendu médical**

Le compte rendu médical est composé des éléments suivants :

- l'identification du médecin émetteur ;
- Le lieu et la date de rédaction du compte rendu ;
- L'identification du destinataire (si le compte rendu est adressé à un destinataire précis) ;
- Les références s'il y a lieu ;
- Le titre du document (compte rendu médical/d'hospitalisation) ;
- Le corps du compte rendu médical ;
- Les pièces jointes s'il y a lieu ;
- La signature et la griffe (tampon) du médecin émetteur.

- **Les constituants du compte rendu médical se renseignent-ils de la même manière que ceux de la lettre d'orientation médicale ou non ?**

Le compte rendu médical comporte certains constituants que nous retrouvons également dans la lettre d'orientation médicale, à savoir : l'identification du médecin émetteur ; le lieu et la date de la rédaction du compte rendu ; l'identification du destinataire ; les références ; les pièces jointes et la signature

avec la pause de la griffe (tampon) du médecin émetteur. Ces éléments se renseignent de la même façon que ceux d'une lettre d'orientation médicale, (voir le corrigé de l'activité N° 02, séquence I du module II).

- **La différence entre les constituants des deux correspondances sus citées est :**

- l'absence des formules d'appel et de courtoisie ;
- l'indication du destinataire peut être absente dans le cas où ce dernier n'est pas précisé (la rédaction du compte rendu médical est systématique lors ou après l'hospitalisation du malade et ne se fait pas uniquement à la demande d'un destinataire) ;
- la présence d'un titre du document dans le cas du compte rendu médical ;
- les informations figurant dans le corps du compte rendu médical sont plus détaillées que celles d'une lettre d'orientation.

Activité 02 :

1. Premier cas de figure : le compte rendu médical est rédigé comme une tâche systématique réalisée au cours ou à la fin d'une prise en charge d'un patient et sans qu'il soit demandé par un confrère ou une consœur.

Nom de l'établissement
Adresse, téléphone/fax, courriel
Nom du service (s'il y en a)

73

Coordonnées du médecin

émetteur :

- NOM et Prénom
- Profession (qualité)
- Courriel

Lieu, Date (jj/ mois/ année)

Compte rendu médical

**Corps du compte rendu
médical**

Pièces jointes : s'il y a lieu

La signature

Tampon du médecin rédacteur

⁷³ Dans le cas où le compte rendu médical est émis de la part d'un groupe de médecins, leur identification se fait de la même façon que pour la lettre d'orientation où l'émetteur est un groupe de médecins (voir corrigé de l'activité N° 06 module II, séquence 01)

2. Deuxième cas de figure : le compte rendu est rédigé pour être adressé à deux ou plusieurs destinataires.

Nom de l'établissement Adresse, téléphone/fax, courriel Nom du service (s'il y en a)

Coordonnées du médecin émetteur : - NOM et Prénom - Profession (qualité) - Courriel

Lieu, Date (jj/ mois/ année)

Référence :

Compte rendu médical

Corps du compte rendu médical

Pièces jointes : s'il y a lieu

Ampliation : - Docteur 01 (NOM et prénom) + adresse - Docteur 02 (NOM et prénom) + adresse - Docteur 03 (NOM et prénom) + adresse

La signature

Tampon du médecin rédacteur

Activité 03 :

1. Identification des différentes informations constitutives de ce compte rendu médical :

- **Renseignements du patient :** [Il s'agit de Monsieur XY...marié sans enfant].
- **Motif de contact (d'hospitalisation) :** [admis pour lombalgie]
- **Histoire de la maladie :** [L'histoire de la maladie remonte à quelques semaines, lors d'un voyage aux lieux Saints (Omra), marquée par l'apparition de douleurs lombaires déclenchées par l'effort de toux].
- **Antécédents :** [Dans ces antécédents on note une stérilité du couple, une intervention pour varicocèle en 2006].
- **Mode de vie :** [Comme habitude toxique, on trouve le tabagisme plus de 20 paquets/ années. Pas de prise d'alcool].
- **Résultats de l'examen clinique :** [L'examen clinique note un amaigrissement...Les aires ganglionnaires sont libres].
- **Résultats des examens complémentaires :**
Radiologiques : [Les radiographies du rachis... La scintigraphie osseuse trouve un seul foyer de fixation au niveau de la 3eme vertèbre lombaire] ;
Biologiques : [Le bilan biologique est correct...Antigène carcino-embryonnaire négatif.]
- **Une conclusion :** [Monsieur XY...éventuellement une décision thérapeutique adaptée], elle comporte également le diagnostic retenu.

2. Non, les informations présentes dans ce compte rendu médical ne sont pas exhaustives. Il y manque le traitement reçu et l'évolution de la maladie.
3. La présentation des informations dans cette correspondance correspond aux étapes de l'observation médicale.
4. Les étapes constitutives de l'observation médicale sont les suivantes et dans cet ordre :

- **Renseignements du patient :** nom, prénom, âge, profession, ville d'origine, lieu de résidence, état civil, nombre d'enfants, conditions socio-économiques.
 - **Motif du contact ;**
 - **Antécédents :** personnels (médicaux, chirurgicaux, allergiques, génico-obstétricaux pour la femme), familiaux ;
 - **Mode de vie :** régime alimentaire, notion de prise de café, d'alcool et du thé, les rapports avec l'entourage ;
 - **Histoire de la maladie ;**
 - **Résultats de l'examen clinique :** appareil par appareil : cardio-vasculaire, pleuro-pulmonaire, digestif, uro-génital, locomoteur, neurologique, cutanéomuqueux, ganglionnaire, endocrinien, oto-rhino-laryngologique, ophtalmique .
5. La pratique de l'observation médicale peut être utile dans la rédaction d'un compte rendu médical dans la mesure où elle fournit au médecin rédacteur les informations nécessaires ainsi que leur ordre d'apparition dans cet écrit. En d'autres termes, elle lui sert d'un rappel ou d'un schéma à suivre lors de la rédaction du corps de ce type de correspondances.

Activité 04 :

**HÔPITAL UNIVERSITAIRE PRINCETON PLAINSBORO
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DIAGNOSTIQUE
UNITÉ DES DIAGNOSTICS
220 Morrison Hall, Princeton, New Jersey 08544
Tél/fax : 1-xxx-xxx-xxxx
Email : hôpital@prinstonnj-gov⁷⁴**

Princeton, jj/mois/année

Docteur Gregory HOUSE
Chef de service
Email :

Compte rendu d'hospitalisation

Docteur Allison CAMERON
Immunologue
Email :

Docteur Éric FOREMAN
Neurologue
Email :

Docteur Robert CHASE
Cardiologue et urgentiste
Email :

Mademoiselle Rebecca Adler, âgée de 29 ans, institutrice dans une école maternelle à Princeton au New Jersey, n'a pas d'enfants et vit dans de bonnes conditions socio-économiques.

Motif de contact :

La patiente est admise à l'unité de diagnostic de l'hôpital Princeton suite à une crise d'aphasie, suivie de convulsions.

On rappelle que dans ses antécédents il y a :

- une première crise d'aphasie datant d'un mois avant son hospitalisation.
- une allergie au Gadolinium (produit de contraste).
- la mère est décédée d'une crise cardiaque.
- le père est décédé suite à une chute d'une hauteur (échafaudage).

Mode de vie :

Sans particularités.

Histoire de la maladie :

Le début des troubles remonte à un mois avant son hospitalisation à notre niveau, marqué par une crise

⁷⁴L'établissement hospitalier Princeton Plainsboro est hôpital fictif qui sert de cadre à la série de laquelle a été tiré l'épisode utilisé dans cette activité. Les informations concernant l'adresse et l'email sont également fictives, nous les avons créées pour donner plus d'authenticité à la correspondance.

d'aphasie guérie spontanément. Toutefois, la patiente a rechuté par une deuxième crise d'aphasie, accompagnée de crises convulsives, pour lesquelles elle a été hospitalisée dans une clinique privée (Trenton), où on lui a diagnostiqué, selon son dossier médical, un cancer cérébral, traité par des séances de radiothérapie. La patiente n'a pas réagi au traitement, c'est la raison pour laquelle elle nous a été adressée pour exploration.

Résultats de l'examen clinique :

Patiente en état général moyen avec un bon état d'hydratation. Elle présente une pâleur cutané-muqueuse modérée. L'examen cardiovasculaire, pulmonaire, abdominal, locomoteur et ophtalmique est sans particularités.

Résultats des examens complémentaires :

- Radiologiques :

- la Tomodensitométrie : sans particularités.
- l'imagerie à résonance magnétique (IRM) de contraste n'a pas pu être réalisée, vu la réaction allergique au Gadolinium, qui a conduit à une intubation trachéale.
- la radiographie du fémur montre la présence d'un cysticerque.

- Biologiques :⁷⁵

- marqueurs tumoraux négatifs
- VS légèrement élevée
- le reste du bilan est sans particularités.

Diagnostic retenu :

La découverte du cysticerque au niveau de la cuisse met en évidence l'atteinte de la patiente d'une neurocysticercose.

⁷⁵Nous attirons l'attention ici que les résultats des examens biologiques sont mentionnés tels qu'ils sont présentés dans la vidéo, or dans la pratique réelle du métier du médecin, ce dernier doit mentionner les résultats avec exactitude, à savoir, préciser le type des marqueurs tumoraux en question ainsi que le taux exact de la vitesse de sédimentation (VS).

Traitement reçu et évolution de la maladie :

Après l'admission de la patiente à notre niveau, nous avons décidé l'arrêt de la radiothérapie et l'introduction de corticoïdes (bolus de Prednisone), afin de traiter une éventuelle vasculite. Par conséquent, nous avons remarqué une nette amélioration de l'état de santé de la malade, qui s'est rapidement dégradé en une cécité accompagnée d'un arrêt cardiaque. La malade est donc réanimée, toutefois, son état général s'est détérioré. De nouvelles investigations nous ont permis d'identifier l'agent causal de la maladie et nous ont conduits à prescrire des anthelminthiques (Albanazol) à raison de 2cp/ jour. L'évolution clinique de la patiente est alors très favorable.

Conclusion :

Malade hospitalisée pour neurocysticercose, traitée avec des anthelminthiques (Albanazol), à raison de 2 cp / jour. Compte tenu de l'amélioration de l'état général de la patiente, elle est déclarée sortante, avec le maintien du même traitement pendant un mois.

Docteur G. HOUSE
(Tampon + signature)

Corrigé de l'évaluation des acquis du module II

Activité 01 :

CLINIQUE LES OLIVIERS
Boulevard Houari Boumediene
Bâtiment 09, Tébessa 12000
Tél : 00 213 6 20 43 43 43

Docteur ARAAR Hania
Médecine générale
araar-h@hotmail.fr

Tébessa, le 26/06/2019

Docteur AMOROUAYECHE Rafia
Spécialiste en pédiatrie
1rue des frères Merakchi, Belcourt
Alger, 16000

Chère Consœur,

Je vois ce jour l'enfant XY, âgé de quatre ans, accompagné de ses parents, pour une hyperthermie et un torticolis d'apparition récente (hier).

Le patient est sans antécédents particuliers, à part une rhinopharyngite traitée, il y a 48 heures avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens et du paracétamol, et au cours de laquelle, les signes de torticolis (la douleur et la raideur cervicale) se sont accentués.

L'examen clinique rend compte d'un bon état général et met en évidence un torticolis fébrile à 38°C, des adénopathies cervicales multiples, une masse jugulo-carotidienne haute (3cm x3cm) très sensible à la palpation ainsi qu'un trismus discret sans phlegmon péri-amygdalien.

L'échographie cervicale confirme la polyadénopathie superficielle et décrit en profondeur une masse hétérogène avec une réaction tissulaire périphérique non abcédée.

La tomodensitométrie cervicale montre un adénophlegmon en phase présuppurative ainsi qu'une subluxation atloïdo-axoïdienne de type 1, correspondant à la rotation de l'atlas, sans avancée ni recul.

Le patient n'a pas encore reçu de traitement jusqu'à confirmation du diagnostic qui serait un syndrome de Grisel.

Permettez-moi, Docteur, de vous l'adresser pour un avis et une prise en charge spécialisés.

Confraternellement.



Dr Arar Hania
Médecine générale
Clinique Les oliviers
12000-Tébessa

Activité 02 :

1. Les éléments manquant au compte rendu médical sont :

- la profession (qualité) du médecin émetteur (Docteur ARAAR) ;
- le mode de vie de la patiente ;
- le diagnostic retenu ;
- l'évolution de la maladie.
- la signature et le tampon du médecin émetteur.

2. Les erreurs de langue commises dans cette correspondance :

L'erreur ou la faute	Correction
- Compte rendu médicale - ATCD - Asthme bronchique depuis l'âge de 05 ans sous Symbicort. - Grand-mère et la tante paternel asthmatique. - Substitution de GH par Norditropine Nordilet une injection chaque jours de 14 clics (2.8 UI) en sous cutané. - Le début de la symptomatologie semble remonter à 03 ans. - Présente un déficit partiel en GH et nécessite un traitement substitutif par Norditropine 14 clics/j en sous cutané. - test de Giordano (-).	- Compte rendu médical - Antécédents -Asthme bronchique depuis l'âge de 05 ans, traité avec du Symbicort. - La grand-mère et la tante paternelles sont des asthmatiques. - Substitution de l'hormone de croissance (GH) par la Norditropine Nordilet, à raison de 14 clics (2.8UI)/jour, en sous cutané. - Le début des symptômes semble remonter à 03 ans. - Présente un déficit partiel en hormone de croissance (GH) et nécessite un traitement substitutif par Norditropine, à raison de 14 clics/j, en sous cutané. - test de Giordano négatif. - Examens complémentaires.

- Examen complémentaire. - Biologique. - examen radiologique. - T₄ – TSH (N) - inférieure de la normale. - l'IRM	- Biologiques. - Radiologiques. - T₄ – TSH (Normal) - inférieur à la normale. - l'imagerie à résonance magnétique

3. Réorganisation du compte rendu médical :

CLINIQUE LES OLIVIERS
Boulevard Houari Boumediene
Bâtiment 09, Tébessa 12000
Tél : 00 213 6 20 43 43 43

Docteur ARAAR Hania
Médecine générale
araar-h@hotmail.fr

Tébessa, le 02/02/2017

Docteur AMOROUAYECHE Rafia
Spécialiste en pédiatrie
1 rue des frères Merakchi, Belcourt
Alger, 16000

Compte rendu médical

XX, née le 24/02/2005, âgée de 12 ans, originaire et demeurant à Tébessa, issue d'un mariage non consanguin est la 02^{ème} d'une fratrie de 04 enfants, tous vivants. Elle est admise pour la prise en charge d'un retard staturo-pondéral.

Antécédents :

- asthme bronchique depuis l'âge de 05 ans, traité avec du Symbicort.
- la grand-mère et la tante paternelles sont des asthmatiques.

Mode de vie :

(Élément manquant)

Histoire de la maladie :

Le début des symptômes semble remonter à 03 ans, quand la mère a remarqué la stagnation de la croissance. Toutefois, ceci ne l'a pas motivée à emmener la fille en consultation jusqu'au mois de novembre 2016.

Examen clinique :

À son arrivée :

- état général conservé ;
- légère pâleur cutané-muqueuse ;
- pas de syndrome hémorragique ni œdémateux ;
- patiente apyrétique ;
- poids : 28 kg ;
- taille : 1,33m ;
- la taille du père : 1,66m ;
- la taille de la mère : 1,54m ;
- la taille cible 153,5 cm ;
- la vitesse de croissance : 1cm/06 mois (diminuée).

- Appareil digestif :

- abdomen souple ;
- pas d'hépatosplénomégalie ;
- transit conservé.

- Appareil cardio-vasculaire :

- pas de souffle ni bruits surajoutés ;
- FC : 70 batt/min.

- Appareil pleuro-pulmonaire :

- pas de signes de rétraction ;
- auscultation pleuro-pulmonaire libre.

- Appareil neurologique :

Sans anomalie.

- Appareil uro-génital :

- organe génitaux externes conforme au sexe féminin ;
- pas de contact lombaire ;
- test de Giordano négatif ;
- urines claires ;
- diurèse conservée ;
- stade pubertaire S₁P₁.

- Appareil locomoteur

Sans anomalie.

Examens complémentaires :

- Biologiques :

Urée : 0.2g/l

Créat : 08 mg/l

FNS : GB : 4500 ELE/M

HB : 14g/dl

Plaquettes : 226000 elle/m^3

Glycémie : 082 g/l

TGO : 18UI/l

TGP : 20 UI/l

VS : 07 m/h __ 1^{ère} heure

16m/h __ 2^{ème} heure

Fer sérique : 61.8mg

Albuminémie : 40g/l

Protides totaux : 68.11 g/l

T₄ – TSH (Normal)

GH de base : 0.28 Mui/l (inférieur à la normale)

IGF₁ : 385mg/ml (supérieur à la normale)

- Radiologiques :

- l'âge osseux est de 09 ans ;

- l'Imagerie à résonance magnétique cérébrale montre l'absence d'anomalie morphologique cérébrale et la présence d'une sinusite bilatérale en voie de chronicité ;

- l'épreuve de stimulation de GH par hypoglycémie insulinique donne des taux de GH inférieurs à 10ng/ml.

Diagnostic retenu :

(Élément manquant)

Traitement :

Substitution de l'hormone de croissance (GH) par la Norditropine Nordilet, à raison d'une injection de 14 clics (2.8 UI)/ jour en sous cutané.

Évolution de la maladie :

(Élément manquant)

Conclusion :

XX, 12 ans, présente un déficit partiel en hormone de croissance (GH) et nécessite un traitement substitutif par Norditropine, à raison de 14 clics/j en sous cutané.

Signature et tampon
(Éléments manquants)

CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans cette étude, nous nous sommes fixée comme objectif de proposer une remédiation didactique au profit de médecins généralistes du chef-lieu de la wilaya de Tébessa qui ont une maîtrise insuffisante du français et éprouvent des difficultés à rédiger leur courrier médical. Nombreux sont les documents qui assurent la liaison entre les médecins ; nous nous sommes interrogée sur le type de ceux considérés par les destinataires et les destinataires du courrier comme étant les plus difficiles à rédiger, sur la nature des difficultés qu'éprouvent les médecins généralistes lors de la rédaction de leur correspondance et sur les compétences rédactionnelles à leur faire acquérir. Ces médecins ayant peu de temps à consacrer au perfectionnement de leur français, nous avons adopté la démarche du FOS pour élaborer à leur intention, un programme sur mesure, dans un délai court, avec des objectifs bien identifiés comportant des activités qui leur permettront d'améliorer leurs compétences scripturales. La mise en place de cette démarche a nécessité une enquête de terrain que nous avons réalisée dans des établissements étatiques et privés du chef-lieu de la wilaya de Tébessa, auprès de médecins rédacteurs et récepteurs de correspondances médicales, en vue de recueillir les données nécessaires permettant de déterminer les difficultés rédactionnelles rencontrées par les médecins généralistes. Au cours de cette enquête, nous avons utilisé trois outils d'investigation : un questionnaire destiné aux médecins généralistes rédacteurs du courrier, des entretiens avec des médecins spécialistes récepteurs du courrier, un corpus de correspondances médicales rédigées par les médecins généralistes soumis à notre enquête.

L'analyse du questionnaire destiné aux médecins généralistes que nous avons interrogés a révélé que la majorité des répondants, presque les deux tiers de notre panel, ont manifesté leur intérêt pour l'apprentissage du français. Ces médecins ont conscience de leurs lacunes, de leurs besoins et savent qu'ils doivent renforcer leurs connaissances dans cette langue, que l'habilité à savoir communiquer en français est importante pour l'exercice de leur profession, que

ce soit pour rédiger leur courrier, collaborer avec leurs pairs ou avoir un accès plus facile à des informations diversifiées. Ces médecins ont une perception claire de leurs besoins restreints au domaine langagier de la médecine et plus précisément, à celui de la rédaction d'un type de courrier médical, celui qu'ils ont à rédiger intégralement : la lettre d'orientation et le compte rendu médical. Les difficultés auxquelles ils sont confrontés relèvent d'après leurs réponses aussi bien de leur maîtrise insuffisante du code linguistique relatif à l'orthographe, la grammaire, la conjugaison, la syntaxe, le vocabulaire que de la composante discursive qui vise des habiletés rédactionnelles et communicationnelles spécifiques à ce type de correspondance. Parmi ces médecins, pour parfaire leurs compétences en français et acquérir le niveau de maîtrise requis pour poursuivre leurs études et plus tard exercer aisément leur profession, certains ont eu recours à des enseignements de soutien de cette langue, mais pour la majorité d'entre eux les formations qu'ils ont reçues n'ont pas répondu à leurs attentes.

Pour mieux cerner les difficultés auxquelles ils sont confrontés lors de la rédaction de leur courrier médical et déterminer avec précision les compétences langagières à leur faire acquérir, nous avons eu des entretiens avec des médecins spécialistes destinataires de la correspondance médicale. Notre démarche se justifie par le fait que ces derniers peuvent constater des manques ou imperfections dans ce type d'écrit que les médecins généralistes ne perçoivent pas. L'analyse des réponses obtenues au cours de nos entretiens, nous a permis de confirmer certaines données recueillies par le questionnaire et d'obtenir des informations complémentaires fournies par les médecins spécialistes. Ces médecins sont aussi d'avis que les lettres d'orientation et les comptes rendus médicaux sont les correspondances qui posent le plus de problèmes rédactionnels et estiment que mal rédigés ils suscitent des difficultés de lecture-interprétation. Les médecins interviewés considèrent que les règles de bonne pratique de ce type de courrier ne sont pas respectées par leurs pairs généralistes et de ce fait les échanges entre les destinataires et les destinataires du courrier ne peuvent être réalisés de manière optimale. Ils estiment que la première difficulté rédactionnelle rencontrée par le public concerné par notre recherche est la

méconnaissance des composantes de ces correspondances. Ils soulignent que la lettre d'orientation et le compte rendu médical ont un rôle informatif pour le médecin traitant ; ils permettent de l'orienter et de l'aider dans l'accomplissement de la tâche qui lui est demandée. L'omission ou la distorsion d'une information médicale importante peut avoir des conséquences néfastes sur la prise en charge ultérieure des soins du patient. Les médecins spécialistes ont également soulevé les problèmes de l'écriture manuscrite, difficile à déchiffrer et l'emploi d'abréviations parfois incompréhensibles dans le courrier rédigé par leurs confrères généralistes. Ces problèmes peuvent être à l'origine de soins inadaptés administrés aux patients. Nos interviewés estiment que les médecins généralistes scripteurs du courrier qu'ils reçoivent, ont besoin d'améliorer leurs compétences linguistiques du français, d'approfondir leurs compétences liées à la présentation, la conception des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux, de développer des connaissances sur les normes et les conventions de ce type d'écrit.

Si les médecins spécialistes ont évoqué les problèmes auxquels sont confrontés leurs confrères généralistes, concernant la maîtrise insuffisante du code linguistique ; c'est-à-dire des éléments de la compétence en écriture relatifs à la connaissance générale du français ainsi que ceux liés à l'organisation et au fonctionnement du discours spécialisé, ils n'ont pas précisé quels sont ces éléments. Pour mieux cerner ce problème nous avons procédé à une analyse d'un échantillon de comptes rendus médicaux et de lettres d'orientation que nous avons collectés. Notre analyse a révélé des erreurs qui dénotent une maîtrise insuffisante du code linguistique portant sur plusieurs points. Nous avons relevé des erreurs concernant les idéogrammes : absence de la ponctuation, omission des accents, omission ou emploi erroné des majuscules, des erreurs d'orthographe grammaticale concernant les marques d'accord dans le groupe nominal et/ou verbal, des confusions d'homophones grammaticaux hautement informatifs à l'écrit ; des erreurs morphosyntaxiques dont les plus nombreuses portent sur l'accord de l'adjectif qualificatif et du participe passé, le choix du genre de l'article, l'ordre des unités dans la phrase. Par ailleurs, notre analyse

nous a permis de constater que l'orthographe de la terminologie médicale utilisée est généralement correcte cependant, il y a un usage abusif et inapproprié d'abréviations. Concernant le lexique général, les médecins choisissent un vocabulaire simple et univoque, nous n'avons pas observé un usage incorrect.

Les erreurs relevées jouent un rôle d'indicateur du niveau de langue atteint par les médecins généralistes soumis à notre enquête : mettant en évidence des difficultés scripturales qu'ils éprouvent, elles permettent d'identifier leurs besoins langagiers.

Au plan discursif, comme l'ont affirmé les médecins spécialistes que nous avons interviewés, nous avons pu constater que les difficultés les plus récurrentes, sont inhérentes à la méconnaissance des composantes de ces types de correspondances ainsi qu'à celles des contraintes et conventions relatives à leurs structures et à leurs présentations. Les informations figurant dans le courrier du médecin adressant sont souvent incomplètes. Nous avons relevé des problèmes relatifs à la structure concernant l'information et son organisation dans le texte (ordre des éléments d'information, absence de parties attendues, manque de soin de la présentation).

La lettre d'orientation et le compte rendu médical doivent délivrer un message efficace permettant de faire comprendre les faits observés. Leur contenu doit être riche en informations, bien structuré, lisible, précis, clair et exact. Leur rédaction est d'une importance capitale pour garantir la qualité de la prise en charge des patients. Il est donc important pour les médecins soumis à notre enquête d'améliorer leurs compétences rédactionnelles pour exercer au mieux leur profession. Une mise au point de stratégies pédagogiques qui s'appuieraient sur les lacunes propres à leurs écrits, qui leur permettraient la maîtrise des principes de la rédaction médicale leur serait d'un grand apport.

L'analyse des documents que nous avons réalisée nous a permis de repérer les caractéristiques linguistiques et discursives des correspondances médicales et de préciser les difficultés scripturales qu'éprouvent les médecins soumis à notre enquête. Comme procédure de remédiation aux problèmes rédactionnels

auxquels ils sont confrontés, nous avons élaboré un programme de formation comportant des activités pédagogiques en y intégrant les données que nous avons collectées et analysées. Notre plan de formation est organisé en deux modules répartis à leur tour en séquences. Chaque séquence comporte un ensemble d'activités. Le premier module prend en charge l'appropriation des moyens linguistiques nécessaires à la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux. Il est réparti en trois séquences, qui portent respectivement sur l'emploi des idéogrammes (majuscules, ponctuation, accents), sur l'orthographe grammaticale et la morphosyntaxe. Le deuxième module traite de la construction, la structure et la mise en page des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux. Il est réparti en deux séquences dont chacune est consacrée à une des deux correspondances. Chaque module se termine par une évaluation, dont l'objectif est de vérifier l'installation des compétences visées.

Des médecins à qui nous avons adressé notre questionnaire, ont émis le vœu, que cette formation soit intégrée dans le programme des études de médecine comme module facultatif au cours de la septième année du cursus (l'internat), étant donné que c'est l'année la moins chargée et durant laquelle le médecin généraliste éprouve le besoin de se familiariser avec la rédaction des correspondances médicales.

Dans le cadre de notre thèse de doctorat notre étude s'est terminée par l'élaboration d'un programme de formation destiné aux médecins généralistes soumis à notre enquête. Ce travail mérite d'être poursuivi. Nous avons l'intention de mettre en pratique notre plan de formation en vue de mesurer et d'analyser le changement de la performance de la rédaction des lettres d'orientation et des comptes rendus médicaux de ces médecins, de vérifier si les compétences visées ont été bien acquises et de connaître le degré de satisfaction de nos apprenants. L'évaluation globale de notre projet nous permettra de réagir en cas de besoin pendant la formation. Les résultats de cette investigation feront l'objet d'une publication.

Notre étude nous a ouvert des perspectives intéressantes pour des travaux ultérieurs. Nous envisageons d'exploiter les résultats de notre travail afin de créer, en collaboration avec des médecins généralistes et spécialistes, des présentations modèles de chaque type de correspondances médicales qui pourraient être utiles dans la facilitation et l'amélioration de leur rédaction. Outre cela, nous pensons que ce travail peut servir d'outil d'aide dans la création d'un logiciel informatique, servant à la gestion de service ou de cabinet médical, qui prend en charge, entre autres, la rédaction des différentes correspondances médicales.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ALEXELINE, P & ACAIRE, M. (2008). *Thérapeutique module 11 : Plus guide pharmacologique par question* (Broché). Paris. Éditions Vernazobres-Grego.
- ALVAREZ, G & AUPECLE, M. (1977). *Français instrumental et français fonctionnel*. Montréal. AUPELF.
- BALMET, S-E & DE LEGGE, M-H. (1992). *Pratiques du français scientifique*. Paris. Hachette.
- BARBARA, B. (2014). *Guide de l'examen clinique*. Paris. Arnette.
- BAYLON, C & MIGNOT, X. (1994). *La communication*. Paris. Nathan.
- BENCHERIK, D. NAIT RABA, K-H & AZZOUZ, D. (2016-2017). *Cours médecine légale*, NASR copy. CHU Mustafa Bacha. Algérie.
- BERTRAND, O. (2008). *Le français de spécialité : Enjeux culturels et linguistiques*. Paris. Éditions École Polytechnique.
- BRAHIC, M. (2005). *La lettre administrative*. Paris. Éditions d'Organisation.
- BRAHIC, M. (2012). *Mieux rédiger les écrits professionnels*. Paris. Éditions d'organisation.
- BOUCHÉ, P. (1994). *Les mots de la médecine*. Paris. Belin.
- BOYER, H. BUTZBACH, M & PENDANX, M. (1990), *Nouvelle introduction à la didactique langue étrangère*. Paris. Nathan.
- CABRÉ, M-T. (1998). *La terminologie : théorie, méthodes et applications*, traduit du catalan, adapté et mis à jour par CORMIER, M. et HUMBLEY, J. Presses de l'Université d'Ottawa (Regards sur la traduction). Paris. Armand Colin (U-Linguistique).
- CALVET, L-J. & DUMONT, P. (1999). *L'enquête sociolinguistique*. Paris. Éditions L'Harmattan.
- CARRA, C. TOLAS, J. KOHLER, P & SZILAGYI, E. (2007). *Le français sur objectifs spécifiques et la classe de langue*. Paris. CLE International.

- CATCH, N. GRUAZ, C & DUPREZ, D. (1980). *L'orthographe française : traité théorique et pratique avec des travaux d'application et leurs corrigés*. Paris : Nathan.
- CHARAUDEAU, P & MAINGUENEAU, D. (2002). *Dictionnaire d'analyse du discours*. Paris. Seuil.
- COLONNA, F. (1967/1969). *Instituteurs algériens 1883-1939*. Alger : OPU.
- CNRSE (Commission Nationale pour la Réforme du Système Éducatif), (2001), Rapport général. CNRSE, mars.
- Commission militaire (1927) : *Règlement provisoire du 7 juillet 1926 pour l'enseignement du français aux militaires indigènes*, Charles-Lavauzelle et Cie. Paris. Éditeurs militaires, Paris.
- Conseil de l'Europe. (2001). *Cadre européen commun de référence pour les langues*. Paris. Didier.
- COTÉ, R & TARDIF, J. (2011). *Élaboration d'une grille d'évaluation*. Québec. Groupe ECEM.
- COURCHESNE, J. DUPONT, S. GERVAIS, Y. GOURLET, F. JULIEN, P. LAPOINTE, S. LAURENDEAU, L. LUYET, A. POIRIER, M. PREGENT, E. ROBERT, M & BILLARD, M. (2013). *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*. Québec. Collège des médecins.
- CUQ, J-P & GRUCA, I. (2003). *Dictionnaire de didactique du français langue étrangère et seconde*. Paris. CLE International.
- CUQ, J-P & GRUCA, I. (2012). *Cours de didactique du français langue étrangère et seconde*. PUG : Grenoble.
- DAUZAT, A. (1954). *Le Guide du bon usage*. Paris. Bibliothèque des chercheurs et des curieux. Delagrave.
- DESSEUX, D & TABAUX, P. (2013). *Enseigner le français sur objectif spécifique*. Paris. CNED.
- DIRCKX, J-H. (1983). *The Language of Medicine, its evolution, structure and dynamics*. Praeger. New York.

- DUBOIS, J. GIACOMO, L. MARCELLESI, C. MARCELLESI, J-B . & MEVEL, J-P. (1994). *Dictionnaire de linguistique et des sciences du langage*. Paris. Larousse.
- EURIN, S & HENAO, M. (1992). *Pratiques du français scientifique*. Paris. Hachette.
- FASSIER, T et TALAVEAR-GOY, S. (2014). *Le français des médecins : 40 vidéos pour communiquer à l'hôpital, méthode de français sur objectifs spécifiques*. Grenoble : PUG.
- FAYET, M & NISHIMATA, A. (2004). *Savoir rédiger le courrier d'entreprise*. Paris. Edition d'Organisation.
- GALISSON, R & COSTE, D. (1976). *Dictionnaire de didactique des langues*. Paris. Hachette.
- GANDOUIN, J. (S.d). *Initiation à la rédaction administrative*. Les cahiers de la formation administrative. S.l : s.n.
- GANDOUIN, J & ROUSSIGNOL, J-M. (2014). *Rédaction Administrative AFRIQUE, Maghreb- Afrique subsaharienne*. Paris. Armand Colin.
- GOUNELLE, L. (2008). *L'homme qui voulait être heureux*. Paris. Anne Carrière.
- HAMBURGER, J. (1982). *Introduction au langage de la médecine*. Paris. Flammarion.
- HIDDEN, M-O. (2013). *Pratique d'écriture : Apprendre à rédiger en langue étrangère*. Paris. Hachette.
- HOFFMANN, L. (1987). *Kommunikationsmittel Fachsprache*. Berlin. Akadememie-Verlag.
- HSSAIN, I. (2013). *Prise en charge des urgences médicales*. Paris. Elsevier Masson.
- HUGUIER, M & MAISONNEUVE, H. (1990), *La rédaction médicale : de la thèse à l'article original. La communication orale*. Paris. Doin Éditeurs.

- KADI-KSOURI, L. MABROUR, A & MILED, M. (2016). Rapport sur « *Le français dans l'enseignement supérieur au Maghreb : état des lieux et propositions* ». Paris. AUF.
- KADYSS, R & NISHIMATA, A. (2001). *Précis de rédaction professionnelle*. Alger. Berti.
- LEBOTERF, A. (1991). *L'ingénierie et l'évaluation de la formation*. Paris. Éditions d'organisation.
- LEHMANN, D. (1993). *Objectifs Spécifiques en Langues Étrangères*. Paris. Hachette.
- *Le nouveau Petit Robert de la langue française: version électronique*. (2009). Bureau VANDIJK.
- LERAT, P. (1995). *Les Langues spécialisées*, coll. « linguistique nouvelle ». paris. PUF.
- LERAY, C. (2008). *L'analyse de contenu : de la théorie à la pratique, la méthode Morin-Chartier*. Québec.PUQ.
- MANGIANTE, J-M & PARPETTE, C. (2004). *Le français sur objectif spécifique : de l'analyse des besoins à l'élaboration d'un cours*. Paris. Hachette.
- MANGIANTE, J-M & PARPETTE, C. (2011). *Le Français sur objectif universitaire*. Grenoble. PUG.
- MESLI, M F. (1999). *La formation en santé : éléments d'une problématique*, Santé publique et Santé sociale (n°4), formation en santé. Algérie. Éditeur AFAC.
- MOIRAND, S. (1990). *Une grammaire des textes et des dialogues*, Hachette, coll. Paris. F autoformation.
- MOLINIER, A. (1977). *Pathologie médicale à l'usage des infirmières*. Paris. Doin.
- MURPHY, F-C. (2005). *Dialogue médicaux et correspondance*. Paris. HDF.
- OLIVIER, D. (2008). *La secrétaire médicale Règles d'exercice professionnel*. Paris. HDF.

- PERLEMUTER, L et PERLEMUTER, G. (2010). *Guide de thérapeutique*. Paris. Elsevier Masson.
- QOTB, H. (2008). *Vers une didactique du français sur objectifs spécifiques médié par Internet*. Paris : Éditions Publibook.
- RICHTERICH, R. (1985). *Besoins langagiers et objectifs d'apprentissages*. Collection F recherches/applications. Paris : Hachette.
- ROLLE-BOUMLIC, M. DJEBLI, M-O. DADDA, A. MEBAREK, T. MEBAREK, K. BOUALILI, A. BOUHAFS, C. FILALI, F & BOULEKROUN, Y. (2008). *Réussir ses études de médecine*, (ouvrage en 4 tomes). Alger : presses de l'imprimerie Ed Diwan.
- RONDEAU, G. (1983), *Introduction à la terminologie*. Québec : Gaétan Morin.
- SCALLON, G. (2004), *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Saint-Laurent. Québec : ERPI.
- SOURNIA, J-C. (1997). *Langage médical français*. Paris : Privat éditions de santé.
- STANKE, B. DUMAIS, C. MOREAU ANDRE, C. (2015). *L'orthographe lexicale et grammaticale*. Québec : Les cahiers de l'AQPF, (volume 5, N°3).
- THOMAS, B. CHAPUIS, F. GUERIN, J-F. LANDELLE, C & LE POGAM, M-A. (2012). *Santé publique, Thérapeutique, Médecine légale, Médecine du travail, LCA-Maladie rares*, Secondaire/Universitaire. Broché. Paris : Pradel.
- VERDIER, P. (2008). *Guide pratique de la correspondance administrative*, Berger-Levrault : Éditions Berger.

Articles

- ACHOUCHE, M. (1981). La situation sociolinguistique en Algérie. *Langues et Migrations*. Centre de didactique des langues et lettres. Université des Langues et des Lettres. Grenoble. pp 39-49.
- AMOKRANE, S. (2015). Le FOS/FOU : une réponse à une situation complexe du français en Algérie ?, *Al 'adab wa Llughât : Lettres et langues*, N° 10, pp 281-292.

- AMOROUAYACH, E. (2009), Pratiques langagières d'étudiants en médecine de la faculté d'Alger, *Synergie Algérie* n°05, pp 139-150.
- BALLIU, C. (2005). Le langage de la médecine : Les mots pour le dire, *7es Journées scientifiques AUF - LTT « Mots, termes et contextes »*, Bruxelles, Haute école de Bruxelles-ISTI, pp 475-481.
- BELLATRECHE H. (2009). L'usage de la langue française en Algérie, cas d'étude : le secteur bancaire. *Synergie Algérie* N° 08, pp 107-113.
- BENHAMLA-BOUMAIZA, Z. (2015). L'enseignement du français en Algérie : doutes et difficultés, *Al 'adab wa Llughât : Lettres et Langues*, N°10, pp 109-124.
- BOUANANI, F. (2008). L'enseignement/apprentissage du français en Algérie : état des lieux, *Synergies Algérie*, N°03, pp 227-234.
- BONNEMAINS, L. MARCON, F & BRAUN, M. (2013). Faisabilité de l'évaluation d'une observation médicale par combinaison de multiples critères : méthode NICTALOP ». *Pédagogie Médicale*, ed. Sciences / Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale. N°14. Volume 02. pp. 119-132.
- CORTIER, C & KAABOUB, A. (2010). Le français dans l'enseignement universitaire algérien : enjeux linguistiques et didactiques. *Le Français Dans le Monde, Recherches et applications*. N°47, pp 53-63.
- COUPER, I-D & HENBEST, R-J. (1966). The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. *S after Med J* Dec 68(12) : 1540-2.
- COSTE, D. (1977). L'analyse des besoins et enseignement des langues étrangères aux adultes : à propos de quelques enquêtes et de quelques programmes didactiques. In *Études de linguistique appliquée*. N° 27. pp 57-77.
- DELAGNEAU, J- M. (2008). Les langues de spécialité aujourd'hui : approches théoriques et exemples pratiques résultant de l'analyse de corpus. *Le français de spécialité, enjeux culturels et linguistiques*. Éditions de l'École Polytechnique, pp 105-120.

- DJEBLI, M-O. (2015). Tentatives d'enseignement du FOS en Algérie : les raisons d'un échec, *Al 'adab wa Llughât : Lettres et langues*, N°10, pp 293-311.
- DUQUETTE, L & RENIE, D. (1998). Stratégies d'apprentissage dans un contexte d'autonomie et environnement hypermédia, in *Chanier, T. Pothier, M. (Dir), "Hypermédia et apprentissage des langues", Études de linguistique appliquée* pp.237-246.
- FAURE, P. (2010). Des discours de la médecine multiples et variés à la langue médicale unique et universelle. *ASp*. 58. pp 73-86.
- FERHANI, F. (2006). L'enseignement du français à la lumière de la réforme. *Le français d'aujourd'hui*. N° 154, pp 11-18.
- GAHMIA, A. (2015). Le français dans l'administration algérienne contemporaine : réalités et usages. *Synergie Algérie*. pp 237-245.
- GUTA, L. (2016). Investigating factors that impede proper prescription writing in Jimma University Specialized Hospital. *Academic Journals. Journal of Languages and Culture*. (Vol.7 (3)). pp. 18-27.
- HAFEZ, S-A. HARDENET, P. KLETT, E. VAN DUNG, N & VLAD, M. (2011). Le français sur objectifs universitaires entre globalisation et localisation. *Synergies Monde*. pp 211-232.
- HOLTZER, G. (2004). Du français fonctionnel au français sur objectifs, histoire des notions et des pratiques. Le Français sur objectifs spécifiques : de la langue aux métiers. *Le français dans le monde, Recherche et applications*. p8-24.
- JENKINS, S. ARROLL, B. HAWKEN, S. NICHOLSON, R. (1997). Referral letters : are from letters better ? *British journal of General Practice*. 47. pp 107-108.
- L'HOMME, M-C. (2011). Y a-t-il une langue de spécialité ? Points de vue pratique et théorique. *Langues et linguistique*. N° spécial journée de linguistique. pp 26-33.

- MANGIANTE, J-M. (2006). Français de spécialité ou français sur objectif spécifique : deux démarches didactiques distinctes. *Linguistique plurielle* : Valencia. 25, 26 et 27. Departamento de Lingüística Aplicada. pp. 137-152.
- MESSAOUDI, L. (2010). Langue spécialisée et technolecte : quelles relations ? *Meta : journal des traducteurs*. N° 01. Volume 55. pp. 127-135.
- MORTUREUX, M-F. (1994). Siglaison-acronymie et néologie lexicale. *Linx*. N°30. Les sigles. pp. 11-32.
- MOUNIN, G. (1979). La linguistique comme science auxiliaire dans les disciplines juridiques. *Meta* 241. pp 9–17.
- MOURLHON-DALLIES, F. (2006). Apprentissage du français en contexte professionnel : état de la recherche. in *Apprentissage du français en contexte professionnel*, Acte de rencontre de la Délégation Générale de la Langue Française (DGLF). pp 28-33.
- NEDDAR, B-A. (2013). L'enseignement du français en Algérie : aperçu historique, état des lieux et perspectives. *Revue japonaise de didactique du français*. (n° 8(2)). pp9-19.
- NGALASSOU-MWATHA, M. (2015). Expressivité, impressivité et poéticité dans le discours scientifique. in *Juan Manuel Lopez Munoz, dir, Aux marges du discours : personnes, temps, lieux, objets*, Limoge. Ed. Lambert Lucas. Pp 249-264.
- PARISSE, C. (2009). La morphosyntaxe : Qu'est-ce que c'est ? –Application au cas de la langue française ? *Rééducation orthophonique*, Ortho édition. 47(238), pp 7-20.
- PHAL, A. (1968). De la langue quotidienne à la langue des sciences et des techniques. *Le français dans le monde*. N° 61, pp 7-11.
- PELFENE, A. (1977). Analyse de besoins langagiers (préalables à une formation). *Langue française*. N°36, pp. 40-50.
- PORCER, L. (1976). M. Thibaut et le bec Bunsen. *Études de linguistique appliquée*. N° 23. p. 6-17.
- QUEMADA, B. (1978). Technique et langage, Bertrand Gill (dir), Histoire des techniques, coll. « la pléiade ». Paris, Gallimard. pp 1146-1240.

- RICHER, J-J. (2008). Le français sur objectifs spécifiques (F.O.S), une didactique spécialisée ? *Synergies Chine* N° 3, pp15-30.
- ROSS, C. (1999). Les langues de spécialité et le langage technique : considérations didactiques. *ASp*. pp 23-26.
- ROULEAU, M. (1995). La langue médicale : une langue de spécialité à emprunter le temps d'une traduction. *TTR : traduction, terminologie, rédaction*, (vol. 8, n° 2). pp. 29-49.
- ROULEAU, M. (2006), Complexité de la phrase en langue de spécialité : mythe ou réalité ? Le cas de la langue médicale. *Panace*. (Vol. VII, n° 24). pp 298-306.
- SPILLNER, B. (1992). Textes médicaux français et allemands. Contribution à une comparaison interlinguale et interculturelle. *Langages*. (n°105), pp. 42-65.
- TAMINE-GADES, J et MOLINO, J. (1981). Grille d'analyse linguistique pour Gravitations. *L'information Grammaticale*. (N° 9). pp 32-39.
- TANTI, M. HUPIN, C. BOUTIN, J-P et HASSANALY, P. (2010). Un modèle de grille d'analyse des documents scientifiques : application à la veille sanitaire de défense. *Documentaliste-Sciences de l'Information*. (n°47(1)). Pp : 4-12.
- TOULLELAN, C. (2016). L'analyse des discours de l'archéologie collectés en contexte professionnel. In Mangiante J M et Cavalla Cristelle, *Analyse des données et élaboration des contenus de formation en FOS : des corpus aux ressources. Points communs. Recherche en didactique des langues sur objectif(s) spécifique(s)*. (N° 3). pp. 05-24.

Thèses et mémoires

- AKMOUN, H. (2015). *Exploration des effets du transfert de certaines stratégies rédactionnelles automatisées en L1 sur la production d'un écrit argumentatif en L2 : cas des schémas argumentatifs*. (Thèse de doctorat). Université de Blida 2.
- AMIEL, M A. (2016). *Échange de courriers entre médecins généralistes et psychiatres*. (Thèse de doctorat). Université d'Angers.

- AMOROUAYACH, E. (2008). *Le français médical en Algérie. Contextes, enseignement, productions.* (Thèse de doctorat). Université Paul Valéry. Montpellier III.
- BEKKOU, D. (2008). *Analyse du recours à l'usage du français dans l'enseignement de la sociologie : cas du département de sociologie de l'université de Bejaia.* (Mémoire de Magister). Université de Béjaia.
- BENHOUHOU, N. (2007). *L'enseignement du français en Algérie, l'écrit et l'évaluation de l'écrit dans le système scolaire : bilan et perspectives.* (Thèse de doctorat). Université d'Alger 2.
- BOUKHANNOUCHE, F-L. (2016). *Le Français Sur Objectif Universitaire : compétences rédactionnelles en sciences vétérinaires.* (Thèse de doctorat). Université de Blida 2.
- BOUTEFLIKA, Y. (2010). *Formation des enseignants de F.L.E du primaire en Algérie "retours réflexifs sur la formation et professionnalisation.* (Thèse de doctorat). Université d'Oran 1.
- DARDENNE, J. (2006). *Étude analytique de courriers d'admission de personnes âgées adressées au service d'urgences.* (Thèse de doctorat en médecine). Université de Paris-Val-de-Marne.
- DERRADJI, L. (2015). *Mise en place d'une méthodologie d'analyse des situations de travail en français dans une entreprise algérienne : Cas de l'entreprise portuaire de Béjaia.* (Thèse de Doctorat). Béjaia.
- GOUMAIDIA, L. (1999). *Compétence socioculturelle : problèmes épistémologiques et didactiques (le cas de l'Algérie).* (Thèse de doctorat). Université Paul-Valéry Montpellier III
- KHERRA, N. (2015). *Pour un enseignement du Français Sur objectif Spécifique aux étudiants inscrits en architecture.* (Thèse de doctorat). Université El Hadj Lakhdar Batna.
- KONG WING CHANG, A-C. (2009). *Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital.* (Thèse de doctorat en médecine). Université de Grenoble.

- QOTB, H. (2008). *Vers une didactique du français sur objectif spécifique médié par internet*. (Thèse de doctorat). Volume I. Université Montpellier III.
- NAHON- RAIMONDEZ, A-M. (2006). *La phraséologie médicale, études de textes parallèles français et allemands*. (Thèse de doctorat). Université MARC Bloch. Strasbourg II.
- SEGYO-SAUNIER, A. (2012). *Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes*. (Thèse de doctorat). Université de Rouen.
- ZOLANA, A, N. (2013). *Concevoir un programme de français sur objectifs spécifiques. Difficultés théoriques et pratiques : le cas de la faculté d'économie de l'Université Agostinho Neto Luanda-Angola*. (Thèse de doctorat). Université Sophia Antipolis. Nice.

Diapositives

- NDAMBWE, G. *La rédaction administrative*. Diapositive. En ligne : www.cm-minsante-drh.com/site/images/stories/redac_admin.ppt Consulté le 13/06/2016
- BERTIN, J-C. *Qu'est-ce que la langue de spécialité ?* Diapositive. En ligne : anguagelarningresourcecenter.org/info...specialite_2301.../jeanclaude_bertin.pps. Consulté le 13/06/2016.

Sitographie

- ABID-HOUCINE, S. 2007. *Enseignement et éducation en langues étrangères en Algérie : la compétition entre le français et l'anglais. Droit et cultures* [En ligne], 54. En ligne : <http://droitcultures.revues.org/1860>. Consulté le 01/06/2017.
- Agence Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé. *Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandation*, ANAES/Service évaluation des pratiques/ Juin 2003. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_conten

[u - reglementation et recommandations - 2003.pdf](#). Consulté le 16/04/2017.

- Ambassade de France en Algérie. En Ligne : <https://dz.ambafrance.org/Le-francais-face-a-une-forte>. Consulté le 06/06/2017.
- ASSELAH-RAHAL. S. *L'introduction des langues maternelles et l'apprentissage précoce des langues en contexte éducatif algérien : pour une didactique du plurilinguisme*. En ligne : <http://rfs.socioling.org/wp-content/uploads/2013/04/prgramme-et-r%C3%A9sum%C3%A9s-RFS2011.pdf> Consulté le 05/04/2017.
- ASPDEN, P et all. *Rapport de l'institut de la médecine américaine*. 2006. En ligne : <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2006/P-reventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series/medicationerrorsnew.ashx>. Consulté le 29/03/2017.
- BONNEMAINS. L et all. 2013. Faisabilité de l'évaluation d'une observation médicale par combinaison de multiples critères : méthode NICTALOP. in *Pédagogie Médicale*, ed. Sciences / Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale. En ligne : https://www.academia.edu/31810696/Faisabilit%C3%A9_de_l_%C3%A9valuation_d_une_observation_m%C3%A9dicale_par_combinaison_de_multiples_crit%C3%A8res_m%C3%A9thode_NICTALOP?auto=download. Consulté le 29/03/2017.
- CALBERG-CHALLOT, M. *Quand un vocabulaire de spécialité emprunte au langage courant : le nucléaire, étude de cas*. UMR 7597 CNRS – Université Paris 7. En ligne : http://www.eila.univ-paris-diderot.fr/_media/recherche/clillac/ciel/cahiers/2007-2008/05bis-calberg.pdf. Consulté le 24/09 /2016.
- CALINON-MELENE, B. 1994. *Communiquer au sein de l'hôpital, quelles voies emprunter ? Communication et organisation* HS N°1. En ligne : <http://communicationorganisation.revues.org/2998> ; DOI : [10.4000/communicationorganisation.2998](http://dx.doi.org/10.4000/communicationorganisation.2998). Consulté le 25/03/2017.

- Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) et correspondants libéraux régionaux ANAES. (2004). *Correspondance médicale entre médecins de ville et hospitaliers*. Revue L'Union d'Aquitaine. N°28, 3^{ème} trimestre. En ligne : [:http://urpsmla.org/IMG/pdf/28.pdf](http://urpsmla.org/IMG/pdf/28.pdf) Consulté le 23/07/2015.
- DERRADJI, Y. *Vous avez dit langue étrangère, le français en Algérie ?* En ligne : <http://www.unice.fr/bcl/ofcaf/15/derradji.html>. Consulté le 23/04/ 2017.
- Docplayer, *Module 2 : rédaction de la lettre médicale*. En ligne : <https://docplayer.fr/10786909-Module-2-redaction-de-la-lettre-medicale.html> Consulté le 20/06/2016.
- Document cadre de Partenariat (DCP). En ligne : <https://dz.ambafrance.org/AXES-PRIORITAIRES-D-INTERVENTION>. Consulté le 21/06/2017.
- Docteur House, saison 01, épisode N°01. Disponible sur le lien : <https://www.dailymotion.com/video/x6nosmn>. Consulté le 13/07/2019.
- EDUCNET. *Les méthodes pédagogiques*. En ligne : <https://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/libre/qualification/q3b.php> Consulté le 27/04/2019.
- EUREVAL. (2010). *Réaliser un entretien semi-directif*, fiche technique. Eureval. En ligne : https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf. Consulté le 23/08/2018.
- Groupe : Bois des cars. En ligne : <http://ecole-boisdescars.edu.dz/presentation/ecole-privee-alger> Consulté le 20/06/2017.
- Guide du bachelier. 2016. En ligne : http://www.epsttlemcen.dz/docs/inscription_2016/Guide_bachelier_2016_Fr-1.pdf Consulté le 07/06/2017.
- L'Institut Français d'Algérie. En ligne : <https://dz.ambafrance.org/Le-francais-face-a-une-forte>. Consulté le 15/06/2017
- L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada et L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, (2006),

Bulletin de l'ISMP Canada, Volume 6 Numéro 4. En ligne : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMP2006-04.pdf>.

Consulté le 10/04/2017.

- LERAT, p. (2012). *Approches linguistiques des langues spécialisées*. ASp. En ligne : <http://asp.revues.org/2926> ; DOI : 10.4000/asp.2926. Consulté le 13/06/2016.
- Le groupe Les Glycine. En ligne : <http://groupescolairelesglycines.edu.dz/presentation/le-mot-de-la-fondatrice>
Consulté le 20/06/2017.
- Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Diplomatie française (2014). *Fiche Curie Algérie*. Ambassade de France. En ligne : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/ALGERIE_fiche_Curie_20_NOVEMBRE_2014_cle0835f1.pdf Consulté le 14/03/2017.
- MERCAT, F X. 1998. *Les courriers entre médecins*. En ligne : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/courriers.pdf>
Consulté le 23/07/2015.
- MEIRIEU, P. *Méthode pédagogique*. En ligne : <http://www.meirieu.com/DICTIONNAIRE/methodepedagogique.htm>
Consulté le 03/08/2019.
- EVRARD, N. *La féminisation de la profession médicale : femmes et métiers de la santé*. 2014. En ligne : <https://www.onmeda.fr/dossiers-sante/femmes-et-metiers-de-la-sante-la-feminisation-de-la-profession-medicale-657-5.html>
Consulté le 07/09/2019.
- Page Facebook, *Déchiffrage des ordonnances médicales*. En ligne : <https://www.facebook.com/groups/874544335898853/?fref=ts> Consulté le 30/03/2017.
- Podcast français facile. En ligne : <https://www.podcastfrancaisfacile.com/phonetique-2/opposition-e-e-e.html>
Consulté le 09/05/2019.
- PARPETTE, C. BOISBOURDIN, M & SOURDY, I. (2014). *Des mots aux discours. Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*.

(Vol. XX N° 3). En ligne :

<https://journals.openedition.org/apliut/4840?lang=en> Consulté le 23/03/2017.

- Présentation de groupe scolaire bois des cars. En ligne : <http://ecole-boisdescars.edu.dz/presentation/ecole-privee-alger>. Consulté le 20/06/2017.
- Quotidien El-Moudjahid, débat sur la place des écoles privées dans le système éducatif. En ligne : www.elmoudjahid.com/pdf-elmoudjahid/2001. Consulté le 17/06/2017.
- REVILLARD, A. *initiation à l'investigation empirique : support de TD*, Université Paris 13. En ligne : <https://annerevillard.files.wordpress.com/2013/10/support-de-td-intro-enquete2007-2008.pdf> Consulté le 23/08/2018
- ROLLE-BOUMLIC, M. *Récapitulatif de la méthodologie FOS proposée*. En ligne : http://fipf.org/sites/fipf.org/files/recapitulatif_de_la_methodologie_fos_proposee.pdf Consulté le 24/08/ 2019.
- STANKE, B. DUMAIS, C & MOREAU, A-C. *L'orthographe lexicale et grammaticale*. Les cahiers de l'AQPF, volume 5, Numéro 3. En ligne : <http://www.christiandumais.info/wp-content/uploads/2008/01/Stank%C3%A9-Dumais-et-Moreau-2015-partie-1.pdf>. Consulté le 10/06/2017.
- THE DENTALIST French doctor. *Comment soigner ses courriers*. En ligne : <http://thedentalist.fr/soigner-ses-courriers/>. Consulté le 28 mars 2017.
- TAYTARD, A. Respir.com. *Correspondance médicale Critères de qualité*. 2004. En ligne : <http://www.respir.com/doc/abonne/base/CorrespondanceMedicale.asp>. Consulté le 16/04/2017.
- Université Médicale Virtuelle Francophone, *La rédaction du compte rendu opératoire : une technique comme une autre*, 2008/2009. En ligne : <http://campus.cerimes.fr/chirurgiegenerale/enseignement/compterendu/site/html/cours.pdf> Consulté le 16/04/2017.
- Université Médicale Virtuelle Francophone. 2008/2009. *La rédaction du compte rendu opératoire : Une technique comme une autre*. En ligne :

<http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/compterendu/site/html/evaluations.pdf>. Consulté le 20/04/2017

- VECCHIATO, S. & GEROLIMICH, S-V. (2013). « La langue médicale est-elle « trop complexe » ? » *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 9 (1), 81–122. En ligne : <https://doi.org/10.7202/1024039ar>. Consulté le 07/09/2019.

Textes officiels et lois

- Circulaire du 17 octobre 1976, n° 382-30, p. 353
- Loi N° 05-91 portant généralisation de l'utilisation de la langue arabe. En ligne : http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/algerie_loi-91.htm . Consulté le 05/04/2017.
- Journal Officiel N° 38, 1996, 05. En ligne : <http://www.vitamedz.org/articlesfiche/1217/1217552.pdf> . Consulté le 05/04/2017.
- Code de déontologie médicale algérienne. En ligne : <http://www.atds.org.tn/CODEDEDEDEONTOLOGIEALG.pdf>. Consulté le 05/04/2017
- Décret exécutif N° 09-393 du 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique. En ligne : <http://www.sante.dz/dsp22/files/Statut%20particulier%20des%20M%C3%A9decins%20G%C3%A9néralistes.pdf>. Consulté le 20/02/2019.
- Loi N° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail. En ligne : <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/9557/64805/F97DZA01.htm#t3c5>. Consulté le 20/02/2019.
- Les textes officiels régissant l'enseignement dans les établissements privés d'éducation et d'enseignement. En ligne : <http://www.joradp.dz/JO2000/2005/059/FP8.pdf>. Consulté le 17/06/2017.

الصعوبات التحريرية للمراسلات الطبية: الإجراء العلاجي القائم على نهج اللغة الفرنسية لأهداف محددة. حالة الممارسين العامين في تبسة

ملخص: يتم التواصل الكتابي بين الممارسين الطبيين في الجزائر باللغة الفرنسية فقط عن طريق المراسلة. هذه الأخيرة تشكل عنصرا رئيسيا في رعاية المرضى ، استمرارية الرعاية وتضمن التعاون بين مختلف الشركاء في الصحة ، في أعمالهم التشخيصية والعلاجية. المراسلات الطبية أمر حتمي ويجب أن تستوفي المعايير التحريرية. ومع ذلك ، فمن الواضح أن الأطباء العامين الممارسين لمهنتهم في ولاية تبسة ليس لديهم معرفة كافية باللغة الفرنسية ويواجهون صعوبات في كتابة مراسلاتهم الطبية. بحثنا هذا، واعتمادا على نهج اللغة الفرنسية لأهداف محددة ، يسعى لتحديد نوع المراسلات الطبية الموسومة بالصعوبة في كتابتها وكذلك تحديد طبيعة الصعوبات المتعلقة بكتابتها الهدف صياغة مقترح لمعالجة هذه الصعوبات.

الكلمات المفتاحية: اللغة الطبية الفرنسية ، اللغة الفرنسية لأهداف محددة ، المراسلات الطبية ، التدريس.

Difficultés rédactionnelle de la correspondance médicale : procédure de remédiation sur la base de la démarche FOS. Cas des médecins généralistes de Tébessa

Résumé : La communication écrite entre les praticiens de la médecine en Algérie s'effectue uniquement en langue française par correspondances. Celles-ci constituent un élément central dans la prise en charge des malades, la continuité des soins et assure la collaboration entre les différents partenaires de la santé, dans leurs actes diagnostiques et thérapeutiques. La correspondance médicale est incontournable et doit répondre aux normes rédactionnelles. Cependant force est de constater que des médecins généralistes exerçant au chef-lieu de la wilaya de Tébessa ont une maîtrise insuffisante du français et se heurtent à des difficultés lors de la rédaction de leur courrier médical. Notre travail de recherche, en adoptant la démarche du FOS, se propose d'identifier le type de correspondances médicales jugées problématiques par ces médecins et de déterminer les difficultés inhérentes à leur rédaction en vue d'une proposition de remédiation à ces difficultés.

Mots clés : Français médical, Français sur Objectifs Spécifiques, Correspondance médicale, Enseignement.

Difficulties in Writing Medical Correspondence : Remedial Procedure Based on the FSP Approach; Case of Tébessa General Practitioners.

Summary: Written communication between medical practitioners in Algeria is done only in French through correspondence. The latter are a central element in patients care, continuity of care, and ensures (a good) collaboration between health partners in their diagnosis or therapy. Medical correspondence is inevitable and must meet writing standards. However, it is obvious now that General Practitioners working in the city of Tébessa do not have a satisfactory mastery of French and face difficulties while writing their medical letters. In adopting the FSP (French for Specific Purposes) approach, our research work intends to identify the type of medical correspondence deemed problematic by these doctors and to determine difficulties inherent to their writing in order to make remedial propositions.

Keywords: medical French, French for Specific Purposes, medical correspondence, teaching.