

L'argot médical hospitalier français : mythe ou réalité ?

Étude menée auprès de praticiens et d'internes des hôpitaux universitaires parisiens

Pascaline FAURE

Sorbonne Université, Faculté de Médecine, Paris (France)

Centre de Linguistique en Sorbonne – CELISO (EA 7332)

pascaline.faure@sorbonne-universite.fr

ABSTRACT: French hospital medical slang: Myth or reality?

If, in everyday French, many words considered to be offensive (*nain* “dwarf”, *gros* “fat”, or *mongolien* “Mongolian”) have been replaced by circumlocutions (*personne de petite taille* “person of short stature” et *personne en surpoids* “overweight person”) or by scientific terms (*trisomique* “trisomic”), French physicians are still alleged to use words that many would deem insulting to designate patients, diseases, and colleagues from other specialties, when they communicate between themselves. While American and British hospital slang has been documented, French hospital slang does not appear to have ever been studied in a systematic way. Therefore, we conducted a study on a sample of over 700 Paris hospital physicians and residents between November 2018 and January 2019 to ensure that medical slang was still a reality in French hospitals, to understand its origin and functions, and to assess its state of health. It has allowed us to gather 142 examples of slang words of which we draw a typology. We remind that French hospital slang pertains to an age-old tradition and fulfils a certain number of functions that are essential for its linguistic community. We indicate that the use of slang is on the decrease in French hospitals and specify the reasons why.

KEYWORDS: *hospital slang, lexicogenic matrices, endostereotypes, professional medical communication*



RÉSUMÉ

Si, dans la langue courante française, nombre de mots considérés comme injurieux (*nain*, *gros*, ou encore *mongolien*) ont été remplacés par des périphrases (« *personne de petite taille* » et « *personne en surpoids* ») ou des termes techniques (*trisomique*), on prête encore aux médecins l'emploi,

lorsqu'ils communiquent entre eux, de mots que d'aucuns pourraient juger offensants pour désigner des patients, des maladies, et des collègues issus d'autres spécialités. Or, s'il existe des travaux sur l'argot hospitalier américain et britannique, aucune étude ne semble avoir été menée de façon systématique sur l'argot hospitalier français. Par conséquent, nous avons mené une enquête auprès de plus de 700 médecins hospitalo-universitaires et internes parisiens entre novembre 2018 et janvier 2019 afin de nous assurer que l'argot médical était encore une réalité dans les hôpitaux français, d'en comprendre l'origine et les fonctions, et d'en mesurer l'état de santé. Elle nous a permis de collecter 142 mots d'argot dont nous dressons une typologie. Nous rappelons que l'argot hospitalier français s'inscrit dans une tradition séculaire et remplit un certain nombre de fonctions essentielles à sa communauté linguistique. Nous indiquons que l'utilisation de l'argot dans les hôpitaux français est sur le déclin et en précisons les raisons.

MOTS-CLÉS : *argot hospitalier, matrices lexicogéniques, endostéréotypes, communication médicale professionnelle*



Préliminaires - Origine de l'argot hospitalier français



L'ARGOT HOSPITALIER FRANÇAIS trouve son origine dans la salle de garde. Créée avec l'Internat par Napoléon en 1802, elle comprenait une cuisine, des réserves et quelques chambres destinées à accueillir les internes – des jeunes hommes – qui jadis y résidaient à temps plein (GODEAU 2011). Lieu de transgression et de délation où étaient chantées des chansons paillardes, qui servait d'exutoire à la mort et à la maladie, on y utilise encore de nos jours une terminologie spécifique : *l'enterrement* « cérémonie de fin d'internat » ; *le tonus* « fête orgiaque costumée et alcoolisée le soir en début et en fin de semestre » ; *le fossile* « l'ancien interne » ; *le dinosaure* « le Professeur » ; *la battue* « le rythme frappé avec le manche du couteau pour fêter un événement » ; ou encore *l'économe* « le responsable de la salle de garde élu pour un semestre » et son *économinette*¹.

Encore de nos jours, la fréquentation de la salle de garde est liée au respect d'un ensemble d'interdits parmi lesquels figure le bannissement des mots médicaux et savants. D'après JOSSET (1996 : 41), l'objectif est d'empêcher les médecins de parler de médecine pendant le repas pour éviter que des oreilles profanes (cuisinières, etc.) n'entendent les secrets de « l'Art Sacré ». Cette interdiction a eu pour effet d'encourager les médecins et internes à faire preuve d'imagination et de créativité pour inventer des mots nouveaux en remplacement des termes médicaux. Par exemple, *anapatheculotte* (« elle n'a pas de culotte ») leur permet de désigner tout ce qui est relatif à l'anatomopathologie sans risquer un gage.

1. Introduction

Lorsque l'on étudie le français de la médecine, on pense, en premier lieu, à son lexique spécialisé et à sa phraséologie. Cette langue-là a déjà fait l'objet de nombreuses publications. Les auteurs sont souvent des médecins qui l'abordent dans une perspective historique comme SOURNIA (1994, 1997), et BOSSY dans *La grande aventure du terme médical* (1999). En 1982, dans son *Introduction au langage de la médecine*, HAMBURGER souligne le décalage entre la science médicale qui progresse très rapidement et le langage médical qui peine à la suivre. BOUCHÉ, dans *Les mots de la médecine* (1994), invite à une promenade à travers le labyrinthe des termes médicaux français. CHEVALIER (2015) décrypte un grand nombre de termes médicaux qu'il classe par spécialité en mettant au jour leur étymologie. QUÉRIN (2017) aborde les difficultés du français médical en faisant une place particulière aux québécismes.

Parmi les non-médecins, le linguiste et lexicologue QUÉMADA opte, dans son *Introduction à l'étude du vocabulaire médical* (1955), pour une perspective diachronique. BALLIU (2001, 2005), ROULEAU (1995, 2003) et VANDAELE (2001) analysent le langage médical sous l'angle de la traduction. SOUBRIER (2007) examine les problèmes posés par la double nomenclature. Les travaux de MANIEZ (2001, 2002, 2009, 2013), qui traitent surtout du syntagme adjectival, ceux de SALAGER-MEYER (1990), qui portent notamment sur la métaphore, et ceux de FAURE (2010, 2012, 2018), qui explorent, entre autres, la question de la dénomination des maladies, s'inscrivent dans une approche comparative interlingue (français, anglais, et/ou espagnol). Enfin, MOURLHON-DALLIES & TOLAS (2004), FASSIER & TALAVERA-GOY (2008), et THIEULLE (2002) abordent le français médical dans une optique didactique.

Ce qui, au sein du français de la médecine, n'a jamais, à notre connaissance, été étudié, est un langage plus secret, que, par souci de simplification, nous avons nommé « argot hospitalier » mais qui, outre les argotismes, comprend également les mots empruntés au français familier. C'est cette absence qui a motivé l'étude que nous avons menée auprès de médecins hospitalo-universitaires (HU) et d'internes à Paris entre novembre 2018 et janvier 2019.

Dans une première partie, nous proposons de décrire les aspects expérimentaux de notre étude. La deuxième partie sera consacrée à la présentation des résultats et notamment des argotismes et des mots familiers que notre enquête a permis de recueillir. Dans une troisième partie, nous tenterons de mettre au jour les matrices lexicogéniques récurrentes, analyserons les fonctions de l'argot hospitalier et nous interrogerons sur les raisons de son déclin. Dans la conclusion, nous nous demanderons si, à terme, la

langue utilisée dans les échanges entre professionnels de santé ne risque pas, à force d'être bridée par souci « éthique » et par crainte de judiciarisation, de disparaître.

2. Matériel et méthodes

2.1. Contexte

Lors de nos recherches sur l'anglais médical, et plus spécifiquement sur les codes utilisés dans les hôpitaux américains (*Code Blue*², *Code Brown*³, *Room 134*, etc.), nous avons découvert l'existence d'un argot que les praticiens hospitaliers utilisaient lors de leurs échanges professionnels afin notamment de ne pas inquiéter leurs patients. Dans la mesure où nous travaillions dans une perspective comparative anglais-français, nous nous sommes demandé si un tel argot existait aussi dans les hôpitaux français.

La pré-enquête que nous avons menée auprès de certains de nos collègues et ami(e)s médecins démontrait qu'il existait bien un argot hospitalier français. Or, si l'argot hospitalier anglais avait fait l'objet d'un certain nombre de publications, aucune étude ne semblait avoir été menée de façon systématique sur celui utilisé par les médecins hospitaliers français.

Cette absence nous a donc poussée à nous interroger, en qualité de linguiste et d'enseignante-chercheuse dans une Faculté de médecine française, sur la réalité, la vivacité et l'étendue de son utilisation, raison pour laquelle nous avons décidé de mener ce travail malgré le caractère hautement sensible de sa thématique.

2.2. Cadres théoriques

2.2.1. Sociolinguistique

D'un point de vue sociolinguistique, notre étude s'inscrit dans le cadre de la théorie variationniste de LABOV, à laquelle nous empruntons, par exemple, la notion de « communauté linguistique » et l'idée d'une corrélation entre « variables linguistiques » et « variables sociales ». Ainsi, ici, les praticiens hospitaliers sont envisagés comme une communauté linguistique, c'est-à-dire comme « *un groupe qui partage les mêmes normes quant à la langue* » (LABOV 1976 : 338) (par ex. l'utilisation de termes savants empruntés au fonds gréco-latin ou encore le recours à la siglaison et à l'acronymie).

Les variables linguistiques (par ex. « côlon » et « gros intestin ») sont corrélées aux variables sociales : le praticien va opter pour « côlon » plutôt que pour « gros intestin » (utilisation inconsciente de la langue). Mais, il peut,

sous certaines conditions, aussi utiliser « gros intestin », par exemple, lorsqu'il s'adresse à un patient (utilisation consciente de la langue).

Pour le décryptage des différentes fonctions de l'argot hospitalier, nous nous sommes appuyée sur l'Interactionnisme de GOFFMAN (1974) et notamment sur les stratégies interindividuelles.

Dans la mesure où nous souhaitions mesurer à la fois l'utilisation de l'argot dans le milieu hospitalier (attitudes) et la perception de cette utilisation par les praticiens (représentations), nous avons opté pour une enquête (MATALON 1992). La nature même de l'argot et le contexte de son énonciation rendaient en effet l'observation impossible. Pour concevoir notre enquête, nous avons pris appui sur le travail de SALÈS-WUILLEMIN (2006).

2.2.2. Langue de spécialité

Parmi les différentes définitions proposées au fil des ans pour caractériser les langues spécialisées (LS), nous en avons retenu une qui, selon nous, réussit à rendre compte de leur complexité, à savoir celle proposée par Michel VAN DER YEUGHT (2016). Pour lui, une langue spécialisée (par ex. la langue médicale) se construit autour de l'intentionnalité de sa communauté (par ex. soigner les malades), et inversement la communauté (par ex. les professionnels de santé) se construit autour de sa langue spécialisée (par ex. l'anglais médical) dans un domaine spécialisé (par ex. la médecine occidentale) qui a sa propre histoire.

2.2.3. Argotologie

Concernant l'argotologie, nous nous sommes appuyée sur les travaux de GUIRAUD (1973), FRANÇOIS-GEIGER (1991), VALDMAN (2000), GOUDAILLIER (2002, 2011), et CALVET (1991, 2017), auxquels nous avons ajouté l'analyse exhaustive du français populaire de GADET (1992).

S'agissant de la différence entre argot et jargon, sur laquelle les linguistes semblent avoir des difficultés à trouver un consensus (SOURDOT 1991 : 13), nous nous sommes intéressée aux travaux de SINGY (1982, 1986), de TURPIN (2002) et d'ANTOINE (2014).

CALVET rappelle que « *l'argot est, à l'origine, un jargon de métier* » (1999 : 45) et qu'il vaut mieux partir « *des fonctions de l'argot [...] avant d'en venir aux formes que ces fonctions ont générées* » (1999 : 6).

Pour GOUDAILLIER, « *toute langue possède une dimension argotique* » dans la mesure où « *toute société humaine fonctionne avec des interdits [...] véhiculés par la (ou les) forme(s) légitimée(s) de la langue* » (2002 : 5), qu'elle contourne grâce à des pratiques langagières argotiques qui revêtent plusieurs fonctions.

L'argot moderne est, pour SINGY, « *une langue particulière à un groupe social déterminé, relativement fermé, et qui l'utilise à des fins cryptiques* » (1986 : 1) et

« [...] la seule différence [entre jargon et argot] réside dans la présence d'une fonction cryptique dans le parler argotique, absente dans la pratique du jargon ». Pour lui, « [...] c'est la volonté de cacher une information à des non-initiés dans une situation de communication précise qui fera basculer un langage technique vers l'argot. » (1986 : 65). L'argot serait donc un parler « entre médecins et non-médecins » par opposition au jargon qui serait un « parler spécifique entre médecins. » (1986 : 65).

ANTOINE écrit que « les argots visent à opacifier le discours » (fonction cryptique) et permettent « de se faire reconnaître (et éventuellement accepter) par les membres du groupe » (fonction conniventielle ou identitaire).

Au contraire, pour CALVET, la fonction la plus importante de l'argot est l'expressivité, et c'est elle qui permet de le différencier du jargon :

[...] contrairement à ce qui se passe dans un code où la nomination est neutre, le signifiant exprime ici [dans l'argot] un rapport au monde, un rapport ironique ou critique, violent ou méprisant. L'argot apparaît ainsi comme l'expression de la détresse, de la misère ou de la rage de locuteurs qui expriment ces sentiments dans la forme de la langue qu'ils utilisent.

(Ibidem 1999 : 53)

Pour GADET, l'argot relève du lexique alors que le français populaire est une langue à part entière, même si d'un point de vue lexical, elle ne les distingue pas :

Nous ne distinguerons pas entre lexique populaire et argotique, car les modes de formation sont communs, hypertrophiant des procédés de la langue courante. Le terme « argot » [...] qualifie toute dérivation partielle à partir de la langue populaire avec deux acceptions. Au singulier, il désigne le lexique de la pègre et du milieu ; au pluriel, ou quand il est déterminé, un lexique propre à un groupe de personnes exerçant une même activité.

(1992 : 102-103)

De même, elle souligne le flou qui entoure la frontière entre le français populaire et le français familier, qu'elle considère plutôt comme un registre :

La frontière entre français populaire, entendu comme langue des classes populaires, et français familier, usage de toutes les classes dans des contextes peu surveillés, est floue, et même, pour la plupart des phénomènes, inexistante

(1992 : 122)

ANTOINE se demande si les langues de spécialité sont des argots comme les autres dans la mesure où les deux partagent les fonctions cryptique, conniventielle et économique mais il conclut :

La différence essentielle cependant entre les argots et les langues de spécialité est que les premiers opacifient les références à des éléments de la vie courante, tandis que les secondes s'élaborent en référence à un domaine spécialisé [...]. La langue de spécialité vise la désignation exacte et efficace des objets propres à un domaine, celle qui sera non-ambiguë et évacuera toute possibilité d'incompréhension au sein du groupe de spécialistes/initiés.

(2014 : 5)

Tantôt en accord, tantôt en opposition avec les différents travaux sur l'argot cités ci-dessus, pour notre étude, nous avons élaboré le modèle suivant :

- (1) L'argot et la langue familière, que nous considérons comme une variation au niveau du registre, sont très proches d'un point de vue lexical. Par conséquent, nous les avons traités comme faisant partie d'un même ensemble et avons, pour des raisons pratiques, opté pour l'étiquette « argot ».
- (2) L'argot varie selon les trois axes diastratique, diatopique et diachronique. Par conséquent, pour l'analyser, il est important de tenir compte des strates sociales, des lieux et des époques.
- (3) Il convient d'appréhender l'argot à travers ses fonctions et les intentions de son énonciateur.
- (4) C'est la fonction expressive qui permet de différencier l'argot du jargon, variante langagière dominée par la neutralité, et non pas la fonction cryptique.
- (5) L'argot médical n'est pas propre aux échanges « médecins-non médecins » (il ne faut pas le confondre avec l'utilisation de mots de la langue courante par le praticien pour être compris de son patient) mais il est destiné, au contraire, exclusivement aux échanges « médecins-médecins ».
- (6) L'argot médical est un sociolecte et fait partie intégrante de la langue de spécialité que constitue le français médical. Argot et langue de spécialité ne peuvent donc pas être mis en opposition.
- (7) La langue de spécialité est polyphonique, et l'argot est l'une de ses voix.
- (8) L'argot hospitalier n'est pas séparable de son environnement. Pour l'appréhender, il est donc nécessaire de connaître l'organisation hospitalière, les rapports hiérarchiques, la relation de soins, et, de manière générale, la culture professionnelle médicale dans laquelle l'argot s'inscrit.

(9) Les HU et internes parisiens sont considérés comme une communauté linguistique.

2.2.4. Lexicologie

S'agissant de lexicologie, nous nous sommes basée sur les travaux de SABLAYROLLES, qui se réclame du cadre théorique des classes d'objets de GROSS (1994), établi dans la continuité du distributionnalisme de HARRIS et fortement influencé par la lexicologie explicative et combinatoire de MEL'CUK. Pour l'analyse des matrices lexicogéniques, nous nous sommes inspirée de sa typologie (2015), elle-même issue de celle de TOURNIER (2005). Notre analyse des métaphores s'inscrit dans le cadre de la Théorie de la Métaphore Conceptuelle de LAKOFF & JOHNSON (2003 [1980]).

2.3. Études antérieures

Concernant l'argot médical français, nous avons relevé l'existence d'un site collaboratif sur lequel sont recensés les mots d'argot et familiers en usage en milieu médical⁵ et qui comprend un peu moins de 40 entrées. Dans son ouvrage *Les mots de la médecine*, paru en 1994, Pascal BOUCHÉ répertorie également un certain nombre de mots et d'expressions argotiques utilisés en médecine et dont beaucoup sont obsolètes. Dans le cadre d'un mémoire publié en 1983, SINGY a mené une recherche sur la distinction entre jargon et argot dans le langage médical. L'objectif de son étude était de montrer que l'intention de cacher ou non une information permettait de faire la différence entre argot et jargon. Sa population, constituée de 20 médecins, 20 paramédicaux, et 20 patients, devait répondre à des questions portant sur ce qu'elle pensait être les fonctions du vocabulaire médical. Mais, à ce jour, nous n'avons trouvé aucune étude systématique sur l'argot hospitalier français.

En revanche, l'argot hospitalier anglais a fait l'objet de plusieurs publications. Pour les hôpitaux américains, l'étude de GORDON, parue en 1983, se concentre sur l'argot relatif aux patients et en analyse les différentes fonctions. L'étude de COOMBS *et al.*, parue en 1993, s'inscrit dans les travaux de HYMES et propose de classer 300 termes en fonction de quatre catégories sociales : l'environnement, les acteurs, les activités, et la mort. Le travail de GOLDMAN, qui a donné lieu à la publication d'un ouvrage (*The Secret Language of Doctors*, paru en 2014), analyse les thèmes récurrents dans l'argot hospitalier qu'il illustre à l'aide de nombreux exemples. Pour les hôpitaux britanniques, l'étude de FOX *et al.*, publiée en 2003, souligne les problèmes éthiques qui entourent l'utilisation de l'argot dans un contexte de soins.

À noter également l'étude de PARSONS *et al.* (2001), qui analyse le ressenti des étudiants en médecine américains par rapport à l'utilisation de l'argot médical hospitalier lors de leurs stages. Enfin, nous avons trouvé une étude qui porte sur l'argot hospitalier brésilien (PETERSON 1998). Comme pour l'argot médical français, il existe un site collaboratif qui répertorie les mots d'argot utilisés par les professionnels de santé et les vétérinaires américains et britanniques⁶ et qui comprend presque 1000 entrées.

2.4. Objectifs

Notre étude avait plusieurs objectifs. Dans un premier temps, nous souhaitons nous assurer que l'argot était toujours utilisé dans les hôpitaux français en 2018 et en recueillir des exemples. Nous désirions également en comprendre les fonctions et en vérifier l'état de santé. Notre but n'était pas de juger si tel ou tel mot était acceptable ou non d'un point de vue éthique. Notre ambition était de dresser une typologie des mots d'argot utilisés, de procéder à leur analyse lexicologique et d'en comprendre les fonctions. Notre rôle de linguiste n'est, en effet, pas de juger la langue mais de la décrire et de la comprendre.

2.5. Hypothèses

Nous sommes partie des trois hypothèses suivantes : l'utilisation d'un argot dans les hôpitaux français serait encore une réalité ; il posséderait plusieurs fonctions importantes pour le praticien hospitalier ; et il serait sur le déclin.

2.6. Éthique

Compte tenu du caractère très sensible de sa thématique, notre travail a fait l'objet d'une évaluation préliminaire par la commission de déontologie et d'intégrité scientifique de la Faculté de médecine de Sorbonne Université (SU). En novembre 2018, il n'existait pas de comité d'éthique au sein de SU. Le CER-SU a été mis en place plus tard. Cette commission *ad hoc*, qui comportait également des représentants de patients, a donc été chargée par le Doyen Bruno Riou de s'assurer que l'étude informait clairement les participants sur ses intentions, sa méthode et son devenir (à savoir la publication d'un article), et que les mots révélés et les données recueillies étaient bien anonymisés. Il était essentiel pour le Doyen Bruno Riou que, dans sa formulation, l'étude ne puisse pas être interprétée comme encourageant une attitude méprisante de la part des médecins vis-à-vis des patients mais qu'au contraire, la prise de distance soit clairement établie. Par conséquent, à sa demande, les membres de la commission ont également participé à la reformulation du questionnaire.

2.7. Modalités de recueil des données

Notre enquête visait à mesurer les composantes affective (émotion positive ou négative vis-à-vis de l'utilisation de l'argot), cognitive (connaissance et interprétation correcte d'une sélection de mots d'argot) et conative (utilisation de l'argot). La mesure a donc porté sur les connaissances, les comportements et les affects vis-à-vis de l'argot hospitalier des praticiens eux-mêmes (endostéréotype). Le recueil des données s'est effectué de deux manières : via un questionnaire et lors d'entretiens semi-directifs.

2.7.1. Questionnaire

Le questionnaire (voir l'ANNEXE) était accessible en ligne via un lien transmis par email par le Cabinet du Doyen de la Faculté de médecine de Sorbonne Université. Les Doyens de trois autres Facultés de médecine parisiennes (Paris 7, Paris 5 et Versailles-Saint-Quentin) ont accepté de transmettre le lien à leurs HU et internes. L'envoi était accompagné d'un courrier expliquant qui nous étions (une linguiste spécialisée dans la langue médicale à Sorbonne Université), introduisant la thématique générale de la recherche (mener un travail sur l'utilisation des termes argotiques entre médecins hospitaliers pour parler d'un patient, d'une maladie ou de leurs collègues d'une autre spécialité), indiquant la durée (une dizaine de minutes), rappelant l'anonymat strict des réponses et proposant aux répondants qui le souhaitaient l'envoi de l'article qui en serait issu. Le questionnaire était introduit à l'aide d'un chapeau qui précisait les objectifs de l'étude, et comprenait dix questions.

Les trois premières (« *Quelle est votre spécialité ?* », « *Quel est votre âge ?* », « *Êtes-vous un homme ou une femme ?* ») permettaient de dessiner le profil des répondants.

Les questions 4 à 6 visaient à recueillir des exemples de mots d'argot ou familiers et entendus ou utilisés à l'hôpital. Nous avons prédéterminé trois cibles : les patients ; les maladies ; les collègues issus d'autres spécialités.

La question 7 avait pour objectif de vérifier l'utilisation et la compréhension par les répondants d'un certain nombre de mots d'argot présélectionnés. Cette question visait à donner des exemples de mots d'argot afin que les répondants comprennent le type d'exemples attendus.

La question 8 interrogeait sur les fonctions de l'argot à partir d'une liste déroulante : « *crypter la communication pour se faire comprendre uniquement de son interlocuteur (fonction cryptique)* », « *afficher son appartenance à un groupe et se distinguer des autres professionnels (fonction identitaire)* », « *mettre une distance entre soi et le patient afin de conserver une neutralité et de se protéger (fonction de dépersonnalisation)* », « *se défouler,*

se libérer de la pression morale, émotionnelle, et professionnelle (fonction cathartique) », « contourner les tabous et éviter de choquer (fonction euphémisante) », et « s'amuser, se distraire (fonction humoristique) ». Les répondants choisissaient celle(s) qu'ils jugeaient pertinente(s) et avaient la possibilité d'en ajouter d'autres sous la forme de commentaires libres.

Dans la question 9, il était demandé aux répondants de se prononcer sur l'une des trois tendances quant à l'utilisation de l'argot : « sur le déclin », « en progression » ou « stable ».

Enfin, la question 10 permettait aux répondants, sous la forme de commentaires libres, de donner leur avis sur les raisons qui pouvaient expliquer la tendance qu'ils avaient sélectionnée.

2.7.2. Entretien semi-directif

Dans la mesure où les HU et internes sont généralement surchargés de travail, nous n'avions pas prévu d'intégrer d'entretiens dans notre enquête initiale. Ils ont été menés à la demande de certains répondants au questionnaire qui ont souhaité nous rencontrer pour préciser leurs réponses ou pousser plus loin la réflexion. Pour ces entretiens, nous avons des attentes relativement précises autour de la connaissance, du comportement, de l'affect, mais nous souhaitons que notre interviewé(e) s'exprime librement sur la thématique.

2.8. Participants

Le questionnaire a été envoyé à plus de 700 HU et internes entre novembre 2018 et janvier 2019. Nous avons volontairement limité notre étude aux praticiens des hôpitaux universitaires parisiens car cela permettait, dans une certaine mesure, d'homogénéiser le profil des répondants. Par ailleurs, étant de Sorbonne Université, nous avons pensé – à tort ou à raison – que les HU et internes parisiens seraient plus susceptibles de répondre que des HU et internes d'autres grandes villes. Nous nous sommes concentrée sur les HU et internes en médecine parce que nous avons observé que les professions paramédicales telles que celle des infirmiers possédaient un argot qui leur était propre.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des répondants

Nous avons obtenu 103 réponses (soit un taux de réponse de 15 %). Les hommes représentent 65 % des répondants contre 35 % pour les femmes. Les résultats par tranche d'âge sont les suivants :

- 5% de 21 à 29 ans
- 26% de 30 à 39 ans
- 34% de 40 à 49 ans
- 20% de 50 à 59 ans
- 15% de plus de 60 ans

Toutes les spécialités ou presque sont représentées puisque seules trois spécialités sont absentes : la pédiatrie, la cancérologie et la neurochirurgie. Les chirurgiens – toutes spécialités chirurgicales confondues – et les spécialistes en Urgences-Réanimation ont été les plus nombreux à répondre (11 %), suivis par les anesthésistes (5 %), les neurologues (5 %) et les urologues (4 %). Nous avons mené quatre entretiens de 45 minutes en moyenne auprès de trois hommes entre 50 et 59 ans dont deux étaient urologues et un spécialiste en médecine interne, et d’une femme entre 40 et 49 ans, chirurgien cardiothoracique.

3.2. Argotismes et mots familiers pour les trois catégories

3.2.1. Le patient

La majeure partie des mots relatifs au patient que nous avons recueillis (à savoir 20 mots) désignent un patient qui risque de mourir. Nous avons recueilli 10 mots pour désigner un patient qui présente des pathologies potentiellement liées à son comportement : obésité, diabète, tabagisme et/ou alcoolisme, et toxicomanie. Le patient plongé dans un état végétatif et le patient exigeant recueillent respectivement cinq et trois mots.

Tableau 1 « Type de patient »

Âgé	cricquet, VC (vienne crevure), IVC (immonde vieille crevure)
Alcoolique et tabagique	bar-tabac, alcoolotab
Cirrhotique	jaune
Dément	glaireux
Déshydraté	lyophilisé, sec
Diabétique	betterave
Exigeant	mgen, orchidoclaste, 3T (tout, tout le temps, tout de suite)
Intellectuellement limité	alopécie dendritique, lisse
Mort	macchabée
Obèse	baleine, thon, cachalot, grosse vache, plein
Récurrent	abonné, multirequérant

Risqué	torche, bombe (atomique), cocotte-minute, colis piégé, croûte, polypourri, planche pourrie, grenade dégoupillée, boule puante, peau de banane, paratonnerre à merde/emmerdements, mistigri, daube, crevard, faisandé, pépite, perle, craquos, vérolé
SDF	sdeuf, cassos
Suicidaire	chieuse
Toxicomane	tox
Tuberculeux	tubard
Végétatif	légume, plante verte, yucca, concombre, aubergine, potager

3.2.2. Les spécialistes

Nous avons relevé 31 spécialités ciblées. Le plus grand nombre de mots s'appliquent aux anesthésistes, suivis par les urologues, les chirurgiens, les orthopédistes et les pharmaciens. Nous avons ajouté à cette liste des mots relatifs aux différents postes hospitaliers (interne, Chef de service, etc.).

Tableau 2 « Spécialité »

Anatomopathologie	croque-mort
Anesthésie	gaziens, étouffeurs, pousse-seringues, pompistes, do-dologues, marchands de sable, inesthétiques
Biologie	pipettes
Cancérologie	crabes, coiffeurs
Cardiologie	pompologues, cardioman
Chirurgie	bouchers, charcutiers, saigneurs, barbiers, cols relevés, la mine (le bloc), bistourite aigue
Chirurgie de la main	manucures
Chirurgie plastique	plasticiens, plasticos
Dentisterie	cure-dents
Dermatologie	esthéticiennes
Gastro-entérologie	gastéropodes, gastro-entéropodes
Gynécologie	glaireux
Hématologie	globules
Maïeutique	sage-pouffes, sage-molles
Médecine esthétique	esthéticiens
Médecine générale	bobologues, vétérinaires
Médecine interne	intellos
Médecine nucléaire	électrons libres
Médecine d'urgence	pompiers, passe-plat
Néphrologie	rognons, rognologues
Neurologie	électriciens

Obstétrique	guettes-au-trou
ORL	nez-golf-oseille
Orthopédie	menuisiers, orthopédés, fraiseur-tourneur, mécanos
Pharmacie	potards, apothicaires, épiciers, vendeurs de cachous, pharmaciens
Proctologues	trouduculologues
Radiologie	presse-boutons, photographes
Radiothérapie	grille-pain
Réanimation	râimateurs, Rambo, cow-boys
Soins infirmiers	fermières, torcheuses
Urologie	bitologues, plombiers, uropipi, pipilogues, pisseux

Tableau 3 « Hiérarchie »

Interne	lithiase de couloir, padawan
Faisant Fonction d'Interne	fifi
Chef de service	taulier
Cadre infirmier	susu

3.2.3. La maladie

Le plus grand nombre de mots concernent le cancer – et notamment la tumeur. Les fractures et les traumatismes arrivent en deuxième.

Tableau 4 « Maladie / Accident »

Appendicite	appendoc
Cancer	boule, boulite, crocro, crabe, cochonnome, merdome, têtastase, patate, pêche, pognac, super scan
Douleurs généralisées	totalgie
Fièvre	chauffer
Hémorroïdes	chou-fleur
Mort	partir au tapis
Traumatisme	pète, fracture du con, mandoche
Tuberculose	tutu
VIH	la chose

3.3. Fonctions de l'argot hospitalier

Pour justifier l'utilisation de l'argot dans le milieu hospitalier les répondants ont classé la fonction « ludique » en premier (71,43 %). Juste après, ils ont classé la fonction cathartique (« se défouler, se libérer de la pression morale,

émotionnelle et professionnelle ») (69,39 %). Ensuite vient la fonction identitaire (« afficher son appartenance à un groupe et se distinguer des autres professionnels ») (47,96 %). La fonction de dépersonnalisation (« mettre une distance entre soi et le patient afin de conserver une neutralité et de se protéger ») se classe en quatrième (36,73 %) et est suivie par la fonction cryptique (« crypter la communication pour se faire comprendre uniquement de son interlocuteur ») (25,51 %) et par la fonction euphémisante (« contourner les tabous et éviter de choquer ») (21,43 %).

3.4. Tendances

Les résultats montrent que les praticiens jugent que l'argot est sur le déclin (53 % contre 32 % « stable », 12 % « ne sais pas », et seulement 3 % « en progression »). La disparition des salles de garde est la première raison invoquée pour expliquer la disparition progressive de l'argot hospitalier en France. La deuxième est la féminisation croissante de la profession, suivie par la pression de l'administration hospitalière, la peur des poursuites judiciaires, et l'arrivée d'une nouvelle génération d'étudiants en médecine.

4. Discussion

4.1. Les répondants

Si les hommes représentent la majorité des répondants (65 %), la part des femmes (35 %) n'est pas négligeable. Ce résultat est cohérent avec l'étude de Coombs *et al.*, qui concluait que l'utilisation de l'argot chez les internes était un peu plus répandue chez les hommes que chez les femmes mais qu'elle ne dépendait plus du genre chez les praticiens diplômés.

Pour autant, les répondants ont invoqué la féminisation de la profession comme une des raisons qui pourraient expliquer le déclin de l'argot hospitalier. Lors de l'un de nos entretiens, un interviewé a confirmé que les femmes étaient plus réticentes à utiliser l'argot « parce que les connotations sexistes y sont nombreuses ».

À l'inverse, la seule femme que nous avons interviewée s'est déclarée très prompte à utiliser l'argot probablement parce que parler le même langage que ses collègues lui permet de trouver sa place dans un milieu presque exclusivement masculin (chirurgie cardio-thoracique) et d'être considérée comme leur égale.

S'agissant des résultats par tranche d'âge, une nette majorité de répondants se trouve dans le groupe allant de 40 à 49 ans. Il s'agit essentiellement

d'hommes chirurgiens, qui ont connu l'Internat de Paris ancienne version et son compagnonnage, c'est-à-dire avant 2002, date de la publication de l'article 17 portant sur la réforme du 3^e cycle des études médicales⁷. Les HU de 50 à 59 ans représentent 20 % des répondants. Ils ont eux aussi connu l'Internat de Paris. Leur profil est identique au groupe précédent. Le groupe des 30-39 ans est bien représenté (26 %) mais son profil est différent. Il s'agit de jeunes médecins, tout juste sortis de l'internat « nouvelle version », dont plus de la moitié sont des femmes. En revanche, le groupe des 20-29 ans est sous-représenté dans la mesure où les internes les plus jeunes n'ont généralement pas moins de 25 ans. Enfin, les 60 ans et plus ne représentent que 15 %. Il est possible qu'ils se soient sentis moins concernés par la question.

Parmi les spécialités, l'Urgences-Réanimation est particulièrement représentée. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agisse de la spécialité du Doyen Bruno Riou. Les réanimateurs se sont peut-être sentis obligés de répondre au questionnaire, qui, nous le rappelons, leur avait été envoyé par son Cabinet. Les chirurgiens sont également très représentés. Deux raisons peuvent expliquer cette surreprésentation : les spécialités chirurgicales sont nombreuses au sein des CHU, et les chirurgiens sont connus pour recourir plus facilement à l'argot (peut-être parce que leurs patients sont inconscients). L'absence de représentants de la pédiatrie est très probablement due au caractère sacré de l'enfant, pour lequel, d'ailleurs, nous n'avons relevé aucun argotisme. Aucun répondant n'était neurochirurgien ou oncologue, ce qui peut peut-être s'expliquer pour le premier par le haut degré de technicité de la spécialité et pour les deux par l'extrême gravité des maladies traitées.

4.2. Matrices et autres procédés linguistiques

Parmi les matrices lexicogéniques utilisées pour créer des argotismes, nous avons observé des matrices dites « morphosémantiques » telles que l'affixation et la composition (essentiellement à partir de composés savants), « morphologiques » telles que la troncation, la siglaison et l'acronymie, et « métasémiques » comme la métonymie, la métaphore et l'euphémisme. Notre étude a permis également de constater la présence de quelques antonomases.

4.2.1. Affixation et composés savants

GUIRAUD précise que « *tout argot est [...] le développement parasitaire d'un vocabulaire technique* » (1973 : 105). Les mots formés à partir de suffixes, de préfixes ou d'éléments formants savants (par ex. *orchidoclaste* est construit à partir du grec *orchido* « testicule » et *claste* « je brise », lit. « qui brise les testicules », autrement

dit « qui casse les couilles »), souvent détournés (*abominoplastie* pour « abdominoplastie », formé à partir de *abominable* et de *plastie*, mot savant qui désigne la restauration chirurgicale d'un organe ou d'une partie du corps ; et *inesthétique* pour « anesthésiste »), constituent une grande partie des exemples rencontrés dans notre étude.

En matière de mots savants, le mot *tronchectomie*, qui désigne un lifting cervico-facial, est particulièrement intéressant puisqu'il est formé de l'argotisme *tronche* « visage » et du deuxième élément formant savant *ectomie* « ablation ».

Également composés d'affixes savants, les mots *gastéropodes* et *gastro-entéropodes*, formés à partir de *gastero-*, du grec *gastēr*, *gastros* « ventre, estomac », et de *-pode*, du grec *pous*, *podos* « pied », désignent les gastro-entérologues. On retrouve le même procédé en anglais avec *orthopods*, qui désigne les orthopédistes. D'ailleurs, cette association praticien-animal se retrouve dans la construction « spécialiste + -chien/chienne » comme dans *pharmachien/pharmachienne* (« pharmacien(ne) ») et *plastichien/plastichienne* (« plasticien(ne) »).

4.2.2. Troncation, sigles et acronymes

Nous avons rencontré quelques cas de troncations associées à un suffixe argotique comme *mandoche* (formé de *mandibule* et du suffixe dialectal devenu argotique *-oche* sur le modèle de *baloches*) ; des répétitions de la première syllabe comme *tutu* pour la tuberculose – parfois à partir d'un acronyme comme *gégé* pour la gangrène gazeuse ; des suffixations à partir de suffixes couramment utilisés en médecine telles que *malfoutose* (du syntagme argotique « mal foutu » et du suffixe *-ose*, qui, en médecine, sert à dénommer des maladies chroniques), qui fait référence à un syndrome mal défini avec des atteintes multiples et variées, *paquite* lit. « inflammation du paquet » (à savoir des bourses et du pénis), et *totalgie* lit. « souffrir de tous les maux ».

En revanche, les cas de siglaison (VC pour « vieille crevure », qui sonne d'ailleurs comme WC ; voire IVC pour « immonde vieille crevure », qui tous deux désignent un patient âgé au mauvais pronostic ; MGEN pour « Mutuelle de l'Éducation Nationale » et 3T pour « Tout, Tout le temps, Tout de suite ») qui décrivent un patient exigeant ; ou encore *sdeuf*, qui est une dérivation du sigle SDF pour « Sans Domicile Fixe », éventuellement redoublés (*fifi*, créé à partir du sigle FFI pour « Faisant Fonction d'Interne », qui désigne les praticiens ou étudiants à diplôme étranger, et *susu*, qui désigne la surveillante, désormais appelée « cadre infirmier »), comme les cas de troncation (*tox* pour un toxicomane) sont relativement rares.

Pourtant, parce que le sigle a pour effet de masquer les mots – et donc leur caractère injurieux –, le procédé est à la base d’un grand nombre d’argotismes hospitaliers en anglais (par ex. *4H* pour *Haemophiliac, Hispanic, Homosexual, Heroin addict* ; *CBT* pour *Chronic Burger Toxicity*, qui désigne un patient obèse ; *SHPOS* pour *Sub-Human Piece of Shit*, un patient SDF ; le sigle lexicalisé *beemer* de *BMI*⁸, qui s’applique à un patient obèse ; ou encore le détournement de *VIP* pour *Very Intoxicated Person*, qui décrit un patient alcoolisé).

4.2.3. Métonymies

Les métonymies observées se retrouvent majoritairement dans la désignation des spécialistes par exemple lorsqu’ils sont réduits à leurs instruments : *pousse-seringues* et *gaziers* pour les anesthésistes, *pipettes* pour les biologistes, et *presse-boutons* pour les radiologues. Le même procédé métonymique est utilisé lorsqu’ils sont dénommés à partir de leur objet d’étude : les néphrologues sont surnommés *rognons* et *rognologues*, les hépatologues *foies*, les hématologistes *globules*, et les gynécologues *glaireux* (pour la glaire cervicale), avec parfois plus ou moins de grossièreté dans les mots : *bitologues*, *uropipi*, *pipilogues* et *pissex* pour les urologues, *trouduculologues* pour les proctologues, et *bobologues* pour les médecins généralistes.

On trouve également les adjectifs *jaune* pour désigner un patient cirrhotique (en référence à la couleur de sa peau) et *glaireux* pour un patient dément (en référence à sa tendance à baver). Enfin, *col relevé* fait référence à l’habitude, héritée de la tradition de la salle de garde, que les chirurgiens ont de relever leur col de blouse pour marquer leur différence par rapport aux médecins.

4.2.4. Métaphores

Le plus grand nombre de métaphores concerne les spécialistes lorsqu’ils sont surnommés à partir de métiers manuels : *menuisiers*, *fraiseurs-tourneurs*, et *mécanos* pour les orthopédistes ; *plombiers* pour les urologues ; *bouchers*, *charcutiers*, et *barbiers* pour les chirurgiens ; *électriciens* pour les neurologues ; *coiffeurs*⁹ pour les oncologues ; *passe-plats* pour les urgentistes ; *photographes* pour les radiologues ; *épiciers* pour les pharmaciens ; *fermières* pour les infirmières ; *manucures* pour les chirurgiens de la main ; *esthéticiennes* pour les dermatologues, avec, pour les deux derniers exemples, une féminisation du professionnel de santé qui vise à renforcer l’idée de mépris et traduit une forme de sexisme. On retrouve cette idée de mépris par la féminisation dans *guette-au-trou*¹⁰, qui désigne les obstétriciens.

On observe également des métaphores parmi les mots qui désignent les patients. Par exemple, une patiente obèse peut être désignée par *baleine*, *thon*, *cachalot* ou encore *grosse vache* ; un patient âgé par *criquet* (probablement pour son aspect ridé et sa silhouette recroquevillée) ; un patient alcoolique et tabagique par *bar-tabac* ; et un patient diabétique par *betterave* (en référence au sucre extrait de la plante). On retrouve d'ailleurs les mêmes métaphores en anglais : *whale* « baleine » et *cow* « vache » pour la patiente obèse ; et *betty* (de *beetroot* « betterave ») pour le patient diabétique.

Le patient qui risque de décompenser est source de trois types de métaphore : celle de l'explosif (*bombe*, *grenade dégoupillée*, *colis piégé*, *torche* et *co-cotte-minute*), que l'on observe également en anglais (*bomb* et *crump* « éclatement ») ; celle de la putréfaction (*daube*, *crevard*, *faisandé*, *vérolé*, *planche pourrie* et *polypourri*, amalgame de *polytraumatisé* et *pourri*) ; et celle de la malchance (*peau de banane*, *paratonnerre à merdre* et *mistigri*¹¹).

Pour désigner les patients dans un état végétatif, en anglais comme en français, les métaphores sont empruntées au monde végétal : en anglais, *vegetable* « légume », *cucumber* « concombre » et *fruit salad* « salade de fruits » pour les patients et *garden* « jardin », *cabbage and tomato ward*, lit. « le département des choux et des tomates » et *C&T ward* (pour *Cabbages and Turnips*, lit. « choux et navets ») pour le service ; et en français, *légume*, *plante verte*, *yucca*, *concombre*, *aubergine*, et *potager* pour le service, ce qui permet de déduire qu'il s'agit d'une métaphore conceptuelle (le patient comateux est un végétal).

4.2.5. Euphémismes

Les euphémismes sont rares : *la chose* pour le SIDA, qui se dit *The Big A* pour *AIDS* en anglais ; et, à la frontière avec l'analogie, le mot *boule*, qui désigne une tumeur, et ses dérivés *boulite* et *boulectomie*.

4.2.6. Emprunts

Les emprunts à l'anglais sont totalement absents des mots recueillis dans notre étude, alors même que le français médical (et son jargon) en regorge. Ceci nous permet d'avancer que l'argot hospitalier est emprunté exclusivement à la langue nationale.

4.2.7. Références culturelles

Contrairement à l'argot hospitalier anglais qui abonde en antonomases – qu'il s'agisse d'un nom propre d'une personne réelle (*a Hasselhoff*¹² désigne un patient arrivé aux Urgences avec une excuse confuse, et *Ringo*¹³ un

membre de l'équipe médicale dont on peut se passer), d'un personnage fictif (*a Jack Bauer*¹⁴ qualifie un médecin qui travaille énormément), ou d'une marque (*Wilkinson's syndrome*¹⁵ indique que le patient s'est ouvert les veines et *Rothman's sign*¹⁶ que le patient est tabagique), nous n'en avons relevé que très peu en français : *Rambo* désigne un chirurgien ; *Dr House*¹⁷ décrit un médecin déconnecté de la réalité ; et un *padawan*¹⁸ est un interne.

Mais d'après MONGIAT-ARTUS¹⁹, chirurgien urologue à l'hôpital Saint-Louis à Paris, l'argot médical hospitalier français est également fortement influencé par les dialogues écrits par Michel Audiard pour le film *Les Tontons Flingueurs* (1963). Il cite par exemple des expressions telles que « dynamiter façon puzzle », et des répliques telles que « Un barbu, c'est un barbu ! [Trois barbues, c'est des barbouzes]²⁰ », qui se dit au moment où l'on repère des métastases sur un cliché. Il mentionne aussi des répliques empruntées au film *Le Père Noël est une ordure*. Mais il précise qu'il s'agit surtout d'expressions utilisées par les chirurgiens.

4.3. Cibles

Sur les axes diatopique et diachronique, on note que les cibles ne sont pas toujours les mêmes. Ainsi, au Brésil, les trois cibles principales étaient, en 1998, la formation des médecins, les patients et le système de santé (PARSONS *et al.* 2001). Ce dernier, par exemple, ne constituait pas une cible aux USA en 1993. En effet, dans leur étude sur l'argot hospitalier américain, COOMBS *et al.* mentionnaient les cibles suivantes : l'hôpital ; les acteurs (soignants et patients) ; les processus sociaux (admission, traitement, etc.) ; et la mort. Dans une étude plus récente (2014), GOLDMAN cite les liquides corporels ; les patients dont les femmes enceintes, les personnes âgées, les patients psy, les prisonniers, les obèses, et les patients récurrents ; les autres spécialistes ; la maladie ; et la mort. Il précise que l'argot cible exclusivement les patients difficiles (exigeants, hypochondriaques, etc.), ceux stigmatisés par la société dans son ensemble (âgés, obèses, alcooliques, SDF, etc.) et les patients végétatifs pour lesquels l'empathie est plus difficile à ressentir puisqu'ils ne communiquent pas et donc tendent à perdre leur statut d'être humain.

Notre étude révèle que, parmi les patients, les cibles sont en premier lieu ceux qui risquent de décompenser, phénomène que nous pourrions expliquer par la crainte légitime des soignants de voir leurs patients mourir entre leurs mains.

Les patients plongés dans un état végétatif semblent également être une cible privilégiée. Nous pourrions justifier cette situation par l'impossibilité de communiquer avec les patients comateux mais également par le sentiment de frustration que peut susciter leur état.

Comme dans l'étude de GOLDMAN, nous retrouvons également les patients obèses, diabétiques, âgés, alcooliques, tabagiques et sans domicile fixe.

Nous notons, en revanche, qu'il n'y a aucune référence à l'orientation sexuelle ou à l'appartenance à un groupe ethnique ou religieux. Ceci peut s'expliquer par la pression législative, la loi française condamnant très fermement les propos présentant un caractère raciste ou homophobe.

S'agissant des spécialistes, statistiquement, ceux qui sont les plus couramment moqués, dans notre étude, sont l'anesthésiste, l'urologue et le chirurgien. À l'exception de l'urologue, on observe des résultats sensiblement identiques dans l'argot hospitalier anglais, puisque, ce sont les orthopédistes suivis par les chirurgiens qui sont concernés par le plus grand nombre d'argotismes. La place importante de l'urologue dans l'argot hospitalier français est probablement due au fait que les parties génitales masculines sont un sujet de moquerie récurrent dans la tradition des salles de garde et l'humour carabin.

Notre analyse des mots relatifs aux spécialistes a permis de dégager des endostéréotypes. Ainsi, le chirurgien est perçu comme brutal (*boucher*) et mégalomane (*seigneur*, qui joue sur les mots « seigneur » et « saigner »), et l'ORL, surnommé *nez-golf-oseille* pour *nez-gorge-oreille*, est une spécialité considérée comme lucrative et reposante. On retrouve sensiblement les mêmes endostéréotypes en anglais : *bone bangers* (de *bang* « frapper »), *bone crushers* (de *crush* « écraser »), *knuckledraggers* (lit. « arracheurs d'articulations ») et *cavemen* (« hommes des cavernes ») pour les orthopédistes, et *slashers* (de *slash* « taillader »), *butchers* (« bouchers) et *axes* (« haches ») pour les chirurgiens. Mais, parfois, ils varient. Ainsi, dans les hôpitaux britanniques et américains, ce sont la dermatologie et la rhumatologie qui sont considérées comme reposantes : *dermaholiday* et *rheumaholiday* (tous deux formés de *holiday* « vacances »).

Nous avons relevé des références sexistes (*sage-pouffe* et *sage-molle* pour la sage-femme, *torcheuse* pour l'infirmière, et *esthéticienne* pour le dermatologue) et homophobes (*orthopédé* pour l'orthopédiste), qui pourraient bien être un autre héritage des salles de garde.

En matière de maladies, notre étude révèle que le cancer et les tumeurs font l'objet de la majorité des argotismes. Il s'agit tantôt d'analogies (*boule*, *patate*, etc.), tantôt d'expressions traduisant une certaine forme de colère vis-à-vis du mauvais pronostic de la maladie (*cochonnome* et *merdome*).

4.4. Fonctions de l'argot hospitalier

Les fonctions ludique et cathartique sont très proches. Elles permettent de surmonter les angoisses inhérentes à la pratique médicale (COOMBS *et al.*

1993) et de se libérer d'un excès de tension par rapport aux risques professionnels et à l'attitude des patients et de la hiérarchie. GORDON (1983 : 174) rappelle que la tension émotionnelle serait intolérable si les professionnels de santé ne disposaient pas de moyens de s'en libérer. Il ajoute que l'argot exprime la frustration de devoir consacrer du temps à des patients qui n'en ont pas ou peu besoin au détriment de ceux qui en ont réellement besoin. Il s'agit donc d'un mécanisme de défense qu'il serait, selon PARSONS (2001 : 548), vain d'essayer d'éradiquer. Elle dit qu'il faudrait plutôt s'attaquer aux raisons qui poussent les praticiens hospitaliers à utiliser l'argot : charge de travail, manque de sommeil, etc. Un praticien attirait notre attention sur le fait que souvent plus un médecin faisait preuve d'empathie, plus il employait d'argotismes, comme pour contrebalancer une déperdition émotionnelle.

S'agissant de la fonction identitaire, il nous semble nécessaire de rappeler que l'argot n'a pas vocation à être utilisé en présence d'un patient. Il est strictement réservé à la communication entre professionnels de santé. Pour GORDON, il facilite les relations entre membres du personnel et favorise leur rapprochement. GOLDMAN observe d'ailleurs que certains hôpitaux, voire certaines équipes à l'intérieur d'un hôpital, possèdent leur propre argot, incompréhensible pour un praticien extérieur à l'établissement ou à l'équipe. De même, certains mots propres à une spécialité tels que *lithiase²¹ de couloir*, qui désigne un interne, ne seraient utilisés que par les urologues. Pour GUIRAUD, l'argot marque l'appartenance au groupe. Il indique que le groupe partage les mêmes valeurs, activités et objectifs et se révélera solidaire en cas de difficultés. Pour cette raison, FOX *et al.* précisent que l'argot hospitalier est appris lors de l'internat. En adoptant le langage commun, l'interne montre son désir d'être accepté par le groupe.

Notons enfin que l'argot permet de ne pas exprimer ses sentiments, ses émotions ou ses opinions personnelles au sein du groupe. On adopte en effet un langage commun et donc extérieur à soi-même.

S'agissant de la fonction de dépersonnalisation, GORDON souligne que le professionnel de santé doit se protéger pour pouvoir prendre en charge un patient. Un excès d'émotion ne peut que nuire. Pour soigner, il est en effet nécessaire de rester aussi objectif que possible et pour ce faire, il faut pouvoir conserver une distance, qui n'est pas nécessairement de l'indifférence.

Les fonctions cryptique et euphémisante ne font finalement pas partie des préoccupations majeures des praticiens puisque l'argot s'adresse à leurs collègues et non aux patients. Ceci va donc à l'encontre des conclusions de SINGY (1983, 1986).

4.5. Déclin

L'utilisation de l'argot dans les hôpitaux français est sur le déclin. On observe cette même tendance dans les hôpitaux américains à travers l'étude de GOLDMAN, qui la relie au vaste mouvement de « professionnalisme médical » (*medical professionalism*) lancé aux États-Unis à la fin des années 1990 et qui vise à inculquer aux médecins des valeurs d'empathie, de respect et d'altruisme, *a priori* incompatibles avec le *medical slang* (2014 : 331). Côté britannique, en 2003, FOX *et al.* écrivaient qu'au Royaume-Uni, les médecins étaient de plus en plus inquiets à l'idée que le patient puisse accéder à son dossier médical, et réservaient l'argot uniquement aux échanges verbaux. Ils ajoutaient qu'outre la question d'éventuelles poursuites judiciaires, c'était la société dans son ensemble qui voyait l'attitude paternaliste des médecins, dont l'argot est une des traductions, comme de plus en plus inacceptable.

En France, le déclin de l'argot hospitalier s'explique en partie par la disparition des salles de garde. Les chambres de garde sont en effet désormais réparties dans les différents services hospitaliers, et les amplitudes horaires sont réduites. Par conséquent, la salle de garde se voit désertée alors même qu'elle était le seul lieu fermé de l'hôpital et réservé exclusivement aux médecins où les échanges se faisaient loin des oreilles des patients et des collègues non-médecins.

Une autre raison invoquée pour expliquer ce déclin est la féminisation de la profession. En 2018, 47 % des médecins étaient des femmes. Elles représentent même 61 % des médecins de moins de 40 ans. Ce chiffre ne cesse d'augmenter.

S'agissant du déclin de l'argot visant les patients, il est dû à deux phénomènes :

- (1) La pression de l'administration hospitalière, qui redoute des poursuites, et derrière elle, la pression sociétale.

- (2) La capacitation du patient en matière de soins, qui a pour effet de modifier la relation médecin-patient et d'inverser le rapport de force. Ce mouvement s'incarne dans la notion de « patients experts ». Experts de leur maladie, ils sont de véritables partenaires pour les soignants. Difficile alors de considérer ces nouveaux patients avec mépris ou agacement.

S'agissant du déclin de l'argot relatif aux spécialistes entre eux, le décroisement des spécialités et une meilleure collaboration tendent à réduire les endostéréotypes.

Enfin, la nouvelle génération d'étudiants en médecine se révèle réfractaire à l'utilisation de l'argot, une tendance déjà confirmée par l'étude menée en 2001 par PARSONS *et al.*, et ce pour les raisons suivantes :

- (1) Elle a reçu un enseignement en éthique et en psychologie.
- (2) Elle considère la pratique de la médecine comme un emploi avec des horaires précis plutôt que comme une vocation dans laquelle le compagnonnage – et avec lui l’argot – avait toute sa place.
- (3) Elle évolue dans un contexte plus concurrentiel et se laisse donc moins aller à adopter une attitude désinvolte.
- (4) Elle tend à perdre son « esprit de corps », une « sécularisation » qui serait due à l’élargissement du bassin de recrutement des futurs médecins. D’origines socioprofessionnelle, géographique et ethnique plus diverses, les individus font valoir leurs différences.

On observe le même phénomène aux États-Unis où les jeunes issus des minorités sont encouragés financièrement à embrasser une carrière médicale afin de prendre en charge les patients d’origine ethnique différente (essentiellement les Afro-Américains, Latinos, Asiatiques et Amérindiens).

4.6. Limites de l’étude

La taille de l’échantillon aurait gagné à être plus importante. Le mail a été transmis à plus de 700 HU et internes. Nous espérions un taux de réponse bien supérieur aux 15 % obtenus. Le caractère sensible de la thématique et le manque de temps des professionnels de santé expliquent en partie ce faible taux. Nous avons choisi de nous concentrer sur les HU et internes des hôpitaux parisiens pour limiter le biais d’hétérogénéité ainsi que le problème d’éventuels usages locaux. Mais, par conséquent, les résultats sont difficilement généralisables à tous les hôpitaux français. Le type d’hôpital peut également influencer les résultats. Les pratiques peuvent, en effet, être différentes par exemple entre un hôpital local et un CHU. Par ailleurs, la diversité ethnique a forcément une influence sur l’utilisation de l’argot, les HU n’ayant pas tous fait leur Internat en France. Or, notre échantillonnage ne tient pas compte de cette diversité.

Nous avons demandé aux répondants de nous donner des exemples de mots d’argot relatifs aux (1) patients, (2) spécialistes et (3) maladies, à savoir les trois cibles qui nous semblaient être les plus fécondes. Ce choix, personnel, peut sembler sujet à caution et trop limitatif. En l’absence de précisions, nous aurions probablement recueilli un plus grand nombre de mots et aurions peut-être pu mettre au jour d’autres préoccupations et stéréotypes chez le praticien hospitalier.

4.7. Forces de l'étude

À notre connaissance, il s'agit de la toute première étude systématique portant sur l'argot hospitalier français. Elle a permis de collecter des mots d'argot encore utilisés dans les hôpitaux parisiens et de mesurer les affects des HU et internes par rapport à l'utilisation de l'argot. Elle a servi à dresser une typologie de ses différentes fonctions en démontrant, contrairement à ce que SINGY (1983, 1986) avait soutenu, que la fonction cryptique n'est pas fondamentale. Elle a contribué à évaluer son état de santé et à démontrer sa créativité malgré une tendance au déclin. Enfin, elle participera peut-être à améliorer la définition de la notion d'argot et à clarifier la différence entre l'argot et le jargon dans les langues de spécialité.

4.8. Avenir

Nous aimerions élargir notre échantillon afin de recueillir un plus grand nombre de mots et d'être en mesure d'obtenir des résultats plus généralisables. Nous pensons qu'il faudrait parallèlement affiner notre étude en termes de caractéristiques démographiques afin de mesurer les différences d'attitudes en fonction de l'origine ethnique, du sexe ou de l'âge. Il serait également très intéressant de mener une étude similaire auprès des personnels paramédicaux et notamment des infirmiers. Enfin, nous aimerions que des études similaires soient menées auprès des praticiens dans d'autres pays francophones. Elles permettraient de vérifier s'il existe un argot hospitalier en dehors de la France.

5. Conclusion

Notre étude a révélé que l'argot hospitalier français ciblait des patients qui par leur état (âgé, hasardeux, et végétatif) et leur comportement (tyrannique, alcoolique, tabagique, diabétique, et obèse) suscitaient tantôt la crainte tantôt l'agacement ; des collègues qui par leur attitude et leur position engendraient jalousie et moquerie ; et des maladies qui par leur gravité (cancers) ou leur bénignité (fractures) déclenchaient respectivement stupeur et raillerie. Nous avons rappelé que l'argot hospitalier français s'inscrivait dans une tradition séculaire et remplissait un certain nombre de fonctions essentielles (cathartique, identitaire, humoristique, de dépersonnalisation, euphémisante, et cryptique) pour maintenir la cohésion du groupe et l'équilibre psychologique de ses membres. Enfin, nous avons indiqué que l'utilisation de l'argot dans les hôpitaux français était sur le déclin, un phénomène expliqué en partie par la disparition des salles de garde, la féminisation de la profession, les changements dans la pratique et la pression sociétale.

L'originalité et la fécondité de l'argot sont des indicateurs qui permettent de mesurer le degré d'affectivité que le professionnel ressent pour son métier (GUIRAUD 1973 : 52). Force est de constater que l'argot hospitalier présente une créativité remarquable qui en dit long sur les rapports affectifs entre le praticien et sa profession. Pour autant, il va sans dire que la plupart des termes seraient, s'ils venaient à être entendus par des patients, perçus comme offensants.

Selon GORDON (1983 : 176), l'argot n'impacte pas négativement les soins. Il permet au praticien de se protéger et donc d'être plus performant. Par ailleurs, il ne dit rien sur un éventuel manque d'empathie de la part de son utilisateur. Il indiquerait même au contraire un excès d'empathie contre lequel il agirait comme mécanisme de défense.

Par ailleurs, même s'il est utilisé au sein de l'hôpital, l'argot, qui est exclusivement réservé à la communication entre professionnels de santé et ce, dans le secret d'un bureau ou d'une salle de garde, relève de la sphère privée.

Enfin, d'après le dictionnaire *Macmillan*²², en anglais, certains mots empruntés tantôt à la langue scientifique tels que *spastic* (« infirme moteur cérébral » du grec *spastikos* « qui souffre de spasmes ») et *maniac* (« souffrant de manie » du grec « folie ») tantôt à la langue courante tels que *cripple* (« handicapé moteur »), *dwarf* (« nain ») et *imbecile* (« attardé mental ») sont désormais considérés comme injurieux. Cela démontre qu'un mot, qu'il soit argotique, scientifique ou courant, n'est pas injurieux en lui-même. S'il est perçu comme tel, c'est parce que l'intentionnalité l'est.

Remerciements

L'auteure tient à remercier très chaleureusement ses collègues Florence TUBACH et Emmanuel FOURNIER, responsables de la commission de déontologie et d'éthique de la Faculté de médecine de Sorbonne Université, sans lesquels cette recherche n'aurait pas été possible, ainsi que le Doyen Bruno RIOU pour la confiance qu'il lui a accordée.

NOTES

[1] M.-O. BITKER (2014), L'économe de la salle de garde. France Culture (podcast) <<https://www.franceculture.fr/emissions/ne-parle-pas-la-bouche-pleine/le-conome-de-la-salle-de-garde>>, consulté le 08/02/2019.

[2] Le Code Blue indique une urgence vitale telle qu'un arrêt cardio-respiratoire.

[3] Le Code Brown indique un besoin de change suite à un épisode d'incontinence fécale. Il a été inventé par Michael Crichton dans *ER*.

[4] La morgue.

- [5] <<https://www.languefrancaise.net/Argot/RecensementMedecine>>.
- [6] <<http://messybeast.com/dragonqueen/medical-acronyms.htm>>.
- [7] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/17/2002-73/jo/article_60>.
- [8] IMC (Indice de Masse Corporelle) en français.
- [9] En référence à la chute de cheveux provoquée par la chimiothérapie.
- [10] Selon le CNRTL, le terme désignait la sage-femme.
- [11] Dans son acception de « mauvaise carte d'un jeu qui fait perdre celui qui la conserve en fin de partie ».
- [12] De David Hasselhoff, qui s'est sectionné quatre tendons et une artère après être tombé sur un lustre en se rasant dans un club de sport en 2006.
- [13] De Ringo Starr, le bassiste des Beatles.
- [14] Du héros de la série américaine 24.
- [15] De la marque de rasoirs.
- [16] De la marque de cigarettes.
- [17] Personnage principal de la série américaine *House M.D.*
- [18] En référence aux apprentis dans *Star Wars*.
- [19] P. MONGIAT-ARTUS (2019), Communication personnelle du 11 février 2019.
- [20] Généralement, le début de la réplique suffit à communiquer le diagnostic efficacement.
- [21] Une lithiase est une obstruction due à un calcul.
- [22] *Macmillan Dictionary* <<https://www.macmillandictionary.com/>>.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTOINE, F. (2014). « Les langues de spécialité sont-elles des argots comme les autres ? ». *ASp*, 66, 7-25.
- BALLIU, C. (2001). « Les traducteurs : ces médecins légistes du texte ». *Meta*, 46, 1, 92-102.
- BALLIU, C. (2005). « Le nouveau langage de la médecine : une affaire de socio-terminologie ». *Meta*, 50, 4, Actes.
- BOSSY, J. (1999). *La grande aventure du terme médical, Filiation et valeurs actuelles*. Montpellier : Sauramps médical.
- BOUCHÉ, P. (1994). *Les mots de la médecine*. Paris : Belin.
- CALVET, J.-L. (1991). « L'argot comme variation diastratique, diatopique et diachronique ». *Langue française*, 90, 40-52.
- CALVET, J.-L. (1999) [1994]. *L'argot*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CALVET, J.-L. (2017) [1993]. *La sociolinguistique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CHEVALLIER, J. (2015). *Précis de terminologie médicale - Introduction au domaine et au langage médicaux*. Paris : Maloine.
- COOMBS, R., SANGEETA, C., SCHENK, D. & YUTAN, E. (1993). « Medical slang and its functions ». *Social Science & Medicine*, 36, 8, 987-998.

- FASSIER, T. & TALAVERA-GOY, S. (2008). *Le français des médecins*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- FAURE, P. (2010). « Des discours de la médecine multiples et variés à la langue médicale unique et universelle ». *ASp*, 58, 73-86.
- FAURE, P. (2012). *L'anglais médical et le français médical : analyse linguistico-culturelle et modélisations didactiques*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.
- FAURE, P. (2018). « From accouchement to agony: a lexicological analysis of words of French origin in the modern English language of medicine ». *Lexis* [on line], 11. Consulté le 25 février 2020, <<http://journals.openedition.org/lexis/1171>>.
- FOX, A., FERTLEMAN, M., CAHILL, P. & PALMER, R. (2003). « Medical Slang in British Hospitals ». *Ethics & Behavior*, 13, 2, 173-189.
- FRANÇOIS-GEIGER, D. (1991). « Panorama des argots contemporains ». *Langue française*, 90, Parlures argotiques, 5-9.
- GADET, F. (1992). *Le français populaire*. Paris : Presses Universitaires de France.
- GODEAU, E. (2011). « Les manières de salle de garde, un patrimoine menacé ». *In Situ* [on line], 17. Consulté le 23 janvier 2019, <<http://journals.openedition.org/insitu/971>>.
- GOFFMAN, E. (1974). *Les Rites d'interaction*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- GOLDMAN, B. (2014). *The Secret Language of Doctors*. Chicago : Triumph Books.
- GORDON, D. (1983). « Hospital slang for patients: Crocks, gomers, gorks and others ». *Language in Society*, 12, 173-185.
- GOUDAILLIER, J.-P. (2002). « De l'argot traditionnel au français contemporain des cités ». *La Linguistique*, 38, 1, 5-24.
- GOUDAILLIER, J.-P. (2011). « De l'art de susciter la panique par l'appellation des maladies en langue populaire et argotique ». In : BERTRAND-VIDAL & MANIEZ (dir.), *Colloque Les mots de la santé - Mots de la santé et psychoses*, Travaux du CRTT, Université Lyon 2, 11-12 décembre 2008. Paris : L'Harmattan, 31-38.
- GROSS, G. (1994). « Classes d'objets et description des verbes ». *Langages*, 115, 15-30.
- GUIRAUD, P. (1973). *L'argot*. Paris : Presses Universitaires de France (Coll. « Que sais-je ? »).
- HAMBURGER, J. (1982). *Introduction au langage de la médecine*. Paris : Flammarion.
- JOSSET, P. (1996). *La Salle De Garde - Histoire Et Signification Des Rituels Des Salles De Garde De Médecine, Chirurgie Et Pharmacie Du Moyen-Âge À Nos Jours*. Paris : Le Léopard d'or.
- LAKOFF, G. & JOHNSON, M. (2003) [1980]. *Metaphors we live by*. Chicago : The University of Chicago Press.

- MANIEZ, F. (2001). « The translation of adverbial collocations from English into French in medical texts ». ACL. Proceedings of the Workshop on collocation: Computational Extraction, Analysis and Exploitation, Toulouse.
- MANIEZ, F. (2002). « Extraction d'équivalents de traduction à partir d'un corpus bilingue aligné : étude du patron syntaxique Adj N en anglais médical ». Actes des 2èmes journées de la linguistique de corpus.
- MANIEZ, F. (2009). « L'adjectif dénominal en langue de spécialité : étude du domaine de la médecine ». In « La terminologie : orientations actuelles ». *Revue Française de Linguistique Appliquée*, 14, 2, 117-130.
- MANIEZ, F. (2013). « The translation into French of adjectives formed with a noun and a past participle in English-language medical articles ». *Panacea*, 38, 240-247.
- MATALON, B. (1992). « Interrogations sur interrogation ». *Revue Internationale de psychologie Sociale*, 5, 2, 99-114.
- MOURLHON-DALLIES, F. & TOLAS, J. (2004). *Santé-médecine.com*. Paris : Clé international.
- PARSONS, G., KINSMAN, S., BOSK, C., SANKAR, P., & UBEL, P. (2001). « Between two worlds medical student perceptions of humor and slang in the hospital setting ». *Journal of General Internal Medicine*, 16, 569-570.
- QUÉMADA, B. (1955). *Introduction à l'étude du vocabulaire médical (1600-1710)*. Paris : Les Belles Lettres.
- QUÉRIN, S. (2006). *Dictionnaire des difficultés du français médical*. Montréal, QC : Edisem Maloine.
- ROULEAU, M. (1995). « La langue médicale : une langue de spécialité à emprunter le temps d'une traduction ». *TTR*, 8, 29-40.
- ROULEAU, M. (2003). « La terminologie médicale et ses problèmes ». *Panace@*, 4, 12, 143-152.
- SABLAYROLLES, J.-F. (2015). « Quelques remarques sur une typologie des néologismes : Amalgamation ou télescopage : un processus aux productions variées (mots valises, détournements...) et un tableau hiérarchisé des matrices », Actes de CINEO II, São Paulo, 5-8 décembre 2011, *Neologia das linguas românicas*, Ieda Maria Alves et Eliane Simões Pereira à São Paulo, Humanitas, 187-218.
- SALAGER-MEYER, F. (1990). « Metaphors in medical English prose: A comparative study with French and Spanish ». *English for Specific Purposes*, 9, 2, 145-159.
- SALÈS-WUILLEMIN, E. (2006). « Méthodologie de l'enquête ». In : BROMBERG & TROGNON (dir.), *Psychologie Sociale 1*, Paris : Presses Universitaires de France, 45-77.

- SINGY, P. (1983). « Le vocabulaire scientifique : Jargon ou Argot ? Problèmes théoriques et application pratique au vocabulaire médical ». Université de Lausanne.
- SINGY, P. (1986). « Le vocabulaire médical : Jargon ou Argot ? ». *La Linguistique*, 22/2, 63-74.
- SOUBRIER, J. (2007). « La double nomenclature anatomique française : un dédale synonymique ». *Équivalences*. Bruxelles : Éditions du Hazard, 149-163.
- SOURDOT, M. (1991). « Argot, jargon, jargot ». *Langue française*, 90, 13-27.
- SOURNIA, J.-C. (1994). « Les phases évolutives du vocabulaire médical français ». *Meta*, 39, 4, 692-700.
- SOURNIA, J.-C. (1997). *Langage médical français*. Toulouse : Privat-Éditions de santé.
- THEULLE, J. (2002). *Pratique du mot médical*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- TOURNIER, J. (2005) [1991]. *Précis de lexicologie anglaise*. Paris : Nathan Université.
- TURPIN, B. (2002). « Le jargon, figure du multiple ». *La Linguistique*, 38, 1, 53-68.
- VALDMAN, A. (2000). « La langue des faubourgs et des banlieues : de l'argot au français populaire ». *The French Review*, 73, 6, 1179-1192.
- VANDAELE, S. (2001). « Utilisation des bases de données bibliographiques spécialisées en traduction médicale », *Meta*, 46, 1, 103-116.
- VAN DER YEUGHT, M. (2016). « A proposal to establish epistemological foundations for the study of specialised languages ». *Asp*, 69, 41-63.



ANNEXE

QUESTIONNAIRE

Existe-t-il un argot médical dans la langue française actuelle ?

L'argot médical : mythe ou réalité ?

On prête parfois aux médecins d'employer des mots d'argot pour parler des patients ("légume" pour un patient dans un état végétatif), des interventions ("appendoc" pour une appendicectomie), des maladies ("pêche" pour une tumeur cérébrale) ou de leurs collègues ("gazier" pour un anesthésiste). Réalité ? Caricature des médecins ? Allégations ou fantasmes alimentés par des craintes d'ordre éthique, et au-delà, peut-être par la crainte de tout ce qui touche à la maladie et à la mort ? Des études linguistiques ont été réalisées dans les pays anglo-saxons pour en savoir davantage sur cette « langue », afin notamment d'en connaître la teneur et les fonctions ou significations, d'éclairer les valeurs attachées à ses mots (négatives, positives, voire affectueuses) et de mieux comprendre leurs enjeux éthiques.

Notre étude s'inscrit dans ce questionnement : elle vise à répertorier les mots d'argot, à préciser leur origine (étymologique, culturelle, etc.), à décrire le contexte de leur utilisation, leur(s) motivation(s) et leur(s) fonction(s) : cathartique, cryptique... mais aussi à préciser la réalité et les conditions d'emploi de cet argot présumé, au sein de la langue médicale française.

Question 1 - Quelle est votre spécialité ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anatomopathologie | <input type="checkbox"/> Immunologie |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie | <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Médecine générale |
| <input type="checkbox"/> Cancérologie | <input type="checkbox"/> Médecine interne |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie générale | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie viscérale | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardio-thoracique | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> ORL |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique | <input type="checkbox"/> Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie vasculaire | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pédiatrique | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Rééducation |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Rhumatologie |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Stomatologie |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie-obstétrique | <input type="checkbox"/> Urgences réa |
| <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Uro-néphrologie |
| <input type="checkbox"/> Hépatogastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) |

Question 2 - Quel âge avez-vous ?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 21 à 29 ans | <input type="checkbox"/> 40 à 49 ans |
| <input type="checkbox"/> 30 à 39 ans | <input type="checkbox"/> 50 à 59 ans |
| <input type="checkbox"/> 60 ans ou plus | |

Question 3 - Êtes-vous un homme ou une femme ?

un homme

une femme

Question 4 - Citez des mots d'argot que vous auriez entendu prononcer (ou qu'il vous est arrivé d'employer) pour désigner certains types de patients (en précisant leur signification).

Question 5 - Citez des mots d'argot que vous auriez entendu prononcer (ou qu'il vous est arrivé d'employer) pour désigner certains types de maladies (en précisant leur signification).

Question 6 - Citez des mots d'argot que vous auriez entendu prononcer (ou qu'il vous est arrivé d'employer) pour désigner certains de vos collègues issus d'une autre spécialité ou d'autres professionnels de santé (en précisant leur signification).

Question 7 - Parmi les mots d'argot suivants, cochez celui ou ceux que vous avez déjà entendu employer dans le milieu médical puis précisez, dans la zone de commentaire plus bas, la signification que vous attribuez à chacun des mots déjà entendus :

boucher

épicier

baleine

bistourite aigue

guet-au-trou

gastéropode

aller au tiroir

bobologie

colis piégé

Question 8 - Quelles sont, à votre avis, les raisons qui poussent à utiliser des mots d'argot ? (plusieurs réponses possibles)

crypter la communication pour se faire comprendre uniquement de son interlocuteur
(fonction cryptique)

mettre une distance entre soi et le patient afin de conserver une neutralité et de se protéger
(fonction de dépersonnalisation)

contourner les tabous et éviter de choquer
(fonction euphémisante)

afficher son appartenance à un groupe et se distinguer des autres professionnels
(fonction identitaire)

se défouler, se libérer de la pression morale, émotionnelle, et professionnelle
(fonction cathartique)

s'amuser, se distraire
(fonction humoristique)

Autre (veuillez préciser)

Question 9 - Selon vous, l'utilisation de mots d'argot entre médecins est-elle...

sur le déclin

stable

en progression

ne sais pas

Question 10 - Quelles sont les raisons qui, selon vous, pourraient expliquer cette tendance (déclin, progression ou stabilité) ?