

# « Petit malaise » ou « très gros souci » ? Atténuation et intensification dans les descriptions profanes d'urgences vitales au téléphone

Emma Giraudier<sup>1,\*</sup> et Marine Riou<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centre de Recherche en Linguistique Appliquée (CeRLA), Université Lumière Lyon 2

<sup>2</sup>Institut Universitaire de France (IUF)

\*[e.giraudier@univ-lyon2.fr](mailto:e.giraudier@univ-lyon2.fr)

**Résumé.** Avec une méthodologie s'inscrivant dans le cadre de la linguistique interactionnelle, cette étude porte sur un corpus d'appels d'urgence en français pour des urgences médicales. Nous analysons le degré de gravité exprimé par des appelants profanes par le biais de leur emploi de marqueurs d'intensité, tels que les adverbes de degré. Nous proposons une analyse structurale et interactionnelle des marqueurs déployés à des fins d'intensification ou d'atténuation dans les descriptions de l'état du patient. Pour ce faire, nous documentons les structures grammaticales employées et la façon dont les régulateurs y répondent et réagissent dans les tours de parole suivants. Nous proposons que cette étude des structures grammaticales employées par les appelants profanes pour des urgences avérées est une fenêtre privilégiée pour mieux comprendre les liens entre urgence ressentie, urgence exprimée, et urgence réelle.

**Abstract. Minimizers and intensifiers when lay callers describe a life-threatening emergency.** Within the framework of interactional linguistics, this study uses a corpus of French medical emergency calls to investigate the level of severity conveyed by lay callers when they mobilize intensity markers, such as degree adverbs. We analyze the grammar of intensifiers and minimizers deployed by callers, and their interactional trajectories following call-takers' uptake and responses. We argue that investigating the grammatical structures used by callers for paramedic-confirmed emergencies allows for a better understanding of the complex relationship between the perception, expression, and reality of urgency.

## 1 Introduction

Lorsqu'une personne téléphone à un numéro d'urgence pour une situation médicale inquiétante, elle doit fournir un certain nombre d'éléments permettant au régulateur ou à la régulatrice de catégoriser le problème, estimer le degré de gravité, et adapter la réponse de l'institution, qui peut aller du simple conseil par téléphone à l'envoi d'une équipe médicale d'urgence. Déterminer le degré de gravité est une tâche complexe nécessitant la coopération d'un·e appelant·e pour qui il peut être difficile d'évaluer la situation, et d'un·e régulateur·rice qui en a les compétences mais n'est pas sur place pour estimer cette gravité directement. Dans cette situation de « double asymétrie croisée » (Filliettaz, 2006), les régulateur·rices s'appuient donc sur un faisceau d'indices collectés au cours de l'interaction, ce qui comprend à la fois les paroles des appelant·es et les bruits de fond captés par le téléphone. La relation entre urgence réelle, urgence ressentie, et urgence exprimée est complexe dans toute interaction médicale impliquant une personne profane. Un appel d'urgence peut par ailleurs s'accompagner d'un niveau de stress très élevé, car il est par définition occasionné par une situation que l'appelant·e juge suffisamment inquiétante pour contacter le numéro d'urgence. L'urgence ressentie par les appelant·es a été étudiée par le biais des émotions exprimées (Clawson et Sinclair, 2001 ; Whalen et Zimmerman, 1998 *inter alia*) et la façon d'y répondre (Garcia, 2022 ; Paoletti, 2012 *inter alia*). Cependant, les moyens linguistiques avec lesquels les appelant·es expriment le degré de gravité restent peu documentés à ce jour.

L'objectif de notre étude est de documenter et mieux comprendre les pratiques linguistiques des appelant·es qui cherchent à exprimer en français le degré de gravité d'une urgence médicale avérée, que les

participant·es à l'interaction aient saisi ou non cette gravité au cours de l'appel. Nous cherchons à déterminer si la gravité exprimée par les appelant·es est alignée à la gravité réelle de la situation, et nous étudions la façon dont les régulateur·rices traitent ces indices du degré de gravité. Pour ce faire, nous nous concentrons sur les moyens grammaticaux déployés par les appelant·es dans leur description de l'état du·de la patient·e, et plus particulièrement les marqueurs d'intensité permettant l'intensification et l'atténuation, comme par exemple l'adverbe de degré dans « *gravement malade* » ou l'adjectif dans « *une petite crise* ». Nous recensons les marqueurs d'intensité employés et étudions leur emploi pour identifier le type de contenu propositionnel que les appelant·es intensifient ou atténuent. Dans une perspective interactionnelle, nous analysons également la façon donc les régulateur·rices répondent et réagissent aux marqueurs d'intensité dans les tours de parole suivants.

Après des éléments de contexte sur les appels d'urgence et l'intensité, nous consacrons la partie 3 à l'analyse de l'intensification, avec dans un premier temps une typologie des marqueurs relevés dans le corpus puis une analyse interactionnelle plus approfondie de deux extraits. La partie 4 se concentre de la même manière sur l'atténuation. Nous mettons ces résultats en perspective et concluons dans la partie 5.

## 2 Contexte

L'appel téléphonique d'urgence médicale est un genre de discours (Laforest, 2011) et peut être décrit à la fois comme une interaction institutionnelle et une interaction médicale. Sa structure séquentielle diffère de la conversation téléphonique ordinaire en ce qu'elle est plus réduite et compacte (Wakin et Zimmerman, 2010), et structurée autour d'une série de questions adressées par le·la régulateur·rice à l'appelant·e (Zimmerman, 1984 ; Zimmerman, 1992). En France, les appels d'urgence médicale sont traités par les centres de réception et de régulation des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Un certain nombre d'appels sont réceptionnés par les centrales d'appel des sapeurs-pompiers, qui transfèrent au SAMU les cas nécessitant une régulation médicale. Les premiers contacts des appelant·es au SAMU sont les assistant·es de régulation médicale (ARM), qui peuvent ensuite transférer l'appel à des médecins régulateur·rices lorsque la situation nécessite un interrogatoire médical plus poussé, un avis médical, ou des instructions de premier secours avancées. Nous utilisons le terme générique de « régulateur·rice » pour décrire tant les ARM que les médecins quand il n'est pas nécessaire pour nos analyses de souligner cette différence.

Les tous premiers travaux d'analyse conversationnelles sur les appels d'urgence (Whalen et Zimmerman, 1987 *inter alia*) soulignaient déjà que ce type d'interaction est structuré par la co-construction en temps réel du caractère urgent de la situation. Robert (2022 : 15) a proposé la notion d'urgentabilité, adaptée du terme « *doctorability* » introduit par Heritage et Maynard (2006), pour décrire « le travail interactionnel que fournissent les participants aux appels pour co-construire la qualification de la demande ». Rollet (2015 : 88) rappelle que l'urgence de l'appelant·e n'est pas l'urgence de l'institution, et que le « travail de découverte du caractère urgent ou non-urgent d'un cas » (Rollet 2015 : 90) résulte de l'interaction entre appelant·e et régulateur·rice, ce que Whalen et Zimmerman (1990) soulignaient également dans des appels d'urgence à la police aux États-Unis. L'étude ethnographique de Hénault-Tessier et Dalle-Nazébi (2012), sur le travail de traduction des paroles des appelant·es en catégories administratives, souligne que les régulateur·rices opèrent une distinction entre les appels considérés comme de « vraies » urgences par rapport aux « fausses » urgences. Or Penverne et al. (2021) rappellent qu'il est loin d'être évident pour les appelant·es profanes de savoir ce qui constitue réellement une urgence, et que le sentiment de responsabilité de personnes qui contactent le SAMU non pour elles-mêmes mais pour une tierce personne peut les conduire à surestimer le degré d'urgence.

La littérature médicale s'est penchée sur les liens entre la gravité de la situation médicale et les émotions (et plus particulièrement l'inquiétude) exprimées par l'appelant·e. Ainsi Gamst-Jensen et al. (2020) rappellent que l'inquiétude ressentie vis-à-vis d'une situation médicale est le premier motif conduisant à contacter un numéro téléphonique d'urgence. Pour leur étude de cohorte incluant 11.338 appels d'urgence au Danemark, Gamst-Jensen et al. (2020) ont montré que l'inquiétude exprimée par l'appelant·e est associée à la gravité réelle, en prenant comme indice de gravité une hospitalisation dans les 48 heures suivant l'appel et pour au moins 24 heures. Les patient·es pour lequel·les le niveau le plus élevé

d'inquiétude avait été exprimé (pour soi-même ou une tierce personne) pendant l'appel avait 6 fois plus de chances d'être effectivement hospitalisé·es. Spek et al. (2023) se sont penchés sur les inquiétudes exprimées par les appelant·es dans des appels néerlandais pour des soins non programmés relevant de la médecine générale (*urgent care*) et non des urgences vitales (*emergency care*), comme par exemple *ik ben bang dat* (« j'ai peur que ») ou *ik was een beetje ongerust* (« j'étais un peu inquiète »). Leur étude portait sur la façon dont ces inquiétudes étaient plus ou moins prises en compte par les infirmier·ères réalisant le triage téléphonique.

Les recherches employant la méthodologie de l'analyse conversationnelle ont notamment porté sur le travail interactionnel réalisé par les appelant·es pour légitimer leur demande. Larsen (2013) a montré dans des appels danois que les régulateur·rices pouvaient être influencé·es dans leur estimation de la gravité par le niveau d'attente (*entitlement*) plus ou moins élevé exprimé par les appelant·es. Booker et al. (2018) ont étudié un corpus d'appels britanniques pour lesquels des secours d'urgence avaient été envoyés, alors qu'une fois sur place l'équipe médicale a considéré que la situation relevait plutôt de la médecine générale. Leurs résultats soulignent que le motif de ces appels est souvent difficile à cerner et donne lieu à des tours de parole étendus de la part d'appelant·es décrivant un problème « inconnu » tout en indexant un statut épistémique peu élevé (ex : *it would appear so* « ça a l'air », *I believe so* « je crois que »). Bolaños-Carpio (2020) a quant à elle analysé un corpus d'appels d'urgence au Costa Rica dans lesquels les appelant·es considéraient qu'il ne s'agissait pas d'urgences vitales, et elle a documenté leurs pratiques pour indexer des attentes peu élevées (*low entitlement*). Ces observations sont soutenues par le travail de Fele (2023) sur l'italien, qui montre notamment que les appelant·es utilisent des formulations<sup>1</sup> (ex: *posso chiederle un'informazione?* « je peux vous demander une information? ») pour signaler dès l'ouverture de l'appel qu'il ne s'agit pas d'une urgence vitale. Paoletti (2012) a proposé, également pour des données en italien, que l'alignement émotionnel des régulateur·rices a des effets bénéfiques sur l'interaction quand les appelant·es expriment un sentiment d'urgence. Le travail de Laforest et Rioux-Turcotte (2016), sur le désalignement interactionnel dans des appels d'urgence québécois pour des patient·es décrit·es comme décédé·es, souligne à quel point il peut être délétère de ne pas prendre en compte la détresse exprimée par l'appelant·e. Les autrices concluent ainsi (Laforest et Rioux-Turcotte, 2016, §40) :

« Il serait donc faux de prétendre que la situation d'urgence autorise la suspension du travail de figuration, comme si la protection de la face était un luxe qu'on ne peut se permettre en ces circonstances. (...) [L']impression éprouvée de n'être ni écouté ni cru est potentiellement dangereuse pour la victime, outre l'accroissement de la détresse qu'elle entraîne pour l'appelant. »

Peu d'études se sont pourtant penchées sur les moyens linguistiques par lesquels les appelant·es expriment l'urgence ressentie ou leur niveau d'inquiétude. D'autre part, les recherches sur les appels d'urgence en français sont encore peu nombreuses, et plus particulièrement celles proposant une analyse linguistique des structures grammaticales déployées dans ce type d'interaction (Giraudier, 2023 ; Riou, 2023).

Si l'intensité en tant que domaine sémantique peut être définie de manière très englobante comme « la plus ou moins grande force associée à un message » (Romero, 2017 : 13), Kleiber (2013) note que la conception de l'intensité souvent retenue de manière implicite regroupe en réalité deux phénomènes distincts. Ce dernier distingue « une intensité qui correspond à une quantité qualitative et une intensité qui est elle-même une propriété » (Kleiber, 2013 : 75). Ainsi l'adverbe de degré *très* dans *très gentil* exprime la quantité qualitative ou « quantité de propriétés ou d'états » (p.72), c'est-à-dire que « l'intensité ne correspond pas à la propriété que représente l'échelle [...] mais à la variation graduelle sur l'échelle » (p.72). C'est cette première conception de l'intensité que nous avons retenue. Par contraste, l'adjectif *grand* exprime une propriété qui est en elle-même intense.

### 3 Données et méthode

Nous avons constitué la collection de cette étude à partir de deux corpus d'appels d'urgence en français reçus par le SAMU du Rhône, et que nous avons collectés pour des projets de recherche en cours. Le premier corpus contient une sélection aléatoire de 42 appels pour traumatisme sévère (ex : accident de la

circulation, chute de plus de 3 mètres, choc hémorragique) pour lesquels le·la patient·e a été envoyé·e en salle de déchoquage dans un service hospitalier. Le second corpus comprend 100 appels pour arrêt cardiaque sélectionnés rétrospectivement grâce à un registre national (Hubert et al., 2014). Tous les appels inclus concernaient donc des urgences vitales avérées, que ces urgences aient été identifiées dès l'appel d'urgence ou seulement à l'arrivée sur place des secours. Pour la présente étude, nous avons exclu les cas dans lesquels l'appelant·e était un·e professionnel·le de santé (ex : aide-soignant·e, infirmier·ère libéral·e), pour ne conserver que des appelant·es profanes. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique du Collège Universitaire de Médecine Générale de l'Université Claude Bernard Lyon 1 (n° IRB 2020-10-29-03 et 2022-03-22-05).

Notre approche mixte combine la méthodologie de la linguistique interactionnelle à une approche plus structurale par laquelle nous recensons et catégorisons les marqueurs d'intensité relevés dans le corpus, en nous appuyant sur la *Grande grammaire du français* (Abeillé et Godard, 2021) pour en établir une typologie grammaticale. Dans un premier temps nous avons transcrit les appels selon les normes de l'analyse conversationnelle, telles qu'adaptées pour le français dans les conventions ICOR (Groupe ICOR, 2013), et nous avons constitué une collection de cas que nous avons analysés *in situ*. Dans un deuxième temps nous avons complété cette perspective éémique (interne à l'interaction) propre à l'analyse conversationnelle par une perspective extérieure, en prenant en compte des données supplémentaires, à savoir les dossiers de régulation. Ces documents du SAMU archivent pour chaque patient·e les informations entrées manuellement et automatiquement par les régulateur·rices lors de l'appel l'urgence, et notamment le type de secours ayant été envoyés pour chaque cas. Ce sont ces données supplémentaires qui nous permettent de mettre en lien la perspective moment par moment des participant·es à l'interaction avec la situation médicale effectivement constatée par les équipes de secours une fois arrivées sur place.

Nous avons réuni une collection de 116 marqueurs d'intensité en identifiant toutes les occurrences d'intensification et d'atténuation produites par les appelant·es dans des tours de paroles contenant une description ou évaluation de l'état du·de la patient·e ou de la situation. Ainsi nous n'avons pas pris en compte les marqueurs d'intensité produits dans des séquences consacrées à la localisation ou l'âge du·de la patient·e. Nous avons conduit ce relevé tout au long des appels pour traumatisme, mais uniquement dans la phase initiale des appels pour arrêt cardiaque. La raison principale est qu'au-delà de la phrase initiale, les appels pour arrêts cardiaques sont centrés avant tout sur des séquences de questions-réponses initiées par les régulateur·rices cherchant à déterminer si le·la patient·e est conscient et respire, et les appelant·es sont alors peu nombreux à continuer d'exprimer le degré de gravité. Par contraste, évaluer et décrire le degré de gravité reste une préoccupation importante pour les participant·es tout au long des appels pour traumatisme sévère. D'autre part, ce choix méthodologique nous permet d'atteindre un nombre de cas équilibré entre appels pour traumatisme et arrêt cardiaque.

## 4 Résultats et analyses

### 4.1 Panorama des marqueurs d'intensité

Nous commençons par présenter une synthèse quantitative sur la répartition des marqueurs d'intensité, présentée dans le Tableau 1. L'analyse de notre corpus nous permet de recenser un total de 116 occurrences de marqueurs d'intensité réalisés au cours des appels par 66 appelant·es, soit 35 appels pour traumatisme et 31 appels pour arrêt cardiaque. Parmi ces 116 occurrences, nous relevons 94 phénomènes d'intensification et 22 atténuations.

**Tableau 1.** Répartition des marqueurs d'intensité dans le corpus.

	Traumatisme (35 appels)	Arrêt cardiaque (31 appels)	Total
Marqueurs d'intensité	77 occurrences	39 occurrences	116 occurrences
<i>Intensification</i>	<i>59 occurrences</i>	<i>35 occurrences</i>	<i>94 occurrences</i>
<i>Atténuation</i>	<i>18 occurrences</i>	<i>4 occurrences</i>	<i>22 occurrences</i>

Ceci représente pour le corpus arrêt cardiaque 28 appels sur 31 contenant au moins une occurrence d'intensification dont 4 en ayant plusieurs, 1 appel sur 31 dans lequel nous retrouvons à la fois une intensification et une atténuation, ainsi que seulement 2 appels sur 31 dans lesquels figurent uniquement des atténuations. Dans le corpus traumatisme, nous retrouvons au moins un marqueur d'intensification dans 21 appels sur 35, parmi lesquels 11 en contiennent davantage, 10 appels sur 35 comportent simultanément de l'intensification et de l'atténuation, et enfin nous comptons 4 appels présentant uniquement des marqueurs d'atténuation (dont 1 appel contient plusieurs occurrences).

Quand il s'agit d'étudier un corpus d'appels d'urgence et l'expression de la gravité, nous ne nous étonnons pas de voir apparaître moins de phénomènes d'atténuations que d'intensification dans la mesure où les appelant·es sont dans ces contextes exposés à des situations graves, souvent impressionnantes. Les atténuateurs sont donc moins nombreux et de catégories moins variées, comme nous le montrons dans la partie suivante.

Les marqueurs d'intensité sont mobilisés par les appelant·es pour exprimer 8 domaines sémantiques principaux, qui par ordre croissant de fréquence sont : l'état général (n=25), la quantité de fluide (n=20), l'état de conscience (n=17), la douleur (n=12), une catégorisation du problème (n=10), la coloration (n=9), la respiration (n=8), et la temporalité (typiquement la soudaineté) du problème (n=4). Un petit nombre de cas (n=11) a été classé comme « divers ».

Cette répartition nous permet avant tout de constater que la description de l'état général du·de la patient·e est ce que les appelant·es intensifient (23/94 cas) ou atténuent (5/22 cas) le plus, comme par exemple « *j'appelle pour un monsieur qu'est pas très bien du tout* » et « *j' m' sens pas tellement bien* », ce qui coïncide avec les circonstances d'un appel au SAMU. Nous revenons plus loin sur le paradoxe de ces descriptions dans lesquelles l'intensité porte sur une description relativement vague et peu préoccupante en termes de gravité. La catégorie quantité de fluide, dans laquelle les appelant·es font en l'occurrence majoritairement référence à une quantité de sang, comportent de son côté essentiellement des intensifieurs (18/20 cas), comme par exemple « *y'en a une autre qu'est très très ensanglantée* », pour seulement deux atténuateurs (« *il a juste euh craché (.) des glaires (.) un peu* »). C'est aussi le cas pour les descriptions de la douleur, avec une unique atténuation (« *j'ai un petit peu mal au niveau du menton* ») pour 12 intensifications.

## 4.2 Marqueurs d'intensité

### 4.2.1 Typologie de l'intensification

Au sein de notre corpus, l'intensification est principalement réalisée au moyen d'adverbes simples (*très*) ou complexes (*tout à fait*), aussi appelés adverbes agglomérés, dont la forme figée est analysée comme un seul adverbe à part entière. Dans cette même lignée, nous retrouvons des locutions (*même pas*) et des syntagmes adverbiaux (*vraiment beaucoup de*), lorsque plusieurs adverbes sont employés ensemble pour intensifier un autre mot. La plupart de ces intensifieurs sont des adverbes de degré haut (« *complètement inconsciente* », « *très urgent* ») ou de degré moyen (« *assez sévère* », « *plutôt rouge* »). Nous notons également quelques occurrences d'adverbes de degré nul fonctionnant avec les négateurs *pas* et *plus* lorsque l'intensification porte sur la négation (« *pas du tout* »). Toutefois, malgré l'emploi majoritaire d'adverbes, nous constatons que ces derniers varient relativement peu, certains revenant effectivement dans de nombreuses occurrences : *très* (16/94), *beaucoup* (10/94), *pas/plus du tout* (10/94), *vraiment* (9/94) et *complètement* (6/94).

Du point de vue de la construction, voici les combinaisons qui reviennent le plus dans les appels :

- Adverbes portant sur un adjectif, cf. « *là elle a super chaud* » 1.5 extrait (1) et « *complètement inanimée* » 1.2 extrait (2) ; ou portant sur un verbe, cf. « *y'en a un qui saigne beaucoup là* » 1.1 extrait (3).
- Adverbes spécifiques avec *de* introduisant un syntagme nominal, cf. « *y'a beaucoup d' sang* » 1.1 extrait (4).



(8) acr083  
 → 1 APP j'ai mon mari qu'a un **gros** problème là, il est tombé dans les pommes là  
 (9) trauma098  
 1 APP y'en a un qu'est allongé ? et l'autre eu:h y'en a un qu'a vingt ans il  
 → 2 a un **énorme** choc à la tête ?  
 (10) acr044  
 → 1 APP i- il est allongé à côté d' moi et il a **aucune** réactio:n,  
 (11) acr071  
 → 1 APP il a la tête **toute** violette là. il a s- et puis il a (.) il a du mal à  
 2 respirer ça s' voit,

**Figure 2.** Extraits (8)-(11), exemples d'intensification : adjectifs.

En dehors de ces formes typiques de l'expression de l'intensité, notre corpus met par ailleurs en lumière d'autres pratiques intensificatrices comme les répétitions. La plus courante des répétitions que nous avons vu émerger de nos données est la réduplication. Ce phénomène consiste à répéter un ou plusieurs mots, voire un énoncé entier, sans pause ni coordination (Romero, 2017 : 140) tel qu'illustré dans l'extrait (12) : « **noir noir noir** » l.3, « y'en a eu **beaucoup beaucoup** » l.7. Nous observons d'ailleurs que l'adverbe de degré *très* semble particulièrement se prêter à la réduplication dans des structures comme « *son cœur bat très très vite* » ou bien au sein d'un syntagme adverbial construit avec un adverbe en -ment (« *il est très très gravement malade* »).

(12) trauma024  
 1 SAMU [d'a:cco:rd ? ]  
 2 APP [et puis là c'est-] comme il a eu un AVC (d' peu ?) et puis là i' fait  
 → 3 **noir noir noir**, j' lui ai donné du: (magnésium ? valium ?) et tout et  
 4 ça s' passe pas et i' peut pas respirer ? comme il a déjà eu des  
 5 problèmes de poumo:n ?  
 ((2 minutes non transcrites))  
 6 PAT .hh hhh be::n h .hh de- depuis une demie heure qu' j'y sui:s eu:h (.)  
 → 7 .h y'a y'en a eu **pas mal** ? .hh mais y'en a eu **beaucoup beaucoup**  
 8 eu:h (0.6) tou- (0.3) **tout hier**?

**Figure 3.** Extrait (12), exemples d'intensification : réduplication.

Peu fréquentes dans notre corpus mais dignes d'intérêt par la singularité de leur forme, nous présentons enfin ici trois cas d'intensifications avec des structures qui ne correspondent à aucune autre. Il s'agit dans un premier temps d'une intensification réalisée par le moyen d'une comparaison, appelée syntagme comparatif à valeur adverbial en *comme*, cf. l.14 extrait (14) : « *à transpirer comme j' sais pas quoi* ». Nous avons ensuite deux cas d'intensification par coordination mais ne correspondant pas à une répétition. La première est une coordination introduite par la conjonction *ou* : « *il répond pas quand j' l'appelle ou quoiqu' ce soit* », la deuxième une coordination par négation complexe introduite avec le négateur *ni* : « *elle peut pas s' lever ni rien* ». Nous supposons que ces deux dernières structures ont également une valeur adverbiale.

#### 4.2.2 Intensification en interaction

L'extrait (13) provient de l'appel d'un ouvrier du bâtiment contactant le SAMU car son cousin est tombé d'une échelle sur la tête. La gravité de l'accident est exprimée au moyen de nombreux marqueurs d'intensité tout au long de l'extrait. Le premier tour de parole de l'appelant (APP) combine salutation (« *bonjour* ») et raison de l'appel (« *j' suis sur un chantier (.) chez un client et mon cousin s'e:st (0.3) est tombé d'une échelle ?* »). Ce tour étant suivi d'une demi-seconde de silence, l'appelant produit une extension de sa raison d'appel (« *il est ouvert à la tête ? gravement blessé,* » l.7), en chevauchement partiel avec la régulatrice (SAMU) qui ouvre une séquence de question-réponse cherchant à évaluer la gravité de la chute (« *↑que:lle hauteur.* » l.6). Cette extension contient un premier marqueur d'intensité, l'adverbe « *gravement* » portant sur le participe adjectival « *blessé* ». L'appelant exprime ainsi un haut degré de

gravité, mais au sein d'une description relativement vague de l'état général du patient. Dans son tour suivant (« *ou:ais dites moi. d` quelle hauteur ?* » 1.9), la régulatrice est orientée sur l'estimation de la gravité. Cependant, ce tour est une deuxième tentative recyclant sa question de la 1.6 (« *que:lle hauteur.* ») n'ayant pas obtenu de réponse. On peut donc considérer que la description contenant un marqueur d'intensité (« **gravement blessé** ») ne reçoit quant à elle qu'une réponse minimale, à savoir la préface « *ou:ais* » du tour 1.9.

L'appelant emploie par la suite des marqueurs d'intensité pour décrire un important saignement : « *y'a du sa:ng beaucoup d` sang e:t-* » (1.13), « *il est plein d` sang ?* » (1.17), « *y'a vraiment beaucoup d` sang,* » (1.25). Au cours de cette succession de marqueurs d'intensité portant tous sur le saignement, on note une progression du degré de gravité à chaque tour, en passant de *beaucoup* à *plein de* puis finalement *vraiment beaucoup de*. Dans chacun de ces trois cas, la description de la quantité de sang est produite de manière non sollicitée ou projetée par la régulatrice. Ainsi « *beaucoup d` sang* » (1.13) et « *plein d` sang* » (1.17) sont produits en l'absence de troisième tour de la régulatrice au sein de séquences de question-réponse qu'elle initie, d'abord sur la hauteur de la chute puis sur l'état de conscience du patient. On pourrait argumenter que c'est également le cas de « *vraiment beaucoup d` sang* » (1.25), car ce tour produit en chevauchement suit également une réponse de l'appelant n'étant pas suivi de marque de réception de la part de la régulatrice. On note donc plusieurs tentatives de la part de l'appelant d'exprimer le degré de gravité par le biais de la quantité de sang qu'il observe. Cette première description n'est suivie d'aucune marque de réception de la part de la régulatrice, cependant elle a été produite en chevauchement total et il est donc possible que cette dernière ne l'ait pas entendu. Les deux descriptions de saignement suivantes sont suivies de marques minimales de réception (« *d'accord* » 1.20, « *oui* » 1.27) au sein d'un tour redirigeant immédiatement l'attention sur autre chose (l'adresse 1.20 et la respiration 1.27). On note cependant que la régulatrice ouvre une séquence sur le saignement plus tard dans l'appel, au moyen d'une question recyclant un marqueur d'intensité (« *beaucoup* ») déjà employé par l'appelant, mais en le faisant porter cette fois-ci sur le verbe « saigner » : « *il saigne beaucoup ?* » (1.31).

(13) 1 SAMU samu ((DEPARTEMENT)) bonjour ?  
 2 (0.4)  
 3 APP .hh ↑oui bonjour eu::h (.) .hh euh j' suis sur un chantier (.) chez un  
 4 client et mon cousin s'e:st (0.3) est tombé d'une échelle ?  
 5 (0.5)  
 6 SAMU [↑que:lle hauteur. ]  
 → 7 APP [il est ouvert à la tête ? ] **gravement blessé**,  
 8 (0.3)  
 9 SAMU ou:ais dites moi. d' quelle hauteur ?  
 10 (1.2)  
 11 APP euh il est tombé de deux mèt' cinquante trois mètres sur la tête i-  
 12 (0.5)  
 → 13 APP [y'a du sa:ng **beaucoup d' sang** e:t- ]  
 14 SAMU [trois mè:tres (.) s::ur la tête ] il est conscient ?  
 → 15 APP .hhh (0.3) il e::st à moitié- il respire **très fort** ?  
 16 (0.3)  
 → 17 [il est ↑plein ] d' sang ?  
 18 SAMU [d'accord, ]  
 19 (0.3)  
 20 SAMU d'accord [écoutez donnez-moi l'adresse] exactement où vous vous trouvez.  
 21 APP [(inaud) ]  
 ((15 secondes non transcrites))  
 22 SAMU il a quel ↑âge à peu près vot' cousin monsieur.  
 23 APP il a (.) trente trois ans ? hh  
 24 SAMU donnez [moi son nom. ]  
 → 25 APP [y'a **vraiment beaucoup** ] d' sang,  
 26 (0.3)  
 27 SAMU oui:. et regardez surtout sa respiration ?=  
 28 =trente-trois ans ?=  
 29 =j' vais vous envoyer mais i' m' faut une adresse,=  
 30 tant qu' j'ai pas d'adresse malheureusement .hh j' peux rien envoyer ?  
 ((1 minute 3 secondes non transcrites))  
 31 SAMU et là il e:st inconscient ? .hh [il saigne beaucoup ? ]  
 32 APP [xxx ]  
 → 33 APP il vient de- il reprend **un peu conscience** ?  
 34 (0.4)  
 35 il a les yeux fermés mais (0.5) il s'est assis.

**Figure 4.** Extrait 13 (trauma069).

On peut observer un cas supplémentaire d'intensification à la l.15 (« *il respire très fort* ») dans une description de respiration anormale, ainsi qu'une atténuation à la l.33 (« *il reprend un peu conscience ?* ») portant sur l'état de conscience. Ce dernier cas est relativement paradoxal, car dire que le patient « reprend un peu conscience » est à la fois rassurant (il n'est plus inconscient) et un indice de gravité potentielle (son état de conscience reste altéré). Ces deux occurrences supplémentaires de marqueurs d'intensité ne sont suivies d'aucune prise en compte explicite (*uptake*) de la part de la régulatrice.

En définitive, cet extrait nous donne à voir un appelant se livrant à de nombreuses tentatives d'exprimer le degré de gravité, dont la plupart obtiennent une marque de réception minimale voire pas de réponse de la part de la régulatrice. On observe cependant que ces marqueurs d'intensité portent surtout sur une description peu informative (« *gravement blessé* ») ou un symptôme (le saignement) qui peut être impressionnant pour un profane mais moins prioritaire du point de vue institutionnel que d'autres critères comme la conscience et la respiration. Malgré le peu d'indices verbaux au sein de l'interaction, la consultation du dossier de régulation nous apprend que la régulatrice a considéré cet appel comme relevant bien d'un traumatisme sévère, car elle déclenche conjointement l'envoi d'une équipe de sapeurs-pompiers et d'une équipe médicale du SAMU.

L'extrait (14) provient d'un appel transmis au SAMU par les sapeurs-pompiers pour un « malaise », terme que l'ARM reprend dès le début de son échange avec l'appelante (« *c'est vot' maman qu'a fait un*

*malaise ?* » l.2). Quand l'appelante apporte des précisions sur le contexte précédant l'appel, elle décrit une série de symptômes (l.10-14). Deux d'entre eux, la sudation et une sensation de chaud-froid, sont accompagnés d'intensificateurs : « *à transpirer comme j' sais pas quoi* » (l.14), « *toute mouillée* » (l.14), et « *super chaud* » (l.17). Après réception (« *d'accord* » l.16), l'ARM reformule partiellement le tour de l'appelante (« *douleur abdo: et sueur* » l.18), avec des allongements et une réduction du volume sonore laissant supposer qu'elle est en train de saisir ces éléments dans le dossier de régulation. L'ARM ne relève pas le travail d'intensification de l'appelante. Au sein du même tour, elle ouvre une séquence visant à déterminer l'état de conscience de la patiente (« *mais là elle vous parle ou pas* » l.18), dont la préface en « *mais* » crée un contraste implicite entre des symptômes déjà décrits et un symptôme à venir potentiellement plus préoccupant. L'échange entre l'appelante et l'ARM puis le médecin régulateur n'a pas permis d'identifier que la patiente était en arrêt cardiaque. Cet extrait nous permet de souligner que les marqueurs d'intensité ne sont pas liés de façon univoque à l'expression de l'urgence ressentie. Ici malgré l'emploi de plusieurs intensificateurs, le contenu propositionnel ciblé ne suggère pas de prime abord une urgence vitale. D'une manière générale, on note que plutôt que son niveau d'inquiétude, l'appelante exprime avant tout sa perplexité face à une situation floue et fluctuante (« *je sais pas* » l.5, « *mal au ventre mais m après non* » l.10-11, « *enfin bon* » l.14, « *elle a super chaud après elle a froid* » l.17).

(14) acr095

```

1 SAMU bonjour madame, c'est l' samu ? les pompiers (.) arrivent hein ça
2 retarde [pas les] secours c'est vot' maman qu'a fait un malaise ?
3 APP [oui. ]
4 (0.4)
5 APP ouai:s, ouais ouais, là je sais pas j'arrive pas à la faire eu:h voilà.
6 (1.1)
7 SAMU e- elle est a- toujours inconsciente là ?
((44 secondes non transcrites))
8 SAMU .hh elle a dit qu'elle avait mal quelque part avant ?
9 °de:: [faire l' malaise ?°]
10 APP [bah- mais ] eu:h BEN eu:h hh mal au ventre ?=
11 =mais m après non elle avait plus mal au ve:ntre e:t eu:h,
12 (0.4)
13 APP elle s'est mis à vomi::r elle s'est mis eu::h et puis euh à délire:r à
→ 14 transpirer comme j' sais pas quoi ? .hhh toute mouillée ? enfin bon.
15 (0.9)
16 SAMU [°d'accord°.]
→ 17 APP [là elle a ] super chaud après elle a froi:d donc eu:h,
18 SAMU °douleur: r abdo: et sueu::r° ? >mais là elle vous parle ou pas,<
19 (0.)
20 APP non.
```

Figure 5. Extrait 14 (acr095).

### 4.3 Marqueurs d'atténuation

#### 4.3.1 Typologie de l'atténuation

À l'instar des intensificateurs, les adverbes ou syntagmes adverbiaux restent la forme la plus employée par les appelant-es pour atténuer leur discours dans notre corpus. Dans plus d'un tiers des occurrences (14/22), l'atténuation se fait grâce à l'adverbe de degré complexe *un peu* portant sur un verbe, cf. « *ça fait tourner un peu e::n (.) en syncope* » l.6 extrait (15), sur un adjectif, cf. « *elle est un peu angoissée:* » l.2-3 extrait (15), ou encore sur un nom en fonctionnant comme adverbe de quantité spécifique, cf. « *vous avez un peu d' sang qui coule* » l.26 dans l'extrait (19) analysé plus loin. *Un peu* est d'ailleurs retrouvé dans des syntagmes adverbiaux dans lesquels il est modifié par l'adverbe *petit* (« *elle respire un p'tit peu mais* ») ainsi que *tout petit* (« *i' parle un tout p'tit peu* »).

En dehors de ces occurrences, nous observons des syntagmes adverbiaux contenant des négateurs notamment avec l’adverbe *beaucoup* (« *il parle **pas beaucoup*** »), un adverbe en -ment : (« *je m’**sens pas tellement bien*** »), ou l’adverbe *très*, cf. « *elle va **pas très bien** quoi ?* » l.2 extrait (16).

Nous notons également quelques emplois de l’adverbe restrictif *juste*, cf. « *il a **juste** euh craché (.) des glaires* » l.1 extrait (17) et « *vous avez **ju:ste** l’arcade qui est .h à- **à peine** ouverte de ça.* » l.27 extrait (19). Ce dernier exemple nous permet par ailleurs de souligner l’emploi de l’adverbe complexe d’approximation *à peine* (« *elle respire **à peine*** »).

En dehors de ces occurrences d’adverbes, l’unique autre atténuateur que nous avons enfin vu ressortir de nos données est l’adjectif quantifieur *petit* modifiant un nom, cf. « *i` vient d’avoir un **p`tit** souci* » l.1-2 extrait (18). On peut en voir deux exemples supplémentaires dans l’extrait (20) analysé plus loin : « *il est en train d` se:: (.) de faire un **p`tit** malaise là ?* » (l.2-3) ; « *i` fait une **p`tite** crise je crois* » (l.6).

```
(15) acr083
  1 APP      et ben euh j'ai- j'ai l'impression qu'au départ- enfin- (.) depuis
→ 2        qu'elle sait qu'elle doit passer sur l' billa:rd elle est un peu
  3        angoissée: ? [hein ? ]
  4 SAMU     [mhm, ]
  5 APP      e:::t je m` demande si elle a pas fait une crise d'angoi:sse ? mai:s
→ 6        (.) j'ai l'impression qu` ça fait tourner un peu en:: (.) en syncope.
(16) trauma056
  1 APP      elle est- elle est consciente mai::s apparemment euh elle va: elle va
→ 2        pas très bien quoi ?
(17) trauma097
→ 1 APP      et là i::` répond plus et il a pa:s beaucoup vomì il a juste euh craché
  2        (.) des glaires (.) un peu,
(18) acr051
  1 APP      oui: bonjour madame voilà j'ai mon mari là .hh i` vient d'avoir un
→ 2        p`tit souci puis il a perdu connaissance là,
```

Figure 6. Extraits (15)-(18), exemples d’atténuation.

#### 4.3.2 Atténuation en interaction

Dans l’extrait (19), une conductrice contacte les secours après une collision en voiture avec une joggeuse. La victime de l’accident est consciente, comme l’atteste un gémissement qu’on entend à la l.23, et l’appelante lui parle à plusieurs reprises en parallèle de son interaction avec la régulatrice. Dans son premier tour de parole associant salutation et raison de l’appel (« *j` viens d’heurter u:ne une petite jeune fille euh qui courait ?* » l.2-3), l’emploi du verbe « heurter » permet à l’appelante de suggérer que l’accident est mineur. Quelques tours plus loin, la régulatrice reformule cette description au moyen du verbe *renverser* dans une demande de confirmation (« *et vous l’avez renversée en voiture hein ?* » l.20). Cette transformation ou notionalisation (Deppermann 2011b) de *heurter* en *renverser* exprime une gravité plus importante, et l’appelante la refuse au moyen d’une réparation (« *renversée: j` l’ai touchée en voiture oui avec mon rétro,* » l.40) au cours de laquelle l’élément à réparer (« *renversée* ») est répété puis remplacé par un troisième terme (« *touchée* ») suggérant un niveau de gravité un cran en-dessous de *heurter*. La régulatrice produit une marque de réception (« *d’accord °* » l.25), mais pourtant elle n’accepte pas la modification de *renverser*. Son tour suivant reprend le terme « renverser », dans un murmure et avec un tempo ralenti, ce qui suggère une verbalisation en même temps qu’elle tape au clavier. Le dossier de régulation contient effectivement la description suivante saisie par la régulatrice : « *pieton renversé par vl choc retro* », « *VL* » désignant ici un véhicule léger à savoir la voiture.

A la suite de cette négociation indirecte du niveau de gravité, l’appelante déploie une série de marqueurs d’atténuation portant sur des symptômes : « ***un peu d` sang** qui coule* » (l.26), « ***ju:ste** l’arcade qui est .h à- **à peine** ouverte de ça.* » (l.27). On note également l’évaluation « *c’est rien* » (l.27) qui participe à la minimisation de la gravité sans être un marqueur d’intensité. La régulatrice ne produit pas de réponse, cependant elle n’est pas la destinataire officielle de ces tours de parole, qui sont adressés à la patiente.

(19) 1 SAMU samu ((DEPARTEMENT)) bonjour,  
 2 APP oui bonjou:r, j' viens d'heurter u:ne une petite jeune fille euh qui  
 3 courait ?  
 4 =bougez pas.  
 5 elle est pa:r ↑te:rre là ?  
 6 (0.3)  
 7 SAMU .tsk [.h ]  
 8 APP [ euh ] j'aimerais h les secou:rs ? s'il vous [plait,]  
 9 SAMU [oui: ] et vous êtes  
 10 sur ↑quelle commune madame.  
 11 APP alo:rs euh là je suis sur ((COMMUNE)) ?  
 12 (0.4)  
 13 SAMU \*((COMMUNE))\*  
 11 APP >bougez pas bougez pas bougez [pas< gardez les jambes en l'air,]  
 12 SAMU [elle a mal où elle a ]  
 13 mal où: eu:h la dame.  
 14 (1.0)  
 15 APP elle a de- de q- elle a mal où ?  
 16 SAMU [mhm, ]  
 17 [elle ne ] peut ↑pas m' dire.  
 18 SAMU [d'accord. ]  
 19 APP [.h elle est ] consciente ?  
 20 SAMU et vous l'avez [renversée en voiture hein ? ]  
 21 APP [(restez restez ?) ]  
 22 (0.6)  
 23 PAT [((gémis)) ]  
 24 APP [renversée: ] j' l'ai touchée en voiture oui avec mon rétro,  
 25 SAMU [\*d'accord\*]  
 → 26 APP [>bougez ] pas oui vous avez **un peu d' sang** qui coule parce que vous  
 → 27 avez **ju:ste l'arcade** qui est< .h à- à **peine** [ouverte de ça. c'est rien.]  
 28 SAMU [<\*s'est fait renversée:> ]  
 29 (0.3)  
 30 SAMU [\*par VL:\*, ]  
 31 APP [promis bougez pas, ]

**Figure 7.** Extrait 19 (trauma030).

On observe donc dans cet extrait un certain travail interactionnel déployé par l'appelante pour indexer un faible niveau de gravité. Ce projet est possiblement lié à son rôle dans l'accident, n'étant pas simple témoin mais impliquée, voire responsable, en tant que conductrice. Atténuer le niveau de gravité peut ainsi participer à se rassurer tant elle-même que la victime. La régulatrice ne donne pas de marques explicites de sa prise en compte du degré de gravité, tout comme les intensifieurs des extraits (13) et (14) étaient peu pris en compte dans l'interaction par les régulatrices. Cependant, ici comme pour l'extrait (13), la consultation du dossier de régulation suggère bien une prise en compte du degré de gravité exprimé par l'appelant-e, et plus précisément un faible niveau de gravité pour l'extrait (19). La régulatrice envoie uniquement une équipe de sapeurs-pompiers et la sévérité de la situation apparaît seulement trente minutes plus tard quand ces derniers arrivent sur place et demandent une équipe médicale du SAMU en renfort pour hélicopter la patiente dans un service d'urgence. Le travail interactionnel d'atténuation est éclairé par le bilan médical, qui indique que la patiente a été projetée sur 4 mètres et présente un traumatisme de la colonne vertébrale, une fracture de coude, et une amnésie. Nous pouvons donc supposer que le travail interactionnel d'atténuation de l'appelante a pu influencer la régulatrice dans l'évaluation du degré de gravité, et *in fine* dans le choix du moyen de secours à envoyer.

Dans l'extrait (20), l'appelant produit la raison de l'appel dès son premier tour, en décrivant son père comme faisant « *un p'tit malaise* » (l.2-3). L'appelant emploie ainsi d'entrée de jeu le marqueur d'atténuation *petit*, en produisant toutefois au sein du même tour une requête explicite justifiée par l'urgence ressentie (« *e:t si vous pouvez v'nir urgen:t ?* » l.3). La régulatrice répond par une répétition partielle de la raison d'appel (« *qui fait un p'tit malaise monsieur ?* » l.5) au moyen d'une relative (Stoenica, 2014), sans réagir

explicitement à la demande d'aide ou l'urgence exprimée. S'en suivent dans les 2 minutes et 25 secondes non transcrites une série de séquences question-réponse sur la localisation et l'identité du patient.

(20) trauma087

1 SAMU [allo ? mhm ? ]

2 APP [j' vous appelle parce qu'i'] il est en train d' se:: (.) de faire un

→ 3 **p'tit** malai:se là, e:t si vous pouvez v'nir urgen:t ?=

4 [= (.inaud) ]

5 SAMU [qui fait un p'tit malaise monsieur ? ]

((2 minutes 25 secondes non transcrites))

6 APP il a du mal à respirer ?

7 (0.7)

→ 8 APP i' s' fatigue vite. i' fait une **p'tite** crise je crois.

9 [je suis pas sûr mais, ]

10 SAMU [une crise de QUOI ] est-ce q- (.) alors moi expliquez moi, il a

11 des soucis ? qu'est-ce qu'il a comme souci de santé ?

12 qu'est-ce qu'il a [comme souci de santé ? ]

13 APP [((parle dans une autre langue)) ]

14 PAT ((parle dans une autre langue)) ((bruits du clavier))

15 APP il a fait il a d'jà fait une crise cardiaque il est en train d' faire

16 pareil que:: (.) c' qu'il avait fait y'a::

17 SAMU est-ce qu'il est [stenté ? ]

18 APP [euh ]

19 SAM [est-ce qu'il a des stents ? est-ce qu'il a des:: ]

20 APP [((parle dans une autre langue)) ]

21 SAMU [au niveau du cœur, ]

22 APP [(à la jambe ?) oui il en a, ]

23 oui il en a, [au niveau du cœur aussi, ]

24 SAMU [il est s- ]

25 APP il en a dix ?

26 (0.5)

27 SAMU il est- (.) il a [↑dix stents en place ? ] ((bruit du clavier))

28 APP [((parle dans une autre langue)) ]

29 (0.7)

30 APP oui c'est ça.

31 SAMU il a ↑DIX stents en place ?

32 (0.6)

33 APP c'est ça.

34 SAMU vous ↑êtes sûr.

35 (1.0)

36 APP ((parle dans une autre langue))

37 oui. sûr.

38 même dans ses jambes il en a aussi.

39 (3.3) ((bruits du clavier))

40 SAMU alors si c'est ça j' vous déclenche les pompiers monsieur.

**Figure 8.** Extrait 20 (trauma087).

L'extrait reprend alors que l'appelant est en train de décrire les difficultés respiratoires de son père (« *il a du mal à respirer ?* » l.6), puis après un silence, « *i' s' fatigue vite. i' fait une **p'tite** crise je crois.* » (l.8). L'appelant propose donc le nouveau terme « crise » précédé de l'adjectif « petit-e ». Le « **p'tit** malaise » et la « **p'tite** crise » partagent ainsi l'association entre un même marqueur d'atténuation et un terme relativement vague pour décrire la situation. De plus, l'appelant complète son tour par deux marqueurs épistémiques : « *je crois* » (l.8) et « *je suis pas sûr* » (l.9). Cet ensemble indexe un niveau d'urgence peu élevé malgré le premier tour de l'appelant attribuant explicitement le caractère « urgent » (l.3) à la situation. La régulatrice répète et questionne le terme « crise », sans reprendre cette fois-ci le marqueur d'atténuation, avec une forte saillance perceptuelle et augmentation du volume sonore (« *une crise de QUOI* » l.10). Elle poursuit dans le même tour avec une demande de précision et deux questions sur des antécédents médicaux possibles (« *est-ce q- (.) alors moi expliquez moi, il a des soucis ? qu'est-ce qu'il a comme souci de santé ?* » l.10-11). N'obtenant pas de réponse immédiate, elle recycle sa question (l.12) en chevauchement partiel

avec un tour de l'appelant adressé à son père dans une autre langue (l.13). Après échange avec son père, l'appelant répond en des termes nettement plus précis puisqu'il évoque un passif de crise cardiaque (« *il a fait il a d`jà fait une crise cardiaque* » l.15) et des symptômes présents y ressemblant (« *il est en train d`faire pareil que:* » l. 15-16). L'échange se concentre alors sur la présence de stents, et malgré une certaine incrédulité de la régulatrice vis-à-vis de leur nombre, ce sont ces antécédents cardiovasculaires qui la conduisent à envoyer des secours (« *alors si c'est ça j`vous déclenche les pompiers monsieur.* » l.40). On note donc que ni les difficultés respiratoires ni les symptômes exacts du « malaise » ou de la « crise » évoqués par l'appelant ne sont développés par la régulatrice. Nous pouvons alors nous demander dans quelle mesure les termes vagues et atténués « *p`tit malaise* » et « *p`tite crise* » ont contribué à sous-estimer la gravité réelle. C'est seulement à l'arrivée sur place des sapeurs-pompiers, 25 minutes plus tard, que ceux-ci demandent l'envoi d'une équipe médicale en renfort pour le patient qui présentait une détresse respiratoire sévère, un œdème aigu du poumon, et une pathologie cardiaque aiguë.

## 5 Discussion et conclusion

Dans cet article, nous avons analysé le degré de gravité exprimé en français par des appelant·es profanes dans des situations d'urgence vitale confirmées a posteriori par les équipes médicales. Nos données montrent une certaine variété de structures grammaticales mais une prédominance des adverbes (« *complètement hagard* ») et adjectifs (« *gros problème* »). Les stratégies d'intensification sont nettement plus nombreuses que celles d'atténuation, ce qui suggère que les appelant·es perçoivent dans une certaine mesure la gravité de la situation, et l'expriment relativement couramment. Cependant, le contenu propositionnel visé par ces structures d'intensification n'ont pas forcément un sémantisme indexant un état du·de la patient·e réellement préoccupant. Ainsi, un certain nombre de marqueurs d'intensification sont associés à des descriptions relativement vagues et peu inquiétantes en elles-mêmes, comme « *il est très fatigué* », « *mon mari se sent vraiment (.) pas bien du tout* », ou « *il est bien blanc* ». L'analyse du corpus révèle par ailleurs que les tentatives des appelant·es d'exprimer le degré de gravité ne sont pas toujours prises en compte explicitement par les régulateur·rices du SAMU.

Notre étude a porté exclusivement sur les marqueurs d'intensité comme premier point d'entrée pour analyser le degré d'urgence exprimé par des appelant·es profanes. Or d'autres structures linguistiques et stratégies interactionnelles sont également mobilisées et pourraient faire l'objet de recherches futures. Nous proposons notamment qu'il pourrait être particulièrement fructueux d'analyser les marqueurs épistémiques (« *i`fait une p`tite crise je crois je suis pas sûr mais* », extrait 20) et évidentiels (« *il a la tête toute violette il a du mal à respirer ça s`voit* », extrait 11), qui semblent particulièrement fréquents dans ce type de données, et notamment lorsqu'utilisés dans l'environnement immédiat des marqueurs d'intensité. La nécessité de comparer nos résultats avec des énoncés dénués de marqueurs d'intensité nous apparaît également particulièrement pertinente pour la suite de nos analyses.

Pour un nombre important de ces cas, l'interaction entre appelant·e et régulateur·rice n'a pas permis de détecter qu'il s'agissait d'une urgence vitale. Ainsi dans 20 cas de traumatismes sévères sur 31, seule une équipe de sapeurs-pompiers a été envoyée dans un premier temps. Dans 6/20 de ces cas, une équipe médicale de renfort a été envoyée dans les 5 minutes, c'est-à-dire pendant l'interaction entre appelant·e et médecin régulateur·rice. Dans les 14/20 cas restants, c'est seulement à la demande des sapeurs-pompiers arrivés sur place qu'une équipe médicale d'urgence a été envoyée en renfort avec une ambulance ou un hélicoptère. Cette dissociation entre urgence réelle et urgence perçue souligne la nécessité d'améliorer le dialogue entre appelant·es profanes et régulateur·rices, pour mieux comprendre et percevoir les indices tangibles de gravité exprimés pendant les appels.

Une limite importante de ce travail est de ne pas avoir comparé nos données à des appels dans lesquels la situation médicale n'était pas préoccupante. Hénault-Tessier et Dalle-Nazébi (2012) indiquent que les directions des centrales d'appels d'urgences (SAMU et sapeurs-pompiers) estiment de manière informelle la proportion des « vraies » urgences à environ 40% des appels seulement. Ce qu'on pourrait appeler « les appels d'urgences non urgents » font donc partie du quotidien de la régulation médicale d'urgence, et à ce titre constituent un objet d'analyse légitime et prometteur. Le travail de Robert (2022) a déjà souligné

l'intense travail interactionnel auquel se livrent les appelant-es pour convaincre de la légitimité de leur appel et construire l'urgence dans des situations ne relevant pas de l'urgence vitale. Nous espérons poursuivre notre travail dans cette voie à l'avenir, ce qui nous permettra de déterminer si les structures grammaticales et pratiques interactionnelles déployées lors d'urgences vitales peuvent être distinguées de celles observées dans des situations non urgentes, auquel cas nous serons alors en mesure de proposer aux régulateur-rices des recommandations pratiques.

## Références bibliographiques

- Abeillé, A., Godard, D. (2021). *La grande grammaire du français*. Paris : Actes Sud, Imprimerie nationale éditions.
- Bolaños-Carpio, A. (2020). When emergencies are not urgent. In Taleghani-Nikazm, C, Betz, E, Golato, P (coord.), *Mobilizing others: Grammar and lexis within larger activities*. Amsterdam; Philadelphie : John Benjamins, 229–252.
- Booker, M. J., Shaw, A. R. G., Purdy, S., Barnes, R. (2018). 'Primary care sensitive' situations that result in an ambulance attendance: a conversation analytic study of UK emergency '999' call recordings. *BMJ Open*, 8(11), e023727.
- Clawson, J. J., Sinclair, R. (2001). The emotional content and cooperation score in emergency medical dispatching. *Prehospital Emergency Care*, 5(1), 29–35.
- Deppermann, A. (2011a). The Study of formulations as a key to an interactional semantics. *Human Studies*, 34(2), 115–128.
- Deppermann, A. (2011b). Notionalization: The transformation of descriptions into categorizations, *Human Studies*, 34(2), 155-181
- Fele, G. (2023). *Emergency communication: The organization of calls to emergency dispatch centers*. Cham : Springer.
- Filliettaz, L. (2006). Asymétrie et prises de rôles. Le cas des réclamations dans les interactions de service. In Laforest, M., Vincent, D. (coord.), *Les interactions asymétriques*, Québec: Nota Bene, 89–112.
- Gamst-Jensen, H., Frischknecht Christensen, E., Lippert, F., Folke, F., Egerod, I., Huibers, L., Brabrand, M., Tolstrup, J. S., Thygesen, L. C. (2020). Self-rated worry is associated with hospital admission in out-of-hours telephone triage – a prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 53.
- Garcia, A. C. (2022). Doing “care work” in emergency service calls. *Western Journal of Communication*, 0, 1–21.
- Garfinkel, H., Sacks, H. (1970). On formal structures of practical actions. In Mckinney, C., Tiryakian, E.A., (coord.), *Theoretical sociology: Perspectives and developments*. New York : Appleton-Century-Crofts, 338–366.
- Giraudier, E. (2023). Socioterminology, a tool to help French EMS dispatchers. TERMOS 3rd Wrocław Terminological Meeting, Université de Wrocław, 11-13 mai 2023.
- Groupe ICOR (2013), *Conventions ICOR*, UMR 5191 ICAR.
- Hénault-Tessier, M., Dalle-Nazébi, S. (2012). Traiter les appels d'urgence. Fabriquer une information pour l'action. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6(1), 89–114.
- Heritage, J., Maynard, D. W. (2006). Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters ». In Maynard DW, Heritage J (coord.), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge : Cambridge University Press, 1-21.
- Hubert, H., Tazarourte, K., Wiel, E., Zitouni, D., Vilhelm, C., Escutnaire, J., Cassan, P., Gueugniaud, P.-Y. (2014) Rationale, methodology, implementation, and first results of the French out-of-hospital cardiac arrest registry. *Prehospital Emergency Care*. 18(4), 511–519.

- Kleiber, G. (2013). À la recherche de l'intensité. *Langue française*, 177(1), 63–76.
- Laforest, M. (2011). Les appels à l'aide téléphoniques en situation d'urgence. Une négociation des cadres. *Langue et linguistique*, 34, 37–48.
- Laforest, M., Rioux-Turcotte, J. (2016). La personne déclarée morte par l'appelant au service téléphonique d'urgence : une source de désalignement interactionnel. *Communiquer*, 18, 65–83.
- Larsen, T. (2013). Dispatching emergency assistance: Callers' claims of entitlement and call takers' decisions. *Research on Language and Social Interaction*, 46(3), 205–230.
- Paoletti, I. (2012). Operators managing callers' sense of urgency in calls to the medical emergency number. *Pragmatics*, 22(4), 671–695.
- Penverne, Y., Delelis-Fanien, H., Robert, L., Berthier, F., Jenvrin, J., Montassier, E. (2021) Le numéro commun santé : enjeux et impacts. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 11, 303–309.
- Robert, L. (2022). *Détermination interactionnelle de l'urgence et processus d'innovation en régulation médicale téléphonique au SAMU*. Thèse de doctorat, Université Paul Valéry Montpellier 3.
- Rollet, N. (2015). Conversations dans l'urgence. *Multitudes*, 60(3), 87–93.
- Romero, C. (2017). *L'intensité et son expression en français*. Paris : Ophrys.
- Riou, M. (2023). Faire faire les gestes qui sauvent : requêtes des régulateurs pour guider les appelants dans des appels d'urgence médicale en France. *Langage & Société*, 179, p.35–58.
- Stoenica, I.-M. (2014). Répétition et différenciation dans les reprises structurelles intégrant des relatives. *Travaux neuchâtelois de linguistique* 60, 209–220.
- Spek, M., Van Charldorp, T. C., Vinck, V. V., Venekamp, R., Rutten, F. H., Zwart, D. L., De Groot, E. (2023). Displaying concerns within telephone triage conversations of callers with chest discomfort in out-of-hours primary care: A conversation analytic study. *Patient Education and Counseling*, 113, 107770.
- Wakin, M. A., Zimmerman, D. H. (2010). Reduction and specialization in emergency and directory assistance calls. *Research on Language and Social Interaction*, 32(4), 409–437.
- Whalen, J., Zimmerman, D. H. (1998). Observations on the display and management of emotion in naturally occurring activities: The case of "hysteria" in calls to 9-1-1. *Social Psychology Quarterly*. 61(2), 141–159.
- Whalen, M. R., Zimmerman, D. H. (1987). Sequential and institutional contexts in calls for help. *Social Psychology Quarterly*, 50(2), 172–185.
- Whalen M. R., Zimmerman D. H. (1990). Describing trouble: Practical epistemology in citizen calls to the police. *Language in Society*, 19(4), 465–492.
- Zimmerman, D. H. (1984). Talk and its occasion: The case of calling the police. In Schiffrin, D (coord.), *Meaning, form and use in context: Linguistic applications*, Washington : Georgetown University Press, 210–228.
- Zimmerman, D. H. (1992). The interactional organization of calls for emergency assistance. In Drew, P, Heritage, J (coord.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*, Cambridge : Cambridge University Press, 418–469.

---

<sup>1</sup> Le terme « formulation » est ici employé dans le sens de Garfinkel and Sacks (1970), à savoir nommer ou décrire ce que l'on est en train de faire en interaction. Pour d'autres utilisations de « formulation » en analyse conversationnelle, voir Deppermann (2011a).