

L'extériorisation des représentations des médecins par leur langage de spécialité

Elgiz YILMAZ

Maître de Conférences
Université Galatasaray
elyilmaz@gsu.edu.tr

Résumé

Chaque personne dispose d'une représentation individuelle liée à l'expérience de la vie (personnelle, familiale, professionnelle) et de représentations qu'elle partage avec d'autres personnes (culturelle, sociale, religieuse). Les individus extériorisent par leurs comportements leurs représentations de la réalité. Dans ce sens-là, les médecins extériorisent leur savoir scientifique spécifique par leur langage de spécialité qu'ils utilisent souvent dans leurs communications ou par leur blouse blanche qui leur attribue un certain charisme professionnel.

Le discours médical n'est qu'un vocabulaire: elle a la même phonétique, la même morphologie et la même syntaxe que la langue commune; seul le lexique change. Les termes utilisés en pratique médicale, comme la consultation, les opérations, les ordonnances thérapeutiques et même les comptes rendus ont, pour la plupart, leur origine des racines grecques et latines. On peut dire que ceci rend le langage médical universel. Certains termes imprécis ont une signification liée au contexte de leur emploi ou à l'individu qui s'en sert avec le patient.

Dans ce travail, notre but est de détailler si ce langage médical, qui est également un code linguistique, différencie le déroulement du discours et de la consultation entre le médecin et le patient. L'analyse des comportements langagiers des médecins permettrait de voir si ils catégorisent le monde en deux groupes : les médecins et les autres ?

Mots-clés : représentation sociale, discours médical, communication médicale

Abstract

Each person has an individual representation related to the experiment of the life (personal, family, professional) and representations which it shares with other people (cultural, social, religious). The individuals exteriorize their representations of reality by their behaviors. Thus, the physicians exteriorize their specific scientific knowledge by their language of speciality which they often use in their communications or by their white blouse which attributes them certain professional charisma.

The medical speech is a kind of vocabulary with the same phonetics, same morphology and same syntax as the common language; only the lexicon changes. The terms used in medical practice as the consultation, the therapeutic operations, the ordinances and even the reports have, for the majority, their origin of the Greek and Latin roots. This makes the medical speech universal. In addition, certain terms have a significance related on the context. In this study, our goal is to detail if this medical language, which is also a linguistic code, differentiates the communication and the consultation process between doctor and patient. The analysis of the linguistic behaviors of the physicians would allow to see whether they categorize the world in two groups: physicians and others ?

Keywords: social representation, medical speech, medical communication

Introduction

Dans son acception la plus générique, la représentation est propre à l'individu. Elle apparaît comme "une entité de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système" (Block et al. 1997; Mannoni, 1998:126). Cette notion renvoie à l'existence d'une interface de nature cognitive entre la façon dont l'homme perçoit le monde, et le monde tel qu'il est. Comme Jodelet (1984:357-378) l'affirme, c'est un moyen de s'approprier le monde extérieur, en le construisant et en le reconstruisant, en le construisant et en le déconstruisant (Gray et al. 1985:185-211), pour finalement le comprendre. La représentation consiste ainsi en un moyen de connaissance, mais aussi en un instrument d'action (Laplantine, 1989:277-298).

Les représentations sociales sont une forme de pensée sociale donnant lieu à des connaissances particulières et ayant pour fonction d'orienter les conduites en même temps que d'assurer la communication entre individus. Moscovici affirme que les représentations sociales, en tant que forme de connaissance partagée et socialement construite, ont tendance à "assurer la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective" (Moscovici, 1961-1976:11).

De la communication découle une (re)construction du réel en tant que manière d'interpréter l'environnement quotidien. D'après Jodelet, les représentations guident les gens dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de leur réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et prendre une position à leur égard et la défendre (Jodelet, 1989:31). Dans ce sens-là, les médecins extériorisent leur savoir scientifique spécifique par leur langage de spécialité qu'ils utilisent souvent dans leurs communications de la même manière qu'ils extériorisent leur cadre professionnel par leur blouse blanche qui leur attribue un certain charisme professionnel.

Les inventaires de Jodelet (1984-1989) décrivant les travaux menés dans le cadre des représentations sociales montrent que ces recherches portent sur des objets multiples dans des domaines scientifiques également multiples, tels que la psychologie cognitive bien entendu, mais aussi l'anthropologie, l'histoire, la sociologie, la philosophie, etc. Cette diversité atteste selon Jodelet (1989) « de la fécondité de la notion, de sa maturité scientifique et de sa pertinence pour traiter des problèmes psychologiques et sociaux de notre société ». Dans ce contexte, les travaux portant sur la communication de santé sont rares, à l'exception de ceux de Tubiana (1995) et Mishler (1984).

A ce stade de notre travail, notre but est de voir dans quelle mesure le langage médical, qui est également un code linguistique, module le sens de la relation entre le médecin et le patient. L'analyse des comportements langagiers

des médecins permettrait ainsi de voir de quelle manière ils catégorisent le monde en deux groupes : les médecins et les autres et comment s'exerce linguistiquement le pouvoir du médecin sur le patient ? C'est-à-dire; les médecins peuvent se sentir supérieur qu'au patient grâce à sa connaissance et son langage spécifiques. Parce que la communication scientifique est une pratique spécifique comme un art, fortement dépendant de la connaissance propre à des différents milieux socioculturels, des groupes ou des individus.

L'objectif du travail de terrain a consisté à répertorier les compétences et à classer les niveaux de ces informations en fonction des différences sociales comme le statut professionnel et intellectuel. Cela nous a conduit à estimer quelques conditions de la communication médicale et du discours médical, qui n'est qu'un vocabulaire, en fonction des cultures et des représentations des médecins dans la société.

Le présent article a donc pour objectif de rendre compte des réflexions théoriques et méthodologiques présidant à la mise en oeuvre de ce chantier réflexive portant sur la communication de la santé. Comment s'effectue donc l'interprétation de ce qui se passe en milieu hospitalier ? Quelle est la part des rituels, des stéréotypes, des représentations socioculturelles et professionnelles dans les interactions communicationnelles dans le champ de la santé ?

L'intérêt de la théorie des représentations sociales pour la communication médicale

De la notion de représentation au concept de représentation sociale

A ce stade, et avant d'aller plus avant, il est temps de définir le concept de représentation sociale. Pour ce faire, plutôt que de les paraphraser et de les déformer, nous citerons certains éléments de définition tels qu'ils ont été posés par les auteurs. Dans la suite, nous nous limiterons aux seules définitions qui présentent un intérêt pour notre étude.

Travailler à partir des représentations, construites par les différents acteurs de ces deux pôles que sont le monde des médecins et celui des patients, apparaît comme une entrée particulièrement riche pour comprendre les enjeux liés à l'utilisation du discours médical. En effet, les représentations sociales comme les représentations professionnelles permettent d'appréhender pleinement le point de vue de ces acteurs et comprendre comment ces acteurs conçoivent une interprétation différenciée des informations qu'ils ont à utiliser dans leur parcours ou leurs activités professionnelles.

La connaissance des différentes interprétations autorisera la mise en place de conditions favorables à la promotion de solutions évolutives de la communication efficace médicale, plutôt que d'enfermer les patients dans des situations sans issues à cause de l'incompréhension du langage de spécialité utilisé par les médecins.

En effet, l'approche contemporaine de la recherche que nous proposons se fera à la lumière d'une problématique réflexive de la communication de la santé. Comment s'effectue donc l'interprétation de ce qui se passe en milieu hospitalier ? Quelle est la part des rituels, des stéréotypes, des représentations socioculturelles et professionnelles dans les interactions communicationnelles dans le champ de la santé ?

L'analyse des représentations, qu'elles soient sociales ou professionnelles (Bataille, 2000) se révèle essentielle pour la compréhension des comportements et pratiques de ces différents acteurs. La notion de représentation sociale initialement développée par S. Moscovici (1961-1976) à partir de la notion de représentations collectives proposées par E. Durkheim (1968), des représentations mentales développées par J. Piaget (1932) à partir de ses travaux autour de l'apprentissage chez le jeune enfant et enfin des travaux de S. Freud autour de la psychanalyse. Ces représentations sociales peuvent se définir ainsi que le propose D. Jodelet (1989) comme "une forme de connaissance courante, dite de sens commun, présentant les caractéristiques suivantes :

- elle est socialement élaborée et partagée;
- elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et communications;
- elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social et culturel."

Cette définition permet d'appréhender pleinement le rôle que jouent les représentations à la fois dans la construction de la réalité propre à chaque individu, mais également dans la compréhension de l'origine de ses comportements. C'est ainsi que ces représentations remplissent les fonctions suivantes :

- en amont de l'action, celles du savoir (appréhender et comprendre la réalité), de l'orientation des conduites et enfin de construction identitaire;
- en aval, elles vont permettre de remplir la fonction de justification de l'action.

Des représentations sociales aux représentations professionnelles

Ces représentations sont sociales pour trois raisons :

- leur **objet commun**, ou le fait qu'elles soient **partagées** par un groupe d'individus plus ou moins large;
- leur **mode d'élaboration**, qui repose sur des processus d'échanges et d'interactions sociales (Codol et Leyens, 1982);

– leur **inscription dans une organisation** sociale plus large, où les connaissances sont fabriquées par certaines personnes dont c'est le rôle (les médecins, les scientifiques, les médias, les politiques, etc.), avant d'être diffusées plus largement auprès de tous les membres de la société. Comme le signale Moscovici (1986), "à maints égards, ces personnes s'apparentent aux faiseurs de mythes des civilisations plus anciennes".

Ces représentations sociales sont marquées par une limite que certains chercheurs (REPERE-CREFI) soulignent fort à propos. Ces chercheurs remarquent en effet que les représentations sociales sont impuissantes à rendre compte de la distinction à partir d'un même objet, d'une représentation "naïve", de sens commun, telle que peut s'en faire un profane, de celle activée par un professionnel, qui a un rapport de connaissance, d'action et d'implication bien différent envers ce même objet¹. C'est ainsi qu'est mis à jour la notion de représentations professionnelles : « *Nous soutenons l'idée que les représentations professionnelles sont une catégorie spécifique des représentations sociales, et qu'elles doivent donc être considérées dans leur spécificité [...]. La spécificité des représentations dépend de la nature sociale des sujets et des caractéristiques de la situation* » (Bataille et al. 1997:60). A la suite de différents travaux, les représentations professionnelles sont définies comme suit : « *Ni savoir scientifique, ni savoir de sens commun, elles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ* » (Blin, 1997).

La communication médicale

La pluralité d'approche de la notion de représentation sociale, ainsi que la pluralité des significations qu'elle véhicule, en font un instrument de travail très difficile à manipuler (Doise et Palmonari, 1986:207). Cet exercice, qui consiste à rapprocher deux champs bien distincts en tant que la représentation sociale et la communication médicale, a priori, permet de faire apparaître de complémentarités qui laissent présager de nouvelles perspectives de recherche qui concernent autant la production de connaissances nouvelles, que l'amélioration de la pratique de la communication médicale.

Le discours médical s'inscrit dans la perspective de type langue de spécialité. Le dialogue spécifique entre deux médecins peut être qualifié de "langue de spécialité" dans la mesure où il est constitué d'un vocabulaire spécifique à la médecine et qu'il assure les fonctions suivantes: communication, économie, spécialisation, représentation sociale. Dans le cas du dialogue entre le médecin et le non-médecin, on peut parler de la transmission d'une

¹ Ex : la représentation de l'atome chez un physicien sera infiniment plus riche et complexe, du fait de son implication et de ses connaissances approfondies en la matière, que celle de l'individu lambda.

information plus filtrée; qualifié de jargon technique dans la mesure où il est constitué d'un lexique relativement fermé et parfois utilisé à des fins cachées et qui évolue selon les besoins de l'auditeur. Le praticien peut éviter par le biais des termes techniques de dire une vérité insupportable au patient.

Une volonté d'entretenir le pouvoir grâce à un savoir non partagé, en milieu hospitalier, peut expliquer la présence d'une fonction cachée dans le langage technique. Le monde de la médecine est très hiérarchisé, du professeur à l'aide-soignante, du point de vue des personnes qui n'ont pas des intérêts communs, mais qui ont différents rapports de pouvoir. D'autre part, on peut donner raison aux médecins qui préfèrent utiliser sa langue scientifique dans la vie professionnelle. Ils arrivent à maîtriser cette connaissance scientifique et lourde à la fin de longues études.

« L'entourage le plus secourable est celui qui développe au maximum une ambiance dans laquelle on a le droit de s'exprimer librement, même si l'expression doit être une expression de souffrance physique, affective ou mentale » (Dolto, 1948).

Dans son livre, Maurice Tubiana (Tubiana, 1995:519) indique que les sciences et la médecine sont liées; c'est à la rigueur et à la rationalité scientifique que l'on doit la totalité des progrès médicaux.

"Tout au long de l'épopée de la médecine moderne nous avons vu que celle-ci n'avait progressé que grâce à une logique rationnelle et utilitariste, au refus de dogmatisme et à la primauté donnée aux faits, aux leçons de l'expérience, qui ont été le point de départ de l'expansion des techniques au XV^{ème} siècle." (Tubiana, 1995)

Le médecin peut être, par certains aspects, comparé au scientifique. Son raisonnement scientifique est basé sur l'expérience. A partir de ses connaissances théoriques, il élabore des hypothèses que l'expérience, les faits confirment ou infirment. Sa décision est donc probabiliste. Il élabore une stratégie thérapeutique adaptée aux hypothèses que les symptômes lui ont suggéré.

Au cours de l'examen clinique, le médecin crée une relation particulière avec son patient aussi bien à travers l'interrogation qu'à travers l'examen physique. Aujourd'hui les examens complémentaires ont pris une place croissante dans la formulation des hypothèses. D'autre part, le médecin s'entoure de nombreuses autres professions qui font de ce travail, un travail d'équipe; comme le laborantin, le radiologue, l'infirmière, le pharmacien, le physicien, l'ingénieur, le kinésithérapeute, le psychologue, etc. Deux aspects de ce métier se montrent donc, ici: l'importance de la science et de la bio médecine et le caractère social et central du médecin dans la démarche médicale.

La communication médicale comme un langage spécialisé

Le discours médical n'est qu'un vocabulaire: elle a la même phonétique, la même morphologie et la même syntaxe que la langue commune; seul le lexique change. Ce vocabulaire médical présente certaines caractéristiques :

Certains termes imprécis ont une signification liée au contexte de leur emploi ou à l'individu qui s'en sert ou au patient. Par exemple: l'adjectif "tubaire" utilisé par un oto-rhino-laryngologiste évoque la "trompe d'Eustache", mais il évoque la "trompe utérine" s'il est utilisé par un gynécologue sans trouble de la compréhension si sa patiente est atteinte, parallèlement par la pathologie pour laquelle elle vient le consulter (Baylon et Mignot, 1994:328). Ce vocabulaire a une caractéristique implicite. Ainsi, le terme "bronchite" implique la notion d'inflammation des deux poumons grâce au suffixe -ite; alors que les termes "bronchectasie" ou "bronchodysplasie" n'impliquent nullement ni la notion de poumon ni celle de bronche (Baylon et Mignot, 1994:328). En outre, l'utilisation de phrases incomplètes, des listes de mots en apposition, des phrases sans verbe...etc, crée une obscurité où les patients et même parfois les praticiens se perdent.

Dans la communication profane-savant (médecin-malade, médecin-étudiant) ou savant-savant (médecin-professionnel); le locuteur doit d'abord définir le niveau d'écoute et de compétence de son auditeur. Il doit situer, dès les premiers échanges communicationnels, l'auditeur sur une sorte d'échelle lexicale qui va schématiquement de langue naturelle standard à l'argot technique (Atkinson et Heath, 1981). Ainsi le patient a l'impression que :

le médecin divise l'humanité en deux parties; les médecins et les autres.

Pour illustrer, Robinson (1993) fait référence à un des entretiens qu'il a fait avec des médecins. Au cours de l'entretien un chirurgien a affirmé: "les médecins ne préfèrent pas que leurs patients parlent beaucoup, parce qu'ils veulent garder leur autorité et qu'ils veulent garder le "mysticisme" de leur métier. Et également, quand le patient ne comprend pas ce que dit le médecin, il ne peut pas poser de question et donc nous ne sommes pas obligés de répondre aux questions infinies". On peut donner l'exemple d'une communication entre un professionnel de santé et sa patiente (Yilmaz, 2007:211) : *(Dans ce travail, notre méthodologie a consisté à analyser les exemples des dialogues et des conversations obtenus au cours de notre recherche sur terrain selon les groupes des actes définis par Austin et nous-mêmes comme par exemple : prier, s'excuser, demander, confirmer, ordonner, souhaiter, saluer, se présenter, informer, s'informer, discours ordinaires, se faire des adieux, etc.) Puis, nous avons placé ces exemples d'énoncés dans le triangle de processus de communication formulé personnellement afin d'évaluer si le destinataire (le médecin et le patient à la fois dans notre travail) a bien compris ou pas le discours de l'énonciateur comme par exemple, conseil, ordonnance, remarque, éloge, sollicitation, menace, proposition, critique, confirmation, etc)*

- Avez-vous bien compris pourquoi vous êtes-là ?
- Oui, à cause de **mon placenta crêta**.
- Alors, c'est quoi **un placenta crêta** ?
- « ? »
- Alors, c'est un placenta bas.

Cet exemple est extrait d'un examen clinique au cours duquel le médecin crée une relation particulière avec sa patiente. Comme Spillner (1992) l'affirme, les termes spéciaux utilisés dans ce dialogue sont un ensemble de moyens linguistiques utilisés dans une situation de communication spécifique afin d'assurer la communication entre les pairs. Donc, cet exemple, dans sa structure globale, est une relation complémentaire avec deux partenaires qui ne sont pas dans une situation égalitaire. D'un côté, il y a le patient qui souffre, qui n'arrive pas à maîtriser son corps et qui demande de l'aide à un professionnel de santé; de l'autre côté, il y a le médecin qui met son savoir spécifique au service de la santé de son patient. Grâce à l'interaction assurée avec le patient par le langage de spécialité utilisé efficacement, le médecin connaîtra mieux ses symptômes, ses attentes, ce qui l'aidera à faire un diagnostic tandis que le patient, lui, pourra donner un sens à ses symptômes.

De même, ici on peut faire référence à la représentation que Freidson donne de la profession médicale : *"une juxtaposition de petits cercles de médecins intérieurement homogènes et déconnectés les uns des autres"* (Freidson, 1984:33). C'est-à-dire, les médecins ont des rapports plutôt avec des hospitaliers avec qui ils travaillent. En cas de besoin, ils choisissent ceux qu'ils connaissent pour orienter leur patient. Ils fondent des relations à distance avec ceux qu'ils ne connaissent pas grâce aux lettres d'accompagnement qu'ils reçoivent.

– les médecins, qui se rencontrent, se jaugent pour savoir qui sera le dominant et le dominé. Parce qu'il ne faut pas oublier que les médecins sont en interaction en milieu hospitalier, non seulement avec leurs patients, mais aussi avec les autres cadres comme les infirmières, les autres médecins, les aide-soignantes, les chefs de clinique. On peut parler des différents rôles d'un médecin comme pour le leader au sein d'un groupe, un partenaire au sein d'une équipe opératoire ou un enseignant au sein des médecins internes. On peut donner l'exemple d'une communication entre un professionnel de santé et sa collègue (Yilmaz, 2007) :

D : Tu as préparé le sonde ?

I : Oui, docteur. Je commence à la mesure de l'incontinence, je suis dans le périnée.

I : Les forces d'expulsion, c'est-à-dire les muscles de la vessie et de la pression abdominale sont supérieures aux forces de retenue comme sphincters et le plancher pelvien.

D : Bon. C'est ce que je m'en doutais. Voyons voir !

D : Il ne s'agit pas d'une mucoviscidose ?

– ...

Cet exemple est extrait d'un examen clinique au cours duquel le médecin crée une relation particulière avec son patient et son équipe de travail. Donc, cet exemple, dans sa structure globale, présente une relation complémentaire avec deux partenaires qui sont dans une situation égalitaire. Ils se comprennent bien grâce à ce langage spécialisé.

Pour cela, il faut prendre en considération que le locuteur doit situer l'auditeur pour trouver le niveau de langue commune, de code commun, lequel est différent selon la spécialité et selon le niveau médical.

Cela dit, nombreux chercheurs sont d'accord sur l'idée que chaque personne dispose d'une représentation individuelle liée à l'expérience de la vie (personnelle, familiale, professionnelle). et de représentations qu'ils partagent avec d'autres personnes (culturelle, sociale, religieuse). Les individus extériorisent par leurs comportements leur représentation de la réalité. Comme celle-ci est liée à l'histoire de vie de l'individu, ces comportements portent les traces des passages de l'individu dans différents espaces sociaux, géographiques, culturels, professionnels, etc.

Les comportements des uns, les "pratiques" dirait Bourdieu (1978:67-68), font l'objet de jugements et de systèmes de classement par les autres. Ces jugements sont à la fois individuels, puisque émis par un individu, et sociaux, puisque partagés par d'autres individus qui ont une représentation voisine de la réalité. Par exemple, les professionnels de la médecine jouissent d'un grand respect dans la société grâce à leur éducation spéciale, au contenu « sacré » de la profession concernant la vie des êtres humaines. Donc, c'est bien normal qu'il existe un rapport asymétrique entre le médecin et son patient et que la proxémie, entre eux, soit professionnelle.

De même, Doise (Doise et al. 1992:127) considère que *"une représentation sociale consiste toujours à ancrer des connaissances dans un monde de valeurs sociales hiérarchisées résultant de positions asymétriques occupées par des groupes et individus dans un champ social (...)".*

Il n'y a pas de communication médicale homogène car dans l'exemple de *"déformation crânio-faciale"*, tout le monde peut savoir en gros de quoi il s'agit. Mais si le locuteur parle de *"scaphocéphalie"* au niveau de la pathologie, qui est la malformation caractérisée par l'étroitesse et l'allongement antéro-postérieur du crâne, il dira au généraliste : *"craniosténose intéressant la structure sagittale"*; au pédiatre : il ajoutera *"qui va nécessiter tel ou tel type de traitement"* (Mishler, 1984). Au niveau du traitement, pour un meilleur suivi du traitement, un compte rendu de l'intervention est fourni aux médecins de différents services interdisciplinaires. Sinon le risque de rétention d'information serait dangereux pour le malade. Donc, on ne peut pas parler de langue technique commune à tout le corps médical, mais des niveaux de langue technique différents et/ou communs à des secteurs du corps médical (Mishler, 1984).

Il en résulte que dans le cas d'une communication médicale allant du professionnel vers le profane (qu'il soit patient, étudiant, étudiant en D.E.S...etc.), il faut commencer par s'adapter en définissant le niveau d'écoute et de compétence, en simplifiant le lexique et le discours en en prenant en considération le contenu tout en étant modeste afin de ne pas perdre de vue l'importance et la nécessité d'être complet dans les informations.

L'impact du "cadre" dans l'extériorisation des représentations des médecins

Erving Goffman (1991) souligne, dans son ouvrage, que toute séquence de vie est naturellement et socialement cadrée dans le temps et dans l'espace. Pour comprendre le sens de cette affirmation, prenons un exemple :

Quand les patientes sont en consultation, elles vivent un même cadre et reçoivent le même savoir médical. Chacun, de sa place (spatiale, culturelle, sociale, psychologique, etc.), perçoit la situation, le dialogue et le contenu différemment. On peut avoir l'impression d'une réalité unique partagée par tous.

Si on les interroge, elles vont pourtant évaluer la situation de façon variée parlant ainsi de leurs différences dans leurs représentations dans la vie. D'après Bourdieu (Galinon-Mélénez, 2007:27), elles ont "intériorisé l'extériorité" de manière différente en fonction de leurs connaissances. En plus, on peut dire qu'un cadrage spatial (la salle de consultation) et social (la communication entre médecin-patient) purement individuel s'est constitué. C'est pour cela, il est important de souligner que chaque patient, d'un même médecin, est unique.

Quand deux ou plusieurs personnes "cadrent" la situation de la même manière, les signes verbaux ou non-verbaux qu'elles utilisent pour communiquer peuvent être compatibles entre eux, ce qui rend leur communication plus efficace.

Le cadre est caractérisé par la proxémique; c'est-à-dire l'aménagement spatial et temporel, par les rôles sociaux prévus dans le cadre clairement défini qui s'organisent selon les règles de cadrage. Les dispositions spatiales et les gestions temporelles des interactions reflètent la conceptualisation et l'interprétation des niveaux des relations entre le soignant et le soigné dans le cabinet privé, dans la salle de consultation et dans les chambres de l'hôpital qui se différencient au niveau des échanges verbaux et non-verbaux. Egalement, ces règles de cadrage servent à interpréter et à justifier toute action et événement en milieu hospitalier par rapport à la finalité thérapeutique de la relation. Par exemple, on peut parler de la proxémie intime entre le médecin et sa patiente au cours de la consultation du col et de l'utérus, ainsi que la proxémie intime entre l'infirmière et la patiente au cours des relevés de température, de la prise de tension artérielle, etc.

Du point de vue du cadre hiérarchique, l'aide-soignante doit bien écouter le chef de clinique pendant la visite pour qu'elle puisse bien suivre l'état médical de la patiente et puisse bien transmettre la prescription proposée aux infirmières pour cette patiente. Si cette chaîne ne fonctionne pas bien, la patiente ne sera pas guérie à cause d'une manque d'écoute et d'une désobéissance aux règles de cadrage.

On peut même prendre en considération l'analyse sémiologique de l'installation du cabinet du médecin ou de la chambre de l'hôpital dans le contexte de la communication interpersonnelle, en ce qui concerne la disposition et le style du mobilier, la décoration, les couleurs choisies qui sont des indices de symbolisation. Citons l'exemple de la couleur blanche des murs de l'hôpital et des blouses des médecins reflète l'hygiène, la vivacité, la propreté, la lumière qui est conforme aux buts de la médecine.

En outre, la mise en relation par le non-verbal précède le verbal et en fixe "le cadre". Le non-verbal adjacent au verbal est le support du contexte médical dans la communication et varie en fonction des lieux et des interlocuteurs en milieu hospitalier; par exemple, l'atmosphère et le silence de l'hôpital, le rite de la visite, la vue du personnel médical et paramédical, les allées et venues dans les couloirs du bâtiment, des médecins qui arrivent et semblent souvent être occupés...etc. Ici, on peut faire référence aux travaux de Goffman. Il nous suggère que, pour comprendre les interactions communicationnelles, il faut à la fois situer le cadre de l'interaction et "s'efforcer de se représenter ce qu'est pour un groupe donné, le cadre de ses cadres, son système de croyance" (Goffman, 1974). Les règles et les codes d'un groupe ou des individus, avec lesquels on communique, seraient des dispositifs structurants des représentations de ceux-ci. Prenons l'exemple d'un médecin qui tutoie son patient dans la salle de consultation alors qu'il la vouvoie dans le cabinet médical. Ceci résulte des rapports de place et de position en milieu hospitalier : le médecin, qui est debout dans la salle de consultation, se croit supérieur à sa patiente, allongée sur la table.

Conclusion

La théorie des représentations sociales et la communication médicale présentent de fortes complémentarités, ce qui nous permet d'envisager la première comme base théorique possible pour la seconde et qui ouvre la voie à de nouvelles recherches. La théorie des représentations sociales adopte très souvent une perspective plus large que la communication médicale.

Les concepts de l'extériorisation des médecins et de représentation sociale se ressemblent sur les points suivants:

– Ils servent à l'étude des groupes sociaux au sein d'une organisation, mais avec des angles d'analyse qui leur sont propres.

– Ils permettent de comprendre comment les individus donnent du sens au monde extérieur et décident de leurs actions en fonction des groupes sociaux auxquels ils appartiennent.

– Ils se composent d'éléments très proches, bien que désignés par des appellations différentes.

(communication médical: système de postulats de base, de valeurs, de normes, de produits et de pratiques; représentations sociales : systèmes de valeurs, d'opinions, de croyances, d'idées, de pratiques, de connaissances).

– Ils ont un caractère pratique. La communication médicale entre les professionnels de santé et les patients répond à un processus d'interaction qui permet de comprendre et d'agir rapidement dans un grand nombre de circonstances différentes en milieu hospitalier. La représentation sociale favorise la communication entre les membres du même groupe social, en permettant à chaque individu de comprendre le monde extérieur et de lui donner un sens, et en guidant ses actions.

Les établissements médicaux peuvent constituer des environnements où il est possible d'étudier jusqu'à quel point des discours réalisés lors des consultations médicales reflètent les intentions, les objectifs et les compréhensions réciproques des médecins et des patients. L'importance de décryptage de ceux-ci peut aider le chercheur à déterminer les indicateurs de la communication interpersonnelle intervenant entre le médecin et les patients concernés. Il ne faut pas oublier que le texte scientifique dans le domaine de la médecine est un phénomène complexe où les unités terminologiques ont une fonction sémantique très importante. Le sens global des énoncés, donc des textes, résulte souvent du sens des unités terminologiques dans les énoncés, tout en rentrant dans un processus de construction du sens au long de l'énonciation. Cette construction du sens se fait par l'interaction de ce processus qui annonce le niveau de l'énoncé. Les termes sont des outils stables de la communication. Mais le discours actualise le sens stabilisé de ces termes et permet la construction dynamique de nouvelles significations.

Ainsi, l'interaction dans la relation médecin-patient est résumée par une double dimension de la relation:

– d'une part, elle est une relation inégalitaire, fondée sur la dominance et le pouvoir du professionnel qui doit prendre les décisions qui s'imposent et ne peut pas se permettre de tenir compte de l'inquiétude du patient;

– d'autre part, elle est une relation de coopération entre deux partenaires, dans laquelle peuvent coexister des savoirs différents, des réalités multiples et dans laquelle la gestion de la participation du patient et la pratique de l'empathie occupent une place centrale.

Dans notre problématique communicationnelle en milieu hospitalier, l'important est de pouvoir bien évaluer l'attitude des médecins, des patients et

du cadre administratif et les représentations qu'ils ont d'eux-mêmes. C'est-à-dire, lorsqu'il existe une opposition fondamentale entre la culture et la stratégie des acteurs au niveau de la négociation, la communication devient plus difficile. Par exemple, même si le médecin et le patient adoptent leurs représentations sociales, on peut rencontrer une difficulté de communication liée à un conflit de pouvoir et d'autorité, si le médecin a une stratégie forte pour la conquête de faire reconnaître sa position et son pouvoir dans la prise de décision médicale.

Nous proposons aux médecins de faire un bilan de leur style de communication après une consultation ou une visite et de se demander « *comment leur patient va-t-il/elle faire face ?* », « *Quels vont être ses sentiments en rentrant chez elle ?* », « *Que va-t-il/elle raconter à sa famille ?* », « *Reviendra-t-il/elle pour un traitement ?* ». D'autre part, les médecins savent que personne ne va chez un médecin avec seulement des symptômes en tête. Tout le monde arrive avec des idées à propos de ces symptômes, des peurs en rapport avec ses symptômes et quelques attentes liées à celles-ci.

Nous pouvons supposer qu'il faut mettre en valeur ces questions de communication interpersonnelle organisationnelle avec les habitudes verbales et non verbales dès les premières années des études de médecine pour assurer un processus de communication effectif.

Bibliographie

- Atkinson, P.; Heat, C., (1981). *Medical Work : Realities and Routines*, Farnborough, Gower : eds.
- Baylon, C.; Mignot, X. (1994). *La Communication*, Éditions Nathan, Paris.
- Block, H. et al. (1997). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, vol.2 (L-Z), Larousse-Bordas, Paris.
- Bourdieu, P. (septembre 1978). "Sur l'objectivation participante, réponses à quelques objections", *Actes de la recherche en sciences sociales*, no. 23.
- Codol, J.-P.; Leyens, J.-P. (1982). *Cognitive analysis of social behaviour*, Nijhoff, The Hague.
- Doise, W.; Palmonari, A. (1986). *L'étude des représentations sociales*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.
- Doise, W.; Clemence, A.; Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*, PUG, Grenoble.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*, Payot, Paris.
- Galinon-Méléneq, B. (2007). *Penser autrement la communication*, L'Harmattan, Paris.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*, Édition de Minuit, Collection "Le sens commun", Paris.
- Goffman, E. (1974). Perdre la face ou faire bonne figure ?, *Les rites d'interaction*, Editions de Minuit, Paris.
- Gray, B.; Bognon, M.; Donnellon, A. (1985). "Organizations as constructions and destruction of meaning", *Journal of Management*, vol.11, n°2.
- Jodelet, D. (1984). "Représentation sociale : phénomène, concept et théorie" in Moscovici S. (ed.), *Psychologie sociale*, PUF, Paris.
- Jodelet, D. (1984). Les représentations sociales, un domaine en expansion in Jodelet D. (Ed.), *"Les représentations sociales"*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Laplantine, F. (1989). Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. in Jodelet D. (ed.), *Les représentations sociales*, PUF, Paris.
- Mannoni, P. (1998). *Les représentations sociales*, collection Que Sais-je ? PUF, Paris.
- Mishler, E.G. (1984). *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*, Norwood Ablex Publishing Corporation, New Jersey.
- Moscovici, S. (1961-1976). *La psychanalyse, son image et son public*, Presses Universitaires de France, Paris.

Moscovici, S. (1986). "Des représentations collectives aux représentations sociales : Eléments pour une histoire" in Jodelet D. (eds.), *Les représentations sociales*, PUF, Paris.

Robinson, D. (1993). "Ten noted doctors answer ten tough questions", *Parade*.

Spillner, B. (1992). "Textes médicaux français et allemands – contribution à une comparaison interlinguale et interculturelle", dans *Langages*, no 105, Larousse, Paris.

Tubiana, M. (1995). *Histoire de la pensée médicale, les chemins d'Esculape*, Editions Flammarion, Paris.

Yilmaz, E. (2007). *Communication organisationnelle entre publics "internes" et publics "extrants" en milieu hospitalier*, Thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Michel de Montaigne – Bordeaux 3.