

# Les situations de l'interculturalité et de l'intercommunication ont-elles des effets sur les pratiques de communication en milieu hospitalier?

Yrd. Doç. Dr. Elgiz YILMAZ

galatasaray üniversitesi, iletişim fakültesi  
eyilmaz@gsu.edu.tr

## Özet

### Hastane Ortamında Kültürler ve Kişilerarası İletişim Tıbbi Uygulamalara Etki Etmekte midir?

*Hasta ile hekim arasındaki iletişimde; karşılıklı iyi bir ilişkinin kurulması, bilgi transferi ve tedavi ile ilgili karar verme gibi farklı amaçlar bulunmaktadır. Son yıllarda sıklıkla hekim-hasta arasında bir ortaklık kurulması felsefesinden de bahsedilmektedir. Ancak, hastane ortamında uzmanlarla hastalar arasındaki iletişim süreci, hastanenin, idari ve tıbbi kadroları bir arada bulundurmasından kaynaklanan karmaşık bir yapı olması nedeniyle, oldukça zor ve çok boyutludur. Bu sürecin tıbbi pratiklerin uygulanması süresine de etkileri olmaktadır.*

*Hasta tatmininin önemli öğelerinden biri olan doktor-hasta ilişkisi hem doktor hem de hasta bakış açısıyla incelenmesi gereken bir konudur. Bu çalışmada öncelikle doktor-hasta ilişkisinin analiz edilebileceği genel bir çerçeveye sunmak amacıyla teorik bilgiler sunulmakta daha sonra da Türkiye'de ve Fransa'da jinekoloji kliniğine başvuran toplam 175 kadın hasta ile iletişim ve kültürlerarası farklılığın değerlendirildiği bir araştırmanın sonuçları genellemeler üzerinden sunulmaktadır.*

**anahtar kelimeler:** etkileşim, hastane ortamı, "tedavi edici söylem", kültürlerarasılık

## Résumé

*La communication en milieu hospitalier a une finalité sociale, psychologique, économique, informative et organisationnelle. Mais elle s'inscrit également au cœur du processus thérapeutique. Dans ce travail, on ne vise pas à faire des recettes sur la façon de bien communiquer, mais de comprendre comment se jouent les interactions communicationnelles dans des situations très différentes.*

*Ce processus de communication interpersonnelle entre médecin et patient a, aussi, une caractéristique hétérogène dans l'interculturalité. Ceci vise à permettre l'accès aux soins médicaux en favorisant la communication et la compréhension entre tous les professionnels de l'hôpital et les patients étrangers ou d'origine étrangère.*

*Pour ce faire, interroger "la parole thérapeutique" spécifique à la relation médecin-patient, est choisi comme méthode de recherche du travail avec une étude comparée menée en France et en Turquie sur 175 patientes, autour de trois axes en tant que l'interaction entre les médecins et les patients hospitalisés, celle dans le cabinet médical et celle dans la salle de consultation. Notre principal objectif a été de pouvoir analyser la fonction de la parole thérapeutique dans ces différents modèles internationaux en milieu hospitalier entre les soignants et les soignés interculturels.*

**mots-clés:** *interaction, milieu hospitalier, parole thérapeutique, interculturel*

## **Abstract**

### **Do Intercultural and Interpersonal Communication Have Any Impact on Medical Practices in Hospital?**

*The communication in hospital has social, psychological, economic, informative and organisational purposes. But it is also registered in the middle of the therapeutic process. In this study, our aim is not to give receipts on the efficient communication way, but to understand how the communication interactions in very different situations are realised.*

*This interpersonal communication process between doctor and patient has, also, a heterogeneous characteristic in interculturality. This allows to have access to the medical care by supporting the communication and the comprehension between all the medical professionals and the foreign patients.*

*Therefore, to question "the therapeutic word" which is specific to the doctor-patient relation, is selected as the research method with a comparative study undertaken in France and in Turkey with 175 patients, around three axes as the interaction between the doctors and in-patients, that in the doctor's office and that in the consultation room. Our main objective was to be able to analyse which was the function of the therapeutic word in these various international models in hospital.*

**keywords:** *interaction, hospital, therapeutic word, intercultural*

## Introduction

Les hôpitaux sont des endroits terrifiants pour la plupart des gens. Ce sont des lieux de souffrance et de mort, même imprégnés d'une odeur particulière. Les patients sont aussi intimidés par le personnel, particulièrement par les médecins. Ils sont puissants et contrôlent le déroulement de la vie des patients et parfois à long terme. Mais, l'hôpital est aussi une organisation où se trouvent des populations très hétérogènes : les patients, les médicaux, les administratifs. De même, l'hôpital est une institution thérapeutique. C'est dans cet esprit que nous voulons travailler sur cette question : « *L'interculturalité et les différentes situations de l'intercommunication ont-elles des effets sur les pratiques de communication en milieu hospitalier?* »

Dans ce travail on ne vise pas à faire des recettes sur la façon de bien communiquer, mais on essaye de comprendre comment se jouent les interactions communicationnelles dans des situations très différentes. Notre principal but est d'analyser la fonction de la parole « parole thérapeutique » spécifique à la relation médecin-patient, est choisi comme méthode de recherche du travail avec une étude comparée menée en France et en Turquie sur 175 patientes, autour de trois axes en tant que l'interaction entre les médecins et les patients hospitalisés, celle dans le cabinet médical et celle dans la salle de consultation. Elle peut ouvrir des perspectives théoriques originales qu'on peut naturellement rapprocher, entre autres, des travaux bien connus de l'École de Palo Alto qui est un courant de pensée réunissant des anthropologues, des psychologues, des thérapeutes, en mettant l'accent sur les systèmes de relations plutôt que sur les individus. Cette école a insisté sur l'idée que le sens d'une communication dépend fondamentalement du cadre dans lequel on la considère. Elle met l'accent sur « le sens d'une communication dans un contexte ».

Dans un premier temps, nous présenterons le contexte dans lequel nous mettons l'accent. Ceci afin de mieux appréhender les contraintes et éclairer les choix méthodologiques. Nous questionnerons et détaillerons les principes généraux de la communication et l'interaction en milieu hospitalier. Deuxièmement, nous détaillerons l'interculturel en milieu hospitalier en prenant comme base quelques exemples des méthodes employées qui nous ont permis d'acquérir une vue intime des micro-univers sociaux en milieu hospitalier. Parce qu'un soin est un grand éventail d'activités concernant; les paroles, le toucher corporel, l'intervention corporelle, les analyses de laboratoires, l'hospitalisation, etc. Ces activités thérapeutiques faisant partie d'une interaction soignant-soigné, enfin, nous discuterons du contenu des savoirs ainsi produits et obtenus. Nous nous pencherons en particulier sur la manière dont l'interculturel et l'intercommunication en milieu hospitalier se positionnent en tant qu'un type de communication qui a une signification tout à la fois singulière et fondamentale et qui s'inscrit également au cœur du processus thérapeutique.

## **I. Les principes généraux de la communication et l'interaction en milieu hospitalier**

La communication en milieu hospitalier a une finalité sociale, psychologique, économique, informative et organisationnelle. Mais elle s'inscrit également au cœur du processus thérapeutique; elle est un élément constitutif de l'action de santé. C'est bien cela qui donne à la communication une signification tout à la fois singulière et fondamentale. La communication interpersonnelle entre les professionnels de santé et les patients en milieu hospitalier s'établit en quatre temps :

1) Il s'agit d'abord de définir clairement le problème en termes concrets et d'apprécier au départ le soin thérapeutique possible.

2) Il s'agit ensuite d'examiner, les analyses et les solutions déjà essayées afin de considérer si, par exemple, celles-ci ne constituent pas elles-mêmes le problème.

3) On définit clairement le changement auquel on veut aboutir; c'est-à-dire qu'on désigne un but concret et réalisable que l'on appelle le « *diagnostic* ».

4) Le dernier temps consiste à formuler et à mettre en œuvre un projet pragmatique pour effectuer le changement ainsi défini, un projet qui devra être structuré en fonction de principes généraux que l'on appelle le « *traitement* ».

Nous sommes partis du postulat suivant : Compte tenu de l'état de stress inhabituel des personnes venant à l'hôpital, celles-ci orientent leur recherche d'informations vers le support le plus facile d'accès. Dans ce cas, une meilleure connaissance de leurs attentes en matière de supports d'information et de leurs contenus nous paraît judicieuse pour une efficace interaction. Partant de ce point, nous avons supposé que le personnel hospitalier, de par ses fonctions, était l'interlocuteur privilégié des patients et de leurs familles. Il est ainsi en mesure d'identifier leurs besoins en informations et en communication interpersonnelle. Ainsi, devant la multitude des métiers présents à l'hôpital, nous parlons plutôt les modèles d'interaction entre les médecins et leurs patients. Ces différents modèles, qui nourrissent l'analyse des processus communicationnels que nous présentons, trouvent essentiellement leur origine dans différentes postures théoriques comme l'école de Palo Alto qui met l'accent sur "le sens d'une communication dans un contexte" (Marc, 1998:76) ainsi que la proxémique d'Edward Hall (Mucchielli v.d. 1998:78) qui affirme que la distance, au sens physique du terme entre deux personnes, réfléchit leur distance interpersonnelle pendant une conversation (Hall, 1971:78); et dernièrement le processus de contextualisation spatiale et l'interaction d'Erving Goffman (1974:344) pour qui les interactions sociales constituent le corps d'un certain niveau de l'ordre social dans la mesure où elles sont fondées sur des règles et des normes partagées par les institutions comme la famille, l'Etat, l'église, l'école, l'hôpital, etc. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de

traiter les relations médecin-patient en milieu hospitalier en faisant référence à Goffman.

Pareilles considérations nous ont amenés à mettre l'accent sur les travaux d'Anselm Strauss qui souligne l'importance de la négociation - les processus de donnant-donnant, surtout en milieu hospitalier. D'après Strauss (1963:147-168), chaque catégorie professionnelle a reçu des types de formation sensiblement différents et, pour parler de manière classique, chacune occupe à l'hôpital une position hiérarchique différenciée et joue un rôle spécifique dans la division globale du travail au sein de l'établissement. De même, il se trouve aussi les patients, qui sont profanes et qui cherchent le moyen de s'imposer à l'intérieur de cet établissement professionnalisé. Ainsi, l'aspect particulier de la communication en milieu hospitalier est que ce milieu, bien qu'étant administré et contrôlé par des professionnels, de compter aussi parmi leur clientèle (les patients) un nombre considérable de non-professionnels. On peut donner l'exemple suivant pour indiquer combien subtile et profonde peut être l'influence des profanes sur l'ordre négocié. Comme Strauss l'affirme, quand on observe de près les malades « évoluant » à l'hôpital, on s'aperçoit qu'ils négocient pour obtenir non seulement des privilèges, mais aussi des informations précieuses et pertinentes pour leur propre compréhension de leur maladie. Donc, ceci concerne la valeur centrale de notre hôpital : rendre les patients au monde extérieur en meilleure forme que lorsqu'ils y sont entrés.

Partant de ce point, la communication médecin-patient est une relation faite d'attentes et d'espérances mutuelles. Le patient attend un soulagement et si possible la guérison. Certaines recherches faites sur la communication entre le patient et les praticiens montrent qu'une communication effective et réciproque peut augmenter la qualité du processus thérapeutique et la satisfaction des malades (Brody, 1980:718-722). Mais il faut admettre que le médecin attend aussi une reconnaissance de la part de son patient, une sorte de vérification de son pouvoir soignant. D'après Wolkenstein et ses collègues, (Wolkenstein v.d. 2002:2S7-2S10), « *la relation médecin-malade est une relation inégale. Elle a pour point de départ la demande d'un sujet souffrant adressée à un sujet disposant d'un savoir. La relation médecin-malade est une relation paradoxale aussi car elle a le corps pour objet; mais passe le plus souvent par la parole, ce qui peut être source de malentendus et d'incompréhension* ».

Les échecs de la communication entre médecin-patient sont très instructifs. Paul Watzlawick indique que « *le désaccord constitue un bon cadre de référence pour étudier les troubles de la communication provenant d'une confusion entre contenu et relation. Le désaccord peut surgir au niveau du contenu et au niveau de la relation, et ces deux formes dépendent l'une de l'autre (...)* (Watzlawick et Beavin 1972:81) ». Quand le contenu affirme une proposition que connaissent les deux partenaires et qu'il y a un accord sur le

sens de l'énoncé, la façon de l'exprimer donne l'idée qu'on peut parler d'une relation entre les interlocuteurs. C'est justement cet accord du médecin et du patient sur le contenu qui amène évidemment l'efficacité de l'interaction.

Pour ce faire, la communication effective et idéale entre les praticiens et les patients doit mettre l'accent sur la responsabilité envers les patients, et promouvoir une orientation non seulement sur la maladie mais aussi sur le malade. L'attitude empathique ne consiste pas à se mettre à la place de l'autre, ce qui peut faire perdre au médecin sa clairvoyance, mais à s'intéresser à la personne du patient et à s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent. On peut supposer que cette attitude peut être aperçue dès les premiers contacts entre le patient inquiet ou anxieux et le professionnel de santé; car le déroulement ultérieur de la communication dépendra de l'ambiance harmonieuse ou chaotique au secrétariat d'accueil, en consultation, en service hospitalier. Donc, une relation empathique entre les deux partenaires de la relation de soins diminue les sentiments d'isolement et d'abandon du patient, augmente sa satisfaction et celle du médecin.

Nous considérons que la médecine est perçue comme une espérance de vie, une réduction des maladies, une prescription, un traitement, une prévention, bref; une gestion de la maladie avec le patient. Donc, la maladie est perçue comme une composante désagréable de la vie au cours de laquelle le patient a besoin d'un médecin. Ceci est une relation de partage mutuelle. Mais plus de 4000 publications scientifiques ont démontré qu'en moyenne 50% des prescriptions ne sont pas respectées et ses conséquences en termes d'inefficacité des soins sont le taux amélioré de la morbidité et de la résistance aux traitements, etc. D'après les auteurs Deccache et Aujoulat, (2001:7-14), le problème et sa solution se trouvent dans la qualité de la relation soignant-soigné, la communication interpersonnelle et l'éducation dite thérapeutique du patient.

## **II. L'interculturel en milieu hospitalier**

La société est cosmopolite, pluriculturelle. Et l'hôpital est devenu un lieu d'interculturalité, où le rapport à la différence culturelle constitue un point central, mais aussi une source fertile de malentendus, une entrée en terre étrangère qui a sa langue et ses usages propres à elle. Fossi affirme que: *« on constate chez les patients d'origine étrangère une méconnaissance des rôles des institutions ou des services de soins de santé, des difficultés d'expression, des perceptions culturelles de la santé et de l'hôpital différentes de celles de la majorité des soignants. Et, ce qui semble évident, un mauvais état de santé général : des pathologies d'importation, des pathologies liées à l'exil (de plus en plus de problèmes psychiatriques en lien direct avec l'histoire, le trajet et le projet migratoire), des pathologies liées aux conditions d'existence dans le pays*

*d'accueil (des logements inconfortables, des problèmes alimentaires chez les enfants et les jeunes mères, le travail à degré de pénibilité élevé, la prévention insuffisante, ...)* » (Fossi, 2004).

Ainsi, l'interculturalité en milieu hospitalier ne se résume pas à une différence au niveau des langages puisque l'hôpital est bien au croisement des langues différentes. Elle se situe aussi au niveau des cultures d'origine étrangère, des cultures sociales et des cultures professionnelles. Dans cet esprit, nous posons cette question : « Malades d'ici venus d'ailleurs, peut-on les comprendre? ». La communication interpersonnelle entre médecin et patient dans l'interculturalité vise à permettre l'accès aux soins médicaux en favorisant la communication et la compréhension entre tous les professionnels de l'hôpital et les patients étrangers ou d'origine étrangère. Et pour qu'il y ait accès aux soins, il faut instaurer une véritable qualité du dialogue et de relations entre soignant et soigné et amener le patient à participer à un traitement dont il comprend les enjeux et le déroulement.

Avec l'augmentation du nombre des migrations, les origines géographiques des patients se multiplient et les médecins ont des patients de cultures différentes à soigner. Cette diversité est une source de richesse, mais elle entraîne aussi le risque d'incompréhensions mutuelles à cause des différences culturelles et linguistiques. Ces situations peuvent favoriser, involontairement, un jugement stéréotype fondé sur l'évaluation de la culture et d'origine du patient. Ainsi notre hypothèse est que « *l'interculturel modifie les modèles de relation médecin-patient* ». Parce que la prise de conscience, par les professionnels de santé, de l'existence des différences culturelles et linguistiques dans la pratique médicale est très importante pour une efficace compréhension efficace des patients d'autres cultures. Ces interlocuteurs multiculturels, en milieu hospitalier, demande une collaboration étroite entre des individus porteurs de croyances, de valeurs et de comportements très différents. La difficulté s'accroît pour le médecin et aussi pour le patient puisque les différences ne proviennent pas seulement d'une dimension professionnelle mais aussi des valeurs ou des normes des individus.

De même, dans le cas des minorités ethniques ou nationales, nous pouvons parler du niveau de la satisfaction qui est encore plus complexe à appréhender dans la mesure où d'autres facteurs externes, non directement liés à la qualité des soins, peuvent intervenir, par exemple :

- le niveau de compréhension de la langue parlée dans la région (ou de la langue parlée par le médecin),
- des aspects socioculturels influençant la perception de la santé des minorités,
- des facteurs liés à l'intégration,
- le ressentiment de discriminations existantes dans la société envers

les étrangers sont des facteurs pouvant jouer un rôle dans le niveau de satisfaction.

- la religion
- la proxémie dans le cadre des représentations sociales : les effets des compétences professionnelles et transculturelles
- la masculinité contre la féminité

La culture et l'origine ethnique ont été souvent citées comme des barrières pour établir un rapport efficace et satisfaisant entre médecin et patient. L'incompréhension liée à une mauvaise communication entre médecin et patient d'origines étrangères peut conduire à une interprétation fautive des symptômes, à des analyses complémentaires qui ne sont pas nécessaires, voire à des erreurs de diagnostics (Akinosi et Ramaiah 2000: 1354). Parce qu'on suppose que pendant la visite médicale, les patients de minorités ethniques sont verbalement moins expressifs et qu'ils semblent être moins autoritaires et participatifs que les patients du pays résidant, à cause du manque de connaissance de la langue étrangère.

### III. Méthodologie

D'après Watzlawick (Watzlawick et Beavin 1972:81) (chercheur appartenant au « collège invisible », école de Palo Alto), le cadrage doit être le plus large possible pour la meilleure compréhension. Nous avons toujours intérêt à replacer ce qu'on observe dans un contexte plus large pour mieux comprendre et intervenir efficacement. Ainsi, dans notre travail, nous avons un point de vue systémique sur les observations; puisque tous les phénomènes sont nécessairement liés à d'autres, dans une totalité du système. Les observations ne doivent donc plus porter exclusivement sur le moment présent, mais aussi sur le cadre temporel et le contexte des observations. Qu'est-ce qui se passe en termes de communication pendant chaque visite dans le cabinet médical, dans la salle de consultation et dans la chambre de l'hôpital?

Nous comprenons, avec cette vision systémique, qu'il y a de multiples causes qui s'interagissent. Il y a le médecin qui a fait une étude de médecine, qui est spécifique et complexe avec un langage scientifique, mais qui doit communiquer effectivement avec ses patients pour pouvoir les soigner effectivement. Il y a le patient qui souffre et souvent profane, mais qui demande d'aide à son médecin et qu'il se comporte avec une attitude empathique et symétrique. Il y a l'intérêt du médecin pour le traitement et le suivi, le besoin de négociation avec le patient au niveau du choix du traitement et des médicaments, mais aussi on doit compter sur l'état de conscience et de responsabilité du médecin sur l'éthique médicale. Nous avons interrogé ainsi la « *force thérapeutique des actes de langage* », spécifiques à la relation médecin-patient et également nous avons tenté de comprendre et comment

l'interculturel y ajoute des modifications. Ces modifications s'articulent autour de trois axes: l'interaction entre les médecins et les patients hospitalisés, l'interaction entre les médecins et les patients dans le cabinet médical et l'interaction entre les médecins et les patients dans la salle de consultation.

Dans notre travail, la notion d'interaction est traitée à une perspective microsociale; retour à l'acteur, au relationnel, fondée sur une attitude méthodologique donnant la primauté :

- à une démarche d'observation et de description qui se situe sur le terrain et non en laboratoire;
- à une démarche centrée sur le processus de communication intégrant plusieurs modes de comportements : parole, mimiques, regards, distances interpersonnelles, etc.;
- et à une démarche qui met l'accent sur l'influence réciproque et le contexte qui sont des éléments de systèmes.

L'analyse des actes de langage est une théorie utilisée au niveau des sciences sociales. Mais pourquoi l'avons-nous choisi comme une méthode d'analyse de notre travail?

Presque tous les linguistes font au moins allusion à l'importance de la structure linguistique pour la compréhension des « discours ». Pour des chercheurs, le terme « discours » évoque la notion d'actes de langage indépendants des événements langagiers qui surviennent dans des différents contextes temporels, spatiaux, relationnels, culturels et sociaux et expressifs. Parce qu'ils ont remarqué que ce qui est exprimé littéralement ou effectivement peut impliquer un sens différent de l'intention apparemment affichée. Par conséquent, on peut supposer que l'intention du locuteur qui produit un énoncé et l'interprétation que l'auditeur donne à cet énoncé implique une certaine connaissance de structures linguistiques et d'informations contextuelles. Mais l'impact discursif de ces connaissances est contraint par la limitation des capacités individuelles d'acquisition, de production et d'évaluation des informations des inters actants.

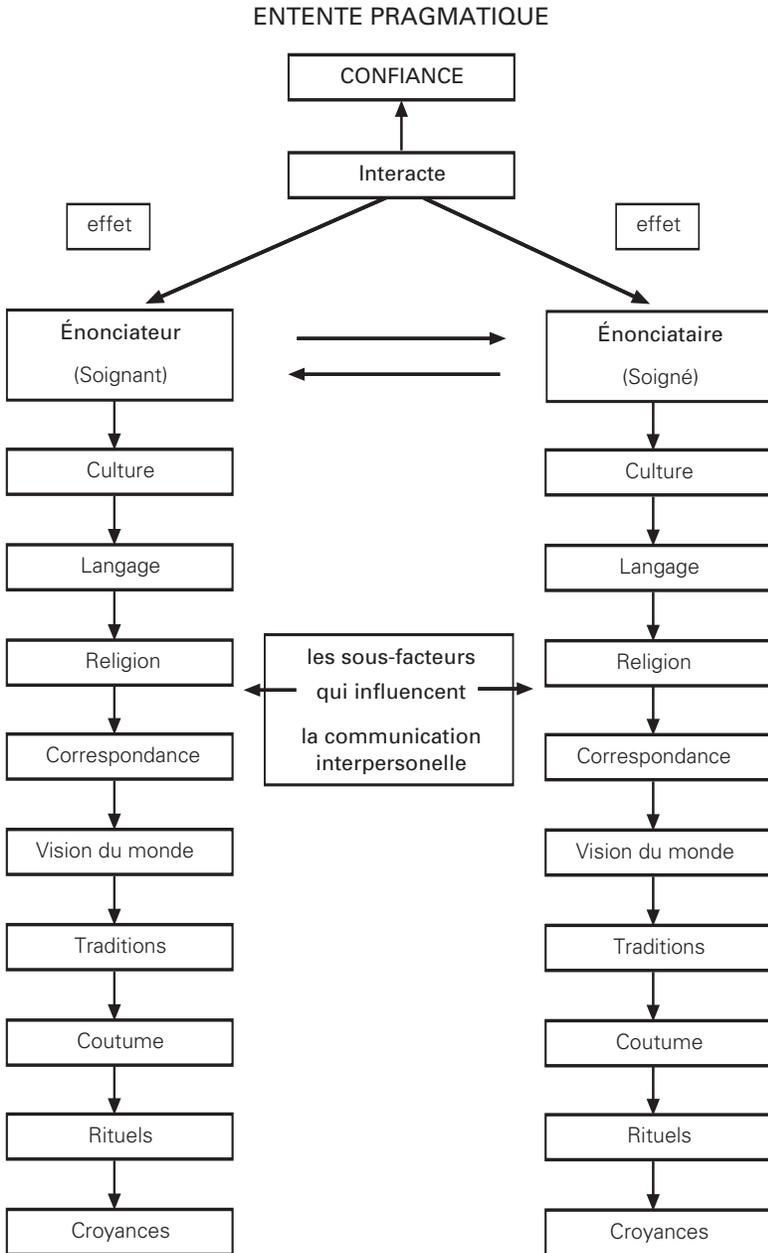
Dans ce contexte, nous avons ajouté la dimension communicationnelle aux actes de langage, analysant si ces énoncés linguistiques correspondent et deviennent des actes dans ce processus de transmission un message, c'est-à-dire nous avons relu tous les 175 interactions conversationnelles - qui seront décryptées dans le chapitre suivant - en milieu hospitalier évaluant ainsi tous les facteurs communicationnels, littéraires, socioculturels, psychologiques, environnementaux, etc. Si les énoncés qui sont formulés dans un discours intentionnel, ordinaire, médical, préliminaire, etc. ne restent pas en l'air; si elles correspondent aux actes et s'unissent avec les différents éléments comme les

interlocuteurs, le contexte, le temporel et l'espace. Elles ont un sens, donc elles produisent quelque chose de communicationnel.

C'est à partir des connaissances des actes de langage et des modèles culturels qu'ils ont intégrés que les participants de la communication médicale évaluent mieux l'efficacité de l'interaction, la sensibilité ou la pertinence d'une question, d'une réponse, d'un éclat de rire, d'une demande, d'un regard, d'une observation, etc. Quand même, il ne faut pas oublier de noter que toutes les transcriptions des mes observations ne seront pas présentées avec une analyse des actes de langage détaillé. Parce que le lecteur va comprendre pourquoi certains fragments ont été choisis plutôt que d'autres, et ce qui s'est passé avant et après que la décision a été prise de décoder telle ou telle partie d'une conversation observée. Dans ce but, en retirant les quelques parties des décodages des observations, nous avons voulu de définir les thèmes et les changements de sens indépendamment des passages soumis à une analyse approfondie. Ceci nous a permis de spécifier l'existence de structures syntaxiques inhabituelles, l'organisation des prises de parole, l'emploi de termes ou de constructions anaphoriques, les intonations et les accentuations qui nous guideront à mieux comprendre le processus communicationnel en milieu hospitalier.

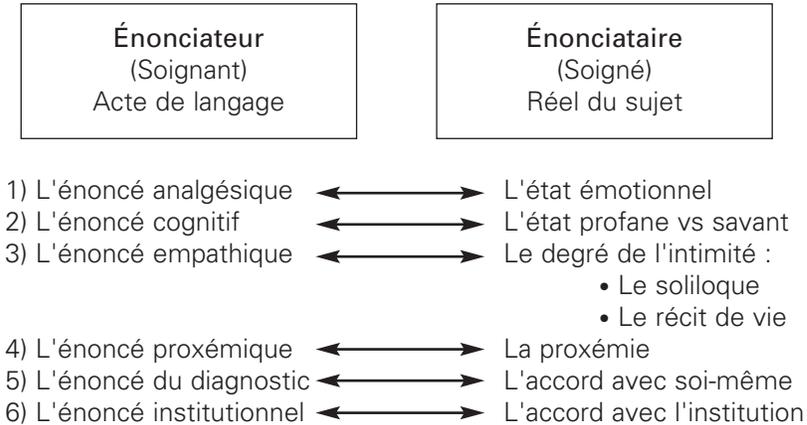
De même, le sujet d'énonciation intervient dans la communauté, donc l'acte de langage prend appui de la manière de l'énonciateur. Il tire parti de son pouvoir ou tire parti de l'effet de croyance et de vérité. Les actes de langage, qui sont des unités d'énoncés en forme des instruments, produisent un sens de vérité, une intention. Ces énoncés ont deux dimensions sémantiques: « sens littéral » et « sens contextuel ». C'est à partir des connaissances des actes de langage et des modèles culturels qu'ils ont intégrés que les participants de la communication médicale évaluent mieux l'efficacité de l'interaction, la sensibilité ou la pertinence d'une question, d'une réponse, d'un éclat de rire, d'une demande, d'un regard, d'une observation, etc. Dans ce contexte, les énoncés linguistiques des médecins et des patients seront analysés selon ce schéma type des actes de langage ci-dessous que nous avons construit :

Tableau I. Schéma type de notre analyse des actes de langage



### Suite du schéma type de notre analyse des actes de langage:

– **Catégorisation des énoncés types choisies dans notre travail** : nous en distinguerons six grands types :

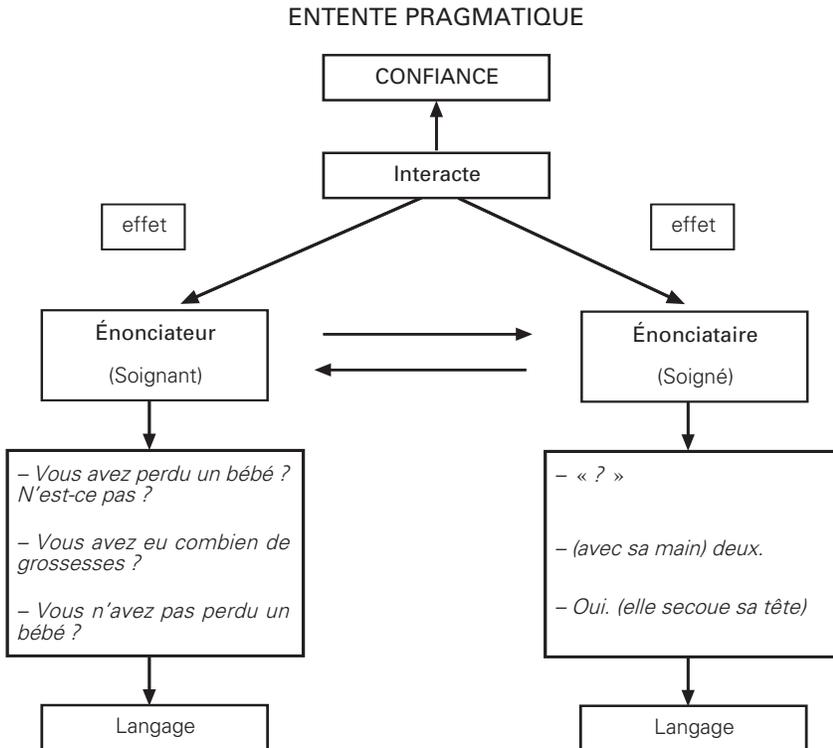


Notre méthodologie consiste à analyser les exemples des dialogues et des conversations obtenus au cours de notre recherche sur terrain selon les groupes des actes définis par Austin et nous-mêmes comme par exemple : prier, s'excuser, demander, confirmer, ordonner, souhaiter, saluer, se présenter, informer, s'informer, discours ordinaires, se faire des adieux, etc. Puis, nous allons placer ces exemples d'énoncés dans le triangle ci-dessus afin d'évaluer si le destinataire (le médecin et le patient à la fois dans notre travail) a bien compris ou pas le discours intentionnel de l'énonciateur comme par exemple, conseil, ordonnance, remarque, éloge, sollicitation, menace, proposition, critique, confirmation, etc.

## Quelques exemples d'analyses des cas étudiés

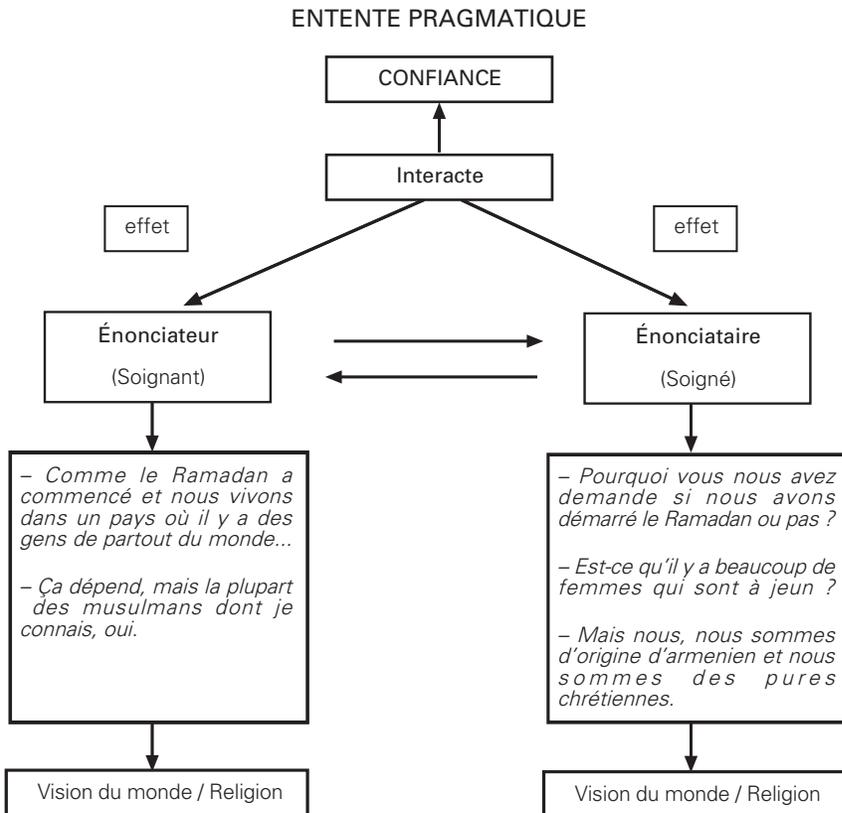
*Le cas 1 : Communication médicale dans l'interculturalité (chambre de l'hôpital en France) (voir en détail : Yilmaz, 2007:396)*

L'énoncé *du diagnostic* type au niveau des actes de langage dans la chambre de l'hôpital en France :



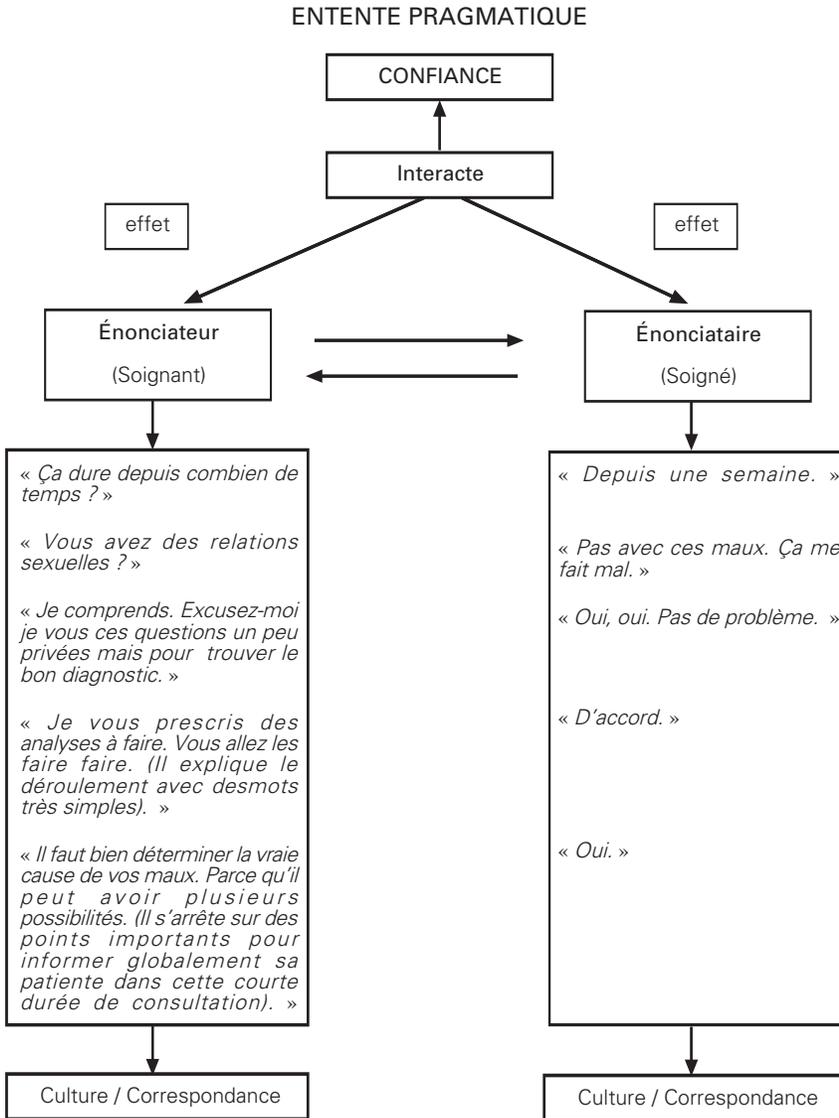
*Le cas 2 : effet de la religion dans l'interculturalité (salle de consultation en France) (voir en détail : Yilmaz, 2007 : 440)*

L'énoncé *analgésique* type (*le discours ordinaire*) au niveau des actes de langage dans le cabinet médical et la salle de consultation en France :



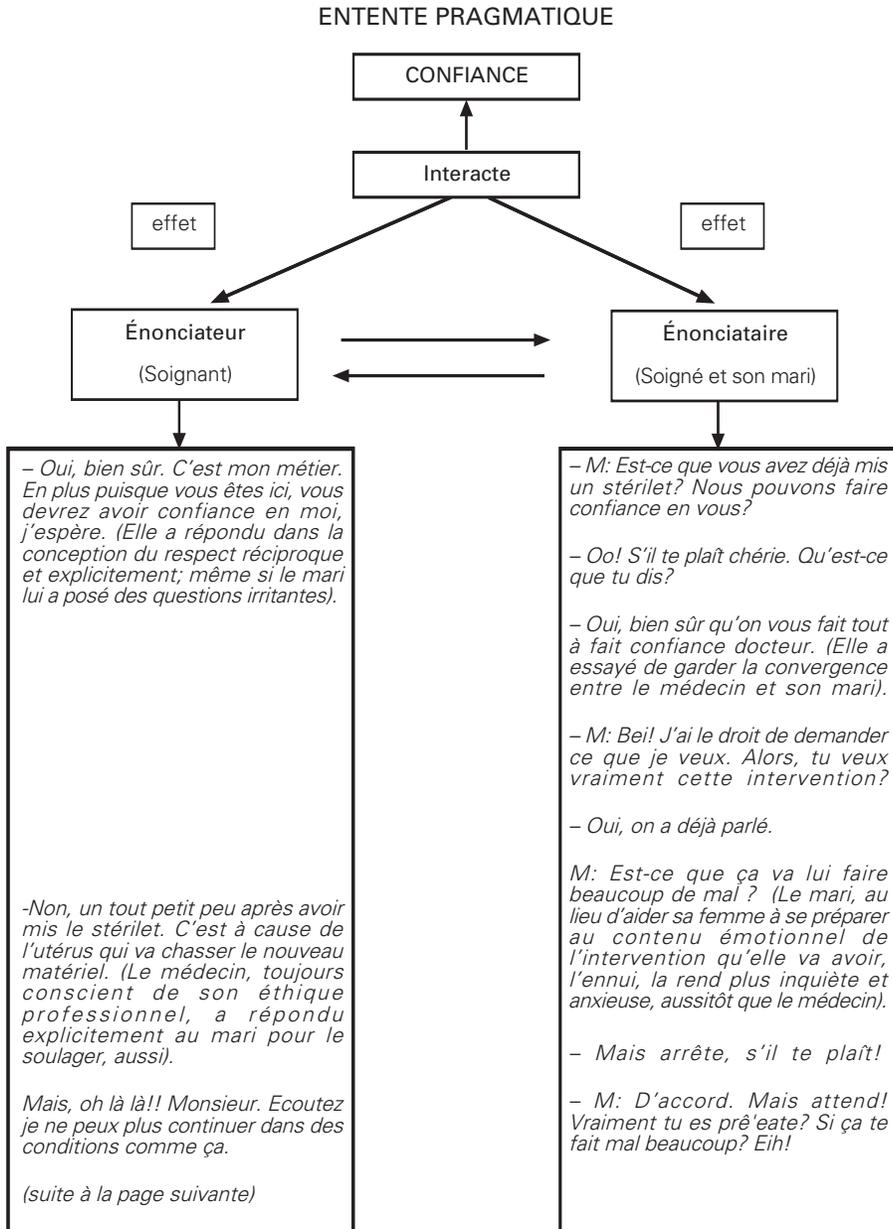
**Le cas 3 : Entretien sur les priorités médicales (salle de consultation en Turquie) (voir en détail : Yilmaz, 2007:363)**

L'énoncé *empathique* type (*le récit de vie*) au niveau des actes de langage dans le cabinet médical et la salle de consultation en Turquie :



*Le cas 4 : Gestion de l'anxiété (salle de consultation en Turquie) (voir en détail : Yilmaz, 2007:365)*

L'énoncé *institutionnel* type au niveau des actes de langage dans le cabinet médical et la salle de consultation en Turquie :



*-Je vous prie de vous taire ou de sortir dehors s'il vous plaît.*

*-Je vais recommencer quand vous vous sentez prête, madame. Maintenant je vous attends. (Malgré tout, le médecin gérait bien la situation et gardait son attitude empathique envers sa patiente pour la soutenir dans son intérêt pour le suivi de l'intervention. Egalement, on peut supposer que avoir de l'empathie était plus facile puisque le médecin et la patiente étaient, tous les deux, femmes; elles se comprenaient mieux).*

Vision du monde / Priorités

*- Non, pas du tout. Mais pourquoi tu parles comme ça ? Arrête!*

*- Oui, oui. Tout à fait. S'il plaît, dehors X.*

*- M: Mais pourquoi? Je ne veux pas.*

*- Oui, oui. Vas-y! Va-t-en!*

Vision du monde / Priorités

## Conclusion

Les sociétés du monde sont historiquement et socialement complexes, pluralistes et hétérogènes. Cela dit, il sera utile de penser le rapport au patient dans la diversité, d'adopter professionnellement des stratégies les plus appropriées pour venir en aide aux individus, aux familles ou aux groupes; surtout dans la communication interpersonnelle en milieu hospitalier, où les personnes en ont souvent grandement besoin. Dans le contexte hospitalier, la communication interculturelle se résume aux fonctions suivantes :

- 1) amélioration de la communication entre les patients, les familles et les professionnels de santé;
- 2) information du personnel soignant sur les caractéristiques culturelles et religieuses des patients et sur les modes d'expressions relatifs à la santé, à la maladie et à la douleur, ainsi que sur les caractéristiques culturelles générales;
- 3) information des patients sur les caractéristiques générales du pays d'accueil en matière de santé;
- 4) interprétation / traduction;
- 5) défense des intérêts des usagers.

A priori, nous pouvons supposer qu'il n'existe pas trop de lien entre la pratique médicale et la diversité culturelle, sauf au niveau communicationnel. Parce que la démarche médicale est basée sur une approche scientifique, standardisée que chaque médecin de chaque origine l'acquiert pendant ses études médicales.

---

En ce qui concerne le comportement communicationnel sur le plan verbal, nous pouvons supposer que les médecins donnent plus d'explications médicales et interrogent plus efficacement (employant des questions ouvertes et permettant à des patients de poser des questions) leurs patients de même origine que ceux qui sont de minorités ethniques. Ceci ne doit pas surprendre : l'interrogatoire centré sur les priorités médicales pour comprendre l'état actuel du patient se déroulera mieux avec des interlocuteurs qui n'ont pas de problèmes linguistiques. Sinon, le médecin oriente le discours du patient dans une direction et le patient obéit parce qu'il ne possède pas assez de connaissance linguistique pour s'exprimer en détail.

Dans ce cadre, c'est le discours entre les médecins et les patients concernant des énoncés sur la culture, l'autre, l'étrange, l'étranger, la santé, la maladie qui nous permettent d'identifier les catégories de représentations des soignants. D'après l'analyse des actes de langage des cas de notre travail, nous pouvons supposer que la qualité de la prise en charge thérapeutique ou de la prise de soins ne dépend pas simplement du développement technologique de la pratique de la médecine ni des moyens thérapeutiques à disposition des soignants, la satisfaction des patients non plus. Les situations de soins dans l'interculturalité impliquent une dimension relationnelle indispensable et des compétences transculturelles chez les médecins qui soulignent l'importance de la capacité à comprendre les patients étrangers : leur histoire personnelle, leurs croyances, leurs attentes afin de construire une compréhension des problèmes de leur santé leur étant propres. Tenter de découvrir, au travers des représentations des soignants, comment se construit la capacité à pouvoir communiquer efficacement entre médecins et patients de cultures différentes au cours des pratiques médicales était l'objectif de notre travail.

D'après notre étude, quelle que soit l'origine ou quel que soit le milieu, ce qui importe est que le patient fasse confiance à son médecin et que le médecin reste ouvert, qu'il écoute, qu'il essaye de détendre le patient. Car c'est aussi stressant de venir à l'hôpital pour un patient étranger. Il peut se sentir dérangé par le contact, par le toucher, le ton du voix du médecin au cours de la consultation ou même pendant la conversation suivant ses croyances, ses habitudes culturelles, etc.

A un deuxième niveau de cette dimension interculturelle, il s'agit de *faire des actes qui ont sens pour le patient* et de pouvoir se comprendre. C'est généralement à ce moment que le véritable enjeu apparaît dans la communication, au risque du refus du traitement, de l'incompréhension et des conflits interpersonnels conversationnels. Car cela demande au soignant la capacité de sélectionner les actes communicationnels qui permettent au patient l'acquisition de son intention de la démarche et son adhésion au traitement. D'autre part, il doit savoir organiser ces actes suivants : faire un ensemble

d'actions relationnelles afin de permettre une co-construction du soin ou de l'acte thérapeutique.

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 ceux-ci.

## Bibliographie

AKINOSI, B., RAMAIAH, S., *Ethnic minorities ill served by health services*, Lancet, 2000; 356.

BECKMAN, H. et FRANKEL, R. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann. Int. Med.*, 1984, no.101, p. 692-696.

BOURDIEU, P., WINKIN, Y., Préface, in Cicourel (A.V), *Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive*, Paris : Seuil, Collection Liber, 2002.

BRODY, D., The patient's role in clinical decision-making, *Ann. Int. Med.*, 1980, 93.

DECCACHE, A, AUJOULAT, I : *A European perspective : common developments, differences and challenges in patient education*. Patient Education and Counseling. 2001, 44.

Extrait du Rapport d'activités de l'année 2004, rédigé par Anne Fossi, cf. Service de médiation interculturelle, CHR Citadelle.

GERRAD, B., BONIFACE, W. et LOVE, B. *Interpersonal skills for health professionals*. Reston, Va.: Reston Publishing Co., 1980.

GOFFMAN, E., *Perdre la face ou faire bonne figure?, Les rites d'interaction*, Paris : Éditions de Minuit, 1974.

HALL, Edward T., *La dimension cachée* (traduit de l'américain), Le Seuil, 1971.

HALL, Edward T., « *Au-delà de la culture* », Paris : Éditions du Seuil.

MARC, E., PICARD, D., *L'école de Palo Alto*, Retz, 1984.

ARC, Edmond, *La communication : Etat des savoirs*, coordonné par Philippe Cabin, Editions Sciences Humaines, 1998

UCCHIELLI, Alex, CORBALAN, J., FERRANDEZ, V., *Théorie des processus de la communication*, Paris : Armand Colin, 1998.

STRAUSS, A., SCHATZMAN, L., BUCHER, B., EHRLICH, D., SABSHIN, M. The hospital audits negotiated order. In Eliot Freidson (ed), *The hospital in modern Society*. New York, The Free Press, 1963.

TATE, P., *La relation Médecin/Patient Soigner (aussi) sa communication*, Bruxelles : Éditions De Boeck Université, 2005, trad. fr. The Doctor's Communication Handbook, 4th edition by Peter Tate, Radcliffe Medical Pres Ltd., 2003.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil, 1972. p.81.

WOLKENSTEIN, P., CONSOLI, S., ROUJEAU, J.-C., GROB, J.-J., La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale, *Ann Dermatol Venereol*, 2002, no.129. p. 2S7-2S10.

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.