

Communication interculturelle à l'hôpital: réflexion autour de la médiation

Myriam Graber

CEFOPS (centre de formation des professions de la santé)-HES-S2

This article aims at a better understanding of the communication between care-givers and migrant patients in relation to several services (medicine, surgery, obstetrics, geriatrics and psychiatry). Efficiency of different communication strategies is examined through the analysis of interviews. Among these strategies, the practical and theoretical issues of the cultural mediation are particularly focused and linked to a reflection on several common representations about discourse (opacity vs. transparency).

1. Introduction

Actuellement, le cinquième de la population en Suisse est représenté par des étrangers ne parlant aucune des langues nationales. Le développement des moyens de communication et de transport a pour conséquence que les migrants viennent de régions de plus en plus éloignées. Nous vivons donc dans une société multiculturelle (*cf.* Mader, 2000). Ceci a également des conséquences au niveau de la prise en charge dans les différentes institutions de soins. Tout d'abord parce que les équipes sont multiculturelles mais aussi parce que les patients sont d'origines culturelles, religieuses bien diverses. Les soins en sont d'autant plus complexes et exigent des professionnels des connaissances de ces différentes cultures et de leurs particularités, des habitudes de vie, des valeurs des patients, etc. Cette complexité touche de plein fouet les pratiques communicatives.

1.1. Enjeux

Nous nous intéresserons ici plus précisément au rôle de la médiation, du médiateur et du médiateur culturel dans divers services hospitaliers, en ayant également un regard sur les autres stratégies utilisées par les soignants dans une relation avec un migrant, afin de ne pas nous arrêter sur l'unique médiation, souvent au centre des recherches actuelles (*cf.* par exemple Singy, 2001; Bischoff, Loutan & Stalder, 2001).

Nous utiliserons quelques données, extraits et réflexions venant d'un projet interdisciplinaire sur la communication entre soignants et patients migrants dans différents services hospitaliers¹. Nous y envisageons la relation médecin / patient mais aussi infirmier/patient, avec une comparaison entre divers services. Cette recherche vise une meilleure compréhension de la communication entre soignants et patients. Elle propose une évaluation des outils à disposition (médiateur) mais aussi de nouveaux outils à entrevoir dans la relation directe entre soignants et patients migrants. Ces outils impliquent notamment une réflexion sur le fonctionnement de la compétence de communication et une meilleure identification des phénomènes migratoires.

1.2. Enquête et méthode

L'enquête s'est effectuée dans différentes institutions du Jura bernois (home, hôpital, hôpital psychiatrique, centre des réfugiés) et a réuni deux types de données:

- ◆ des entretiens semi-dirigés: ils regroupent chacun trois à quatre participants et varient selon deux axes, les services impliqués et les acteurs socioprofessionnels concernés (infirmiers, médecins, «paramédicaux», médiateurs culturels et patients);
- ◆ des «prélèvements» d'interactions: destinés à saisir *in vivo* des situations de prise en charge de migrants à l'hôpital, ils ont été effectués variablement dans les différents services mais n'ont pas débouché systématiquement sur des enregistrements et ne sont encore que partiellement transcrits.

1.3. Une recherche interdisciplinaire

L'équipe de recherche se caractérisait par son interdisciplinarité (une anthropologue, deux linguistes, trois infirmiers, deux pédagogues et deux personnes travaillant au centre des réfugiés). Chaque personne a participé aux différentes phases de la recherche. L'interdisciplinarité était rendue plus complexe par la variété des appartenances institutionnelles des membres de l'équipe.

Le fait de travailler en interdisciplinarité a des exigences au niveau du dialogue, c'est-à-dire qu'il doit y avoir transparence par rapport au langage utilisé

1 Projet 00033.1 «Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quelle efficacité? Quelle responsabilité pour le personnel infirmier? Quelle variation selon les services?»; financé par le FNS, La CTI (subside 5348.1 FHS) et des fonds privés dans le cadre de l'action Do-Re (programme fédéral pour encourager la recherche HES).

(jargon propre à chaque discipline), par rapport aux méthodes appliquées et aux limites des connaissances des différents membres. Le travail en équipe interdisciplinaire permet de proposer des prestations variées, plus riches grâce à la représentation de plusieurs professions. Cela permet de partager ses valeurs, son champ de compétences mais exige aussi de respecter les valeurs des autres. La vision des choses est plus systémique et moins fractionnée et les actes qui en découlent en sont enrichis.

1.4. Résultats généraux

Les résultats de cette recherche diffèrent selon les services quant à la place de la médiation. Certains utilisent des stratégies telles que la communication non verbale, la reformulation, une langue véhiculaire afin de résoudre des problèmes de communication, soit aux moyens du bord. Bon nombre de services font appel à un membre de l'équipe soignante ou un autre membre du personnel pour la traduction dans une communication posant problème, mais peu font appel au médiateur culturel formé, ceci peut-être parce que cette offre de service est encore peu connue. Dans nos résultats, la médiation n'est pas le premier recours de tous les soignants, comme nous allons le voir.

2. Médiation: ce que les différents services en disent

Les stratégies privilégiées dans la prise en charge de la communication avec les migrants diffèrent d'un service à l'autre.

En maternité, le personnel soignant privilégie l'utilisation de la communication non verbale, tels que les gestes, les mimes, la reformulation ou l'utilisation d'une langue véhiculaire. Mais l'idéal serait, selon les dires des soignants, d'avoir un ordinateur, une machine qui traduise, ainsi il n'y aurait pas de filtre même si la machine reste froide.

Pour les services de chirurgie et de médecine, le personnel soignant a principalement recours à du personnel de l'hôpital. Sinon, un membre de la famille peut faire l'affaire. Mais une deuxième langue peut également servir, telle que l'anglais, l'allemand. Ces deux services ne font pas appel aux médiateurs culturels formés et cela ne leur pose pas problème, sauf lorsqu'il y a des difficultés spécifiques. Dans ce cas, les services de chirurgie et de médecine rejoindraient alors l'idée de l'utilité d'une tierce personne qui ne soit pas de la famille et se rapprocheraient de la façon de faire du service de santé mentale. C'est ce que nous pouvons voir dans l'extrait suivant:

(SP2 / eh ben la plupart du temps nous on a soit recours avec du personnel heu pour la traduction dans la maison parce qu'il y a quand même pas mal de. ici d'étrangers donc heu j'crois qu'à ce niveau-là on arrive bon dans la mesure du possible où y sont. y travaillent ce jour-là. et puis la plupart du temps ben en général y a. excusez-moi la plupart du temps il y a au moins un élément de la famille une personne qui arrive à

nous traduire heu. à être l'élément l'élément de communication entre nous et le/la personne

E1/vous n'avez jamais recours comme eux à des interprètes ou

SP/ non. parce que la plupart du temps soit. des Turcs heu ben on a eu ben. du personnel à une époque. qui pouvait. y a eu aussi. Yougoslaves nous avons plusieurs personnes aussi qui. heu bon en anglais y a quelques membres aussi de l'équipe qui parlent l'angl enfin dans l'hôpital l'allemand enfin je veux dire que c'est non. en général ça se passe bon à part he ...non c'est peut-être été une fois mais ça c'est. on a jamais fait venir quelqu'un...DOMI.1.INF.)²

En santé mentale, les soignants connaissent l'existence d'Appartenances à Lausanne et de l'association de l'aide aux victimes de Bienne concernant les possibilités de traduction. Mais ils utilisent toutefois le personnel afin de traduire si cela est possible; ils ont parfois recours à une autre langue comme l'anglais ou encore à d'autres moyens.

Le service de santé mentale n'a jamais recours à un membre de la famille ou à une personne connue du patient pour effectuer une traduction, car les problèmes rencontrés rendent ces médiations impossibles de part l'implication qu'elles exigent. On peut remarquer que différentes stratégies sont définies et utilisées selon la situation rencontrée.

	Non-médiation	Médiation			
Type de médiation	Relation duelle	Médiation symbolique	Médiation non profess.	Médiation profess.	Tiers machine
Exemples	Communic. non verbale	Langue véhiculaire	Membre de la famille	Médiateur culturel formé	Ordinateur traduisant
Type de service	Maternité		Médecine Chirurgie	Santé mentale	Santé mentale Maternité

Ce tableau (*cf. Gajo et al., 2001*) représente un continuum entre la non-médiation et la médiation. Plus on va à sa droite, plus la médiation est organisée.

L'ordinateur est intéressant et revient presque à une non-médiation dans le discours du soignant, car il est un outil transparent, non parasitant, il ne fait pas office de filtre. En terme de stratégie, on peut voir que selon le problème

2 Conventions de transcription:

- ∧ Intonation montante et descendante
- ... allongement de syllabes
- [chevauchement
- E enquêteur

rencontré, les services s'éloignent ou se rapprochent dans leurs façons de procéder.

Ceci ne reflète qu'un petit aperçu de ce que les données nous offrent à voir. Souvent, les stratégies employées par les différents services ne sont pas organisées et varient en fonction des soignants, des habitudes des services. Là où la médiation culturelle est utilisée, elle est encore très peu formalisée, les soignants disent avoir une méconnaissance ou avoir un manque d'information concernant les prestations existantes en traduction et restent très vagues sur ce qu'ils en savent. Ceci nous amène à la médiation et au rôle du médiateur, ou médiateur culturel.

3. La figure du médiateur

L'interprète culturel est une personne qui donne oralement l'équivalent dans une autre langue; il sert d'intermédiaire voire éclaire le sens (Dictionnaire Le Robert). L'interprète non seulement traduit oralement ce qui est dit, mais joue un rôle important en tant que médiateur. Ses connaissances des valeurs, de la religion, des représentations en jeu dans une situation de traduction facilitent la compréhension de la situation de communication. Les services ayant participé à la recherche ne connaissent pas ou peu l'existence du médiateur culturel, alors même que le recours à un membre de la famille comme traducteur présente un certain nombre d'inconvénients aux yeux des soignants. Il est en effet perçu comme un filtre, qui retiendra certaines informations pour garder la maîtrise de la situation familiale, comme nous le montre l'extrait suivant:

(...)'ai connu une situation vraiment difficile d'une dame turque qui avait un problème neurologique qui ne parlait pas un mot de français pas un elle était pas si âgée que ça mais elle avait fait un séjour en réhabilitation en médecine chronique après opération neurochirurgicale elle avait une cinquantaine d'années et là c'était très difficile au niveau de la communication au jour le jour...

Et là toute la communication était filtrée par la famille avec aussi tout ce qui était les barrières c'était une dame musulmane les barrières culturelles et sociales on avait comme interlocuteur privilégié le mari qui était bilingue mais enfin on avait des fois l'impression qu'il ne traduisait que ce qu'il avait envie de traduire parce que ça l'arrangeait dans la gestion de la situation...DOMI. 1.MSP).

Nous pouvons retenir que les mots ne sont pas neutres: ils sont toute notre histoire, et c'est dans cette mesure qu'ils nous donnent prise sur le réel... L'important pour le mari n'est pas tant de redonner ce que sa femme dit, mais bien plus ce qui est jugé bon ou mauvais au sein de sa communauté turque, de son groupe social, c'est-à-dire de ses valeurs sociales. Les valeurs sociales manifestent au sein du langage une sorte de réglage social de l'affectivité. Ce qui se traduit résulte de ce qui touche en priorité les significations, ou le sens donné, soit pour le raviver, l'affaiblir, «comme si tout dans les échanges

sociaux se jouait sur ce qu'il convient de dramatiser ou de neutraliser, de valoriser ou d'ignorer, d'exhiber ou d'occulter» (Nykees, 1998).

Pour les services de médecine et de chirurgie, le recours à un membre de la famille ou du personnel de l'institution ne pose apparemment pas grand problème.

Cela peut-être dû au fait que le propre de ces services semble être dans des hospitalisations de durée assez courte.

Mais est-ce que la durée de l'hospitalisation a réellement une importance lorsqu'il s'agit de communication? Est-ce que le patient qui subit une opération, qui reste pour un séjour de courte durée ressent moins le besoin de comprendre ce qui se passe à son sujet, ce qu'il adviendra de lui, qu'un patient qui est hospitalisé pour une longue durée? Est-ce là une représentation du personnel soignant uniquement?

Ou est-ce que la question serait plutôt de l'ordre «je soigne une jambe et ensuite tout va bien», alors qu'en santé mentale, il est nécessaire de communiquer, de parler sur la maladie, sur soi, sur ce qui se passe afin que la situation puisse s'améliorer? Mais voir, comprendre et donner des soins de cette manière serait réducteur car il s'agit de prendre en compte les dimensions biopsychosociologiques de l'individu.

Une autre question se pose encore: est-ce que le fait de mal comprendre en quoi consiste son traitement n'a pas d'effet sur les clients (angoisse, somatisation, compliance au traitement, etc.), sur la durée de l'hospitalisation elle-même, sur le traitement?

Le fait de glisser dans des problèmes psychologiques, donc vers la catégorie «santé mentale» rend difficile, complexe cette médiation par un membre de la famille ou par un membre du personnel. Là, il y a problème car la communication est l'outil de travail principal du soignant en cas de dépression, d'alcoolisme, de problèmes psychologiques autres. En chirurgie et en médecine en revanche, la communication verbale a plutôt un rôle d'accompagnement du soin, du moins elle est perçue comme moins importante par les soignants.

Quelques questions subsistent: est-ce qu'en médecine, en chirurgie, la communication ne ferait qu'accompagner le soin alors qu'en santé mentale elle serait l'outil lui-même de la relation? La communication sert à véhiculer des pensées, mais peut-on la séparer des actions? La communication est elle-même déjà une action? C'est en faisant que l'on donne du sens et, si l'on exécute un même soin selon des stratégies communicatives différentes, le soin effectué ne sera plus le même.

La communication nécessite toutefois que les messages verbaux et non verbaux soient intelligibles. Un des rôles de l'infirmière est de guider le client dans sa nouvelle situation. Il s'avère donc difficile de savoir comment le faire

si le client ne parle pas la même langue. De plus, ce rôle relève aussi bien des prestations offertes par les services de médecine, de chirurgie que de santé mentale car, se comprendre soi-même et comprendre les autres, se mettre soi-même en interaction avec les autres dans un but thérapeutique sont des éléments de base de l'activité de l'infirmière, qui ne dépendent nullement du contexte, de là où cette interaction a lieu. Se pose alors le problème de l'opacité et de la transparence du discours, probablement évident dans une situation de médiation mais propre à toute situation de communication.

4. La communication entre opacité et transparence

Nous allons tout d'abord définir la communication, la communication interculturelle, et nous partirons ensuite des représentations d'un médecin afin de tenter une analyse de ce qui est dit autour de la transparence et de l'opacité (ceci dans une approche différente d'un extrait déjà cité plus haut).

La communication est définie, selon Barette *et al.* (1993),

comme une relation qui s'établit entre des personnes à partir de significations communes qu'elles attribuent à des mots et à des intonations (communication verbale) ainsi qu'à des gestes, des attitudes corporelles, des expressions, des positions dans l'espace, des vêtements (communication non verbale). Ces significations sont apprises; elles varient en fonction de facteurs sociaux (tels que le sexe, l'âge, la classe sociale, la catégorie professionnelle, le lieu de résidence), mais elles varient également selon les cultures.

Selon ces auteurs, lorsque ces différentes significations ne sont pas pleinement partagées, la communication qui s'établit devient plus difficile.

C'est ce qui se passe dans une communication interculturelle, qui se définit comme

communication entre des personnes appartenant à des cultures différentes parmi la culture nationale: mais celle-ci croise et interfère avec d'autres éléments d'identification comme le sexe, l'origine sociale, l'âge, la profession, les appartenances religieuses et idéologiques. (*ibid.*, p.135)

Ces définitions nous permettront de mieux comprendre ce qui est plus compliqué dans une relation avec des personnes de culture autre, à partir de l'extrait suivant:

- 21 El rhammu maintenant est-ce que vous avez aussi en gériatrie des patients qui parlent pas la même langue
- 22 M il y a des patients qui parlent la même langue mais qui ont pour des raisons diverses qui ne se font pas comprendre\ tel qu'on tel qu'on veut le tel qu'on le conçoit c'est-à-dire des patients déments. dans un stade avancé c'est-à-dire qui ont des problèmes de langage où il y a une expression essentiellement non verbale de l'agressivité de la douleur et caetera même si ils s'expriment c'est un discours incohérent dans cette phase

terminale de la maladie ou tout ce qui est maladie neurologique post-traumatique accident vasculaire cérébral où là aussi on a des difficultés d'expression d'aphasie ça c'est pour des gens de langue maternelle française mais déjà il y a des obstacles de maladie/ maintenant des problèmes de personne qui ne sont pas de langue maternelle française qui sont de culture différente\ en gériatrie c'est rare c'est rare\ pourquoi/ c'est encore rare euh comment c'est rare qu'on ait des gens avec qui on ne puisse pas communiquer qu'il y a aucune possibilité parce que c'est vrai qu'il y a des gens des immigrés euh italiens espagnols portugais du babyboom ces gens y se sont installés là ils ont grandi et puis et caetera.. en général avec ces gens là on arrive toujours à communiquer dans la compréhension maintenant on a l'impression qu'on peut communiquer et qu'il n'y a pas de malentendus maintenant les finesses de la langue quand on la parle pas c'est toujours difficile\ mais si on parle de gens d'autres cultures que je côtoyais quand je travaillais à Genève où c'est plus cosmopolite et où il y avait beaucoup de réfugiés des gens qui faisaient venir leur familles alors on en avait des des des réfugiés de l'ex-Yougoslavie en particulier mais ici des gens comme ça on en a moins en gériatrie mais là c'était un réel problème socioculturel \ici j'ai connu un une situation vraiment difficile d'une dame turque qui avait un problème neurologique qui était handicapée elle avait fait un abcès cérébral qui ne parlait pas un mot de français pas un\ elle était pas si âgée que ça mais elle avait fait un séjour en réhabilitation en médecine chronique. après opération neurochirurgicale il y avait une cinquantaine d'années et là c'était très difficile au niveau de la communication au jour le jour

23 E1 rhummu

24 M et là toute la communication était en fait filtrée par la famille avec aussi tout ce qui était les barrières c'était une dame musulmane les barrières culturelles et sociales on avait comme interlocuteur privilégié le mari qui était bilingue mais enfin on avait des fois l'impression qu'il ne traduisait que ce qu'il avait bien envie de traduire parce que ça l'arrangeait dans la gestion de la situation ça c'est vraiment un cas difficile pourquoi parce que cette femme s'exprimait dans sa langue à la visite c'était sa famille qui traduisait et sa famille ne pouvait pas toujours être là[(DOMI.1. MSP).

Dans cet extrait, le médecin nous parle de la communication et nous dit que l'on pense que les personnes qui parlent notre langue, qui sont dans notre pays depuis longtemps, qui ont grandi dans notre pays peuvent facilement

communiquer, qu'il n'y a pas de malentendu sauf peut-être concernant les finesses de la langue. Nous pouvons dès lors émettre deux hypothèses:

- ◆ les finesses de la langue ne sont pas toujours comprises par les personnes d'origine de langue française non plus
- ◆ dans la communication avec une patiente de l'ex-Yougoslavie, il y a avant tout un problème socioculturel en terme de barrière, plus le filtre du tiers.

Pour le médecin, le problème se trouve au sein de la communication, car son message redit (traduit) par le médiateur n'est plus le même que lorsqu'il l'a énoncé lui-même, la personne traduisant ce qui lui convient. Mais le problème est posé avant tout en terme de culture plus que comme un problème de traduction en soi, donc de communication verbale. La représentation que le médecin a de la médiation est qu'elle rend la communication difficile, qu'elle fait office de filtre et met des barrières sociales et culturelles. Dans toute situation relationnelle, il reste nécessairement quelque chose de non formulé, quelque chose que le langage a laissé dans l'ombre, qui correspond peut-être à ce que le patient désire garder pour lui, son secret.

Selon ce médecin, la situation de médiation est de deux ordres:

- ◆ de l'ordre de l'opacité
- ◆ de l'ordre de la complexité

Il parle d'un discours non transparent car, s'il y a médiation, il y a épaisseur du discours, alors que la médiation devrait être au service de la communication, elle devrait la clarifier.

Dans les représentations courantes, la communication est, devrait être transparente et là, il y a bien ce qui relève du (mythe de la transparence). Alors que la médiation devrait rendre à la communication interculturelle sa transparence, elle la rend opaque. Mais cette opacité caractérise en fait tout discours (*cf.* Récanati, 1979), tout en pouvant être plus ou moins dense, plus ou moins perçue, plus ou moins utilisée comme ressource stratégique, pour garder le pouvoir par exemple.

A ce stade, nous pouvons effectuer un parallèle avec la position de l'infirmière, qui a ce rôle de médiation, d'interprète professionnelle. Elle a pour fonction de traduire le langage médical en langage accessible, vulgarisé pour le patient, elle essaie de rendre le discours médical transparent, compréhensible pour le patient. Elle a pour fonction un rôle facilitateur en tant que médiatrice. D'un autre côté, elle se fait également l'interlocutrice pour le patient vis-à-vis du médecin. C'est ce qui nous amène à la question de la dualité dans la relation. Très souvent, le format interactionnel de base est vu comme duel, reliant deux acteurs, définis, dans le cadre institutionnel du moins, en miroir, un acteur ayant le pouvoir sur l'autre. Voir la situation

comme trilogale, dans le cas de l'intervention d'un médiateur ou de la relation médecin-infirmier-patient, amène à reconsidérer les rôles de chacun.

Ceci nous permet de poser deux nouvelles hypothèses:

- ◆ toute situation de trilogue configure ce qui va se passer par la suite, il est donc utile de considérer la situation de médiation, dès le départ, à trois, à un niveau de trilogue
- ◆ le malaise face à l'introduction d'un médiateur est de l'ordre de l'attente de ce rôle en terme de dualité et de transparence alors qu'il y a mise en évidence d'un caractère profondément opaque du discours en sa présence.

L'opacité, si elle est reconnue, est une chance car elle permet alors le réajustement et l'on peut construire le discours en fonction d'elle. Le médiateur peut éclaircir le passage d'une langue à l'autre, mais atteindre la transparence du discours ne ferait que nier l'opacité, l'écarter, et contribuerait alors qu'à la raffermir. L'enjeu majeur est d'arriver à un point de satisfaction dans l'intercompréhension, point plus difficile à trouver dans la communication interculturelle et appelant diverses stratégies ou aides extérieures.

*J'ai oublié le mot que je voulais dire, et l'idée
immatérielle va retourner dans le palais des ombres.*

(poème d'Ossip, E. Mandelstam, l'hirondelle)

Bibliographie

- Barette, V. *et al.* (1993). *Guide de communication interculturelle*. Québec: ERPI.
- Bischoff, A., Loutan, L. & Stalder, H. (2001). Barrières linguistiques et communication dans une policlinique de médecine. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 193-207.
- Gajo, L. *et al.* (2001). Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services? *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 153-174.
- Legault, G. (2000). *L'intervention interculturelle*. Québec: Gaetan Morin.
- Mader, J. (2000). Soins aux migrants: être compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client. *Soins infirmiers*, 8, 66-70.
- Mucchielli, A. *et al.* (1998). *Théorie des processus de la communication*. Paris: Armand Colin.
- Nykees, V. (1998). *La sémantique*. (Collection Sujets). Paris: Belin.
- Récanati, F. (1979). *La transparence et l'énonciation. Pour introduire à la pragmatique*. Paris: Seuil.
- Singy, P. (2001). Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 175-192.