
Communication médicale: expériences du personnel de la santé avec les réfugiés francophones au Ghana

Fiawomorm Kofi Fiagbe
Department of Arts Education
University of Cape Coast
fiagbek@ucc.edu.gh

Edem Kwasi Bakah
Department of French
University of Cape Coast
ebakah@ucc.edu.gh

Jonas Kwabla Fiadzawoo
Department Language and Information Studies
University for Development Studies
fiadzawoo@uds.edu.gh

Résumé

La barrière linguistique dans la communication en matière de santé reste un défi à la prestation efficace de soins de santé, surtout lorsque les professionnels de la santé et les clients ne parlent pas la même langue. Cet article examine les expériences de communication des professionnels de la santé travaillant dans des communautés francophones du Ghana. L'objectif est d'effectuer une analyse des besoins communicatifs des soignants dont les tâches communicatives reposent sur la compréhension et l'utilisation du français. Fondée sur l'approche actionnelle, l'étude a adopté une méthode qualitative descriptive utilisant des entretiens Vs pour recueillir des données auprès de 12 professionnels de la santé dans trois centres de santé aux camps de réfugiés francophones et dans un hôpital de service spécialisé au Ghana. Les résultats ont montré que les professionnels ghanéens de la santé sont censés effectuer des tâches communicatives médicales de nature orale, avec quelques tâches écrites. L'étude recommande donc que les professionnels de la santé sur le terrain et ceux en formation dans les écoles de médecine, les écoles de santé et d'autres institutions de formation paramédicale au Ghana soient formés à communiquer dans les diverses situations de communication médicale établies par la recherche. Cela permettrait de soutenir dans l'avenir, l'enseignement/apprentissage du français au Ghana ainsi que d'améliorer l'efficacité et la pratique professionnelle du personnel ghanéen de la santé.

Mots-clés : Réfugiés, communication, compétences, francophone, personnel soignant, tâches

Abstract

Language barrier in health communication remains a challenge to effective healthcare delivery especially when the health professionals and the clients do not speak the same language. This paper examines the communicative experiences of health professionals working in

francophone communities in Ghana. The objective is to carry out a communicative needs analysis of such health professionals whose medical communicative tasks require some French. Based on the action-oriented approach, the study adopted the descriptive qualitative method using interview to collect data from 12 health professionals working at three francophone refugee camp health centres and a referral health facility in Ghana. The results showed that Ghanaian health professionals are required to perform medical communicative tasks which are basically oral in nature with a few written ones. The study therefore recommends that health professionals on the field and in the medical schools, colleges of health and other allied health training institutions in Ghana should be trained to communicate in the various medical situations as established by the research in order to sustain the teaching/learning of French in Ghana as well as improve upon the effectiveness and the professional practice of Ghanaian health professionals.

Key words: Communication, competences, Francophone, health professionals, tasks.

INTRODUCTION

Plusieurs chercheurs de la communication médicale (Edu-Buandoh, 2015 ; L'Accueil Francophone de Thunder Bay, 2011 ; Moukrim, 2017) partagent l'avis qu'une communication médicale efficace joue un rôle important dans le soin des patients. Ainsi, dans des contextes de communication médicale où il existe une barrière linguistique entre le personnel et les patients, la qualité du soin reste douteuse. Selon Bowen (2001), chez les francophones minoritaires au Canada, la barrière linguistique a des effets négatifs sur l'accès aux services de santé, la qualité des soins, les droits des patients, l'efficacité de la communication patient-médecin et sur la santé elle-même.

La présence des Francophones dans des centres de soin au Ghana créant de la barrière linguistique dans l'espace hospitalier ghanéen est devenue un sujet important national avec l'arrivée des réfugiés ivoiriens dans les années 2010/2011 suite aux crises politiques ivoiriennes. Le flux de réfugiés ivoiriens a donc nécessité la création de trois (3) camps de réfugiés : le Camp d'Ampain, le Camp d'Egyeikrom et le Camps de Fetentaa. Cependant, à partir de 2017, Ghana Health Service a pris en charge, la gestion de ces centres de soin en termes de ressources humaines et de fournitures médicales. Dans des cas complexes, les patients et le personnel soignant visitent les hôpitaux proches des services de soin spécialisés. Ainsi, la fourniture du soin médical dans les 3 centres de santé dédiés aux camps susmentionnés ou aux centres de soin d'orientation se caractérise par des barrières linguistiques dans la mesure où le personnel soignant ghanéen dépourvu de compétence communicative en français (De Souza, 2015) se voit obligé de communiquer avec des patients réfugiés francophones dans le cadre de leur profession.

Les recherches en communication médicale au Ghana (Edu-Buandoh, 2015 ; Nagbine, 2015 ; Nartey, 2015) se focalisent sur des personnes parlant l'anglais ou les langues ghanéennes. Peu de recherches (Chachu, 2020 ; De-Souza, 2015) ont été consacrées à étudier les difficultés et stratégies de la communication médicale entre le personnel médical et les patients francophones, ne prêtent pas attentions particulières aux besoins communicatifs du personnel, notamment aux différents contextes et situations cliniques dans lesquels les tâches médicales communicatives se manifestent et les difficultés de communications rencontrées par le personnel travaillant avec les réfugiés francophones au Ghana. Ce sont ces difficultés que la présente étude cherche à explorer et à analyser. Pour y arriver, l'étude répond aux questions suivantes :

1. En quoi consistent les tâches communicatives médicales souvent réalisées par le personnel de la santé ?
2. Quelles sont les difficultés de communication rencontrées par les professionnels sanitaires ghanéens avec les patients francophones ?

FONDEMENT THÉORIQUE

La présente étude cherche à analyser les expériences de communication des professionnels ghanéens de la santé avec des clients francophones afin de fournir les données nécessaires pour améliorer l'enseignement/apprentissage du français médical dans ce pays. La perspective actionnelle, selon le Conseil de l'Europe (2001, p. 15) nous servira d'appui dans cette démarche. Ce Conseil considère l'utilisateur de la langue comme un acteur social qui développe la compétence à communiquer langagièrement afin d'accomplir des tâches. La notion de « compétence », d'après Gerard et Roegiers (1993) est la possibilité pour un individu de mobiliser de manière intériorisée, un ensemble intégré de ressources en vue de résoudre une famille de situations-problème.

La notion de compétence se situe aux niveaux linguistique, sociolinguistique et pragmatique (Conseil de l'Europe, 2001).

La *composante linguistique* comprend les quatre compétences de base de la communication, à savoir la compréhension orale et écrite d'une part et l'expression orale et écrite d'autre part, dont la maîtrise dépend de la connaissance du lexique, de la morphologie, de la syntaxe, de la sémantique et de la phonologie, éléments indispensables pour pratiquer une langue.

La *composante sociolinguistique* de laquelle est née la notion de *situation de communication* concerne l'analyse de la situation de communication portant essentiellement sur le statut, le rôle, l'âge, le rang social, le sexe des participants, le but de la communication, le lieu de l'échange, la tonalité, le médium, les normes de l'interaction et le genre de discours auquel appartient la communication (Hymes, 1984).

La *composante pragmatique* (*composantes fonctionnelle, discursive ou énonciative*) porte sur des intentions qui animent un locuteur, et les actes de paroles aussi bien que les genres de discours adoptés pour atteindre cette intention, que ce soit des énoncés oraux ou écrits.

Dans le domaine de la communication médicale, Richards et al. (2010), proposent quatre compétences de la communication à neuf éléments.

La première compétence est l'*accomplissement des fonctions génériques à dimensions communicationnelles*. À ce niveau, il existe deux fonctions de la communication médicale : échanger l'information et établir une relation avec le client en considérant les dimensions cognitives, affectives et sociales.

La deuxième compétence est la *réalisation des tâches pendant la communication*. Il s'agit des tâches transversales qui consistent à structurer l'interview, à construire la relation (tout au long de l'interaction) et des tâches séquentielles (étapes de l'interview) qui comprennent le début de l'interview, le recueil de l'information, l'explication et la planification des diagnostics, l'investigation, le traitement et la fin de l'interview.

La troisième compétence concerne l'*adaptation de l'interview médicale à la variété des pratiques cliniques*. Cette adaptation tient compte de l'âge et du sexe des patients Cette compétence tient également compte des situations cliniques (problème de santé mentale ; problème de dépendance d'alcool, et d'autres drogues, problèmes stigmatisants, problèmes

cognitifs, entre autres) et des contextes ou des lieux de soin (la salle d'urgence, le cabinet de consultation, le domicile du patient entre autres).

La quatrième compétence comprend *l'interaction avec une multiplicité d'interlocuteurs* (autres que le client) et les différents moyens de communication. Par rapport aux autres interlocuteurs, le professionnel de la santé doit tenir compte des variables telles que le statut hiérarchique dans la relation, le degré de connaissance, les droits de responsabilité et le respect de la confidentialité des échanges. Selon les circonstances, le professionnel de la santé peut entrer dans la conversation avec les interlocuteurs par sa présence physique, par téléphone, par voie électronique (texte SMS, Internet avec vidéo ou visioconférence, site web des cliniques et des hôpitaux), par écrit et par conférence.

Bien que le modèle de Richard et al. (2010) nous fournisse les éléments essentiels de la communication médicale, ce modèle se focalise sur le médecin comme le point de focus d'une telle activité, avec peu ou aucune considération d'autres professionnels de la santé. Ainsi, notre analyse des situations cliniques de communication prend en compte le médecin, le pharmacien, l'infirmier et la sage-femme, car, à notre avis, ce sont les professionnels les plus rencontrés par les patients. Les rôles de ces professionnels de la santé peuvent apporter d'autres dimensions de la communication médicale concernant le soin des patients.

DÉMARCHES MÉTHODOLOGIQUES

Le public cible de l'étude comporte les professionnels ghanéens de la santé exerçant leurs métiers dans les communautés de réfugiés francophones au Ghana. Par professionnel de la santé, nous entendons la personne exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2006). Pour répondre aux questions de recherche, l'étude a adopté la perspective descriptive qualitative où le nombre d'entretiens importe peu, car, l'objectif n'est pas la représentativité, mais la recherche des particularités à la communication médicale dans des situations diverses. Ainsi, les données ont été recueillies chez 12 professionnels de la santé sélectionnés grâce à l'échantillonnage de boule de neige. Ces professionnels étaient de spécialités variées de 3 centres de santé aux camps de réfugiés d'Ampain, d'Egyeikrom et de Fetentaa. A ces trois centres s'ajoutent des soignants de l'University of Cape Coast Hospital qui ont été interrogés à travers un guide d'entretien semi-dirigé. Les centres de santé ont été sélectionnés à l'aide de l'échantillonnage raisonné. Les entretiens ont été réalisés en anglais dans les lieux de travail et aux différents moments de la journée choisis par les participants. La répartition de l'échantillonnage est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1: Catégories Professionnelles des Participants

CATÉGORIES DES PROFESSIONNELS	Région Ouest	Région Centrale	Région Bono Ahafo	Pourcentage
Médecin	-	1	-	8,3
Médecin assistant	-	-	1	8,3
Pharmacien	-	1	-	8,3
Sage-femme	1	1	1	25
Infirmier généraliste	2	-	1	25
Aide-soignant	-	-	1	8,3
Technicien de dossiers médicaux	-	-	1	8,3

Responsable de centre médical	-	-	1	8,3
TOTAL	3	3	6	100

Source : Enquête de terrain, 2023

Chaque séance d'interview a été codée en tenant compte de la spécialité de l'informateur, le lieu, le type de centre de santé et l'année de l'enregistrement. Le système orthographique est ainsi employé pour la transcription mais les phénomènes discursifs tels que la répétition, le discours inachevé sont gardés pour maintenir l'oralité des données (Bakah, 2010). Les extraits sont analysés en employant l'approche thématique afin de privilégier les thèmes discursifs sur les différentes situations de la communication médicale.

RÉSULTATS

En vue de répondre à nos questions de recherche portant sur (1) les tâches communicatives médicales accomplies et (2) les difficultés de communication rencontrées par les professionnels des centres de soins fréquentés par les réfugiés et d'autres personnes francophones, les résultats sont présentés sur la base d'une analyse thématique des extraits tirés des entretiens.

Tâches médicales communicatives réalisées par le personnel de la santé

L'extrait 1 présente l'une de ces tâches principales, celle de *consulter* à laquelle s'ajoutent d'autres sous-tâches telles qu'accueillir le patient francophone au centre de soin, le questionner, lui faire l'examen clinique, le diagnostiquer, discuter les résultats de l'examen avec le patient et lui prescrire l'ordonnance.

Extrait 1: Consulter

PA1F	A lot! For example, when they come for consultation, or when we are doing follow-up during home visits. And sometimes too for education.
------	--

Source : Enquête de terrain (PA1/FETENTAA/HC/2019)

Dans l'extrait 1, un médecin assistant, PA1F explique qu'il a besoin du français pour la consultation et d'autres tâches médicales. D'après Cosnier et al. (1993), les différentes séquences de la consultation se présentent comme suit : l'ouverture, la définition du problème, l'examen clinique, le diagnostic (ou résultats de l'examen), la discussion du diagnostic, la prescription et la clôture. Mourlhon-Dallies et Tolas (2007) partagent le même avis en expliquant que la consultation en France comporte six étapes qui sont la salutation ou la prise de contact, le questionnement du malade par le médecin, l'auscultation et/ou l'examen de résultats d'analyse de radios, le diagnostic, la prescription et la prise de congé. Notre conception de la consultation comprend ainsi les étapes suivantes : 1. Accueillir le client 2. Questionner le client 3. Faire l'examen clinique 4. Faire le diagnostic 5. Discuter des résultats de l'examen avec le concerné 6. Prescrire l'ordonnance et/ou un examen complémentaire. 7. Prendre congé. L'extrait 2 nous situe par rapport à l'accueil des clients.

Extrait 2: Accueillir le patient francophone au centre de soin

PA1F	Normally in French, “ <i>Bonne arrivée</i> ”! And then they would start “ <i>Merci</i> ”. And then I would ask <i>Oh, tu as quoi?</i> Or if like I have a personal thing with the person already, you just start with that conversation before we switch to the main issue.
------	---

Source : *Enquête de terrain (PA1/FETENTAA/HC/2019)*

Dans l'extrait 1, PA1F, un médecin-assistant parle de comment accueillir les clients francophones. Selon PA1F, pour saluer le client lorsque celui-ci arrive dans la salle de consultation, le premier dit en français, *Bonne arrivée* et le second répond *Merci*. PA1F explique que selon les circonstances surtout lorsque le personnel et le patient se connaissent déjà, il peut également commencer une conversation informelle avec le client avant d'entamer le problème que le patient présente. La salutation des patients/la prise de contact avec eux demeure ainsi une étape importante dans la consultation et peut s'analyser aux niveaux de la compétence sociolinguistique, pragmatique et linguistique (Conseil de l'Europe (2001)).

Par rapport à la compétence sociolinguistique, les personnels de la santé sont censés être capables de saluer les clients en respectant les codes sociaux (1) aux différents moments de la journée (matin, midi, soir, nuit) ; (2) aux différentes occasions (pour vérifier l'état de santé d'une personne malade etc.); (3) dans de différents endroits/contextes (à l'hôpital de soins de longue durée, à domicile du patient, entre autres). Le non-respect des codes sociaux peut mener au *dysfonctionnement de la communication* à cette occasion.

La *compétence pragmatique* permet au personnel de la santé d'établir et de construire une relation de confiance entre lui-même et les clients francophones à travers la salutation pour mettre le client à l'aise (Richard et al., 2010). Par exemple, le professionnel soignant peut saluer le patient francophone par : *Bonjour ! Comment ça va ?* (De façon générale ou lorsque quelqu'un est malade) ; *Comment va la santé ?* (Pour vérifier l'état de santé de quelqu'un); *Ça va aller, bonne guérison,* (Pour encourager, rassurer un client en douleur) et *Félicitations* (Pour un patient qui est sorti d'un problème de santé, par exemple, un accouchement réussi, une guérison complète de la TB) (Fassier & Talavera- Goy, 2008, p. 29) dans le but d'établir un bon rapport avec le patient et de gagner sa confiance. À part la salutation, accueillir le client peut impliquer la prise de contact parfois commençant par le personnel soignant qui se présente au patient et lui demande des coordonnées comme le nom, le prénom, l'adresse, le numéro de téléphone (Conseil Médical de Canada, 2018). Lorsqu'il s'agit de prendre les coordonnées du client, le professionnel de la santé doit être capable de prendre note de ces coordonnées du client.

Au niveau de la *compétence linguistique*, la conjugaison au présent de l'indicatif des verbes employés pour se présenter devient incontournable. Nous notons par exemple, les verbes : *s'appeler, se nommer, s'asseoir, venir, travailler, habiter*. Il importe aussi de situer l'emploi de *tu/vous* en contexte. - *Tu* pour des individus que l'on connaît et *vous* pour des individus que l'on ne connaît pas (Fassier & Talavera- Goy, 2008, p. 29). Les techniques d'interrogation deviennent indispensables du début à la fin de la conversation : *Comment vous vous appelez ?* (Intonation montante) ; *Où habitez-vous ?* (Inversion du sujet), etc. C'est ainsi que cet acte de socialisation mène à l'interrogation du patient comme illustré par l'extrait 4.

Extrait 3: Questionner le patient

ERN 3A	An occasion like consulting, maybe someone will come with a condition, you have to ask some questions, [...], you being a health personnel, you need to ask the person certain questions to arrive at your diagnosis.
--------	---

Source : *Enquête de terrain (ERN3A /AMPAIN/HC/2019)*

D'après l'infirmière, SRN3A au niveau de l'extrait 3, l'interrogation se produit pendant la consultation. Cela consiste à poser toute sorte de questions (directe, indirecte, fermée et ouverte) pour amener le patient à dire ce qui ne va pas chez lui. Questionner le patient permet alors de définir son problème afin d'établir le diagnostic (Mourlhon-Dallies et Tolas, 2004). Selon Fassier et Talavera-Goy (2008, p. 39), l'interrogatoire d'un patient comprend les étapes suivantes : 1. Le motif de consultation ; 2. Les antécédents (familiaux, médicaux, entres autres) ; 3. Les traitements habituels ; 4. Le mode de vie et 5. L'anamnèse (histoire de la maladie).

Sur le plan sociolinguistique, il est important de remarquer que d'habitude, l'interrogation du patient se déroule dans la salle de consultation. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une interaction entre le médecin et le patient. Cependant, comme illustré dans l'extrait 3, d'autres professionnels de la santé comme le médecin assistant, le pharmacien, l'infirmier, la sage-femme, l'aide-soignant s'engagent dans l'interrogation des patients aux centres de soins où il n'y a pas de médecin. Quel que soit le personnel en charge de l'interrogation, l'âge, le sexe et la condition du patient doivent être pris en compte au cours de l'interrogation. Ainsi, l'hétérogénéité du public indique que les professionnels de la santé doivent prendre en compte ces dimensions situationnelles pendant le questionnement du patient.

Sur le plan pragmatique, questionner le patient consiste de la part de l'infirmier à demander au patient pourquoi il se présente à l'hôpital : *Comment puis-je vous aider ? Qu'est-ce qui ne va pas ?* entre autres. Le personnel cherche ensuite à identifier les symptômes et la nature des maux : *Où ressentez-vous la douleur ? Ça fait très mal ?* et la date aussi bien que le moment où survient la douleur : *Depuis quand ressentez-vous la douleur ? À quel moment ?* Si besoin est, on pose des questions aussi sur les antécédents et les habitudes : *Dites-moi, est-ce que vous fumez ?* Comme le questionnement du patient est un acte d'évaluation de sa condition de santé, cet acte requiert les différentes techniques de questionnement dans les trois domaines, à savoir, le domaine cognitif (Krathwohl, 2002), le domaine affectif et le domaine psychomoteur (Berthiaume & Daele, 2013).

Au niveau de la compétence linguistique, les professionnels de la santé sont censés employer correctement les mots, les expressions et les techniques d'interrogation en français (Larousse, 2006, p. 81). Il s'agit d'abord de l'interrogation au moyen d'*est-ce que, est-ce qui*, sans modifier l'ordre sujet-verbe. Par exemple, *Est-ce que vous buvez de l'alcool ?* Il y a aussi l'interrogation par intonation montante : *Vous fumez ?* Nous notons également l'emploi de l'inversion du sujet, par exemple, *Êtes-vous malade ?* et les mots interrogatifs : *On a mal où ?* À cela ajoute, l'interrogation indirecte au moyen de *si, ce qui* et *ce que* : *Je ne sais pas si vous avez de la fièvre.* L'interrogation du patient mène ainsi à l'examen clinique.

Extrait 4 : Faire l'examen clinique

PA1F	<i>For example, let's take abdominal examination. You instruct the patient: "pull the shirt, if it is a lady, you ask her to cover the breast, to pull the shirt and leave just the abdomen for you. Then you just ask the exact place where he or she is having the pain.</i>
------	--

Source : *Enquête de terrain (PA1/FETENTAA/HC/2019)*

Faire l'examen clinique exige un certain niveau de compétence sociolinguistique. Dans ce sens, le médecin assistant est censé respecter les protocoles, les normes et les procédures (Hymes, 1984) de l'examen clinique. Selon PA1F, cela consiste à informer le patient de l'examen et la nécessité d'un tel examen, d'expliquer au patient la nature de l'examen pour permettre à ce dernier de décider de se soumettre à l'examen ou non. En respectant ces normes

de l'examen, le personnel doit continuer sur le plan comportemental à construire et à entretenir une relation de confiance entre lui et le patient (Richard et al. 2010). Ainsi sont à éviter, les comportements de pouvoir qui font perdre la face, par exemple, les *ordres directs*, les parlers décourageants, les menaces, les insultes, le non-respect de la personnalité des patients, les moqueries des conditions de santé des patients (Fassier et Talavera-Goy, 2008, p. 81).

Au niveau de la compétence pragmatique, examiner le patient exige certaines fonctions de langue de la part des professionnels de la santé. Il s'agit d'abord de savoir *structurer son discours* (Conseil de l'Europe, 2001, p. 98) sur le plan thématique pour assurer la cohésion et la cohérence. Par rapport à l'échange, nous pouvons situer l'examen à trois niveaux : *activité d'échange pré-examen*, *activité d'échange pendant l'examen* et *activité d'échange post examen*. Les activités d'échange pré-examen comprennent informer le patient d'un tel examen, justifier pourquoi l'on doit faire l'examen, expliquer la nature de l'examen et enfin obtenir l'accord du patient pour mener l'examen. Informer le patient par exemple consiste à lui préciser le test à mener et justifier pourquoi : *Bon, je vais donc demander une échographie, d'accord ?* (Conseil Médical du Canada, 2018). En ce qui concerne l'échange pendant l'examen, il s'agit principalement de donner des consignes au patient de se comporter de certaines manières et parfois de demander les sentiments du patient : *Tirez l'habit vers le haut, mais couvrez les seins, laissant seul l'abdomen*. L'échange post-examen est abordé au niveau de l'extrait 6.

Au niveau de la compétence linguistique, le professionnel de la santé doit être capable d'employer le futur proche, le subjonctif et le conditionnel présent pour informer le patient du test à faire. Par exemple, *Je vais faire...* (futur proche); *Il faudrait faire ...* (conditionnel présent). Le soignant est également censé se familiariser avec le vocabulaire sur : (1) les différentes parties du corps humain où s'effectuent ces tests : *J'ai mal à la tête* et (2) les différents tests : *il faut faire une analyse d'urine*. Pour expliquer l'objet d'un examen, on peut utiliser les conjonctions de but *pour*, *afin de*, suivies d'un verbe à l'infinitif alors que le verbe à l'impératif sert à donner des consignes : *Remonte la chemise*. Le professionnel peut aussi transformer les instructions directes à l'imparfait, en question ou en affirmation contenant le verbe *pouvoir*. Par exemple : *Asseyez-vous s'il vous plaît* se transforme en (1) question : *Est-ce que vous pouvez vous asseoir ?* (2) affirmation : *Vous pouvez vous asseoir*. L'examen clinique peut aboutir cependant au diagnostic qui exige aussi des tâches communicatives médicales en français.

Extrait 5: Faire le diagnostic

SGF3A	Then afterwards, you combine the vitals and the findings, the examination that you did to detect any deviations from the normal. Then you ask the person, let's say the previous complaints the person made, [...]. Afterwards, you come by your diagnosis and your treatment.
-------	--

Source : *Enquête de terrain*) (SF3/AMPAIN/HC/2019)

L'extrait 5 présente un cas de diagnostic dont parle la sage-femme (SGF3A). Selon la sage-femme, le diagnostic est le résultat de la combinaison de plusieurs démarches médicales : mesure de constantes vitales, la palpitation et les antécédents médicaux. Cette étape de la consultation consiste à établir le rapport entre les résultats de l'examen, le questionnement et d'autres examens préliminaires (tension, fréquence cardiaque, température, auscultations, etc.) aussi bien que les examens complémentaires (Rayons "X"; Échographie et Échodoppler,

Scanner/Tomodensitométrie- TDM ; Imagerie par résonance magnétique nucléaire-IRM ; Mammographie, Radiographie, Endoscopie, etc.) (Fassier et Talavera- Goy, 2008, p. 82).

Sur le plan sociolinguistique, faire le diagnostic exige le respect de quelques normes de base en ce qui concerne le comportement langagier du professionnel. Cela consiste d'abord à choisir l'anglais, la langue officielle du Ghana pour noter les plaintes des patients francophones dans le carnet de santé ghanéen.

Au niveau de la compétence pragmatique, il est nécessaire de la part des professionnels de reformuler la parole du patient en langage médical. Par exemple, *J'ai des boutons sur le visage* veut dire dans le langage médical *J'ai de l'acné* (Mourlhon-Dallies et Tolas, 2004, p.6). Selon Fassier et Talavera- Goy (2008, p. 46), il existe très souvent une différence entre les mots employés par les patients pour exprimer leurs problèmes et les mots médicaux pour décrire ces symptômes. Cet écart est donc l'une des difficultés importantes de l'apprentissage de l'interrogatoire médical et la sémiologie médicale.

En ce qui concerne la compétence linguistique, la traduction des mots des patients en des mots médicaux est un acte de *reformulation*. Selon Kara (2004) la reformulation peut être *paraphrastique* (redire la même chose dans d'autres mots) à l'aide des marqueurs comme *c'est-à-dire*, etc. ou *non paraphrastique* (redire la même chose sous forme de résumé, inférence, etc.) à l'aide des marqueurs comme *au fond*, *en définitif* et parfois sans marqueurs etc. La reformulation constitue ainsi l'une des compétences requises du personnel de la santé lorsque qu'il s'agit de faire des diagnostics.

Extrait 6: Discuter les résultats de l'examen avec le patient

SGF3A	<i>Eh, let me give an example, if you have missed or had an aborted pregnancy, IUD, fetus dies in your womb, when we detect that, it is not easy [...]. First of all, you would like to involve a relative, like the husband, then you psyche them: God gives and it is God that takes. [...]. So, we make sure we psyche them very well [...].</i>
-------	---

Source : *Enquête de terrain* (SGF3/AMPAIN/HC/2019)

L'extrait 6 illustre la discussion du résultat d'un examen par une sage-femme (SGF3A) avec un couple au sujet d'une grossesse avortée. Sur le plan sociolinguistique, nous remarquons que la sage-femme dans cette situation reconnaît d'abord qu'il s'agit d'un sujet délicat (Richard et al., 2010) dont les concernés ont besoin de l'affection et de l'attention particulière. La sage-femme respecte ainsi le droit de confidentialité du patient en demandant son accord par rapport aux proches (mari, enfants, parents, amis) qui doivent être au courant de la situation et venir à son aide pour gérer la situation. Une fois que ces individus sont identifiés, la sage-femme prépare psychologiquement le patient ou le couple et révèle la nouvelle d'une manière professionnelle. Dans une telle situation, une combinaison de comportement verbal et non verbal sont requis pour gérer la situation.

Sur le plan pragmatique, la sage-femme commence par s'identifier à la situation du patient : *Ce n'est pas facile, en ce moment l'on est triste*. Ensuite, elle invite un membre de la famille et prépare le client sur le plan psychologique pour accepter sa condition en invoquant la force divine : *C'est Dieu qui donne et c'est lui qui prend*. Puis vient la nouvelle enchaînée dans les conseils cliniques : *Votre santé, [...], si vous l'avez, Dieu peut vous donner un autre*, de sorte que les boutons émotionnels ne soient pas trop appuyés. La sage-femme encourage aussi le patient en soulignant les opportunités et les aides qui existent pour lui. Dans tous ces enchaînements stratégiques de propos, il s'agit de la fonction de structurer les discours (Conseil

de l'Europe, 2001, p. 98) de manière progressive pour éviter le choc psychologique. Les expressions employées par la sage-femme constituent des actes de parole et des comportements linguistiques indispensables nécessaires pour accomplir de telle tâche communicative.

Par apport à la compétence linguistique, discuter les résultats de l'examen avec le patient est basée sur l'expression *L'enfant que vous portez est parti (est mort)* au niveau de l'extrait 6. Nous pouvons découper cette expression en deux : l'expression de *certitude* et l'expression d'*incertitude* (Mourlhon-Dallieset Tolas, 2004, p.19). D'une part, l'expression de certitude nécessite l'emploi de l'indicatif (présent ou passé) lorsque le personnel de la santé est plus ou moins sûr du résultat : *L'enfant que vous portez est parti (est mort)*. Dans cet exemple, *est parti...* est un indicatif du passé de certitude. D'autre part, l'expression d'incertitude se manifeste si le professionnel de la santé a des doutes par rapport au résultat de l'examen : *Vous avez probablement la typhoïde. Probablement* est une expression d'incertitude. La discussion des résultats mène à la prescription illustrée au niveau de l'extrait 7.

Extrait 7: Prescrire l'ordonnance

PH1 UCC	We touch on what the medicine will do, how it will work in the patient's body, we talk about the dosage, we talk about how the person will take it: if the person is going to swallow, chew or is going to apply it on the body, whichever, we also touch on what the person should expect, if he was to begin using that medication [...]. And how the medication would need to be stored or to be kept.
------------	---

Source : *Enquête de terrain (PH1/UCC/ HP/2019)*

Dans l'extrait 7, le pharmacien (PH1UCC) explique les renseignements au patient. La compétence sociolinguistique ici consiste essentiellement à adopter la langue et la variété de langue que comprend le client. Notamment le français et ses variétés (Le Marchand, 2006) comprennent le français populaire ivoirien (FPI), le nouchi et le français standard puisqu'il s'agit des ivoiriens. À moins que le pharmacien et d'autres professionnels de la santé s'expriment en français ou soient aidés par un interprète, la communication risque d'être inefficace.

Au niveau de la compétence pragmatique, le pharmacien explique qu'en prescrivant l'ordonnance, on indique la fonction du médicament (*Efpac pour lutter contre le palu*) dans le corps du patient (*Vous pouvez avoir le vertige*), la posologie (*Paracétamol- 2*3/j*), quand prendre le médicament (*avant/après le repas, toutes les 8 heures du coucher*), comment prendre le médicament (*avalé, mastiquer*), ce que le patient doit escompter (*Vous allez avoir appétit*), les précautions à prendre dans la prise du médicament (*Ne prenez pas de lait*) ainsi que sa conservation (*à garder dans le frigidaire*).

Sur le plan de la compétence linguistique, le pharmacien donne les consignes et explique la prescription en se servant du présent, du futur et de l'impératif (Mourlhon-Dallies et Tolas, 2004, p.20). Au présent, la consigne peut être : *Le matin, vous prenez votre sachet de Gastripalgite*. Au futur, le pharmacien peut dire au client : *Vous donnerez deux cuillères de Paracétamol Sirop à l'enfant au coucher*. À l'impératif, le professionnel peut dire au client : *Appliquez sur la paupière 2 fois par jour pendant 10 jours*.

Difficultés rencontrées par les professionnels de la santé

Dans la réalisation des tâches médicales communicatives discutées plus haut, les professionnels ghanéens de la santé rencontrent certaines difficultés. Celle-ci sont relatives à la

compréhension des plaintes de patients, leur interrogation en français et la compréhension des ordonnances et d'autres documents médicaux en français.

Extrait 8: Difficulté à comprendre les plaintes des patients

SNO1F	French is very very important in the sense that, it helps us to understand our francophone clients and to meet their health needs. So, in the event, for example, today that the interpreters are not around, [...] <i>what am I going to do? I may end up misdiagnosing and mistreating the client.</i>
-------	--

Source : Enquête de terrain (SNO1/FETENTAA/HC/2019)

Dans l'extrait 8, l'infirmier, SNO1F note qu'il n'arrive pas à comprendre les plaintes des clients francophones. Le soignant indique que si le professionnel de la santé ne comprend pas le français, il court le risque de mal diagnostiquer la condition présentée. Pour Poles (2011), comprendre les plaintes des clients est indispensable tant pour valider les raisonnements et conduites des professionnels de la santé que pour obtenir le feed-back indispensable à leur formation continue. Comprendre les plaintes des clients francophones constitue ainsi une difficulté majeure des professionnels de la santé travaillant avec des clients francophones.

Extrait 9: Difficulté à interroger les clients directement en français

PA1F	So, if a pregnant woman comes, and I am fortunate to meet one pregnant woman who understands the English a bit, I have to call the person to come and listen to her fellow pregnant woman's complaints [...]. It is our major barrier here in the camp.
------	---

Source : Enquête de terrain (PA1F/FETENTAA/HC/2019)

À propos de l'extrait 9, PA1F indique que puisqu'il n'arrive pas à s'exprimer en français, il demande à d'autres patients qui parlent un peu l'anglais de servir d'interprètes entre lui et d'autres patients. Cette difficulté témoigne du phénomène de barrières linguistiques, qui, selon Bowen (2001), a des effets négatifs sur l'accès aux services de santé, la qualité des soins, les droits des patients, l'efficacité de la communication patient-médecin et sur la santé elle-même. Ainsi, bien que le questionnement du patient constitue une étape importante dans la consultation (Mourlhon-Dallies&Tolas, 2004), la pratique dans le camp des réfugiés compromet le droit à la vie privée des patients Francophones face au manque de compétence linguistique en français des professionnels ghanéens.

Extrait 10 : Difficulté à comprendre les médicaments et les carnets de santé en français

PA1F	Yes. <i>Sometimes they come with their medication which they were given there and you know the writing on the medication is in French.</i> Other times too they come with their hospital cards indicating their previous medical history but the language barrier makes it difficult to tap such information to facilitate our work.
------	--

Dans l'extrait 10, PA1F souligne qu'il n'arrive pas à comprendre l'ordonnance et les carnets de santé que les clients francophones amènent de leurs pays d'origine. Il s'agit des documents médicaux écrits à la main ou saisis à la machine que le professionnel de la santé doit lire afin de comprendre la condition du client et d'intervenir avec les mesures appropriées en vue de soigner le patient. La compétence exigée ici pour accomplir cette tâche, c'est la compréhension de l'écrit. Voilà pourquoi le manque de cette compétence demeure une difficulté majeure à laquelle les soignants font face lorsqu'ils ont à faire aux clients francophones.

DISCUSSION

Au terme de l'analyse, nous avons observé que les professionnels doivent accomplir un certain nombre de tâches communicatives en français dans des situations variées. À cet égard, les situations de communications médicales recensées dans cette étude, les tâches médicales accomplies dans chaque situation et les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Synthèse des situations de communication médicale pendant la consultation

S/N	SITUATIONS	TÂCHES	DIFFICULTÉS
1	Accueillir les patients francophones au centre de soin	1. Mettre le client à l'aise ;2. Établir un rapport de confiance avec le client ;3. Prendre les coordonnées du client	1. Antécédents médicaux incomplètes et inexacts des patients ;2. Difficulté à traduire les coordonnées du français en anglais
2	Questionner le patient	1.Poser des questions appropriées en français sur les antécédents afin de définir le problème de santé ;2. Comprendre les plaintes du patient	1. Incapacité du personnel à poser des questions en français ou à interagir directement avec les patients ;2. Antécédents médicaux incomplètes et inexacts des patients
3	Faire l'examen clinique	1.Informer le patient de l'examen ;2. Expliquer la nature de l'examen et pourquoi l'examen 3. Demander l'accord du patient pour mener l'examen 4. Donner des consignes pendant l'examen.	1.Difficulté à transmettre des informations complètes de santé en français ; 2. Difficulté à donner des consignes en français
4	Faire le diagnostic	1.Traduire les mots des patients francophones du français en anglais ;2. Reformuler les plaintes des patients en des mots médicaux en anglais ;3. Tirer une synthèse sous forme de diagnostic en anglais ; 4. Demander l'avis du patient par rapport au diagnostic	Mal diagnostiquer les patients
5	Discuter les résultats de l'examen avec le patient	1.Donner des conseils cliniques en français (à la femme et/ou au couple) ;2. Prononcer de manière professionnelle et soigneuse, le résultat (délicat de la grossesse avortée)	Difficulté à conseiller les patients en français 2. Difficulté à prononcer de manière professionnelle, des résultats délicats
6	Prescrire l'ordonnance	1.Expliquer la prescription de l'ordonnance en français ;2. Donner des consignes en français à l'égard de comment prendre le médicament	1.Difficulté à expliquer l'ordonnance en français ; 2. Difficulté à donner des consignes concernant le médicament

Source : *Enquête de terrain (Fiagbe et al., 2024)*

Selon le tableau 2, les 6 principales situations cliniques dans la colonne *Situation*, les tâches communicatives du personnel dans la colonne *Tâche* et les difficultés rencontrées dans la colonne *Difficultés* constituent les traits de la communication médicale pendant la consultation et les occasions où les professionnels de la santé ont besoin d'utiliser le français pour faciliter leurs tâches communicatives. Par ailleurs, réaliser ces tâches communicatives médicales requiert les habiletés de *réception* (compréhension de l'oral, de compréhension de l'écrit, de réception audiovisuelle), de *production* (production orale, production écrite), d'*interaction* (interaction orale, interaction écrite), de *médiation* (interprétation et traduction) qui peuvent être développées à travers les activités de communication langagière correspondantes (Conseil de l'Europe, 2001, p. 40).

Ces résultats ont certaines implications pour l'enseignement/apprentissage du français médical dans les écoles des infirmiers et les écoles médicales au Ghana. Dans l'immédiat, nous recommandons à Ghana Health Service et Nursing and Midwifery Council of Ghana, une formation linguistique en français médical des professionnels de la santé à Ampain, Egyeikrom et Fetentaa Health Centres. Une telle formation doit être axée sur les compétences (Standards) dans la perspective de l'approche par les compétences (Roegiers, 2006). En effet, les situations cliniques et les tâches communicatives correspondantes révélées dans cette étude peuvent constituer le point de départ pour cette formation.

C'est important de remarquer que le point de départ de la formation bilingue des soignants est la conception d'un curriculum bilingue (français & anglais). De tel curriculum doit envisager la formation des soignants (infirmier, sage-femme, pharmacien, médecin assistant et médecins) du niveau inférieur (A1) au niveau supérieur (C2) en fonction du Cadre européen commun de référence pour les langues (CECR) afin de tenir compte des besoins du public.

À part la formation linguistique des professionnels de la santé au Ghana, ces professionnels ont besoin d'assister à un stage de 3 à 4 mois au niveau des centres de soins dans un pays francophone, préférablement en Côte d'Ivoire pour le bain linguistique. La Côte d'Ivoire est un pays de préférence, car, les soignants ont besoin de la variété ivoirienne du français étant donné que certains ont confirmé avoir contact avec des patients ivoiriens.

De plus, il faut une formation des interprètes spécialisés dans le domaine médical pour faciliter l'interaction entre le personnel de la santé et les clients au cas où l'interaction directe n'est pas possible. Comme un projet à long terme, nous proposons à Ghana Health Service, une formation bilingue des infirmiers dans certaines écoles modèles des infirmiers. La documentation numérique des activités communicatives comme la consultation en tenant compte des langues au Ghana est également nécessaire.

Enfin, nous proposons à Département of Arts Education à University of Cape Coast de former les professeurs de français dans le domaine du français médical. Cette formation leur permettrait de les équiper à mieux enseigner le français médical aux niveaux des écoles des infirmiers et des écoles médicales au Ghana.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de démontrer que quelques professionnels ghanéens de la santé ont besoin d'employer le français dans des situations cliniques lorsqu'il agit des clients francophones. Nous avons ensuite établi le fait que dans ces situations, les professionnels de la santé sont confrontés à des tâches communicatives variées. Ces tâches communicatives comprennent : accueillir, questionner, faire l'examen clinique, faire les diagnostics, discuter des résultats de l'examen, expliquer l'ordonnance et remplir des formulaires médicaux. Soulignons que les tâches communicatives requièrent 5 *skills*: l'écoute, le parler, la lecture, l'écriture et la médiation, cependant, cette liste de tâches communicatives dans le domaine de la santé est non exhaustive. Enfin, les résultats ont montré que la réalisation de ces tâches constitue une difficulté à résoudre par les professionnels de la santé, nécessitant ainsi des interventions variées. Par conséquent, nous avons proposé la conception d'un curriculum scolaire communicatif pour la formation bilingue des professionnels de la santé sur le terrain et en formation aussi bien que la nécessité de former les enseignants du français en matière de l'enseignement du français médical. Au fait, l'enseignement/apprentissage du français médical au Ghana peut être rentable

au pays et aux citoyens si les apprenants dans des domaines non-linguistiques tel que le domaine de la santé sont formés en français en tenant compte de leurs besoins communicatifs en français.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bakah, E. (2010). *Analyse du discours oral des guides touristiques et du discours écrit des guides de voyage : régularités discursives et perspectives didactiques*. Thèse de doctorat (Manuscrit), Université de Strasbourg, Strasbourg.
- Berthiaume D. & Daele, A. (2013). Comment clarifier les apprentissages visés par un enseignement ? In D. Berthiaume & N. Rege Colet (Eds.), *La Pédagogie de l'enseignement supérieur : repères théoriques et applications pratiques, 1*, 55-71. Berne : Peter Lang.
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Retrieved from http://www.hcsc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.
- Chachu, S. (2020). *Communication Strategies and Challenges Between Francophone Patients and Health Personnel in Ghana*. Paper presented at Workshop on Health Communication in Multilingual Context's Project, Accra, Ghana, 13th February 2020.
- Conseil de l'Europe (2001). *Cadre européen commun de référence pour les langues*. Paris : Didier.
- Conseil Médical du Canada (2018). *Compétences en Communication Médicale*. Disponible sur : <https://inscriptionmed.ca/modulecomm/competences-en-communication-edicale/>.
- Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste, M. (1993). *Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- De-Souza, A. Y. M. (2015). Using Internet for Health Delivery in Ghana: A case for a French for Specific Purposes for Health Professionals. *Communication, Culture and Health* 101-124.
- Edu-Buandoh, D. F. (2015). Communication, Healthcare and Health Literacy: The Attitudes of Ghanaian Adults. *Communication, Culture and Health* 1-14.
- Fassier, F. & Talavera-Goy, S. (2008). *Le français des Médecins*. France: Presse universitaire de Grenoble.
- Gerard, F.-M. & Roegiers, X. (2003). *Des manuels scolaires pour apprendre*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Ghana Health Service (2018). The Health Sector in Ghana: Facts and Figures. Retrieved from http://ghanahealthservice.org/downloads/Facts+Figures_2018.pdf
- Hymes, D. (1984). *Ver la compétence de la communication*. Paris : Hatiers.
- Kara, M. (2004). Reformulations et polyphonie. *Pratiques*. 123/124, 27 - 54.
- Krathwohl, D. R. (2002). A revision of Bloom's Taxonomy: An overview. *Theory into practice*, 41(4), 212-218.
- L'Accueil Francophone de Thunder Bay (2011). *Interpretation Guide for Health Care Professionals*. Ontario: L'Accueil francophone de Thunder Bay.
- Larousse (2006). *Livre de Board, Grammaire*. Paris : Larousse.
- Le Marchand, L. (2006). *La francophonie*. France : Edition MILLAN.
- Moukrim, S. (2017). Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de

- la santé. Retrieved from DOI 10.1515/9783110477498-046.
- Mourlhon-Dallies, F. & Tolas, J. (2004). *Santé-médecine.com*. Paris: CLE international.
- Nagbire, V. (2015). Mass Media and Community Health in the Akotokyir Community of Cape Coast. *Communication, Culture and Health*, 209-221.
- Nartey, T. A. (2015). Communicating Health information: An Exploration of Undergraduate Students' Access to Health Information. *Communication, Culture and Health*, 15-31.
- Nursing and Midwifery Council of Ghana (2015). *How has the journey been?* Accra, Ghana.
- Organisation Mondiale de la Santé (2006). *Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Poles, P. (2011). Autopsie d'une plainte. Les leçons à tirer. Disponible sur https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Autopsie_d_une_plainte_Les_lecons_a_en_tirer.pdf.
- Richard, C., Lussier, M. T., Galarneau, S., & Jamouille, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie médicale*, 11(4), 255-272
- Roegiers, X. (2006). La pédagogie de l'intégration en bref. *Rabat*. Retrieved from www.tatal.c.la.