

# **La communication organisationnelle entre différents publics en milieu hospitalier**

par YILMAZ elgiz, « [elgizyilmaz@yahoo.fr](mailto:elgizyilmaz@yahoo.fr) »

GREC/O de Bordeaux 3 - Université Galatasaray (Istanbul / TURQUIE)

La communication en milieu hospitalier est un processus dont les enjeux principaux sont d'assurer entre les praticiens et les patients : la communication réciproque, la coopération médicale, l'amélioration de la relation thérapeutique. Ce travail ne s'agit pas d'un texte de 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 se réfère à des champs disciplinaires multiples, comme par exemple les sciences de la communication, la psychologie sociale, la sociologie et l'éthique médicale. Ce travail vise à analyser l'hypothèse d'une "parole" thérapeutique autour de trois axes en tant que l'interaction entre les médecins et les patients hospitalisés, ceux dans le cabinet médical et ceux dans la salle de consultation.

Pour ce faire, interroger la « force thérapeutique d'actes de langage », spécifiques propres à la relation médecin patient, est choisi comme méthode de recherche du travail avec une étude comparée, faite en Turquie et en France, pour pouvoir voir aussi la modification de l'interculturel dans ces modèles communicationnelles ; c'est-à-dire la fonction de la « parole thérapeutique » dans ces modèles interactionnels entre les soignants et les soignés.

Comment s'effectue donc l'interprétation de ce qui se passe en milieu hospitalier ? Quelle est la part du verbal et du non-verbal dans la communication entre médecin-patient ? Quelle est la part des rituels, des stéréotypes, des représentations socioculturelles et professionnelles dans les interactions communicationnelles dans le champ de la santé ?

*Mots-clés* : communication organisationnelle, interaction, milieu hospitalier, parole thérapeutique, proximité, confiance

The communication in hospital is a process whose principal stakes are to ensure the reciprocal communication, the medical co-operation and the improvement of the therapeutic relation between the experts and the patients. This work aims to analyze the assumption of a therapeutic "word" around three axes as the interaction between the doctors and the in-patients, those in the medical cabinet and those in the room of consultation. This is a comparative study made in Turkey and France.

*Keywords* : organizational communication, interaction, hospital, therapeutic word, confidence

## **La communication organisationnelle entre différents publics en milieu hospitalier :**

# **L'effet de la caractéristique hétérogène du milieu hospitalier**

## **sur les pratiques de communication**

Elgiz Yilmaz \*

Université Galatasaray (Istanbul, TURQUIE) / GREC/O

(Groupe de Recherches en Communication des Organisations) de Bordeaux 3

## **Introduction**

Les hôpitaux sont des endroits terrifiants aux yeux de beaucoup. Ce sont des lieux de souffrance et de mort, même imprégnés d'une odeur particulière. Les patients sont aussi intimidés par le personnel, particulièrement les médecins car on pense qu'ils ont un rôle à jouer de leur autorité, de leur connaissance médicale. 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 : "Cette caractéristique aura-t-elle des effets sur les pratiques de communication en milieu hospitalier ? " Ce travail ne s'agit pas d'un texte de recettes sur la façon de bien communiquer, mais de comprendre comment se jouent les interactions communicationnelles dans des situations très différentes. Je vais analyser l'hypothèse d'une "parole" thérapeutique - autour de trois axes en tant que l'interaction entre les médecins et les patients hospitalisés, ceux dans le cabinet médical et ceux dans la salle de consultation – sur la base d'une étude constituée d'observations des pratiques et d'analyses des actes de langage.

Celle-ci est une étude comparée menée en France et en Turquie sur 175 patients. Elle pourra ouvrir des perspectives théoriques originales qu'on pourrait naturellement rapprocher, entre autres, des travaux bien connus de l'Ecole 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, je présenterai le contexte dans lequel j'interviens et par rapport auquel je communique. Ceci afin de mieux appréhender les contraintes et éclairer les choix méthodologiques. Je questionnerai et détaillerai quelques conditions de l'administration d'un soin qui est un grand éventail d'activité concernant ; paroles, toucher corporel, intervention corporelle, analyses de laboratoires, hospitalisation, etc. pour comprendre que quoique ce soit, ces activités thérapeutiques font partie d'une interaction soignant-soigné.

Deuxièmement, je détaillerai les méthodes employées qui m'auront permis d'acquérir une vue intime des micro-univers sociaux en milieu hospitalier. L'acte thérapeutique est interactionnel et son interprétation dépend de plusieurs composants au cours de ce processus : cadre, cadrage, statut et rôle des partenaires, attitude savant ou profane des interactants, nature de la relation, distance spatiale, plate-forme communicative commune, etc. Enfin, je discuterai du contenu des savoirs ainsi produits et obtenus. Je me pencherai en particulier sur la manière dont la communication en milieu hospitalier se positionne 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.

## **Les liens communicationnels au coeur du milieu hospitalier**

La communication en milieu hospitalier est un processus dont les enjeux principaux sont d'assurer entre les praticiens et les patients : la communication réciproque, la coopération médicale, l'amélioration de la relation thérapeutique. Cette communication 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, comme l'a affirmé Carayol : « L'hôpital est aussi plus qu'une institution thérapeutique : c'est une "constellation d'institutions". Il a une multitude de rôles sociaux qui ne peuvent être réduits à la seule dimension des soins. Il soigne, certes, mais il est aussi un lieu de formation pour les équipes médicales et les équipes soignantes, un lieu de recherche et un lieu de prévention » (Carayol, 1996 : 18-19). De même, Carayol définit trois types de public de l'hôpital : « intrants », « internes » et « extrants » (Carayol, 1996 : 21). Dans notre travail, nous avons choisi, pour structurer la complexité du champ de la communication en milieu hospitalier, d'en distinguer deux ; « internes » et « extrants » et d'interroger leurs pratiques existantes :

Les publics intrants : ce sont les acteurs qui influencent les activités de l'institution : les tutelles, les prescripteurs – souvent les médecins généralistes – les fournisseurs, les acteurs socio-culturels, les organisations partenaires. Les hôpitaux, du fait de leur structure, coopèrent

de plus en plus souvent avec d'autres établissements thérapeutiques, avec le monde économique et même s'ouvrent aux associations socio-culturelles.

Les publics internes : ce sont les personnels. Comme toutes entreprises, l'hôpital vise à maintenir la qualité dans ses services, en termes de professionnalisme et de dynamisme des personnels en direction des patients. Pour dynamiser ses personnels, les hôpitaux se sont ouverts récemment à la gestion des projets de développement de la communication organisationnelle interne et externe. Tous les termes comme consultation, négociation entrent dans le champ de compétence d'une communication organisationnelle dont l'enjeu en terme de qualité de service est important.

Les publics extrants : ce sont les patients et l'opinion publique. De récentes études ont montré l'urgence d'une amélioration de la qualité des prestations hospitalières, administratives, de soins ou d'hôtellerie pour satisfaire les patients. Depuis le développement technologique dans le domaine médical, le savoir-faire a autant d'importance que le faire-savoir (Rémy, 1992).

Quelques vérités pour la communication organisationnelle entre médecin-patient en milieu hospitalier sont les suivantes : - L'inquiétude est partagée entre le médecin et le patient.

- La maladie est effrayante, mais pouvoir en comprendre les mécanismes, rassure les acteurs.

Cette considération vaut pour le patient aussi bien que pour le médecin. L'interrogatoire du malade est un moyen d'entrer dans son monde pour saisir ce qu'il dit. Lorsque l'on tombe malade, on se pose beaucoup de questions : « Que s'est-il passé ? », « Pourquoi est-ce arrivé ? », « Pourquoi à moi ? », « Que dois-je faire ? », « Est-ce grave ? », « Ça se soigne, docteur ? ».

La communication médecin-patient est une relation faite d'attentes et d'espérances mutuelles. Le patient attend un soulagement et si possible la guérison. 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, "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" (Wolkenstein, 2002 : 2S7-2S10).

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, 1972). 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.

Ainsi, notre travail nous a montré que les patients attendent et demandent souvent que les médecins soient des personnages puissants ; c'est-à-dire qui ont une autorité rassurante puisqu'ils ont une connaissance spécifique qui leur rend compétents. Deuxièmement, les médecins sont censés de se comporter en ayant toujours comme souci essentiel le bien du patient.

Cette autorité vient tout droit du serment d'Hippocrate. En outre, la société attend généralement de ses médecins que leur comportement soient juste socialement et bon individuellement. Nous pouvons dire qu'il est très habituel que les patients rêvent d'un médecin un peu magicien. Par contre, on sait que beaucoup de médecins, surtout à leurs débuts, craignent de perdre le contrôle de la consultation, de parler beaucoup des douleurs et des peurs de leur patient.

Alors, nous pouvons supposer qu'il est facile pour un médecin, s'il le désire, d'augmenter son pouvoir charismatique. Il se trouve des signes extérieurs qui attestent leur puissance comme la blouse blanche, des outils impressionnants autant que mystérieux, des personnels à leur ordre, un bureau souvent avec un grand fauteuil posé derrière, des certificats prestigieux placés au mur et des ordinateurs dont les écrans montrent des données incompréhensibles pour les patients.

Ces médecins qui parlent avec un jargon médical et sans explication simplifiée toujours incompréhensible par le patient, qui les examinent et puis qui prescrivent avec des rituels puissants gagnent en magie. Mais notre recherche nous a permis de porter notre regard sur le sujet à travers d'un autre angle : c'est relativement inefficace d'avoir une communication incompréhensible entre les interlocuteurs, comme tous les autres travaux faits sur ce sujet. La justification la plus courante de ce style de communication souligne qu'il faut négocier avec le patient pour l'inclure dans le processus pour qu'il obéisse et fasse mieux ce que le médecin juge bon pour lui.

## **Analyse du changement proxémique**

D'après Watzlawick (chercheur appartenant au "collège invisible", école de Palo Alto), le cadrage doit être le plus large possible pour la meilleure compréhension. En effet, elle nous conseille de se méfier d'être prisonnier dans notre propre situation de travail et de notre point de vue sur les choses. Il faut que nous ayons toujours intérêt à replacer ce qu'on observe dans un contexte plus large pour mieux comprendre et intervenir efficacement. Ainsi, dans notre travail, nous aurons un point de vue systémique sur les observations ; puisque 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 ? Qu'est-ce qui se passe après ? 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 sans qu'il prenne de position, qui veut son médecin 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.

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

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.

En outre, 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 j'ai construit :

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

ENTENTE PRAGMATIQUE

Interacte

Énonciateur (Soignant)Acte de langage

CONFIANCE

effet

Énonciataire (Soigné) Réel du sujet

effet

Culture

Correspondance

(les sous-facteurs qui influencent la communication interpersonnelle dans notre travail)

Culture

Langage

Langage

Religion

Religion

Correspondance

Vision du monde

Vision du monde

Traditions

Traditions

Coutume

Coutume

Rituels

Rituels

Croyances

## Croyances

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 :

Énonciateur

(Soignant)Acte de langage

Énonciataire (Soigné)Réel du sujet

1) L'énoncé analgésique L'état émotionnel

2) L'énoncé cognitif L'état profane vs savant

3) L'énoncé empathique Le degré de l'intimité :

· Le soliloque

· Le récit de vie

4) L'énoncé proxémique La proxémie

5) L'énoncé du diagnostic L'accord avec soi-même

6) L'énoncé institutionnel L'accord avec l'institution

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 avons placé 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 : confiance de la patiente en son médecin (la chambre de l'hôpital en Turquie) (voir en détail : Yilmaz, 2007 : 180) Les énoncés institutionnels types au niveau des actes de langage dans la chambre de l'hôpital en Turquie : ENTENTE PRAGMATIQUE

Interacte



CONFIANCE

effet

effet

Énonciateur (Soignant)Acte de langage

Énonciataire (Soigné)Réel du sujet

-Je crois j'irai encore mieux.

-Merci pour tout docteur.

-Bon rétablissement.-J'espère que vous allez bien.-Je vous souhaite de bonne santé.

Rituels / Correspondance

Rituels / Correspondance

Le cas 2 : gestion de la dissonance cognitive (chambre de l'hôpital en France) (voir en détail : Yilmaz, 2007 : 216) L'énoncé cognitif type (l'état profane de la patiente) au niveau des actes de langage dans la chambre de l'hôpital en France : ENTENTE PRAGMATIQUE

Interacte

CONFIANCE

effet

effet

Énonciateur (Soignant)Acte de langage

Énonciataire (Soigné)Réel du sujet

-Oui, oui. Même je vais travailler après être sorti de l'hôpital.

- D'accord. Je vais essayer.

-Vous êtes en forme ?

-Mais ne faites pas de folie, votre bébé est transverse et on va vous déclencher bientôt. Si vous continuer à travailler pendant cette grossesse ...

Croyances

Croyances

Le cas 3 : préparation au contenu émotionnel par le médecin (salle de consultation en Turquie) (voir en détail : Yilmaz, 2007 : 196)

L'énoncé analgésique type (l'encouragement) au niveau des actes de langage dans le cabinet médical et la salle de consultation en Turquie : ENTENTE PRAGMATIQUE

Interacte

CONFIANCE

effet

effet

Énonciateur (Soignant)Acte de langage

Énonciataire (Soigné)Réel du sujet

-Ooo Monsieur le Docteur ! Je me sens si mal que je ne sais pas d'où commencer.

-J'avais des contractions aux jambes et parfois des maux à l'estomac. L'autre médecin m'a prescrit des médicaments qui n'ont servi à rien. En plus, je ne peux pas le joindre quand j'ai besoin. (Le ton de voix de la patiente était anxieuse qui permettait à comprendre facilement son niveau d'inquiétude.) -Sixième. -Oh ! Heureusement je vous ai connu docteur.-Oui. Un de mes amies m'a fortement conseillée de venir à cet hôpital.

-Je vous écoute Madame. -Détendez-vous Madame ! Essayez d'être tranquille. Quel est votre problème ? -Je vous comprends très bien. Vous avez dans combien de mois de votre grossesse ? -Allez, venez à la table ! -Je vous en prie. C'est la première fois que vous venez ici ? (Le médecin fait un discours ordinaire pour consacrer du temps à sa patiente pour qu'elle se prépare à la consultation).

Correspondance

Correspondance

Le cas 4 : communication très difficile avec la patiente malgré l'attitude efficace et aussi empathique du médecin (salle de consultation en France) (voir en détail : Yilmaz, 2007 : 241)  
L'énoncé proxémique type (asymétrique, distance professionnelle) et à la fois du diagnostic type au niveau des actes de langage dans le cabinet médical et la salle de consultation en France : ENTENTE PRAGMATIQUE

Interacte

CONFIANCE

effet

effet

Énonciateur (Soignant)Acte de langage

Énonciataire (Soigné)Réel du sujet

-Vous êtes suivis en gynéco ?

-Oh ! Ces dames qui sont négligeables !! Alors, je vais vous faire ... -Ça fait pas mal ? Aa ?- Vous avez de l'infection ; mais on va nettoyer, on va vous désinfecter.-Le bébé est très bien ; sauf il est en dehors du col.- Est-ce qu'il y a des personnes qui souffrent de l'hypertension dans votre famille ?- Bei ! Attendez, je vais vous expliquer.

-En dehors des grossesses, non. -Non, non.-(elle ne dit rien, elle ne fait qu'écouter. Le silence est permanent).-D'accord ! -Oui, ma mère. - D'accord ! Je ne comprends rien. Ufff !

Culture

Culture

Le cas 5 : synchronie interactionnelle (chambre de l'hôpital en France) (voir en détail : Yilmaz, 2007 : 209)

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

Interacte

CONFIANCE

effet

effet

Énonciateur (Soignant)Acte de langage

Énonciataire (Soigné)Réel du sujet

-Je crois qu'on utilise pour arrêter le saignement.

-Oui, d'accord. - (Souriant) J'ai tout le temps d'injection ; mais qu'est-ce que je peux faire ?

-Vous savez ce que c'est une plaquette ?

-Oui, à peu près.

-Nous ne sommes pas très inquiets ni pour vous ni pour votre bébé ? D'accord ?-Vous aurez encore une injection pour mettre la plaquette et pour le traitement.

Correspondance

Correspondance

Le cas 6 : effet de la religion dans l'interculturalité (salle de consultation en France) (voir en détail : Yilmaz, 2007 : 252)

L'énoncé cognitif type (l'état profane de la patiente) au niveau des actes de langage dans le cabinet médical et la salle de consultation en France : ENTENTE PRAGMATIQUE

Interacte

CONFIANCE

effet

effet

Énonciateur (Soignant)Acte de langage

Énonciataire (Soigné)Réal du sujet

(Pas de réponse)

- Copine (au lieu d'elle) : Non, nous sommes chrétiens. (Pas de réponse)- C : Elle ne sait pas le français. » « Traduction de la copine »

-Puisque vous êtes étrangère, vous aussi, vous avez démarré le Ramadan, pour surveiller votre poids ?-Ah ! Je croyais que vous étiez Musulmane. Alors, comment allez vous madame ? (Le médecin s'adressait à elle sans savoir qu'elle ne comprenait rien).-Bon ; alors ! Rappelez-la rapide le prochain rendez-vous, sinon après...

Langage

Langage

Conclusion

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

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

- d'une part, elle est une relation inégalitaire, fondée sur la dominance et le pouvoir du professionnel qui doit prendre les décisions qui s'imposent et ne peut pas se permettre de tenir compte de l'inquiétude du patient ;
- d'autre part, elle est une relation de coopération entre deux partenaires, dans laquelle peuvent coexister des savoirs différents, des réalités multiples et dans laquelle la gestion de la participation du patient et la pratique de l'empathie occupent une place centrale.

Nous avons pu, également, dégagé le rôle du cadre de la clinique ou du cabinet médical qui impose des contraintes spécifiques au médecin. L'entretien médical peut aborder différents thèmes, dont certains ont parfois une charge affective importante du part du patient : le médecin doit être attentif à un contexte social qui est capable de changer d'un instant à l'autre selon sa façon de diriger ce processus communicationnel interpersonnel et les divers thèmes abordés par lui-même ou par les patients. Même quand l'importance du langage employé lors des entretiens médicaux et également des auscultations est évaluée par le médecin, on peut toujours rencontrer des patients qui demandent aux infirmières ou autres acteurs médicaux ce que le médecin leur a dit ; parce qu'ils n'ont pas compris. Certaines remarques et commentaires montrent que dans certains cas, les deux parties en présence ne se comprennent pas du tout pendant la communication.

Dans ce contexte, nous avons pu vérifier notre hypothèse quant au discours du médecin qui oriente les comportements et les attitudes du patient : S'informer du contexte social et professionnel du patient est important. Parce que si le médecin arrive à replacer le patient dans son environnement socio-économique et à le connaître un peu en tant qu'être humain grâce aux questions posées pour remplir le dossier médical, il/elle peut mieux comprendre ce/cette patient(e) et les raisons de sa consultation, après avoir obtenu assez de détails sur lui/elle. A notre avis, avoir ce point de vue est très utile, pour les professionnels de santé qui soignent des patients multiculturels afin de mieux comprendre leurs signes verbaux et/ou non-verbaux.

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

# BIBLIOGRAPHIE

ADAMS, Cynthia H., JONES, Peter D., Interpersonal Communication Skills for Health Professionals, Second Edition U.S.A : Glencoe/McGraw-Hill, 2000

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

CARAYOL, V., La communication hospitalière, Communication & Organisation, 1er semestre, Juin 1996. GORDON, T., Making The Patient Your Partner Communication Skills for Doctors and Other Caregiver, Gordon & Edwards : 1999.

GRAMACCIA, Gino, Les actes de langage dans les organisations, L'Harmattan, 2001.

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

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

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

REMY, J. "La vie quotidienne dans nos hôpitaux" enquête in L'Express, semaine du 3 au 9 juin 1993 et C. Sokolsky, "Pas d'étoiles pour nos hôpitaux" et "Hôpitaux, mieux accueillis, mal informés" in Que Choisir ?, Santé, no. 16, février 1992.

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.

WINKIN, Yves, La nouvelle communication : Textes recueillis et présentés de Bateson, Birdwhistell, Goffman, Hall, Jackson, Schefflen, Sigmon et Watzlawick, Paris : Ed. Du Seuil, 1981.

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.