Les professionnels de la santé face à l'usage des langues nationales dans les établissements sanitaires du Cameroun

Cas des étudiants de la Faculté de médecine et des sciences biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I

Salomé Chantal NTSAMA ESSENGUÉ

Université de Yaoundé I École normale supérieure (ENS) Cameroun

https ://doi.org/10.17184/eac.7854

Résumé : La présente étude s'intéresse aux difficultés de communication liées à la barrière linguistique existant entre des étudiants et leurs patients lors des consultations médicales. Notre travail met en évidence une communication patients-praticiens réduite à l'usage exclusif du français alors qu'existe une multiplicité de langues, celles des patients. Étant donné que le développement, quel que soit le domaine concerné, passe nécessairement par la compréhension et la transmission de messages efficaces et adaptés, cette diversité linguistique devrait plutôt être considérée comme une richesse qu'un obstacle. Des analyses ont été menées à partir de données recueillies auprès de jeunes étudiants en formation à la Faculté de médecine et de sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I (FMSB) au moyen d'un questionnaire et des entretiens. Ces derniers, au cours de leur formation, se retrouvent le plus souvent en stage pratique dans des zones rurales où ils sont appelés à communiquer avec une population ne partageant pas la même langue qu'eux. Les résultats obtenus donnent la primauté à la langue française et font ressortir que l'absence de code commun entre émetteur et récepteur constitue l'une des sources d'échecs de la communication et par ricochet un mauvais diagnostic.

Mots-clés : Barrière linguistique – communication - code - développement - diversité linguistique –observation linguistique.

Abstract : This study focuses on communication difficulties related to the language barrier between students and their patients during medical consultations. The idea is to demonstrate that the multiplicity of local languages benefits official languages. Since development in any field necessarily involves understanding and transmitting effective and appropriate messages, this linguistic diversity would be a treasure for sustainable development. Analyses were conducted using data collected from young students in training at the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences of the University of Yaoundé I (FMSB) through a questionnaire and interviews. The latter, during their training, find themselves most often in practical training in rural areas where they are called upon to communicate with a population that does not share the same language as them. The results obtained give primacy to the French language and highlight that the absence of a common code between transmitter and receiver is one of the sources of communication failures and by extension a bad diagnosis.

Keywords : Language barrier – communication - code - development - linguistic diversity – linguistic observation.

Introduction

Lors d'une consultation médicale, de nombreuses informations relatives au motif de la consultation, aux allergies, au recueil des antécédents personnels et familiaux du patient ainsi que son historique sanitaire et ses activités quotidiennes sont examinées. Pour toute observation médicale efficiente, l'élaboration de son diagnostic et sa prise en charge s'effectuent lors d'un échange verbal entre lui et le médecin. Il s'agit d'un interrogatoire approfondi nécessitant du temps et de la disponibilité. C'est dire que la communication, « pierre angulaire de la relation avec la personne soignée » (Phaneuf, 2011 : 2) est inhérente à la relation médecin-patient. Elle se construit autour d'un contexte mettant ainsi en œuvre des comportements non-verbaux et para-verbaux. Elle passe par la parole et peut être source de malentendus et d'incompréhension. La communication ne se résume pas seulement à la transmission d'une information, c'est également un acte dont l'information est le produit.

Dans les centres médicaux ruraux camerounais, les professionnels de la santé sont confrontés à des barrières linguistiques qui ne leur permettent pas d'exercer aisément leurs fonctions. De ce fait, ils sont régis par une absence de politique linguistique qui fait que la traduction y occupe une place non négligeable. Partant du postulat selon lequel d'après Bischoff (2003), la qualité des soins donnés dépend de la bonne communication entre le patient et le soignant, le problème que pose ce sujet est celui de l'échange entre les personnels du corps médical et leurs patients durant la consultation médicale. Dans quelle(s) langue(s) s'effectuent les échanges entre patients et médecins lors des entretiens thérapeutiques en zone rurale ? L'usage de la langue française leur permet-il de communiquer aisément ? La multiplicité des langues locales profiterait-elle à la langue officielle qu'est le français ? Comment procèdent les professionnels de la santé pour pallier les insuffisances auxquelles ils sont confrontés pendant les consultations médicales ? Ces questions ont mené à formuler l'hypothèse selon laquelle la barrière linguistique constituerait une entrave, un frein au bon déroulement de la prise en charge des patients. Pour une meilleure analyse de ce sujet, le présent article présente dans un premier temps le paysage sociolinguistique du Cameroun ainsi que le cadre physique de l'étude. Il offre ensuite un cadre théorique et une approche méthodologique avant de présenter l'analyse des données.

1 Paysage sociolinguistique camerounais

La situation linguistique du Cameroun est complexe. Outre le bilinguisme officiel (anglais / français), 280 à 300 langues locales y sont recensées [1].

Quelle que soit la source considérée pour dénombrer le nombre de langues parlées au Cameroun, ce pays est classé comme faisant partie des pays ayant une diversité linguistique sans pareille en Afrique (Evina et Mimche, 2010) – avec un indice de diversité linguistique de 0,94.[2] Ces multiples langues nationales ont vu naitre des langues véhiculaires qui ont pris une grande importance lorsque des individus de

[1] Vigner (1984), Echu (2003), Biloa (2003).

[2] Les langues nationales camerounaises sont issues de trois grandes familles africaines : Niger-congo, Nilo – saharienne et Afro-asiatique. Les pourcentages suivants sont représentatifs des principaux groupes ethniques camerounais : Beti-Fangs (19,6%), Bamilékés, Bamouns (18%), Douala, bassa (14%), Peuls (9,6%), Tikars (7,4%), Mandaras (5,7%), Makas (4,9%), Chambas (2,4%), Mboum (,3%), Haoussa (1,2%)D'après l'article

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

différentes régions éprouvent le besoin de communiquer entre eux. Nous pouvons citer entre autres :

- le fufuldé, ou peul, qui est en usage dans toute la région du Nord (à l'exception du Logone-et-Chari où domine l'arabe),
- le beti-fang dans les régions du Centre, du Sud et de l'Est,
- le bassaa dans l'espace bakoko et les régions du Littoral, Centre et Sud,
- le pidgin-english dans les régions à forte diversité linguistique notamment l'Ouest, le Littoral, le Nord-Ouest et le Sud-Ouest ;
- l'ewondo dans la banlieue de Yaoundé et le duala sur la Côte.

De nombreuses langues composites sont nées des contacts permanents entre les langues officielles et les langues nationales. Nous avons ainsi le pidgin English, le camfranglais et le franfulfuldé.

1.1 Contexte géographique de l'étude

Plusieurs établissements et institutions publics et privés sont dévolus à la formation des médecins et des pharmaciens au Cameroun[3]. Le cadre physique de notre recherche est la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé (FMSB). Cet établissement sanitaire voit le jour en 1993 à la faveur de la réforme universitaire de la même année et succède ainsi au Centre Universitaire des Sciences de la Santé (Cuss) qui, lui, fut créé en 1989. La FMSB a pour mission de former les personnels de santé de haut niveau, adaptés au contexte national et international, notamment des médecins généralistes et spécialistes, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des techniciens biomédicaux et médico-sanitaires. Au cours de leur formation qui dure sept ans, les étudiants de cette institution académique sont appelés à effectuer des stages pratiques d'une durée de trois mois en sixième année. Lors de cette étape de leur formation, la plupart d'entre eux, surtout ceux qui sont installés dans des zones rurales sont confrontés à des problèmes de langue. La population, dans ces zones, n'a pas une bonne maitrise de la langue française, l'une des deux langues officielles du pays ; celle dont se servent les étudiants pour la communication. Et quand bien même ils maitriseraient une langue locale, elle n'est pas forcément celle qui est parlée dans leur zone de travail.

2 Cadre théorique

La problématique d'analyse des résultats de la présente étude se base sur l'approche interactionniste de la relation et de la communication développée par Pierre Fornerod

Cameroun – l'aménagement linguistique dans le monde : www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/cameroun/htm. Consulté le 12 février 2022.

[3]La Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé (FMSB ou ex-Cuss), la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Buea (FHS Buea), la Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala (FMSP), la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Bamenda (FHS Bamenda), la Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques (FMSP) de l'Université de Dschang, la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Garoua, la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université des Montagnes de Bangangté, l'Institut Supérieur de Technologie Médicale de Yaoundé, l'Université catholique du Cameroun (CATUC), Kumbo.

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

(2005). Il s'agit d'une démarche où le malade et le soignant sont en interaction en lien avec un objet-tiers qu'il définit ainsi :

> « L'objet-tiers ou variable considérée (composé chimique, condition physique, besoin-désir ou toute autre chose…), résulte d'une co-construction entre le client et le soignant. En principe, tout peut constituer un objet-tiers : ce peut être une des dimensions du client ou du soignant, un niveau quelconque de sous-systèmes qu'ils constituent, une tierce personne, la famille, l'entourage, le médecin, la société, un fait, une situation, un animal, une chose, une institution, un sentiment, une idée, une connaissance, une croyance, un ressenti, une expérience, un vécu, une maladie, une douleur, etc. » (Fornerod, 2005 : 166-167)

C'est dire que l'objet-tiers, au détriment du patient, occupe une place prépondérante dans le travail du médecin. De même, le contexte local a une place importante dans la co-construction de l'objet-tiers. Fornerod (2005 :159) le définit comme « l'ensemble des facteurs de l'environnement qui influence les interactions. » Il faut donc porter une attention particulière aux personnes présentes, à l'endroit où se passe l'interaction, l'heure, la personnalité de chaque participant, etc. Selon lui (2005 : 191) : « la qualité de la relation est primordiale car la qualité du soin (qui est le produit de la prestation de service ici considérée) dépend de la qualité de la relation. » L'approche interactionniste décrit la communication comme un processus au cours duquel les individus, ayant des vécus différents, construisent ensemble leur univers. Dans cet univers, les acteurs partagent les mêmes significations (pensées, attitudes, sentiments, normes, actions, point de vue, etc.). La communication se réalise ainsi avec quatre canaux principaux :

- La proxémie (distance entre les acteurs),
- Les signes non verbaux (apparence, gestes, mimiques),
- Les éléments para verbaux (intensité de la voix par exemple),
- Le canal langagier (sémantique et syntaxique).

3 Approche méthodologique

Une enquête menée sur le terrain a permis de recueillir toutes les informations relatives à la gestion langagière entre les étudiants et les patients lors des observations médicales. Un questionnaire a constitué le principal instrument dans le cadre de cette recherche.

3.1 Participants

L'enquête de cette étude a été faite auprès de 25 étudiants en médecine de l'université de Yaoundé I en stage de formation entre les mois de décembre 2018 et février 2019. Il s'agit de la quarante cinquième promotion de cet établissement pour le compte de l'année académique 2018 / 2019. Le stage s'est déroulé entre les mois de décembre 2018 et février 2019. Il faut préciser qu'il n'appartient pas aux étudiants de choisir les

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

zones dans lesquelles ils sont appelés à pratiquer leur stage. Seuls ceux qui occupent les premiers rangs dans le classement de mérite ont la possibilité de choisir le lieu où ils désirent le faire.

3.1.1 Caractéristiques de l'échantillonnage

Cinq centres de santé[4] constituent notre échantillonnage.

- Le centre hospitalier catholique de Batouri, situé dans la région de l'Est-Cameroun.

C'est un complexe qui répond à la demande de la population locale et des réfugiés centrafricains. Les maladies auxquelles font face la population de cette localité sont le paludisme, la fièvre typhoïde, l'hypertension, les problèmes respiratoires, les infections sexuellement transmissibles.

- L'hôpital de district de Batouri, également situé dans la région de l'Est du Cameroun.

C'est l'un des hôpitaux de référence du département de la Kadey qui accueille en son sein, de nombreux réfugiés en provenance de la République centrafricaine. Depuis mars 2014, l'hôpital du District de Batouri, qui gère un centre pour enfants souffrant de malnutrition, a traité plus de 260 enfants réfugiés avec des complications comme la tuberculose, la pneumonie, l'anémie et la déshydratation.

- L'hôpital St Jean de Malte de Njombe.

Créé en 1994 par la Compagnie Fruitière, sur les plateaux du Haut Penja, à 80 km de Douala, cet hôpital est situé à proximité de la population de Njombé, répartie dans les nombreux villages de la région. Cette population est affectée par le paludisme et le VIH/Sida. Doté d'un plateau technique d'excellent niveau et d'un personnel qui bénéficie d'un programme de formation interne continue, cet hôpital aujourd'hui dirigé par l'Ordre de Malte France est l'un des mieux équipés de la région avec une offre de soins polyvalents et un service d'urgence 24 heures /24. Totalement intégré dans la politique de santé nationale, il est également un pôle de référence de la région dans le domaine de la formation médicale.

- Le centre hospitalier de Nièté, situé dans la région du sud-Cameroun, dans le département de l'Océan.

On y trouve des dispensaires, des médecins traditionnels et des centres de santé.

- L'hôpital du district de Tokombéré, un bourg de l'extrême nord du Cameroun, en zone sahélienne, associant plaine et montagnes.

[4]Ces centres de santé ont été sélectionnés parce qu'ils étaient très éloignés de la ville de formation de ces étudiants (Yaoundé). Il faut noter en passant que nous connaissions certains étudiants de la 45^{e} promotion de la FMSB qui ont contribué à la réalisation de cette enquête.

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

Le District de Santé de Tokombéré est pauvre et peuplé. Le Ministère de la santé l'a reconnu hôpital de référence du District. Depuis deux ans, il collabore étroitement avec le secteur public. L'unité de base est le village avec 700 responsables sanitaires, des agents itinérants et une mobilisation de tous les personnels hospitaliers allant à tiers-temps dans les villages. La sensibilisation et les compétences des habitants sont entretenues par des causeries hebdomadaires pour les familles des malades hospitalisés et, chaque année, par les journées sanitaires du District ou les journées de promotion humaine.

La sixième année à la FMSB de Yaoundé correspond à celle au cours de laquelle les étudiants sont appelés à passer à la phase pratique de leur formation. Pour ce faire, les responsables de ladite faculté dressent en début d'année, une liste de répartition des centres de santé choisis, ainsi que les noms des étudiants qui y sont envoyés. Pour chaque centre de santé choisi, cinq étudiants étaient désignés[5]. Soit un total de 25 étudiants appelés à effectuer leur stage dans une région qui leur est inconnue.

3.2 Matériel et démarche

Les informations obtenues au cours de cette étude proviennent de l'exploitation du questionnaire distribué aux étudiants affectés dans les centres de santé où devait se dérouler leur stage. De manière anonyme, ils ont été invités à remplir un questionnaire qui leur a été proposé. Le questionnaire saisi a été envoyé sous sa version Word par Whatsapp[6] à des étudiants que nous connaissions particulièrement et dont nous avions les numéros de téléphone. Ceux-ci se sont chargés de l'imprimer et de le distribuer à leurs camarades qui devaient le remplir. Une fois le questionnaire rempli, il était question de nous le faire parvenir par l'un des étudiants qui, pour une raison ou une autre devait effectuer un déplacement à Yaoundé. Mais bien avant l'envoi de la version physique du questionnaire dûment rempli, ils le filmaient à l'aide de leur téléphone portable et le transmettaient à nos connaissances qui se chargeaient de nous l'envoyer. L'usage de cette méthode était le seul moyen pour nous de pouvoir recueillir ces données, compte tenu de la distance séparant les différents centres de santé retenus pour ce stage pratique. Toutefois, nous avons eu un entretien avec certain d'entre eux que nous avons pu rencontrer à Yaoundé pendant et après le stage. Le choix de ces centres n'était pas du tout un fait de hasard. En effet, dans cette quarante cinquième promotion de la FMSB, nous avions des connaissances qui nous ont facilité la tâche. Le questionnaire que nous avons proposé à ces étudiants était constitué de questions ouvertes et de questions fermées. Les questions ouvertes leur ont permis de donner librement des informations sans aucune contrainte sur la langue utilisée lors des consultations médicales, les interactions entre eux et les patients de différentes langues locales et de différentes cultures, les mesures palliatives mises en application, l'impact de l'assistance linguistique dans l'exercice de leurs activités. En ce qui concerne les questions fermées, les participants choisissaient des réponses parmi celles que nous leur proposions.

[5] Le choix de ces centres de santé ne dépend pas des étudiants.

[6] Application mobile multiplateforme créée en 2009 et fournissant un système de messagerie instantanée chiffrée de bout en bout aussi bien par les réseaux sociaux que par Internet.

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

4 Analyse descriptive et interprétative

Cette section de l'article analyse les données obtenues à l'issue de notre enquête. Plusieurs variables ont fait l'objet de notre analyse : la / les langue(s) parlée (ées) lors des observations médicales par les étudiants et leurs patients, les difficultés rencontrées au cours de cette activité, les moyens mis en œuvre pour pallier ces manquements et l'impact de la non-assistance linguistique lors des consultations médicales. Les données d'analyse ont permis de souligner les incidences créées par les barrières linguistiques lors des interactions entre ces étudiants et leurs patients.

4.1 Langue parlée par les étudiants et difficultés rencontrées lors des observations médicales

Les questions suivantes ont été posées aux étudiants : « Maitrisez-vous la / les langue(s) parlées dans la localité où vous effectuez votre stage de formation » ? « En quelle(s) langues vous exprimez-vous lors des observations médicales ? « Comment se déroule la consultation avec des patients ne maitrisant pas la même langue que vous » ? Des 25 étudiants interrogés, 19 ont déclaré s'exprimer uniquement en langue française, soit 76% et 6 étudiants faisaient usage des langues locales parlées dans leur zone de travail, soit 24%. Des 19 étudiants faisant usage de la langue française, 8 ont déclaré que c'était la seule langue qu'ils parlaient car ne sachant pas parler les langues nationales, soit un pourcentage de 42,10%. En ce qui concerne les autres (11), outre leurs langues maternelles qui ne correspondaient pas aux localités d'exercice de leur stage, ils s'exprimaient en français, soit 57,89%. Le tableau suivant en est une illustration :

	Étudiants	Pourcentage
Le français	19	42,10%
Les langues du terroir	6	57,89%
Total	25	100%

Tab. 1 : De l'usage des langues parlées

À la question de savoir « Comment se déroule la consultation avec des patients ne maitrisant pas la même langue que vous ? », la réponse des uns et des autres a permis de souligner les difficultés auxquelles ils ont été confrontés. Ceux des participants (19) dont la seule langue d'expression était la langue française, ont été confrontés à de sérieuses difficultés :

- La perte de temps
- L'augmentation du stress
- Le manque de compréhension
- L'explication difficile

Recueillir des informations est incontournable dans la pratique soignante. Cioffi (2002) démontre que la communication est un élément essentiel permettant de fournir des soins de qualité. Le fait pour le patient et pour le médecin de ne pas pouvoir partager le même code peut créer de nombreux malentendus, augmenter l'anxiété et la frustration ressenties par les différents protagonistes (Whitman et Davis, 2009) et conduire à des

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

erreurs graves. En effet, la principale difficulté surgissait lors de l'entretien quand les étudiants étaient appelés à rencontrer leurs patients pour la première fois. Par un jeu de questions- réponses, ils étaient censés diagnostiquer le mal de leurs patients. La pression temporelle était subie tant par le médecin que par les malades. Le stress dû au manque de compréhension et aux difficultés de pouvoir exprimer aisément leurs pensées se faisait ressentir de part et d'autre.

« Impossible d'observer un patient en dix minutes, il en fallait un peu plus. Trente, quarante-cinq minutes, voire une heure. » « La première consultation devrait me permettre de recueillir le maximum d'informations possibles. Imaginez la souffrance endurée tout simplement parce que les patients et moi ne parlions pas la même langue ». Telles sont les réponses relevées lors de nos entretiens. Outre le temps, l'anxiété était également au rendez-vous. Ci-dessous, quelques phrases recueillies à propos : « ne pas comprendre ce que veut exprimer le malade en face de soi est stressant. Nous sommes habités par la peur de rater quelque chose sur ce que l'on fait ». « C'était vraiment compliqué pour moi de pouvoir échanger avec un patient qui ne s'exprimait pas en français ! La tâche était encore plus compliquée lorsqu'il fallait leur demander de se déshabiller, de s'allonger… », déclare un étudiant en stage à Tokombéré.

4.2 La rémédiation des difficultés de communication

Les étudiants arrivés à la sixième année de leur formation professionnelle qui est la dernière étape de leur parcours, la septième année étant consacrée à la rédaction de leur thèse, ne sauraient renoncer à un moment crucial et déterminant de leurs études. Ainsi, ils usent de tous les moyens possibles pouvant leur permettre d'atteindre leurs objectifs. Face à la barrière linguistique existant entre eux et les patients, les stratégies mises en œuvre sont nombreuses et variées : recherche des interprètes parmi le personnel soignant ou les membres de la famille et l'usage de la communication non verbale.

Des 19 étudiants ne s'exprimant pas dans la langue du terroir, 8 se sont servi de la gestuelle, soit un pourcentage de 42,10% ; deux ont utilisé des dessins, soit 10,52% et neuf ont fait appel à des interprètes, soit 47,36%. « Il m'est arrivé, à un moment donné de la consultation de faire usage de la gestuelle » ; « Il m'est arrivé de prendre une feuille de papier et de faire une représentation par le dessin du message à passer ». Telles sont les déclarations de deux étudiants en stage au centre de santé de Tokombéré. Pour une de leurs collègues en stage au centre hospitalier de Nyété, elle s'est sentie obligée, par la gestuelle de leur faire comprendre qu'ils ne peuvent pas imaginer leur mal tant que toutes les informations attendues ne sont pas mises à leur disposition. Ci-dessous le tableau représentatif des moyens mis en œuvre pour pallier la barrière linguistique.

Le recours à ces différents moyens de communication ne garantissait pas toujours la réussite de l'échange non verbal entre médecins et patients. En ce qui concerne l'interprétation telle qu'elle s'est effectuée au cours de ce stage pratique, la tâche n'était pas du tout aisée. Des cinq centres de santé ayant fait l'objet de notre investigation, seuls trois se sont retrouvés avec des étudiants s'exprimant en langues locales. À l'hôpital de district de Batouri, deux étudiants sur cinq s'exprimaient en Baya et

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

	Étudiants	Pourcentage
Dessin	2	10,52%%
Gestuelle	8	42,10%%
Interprètes	9	47,3%
Total	19	100%

Tab. 2 : Représentation des moyens permettant de pallier la barrière linguistique

un en Fulfuldé pour un pourcentage de 60%. L'hôpital St Jean de Malte à Njombe avait deux étudiants sur cinq s'exprimant en Pidgin english, soit 40%. À l'hôpital du district de Tokombéré, seul un étudiant sur cinq pouvait s'exprimer en Fulfuldé, soit 20%. Le centre de santé de Niété et le centre hospitalier catholique de Bertoua n'ont pas eu la chance d'avoir des stagiaires pouvant s'exprimer en l'une de langues locales du terroir. Le pourcentage des étudiants s'exprimant en langues locales lors ce stage pratique s'élève de ce fait à 24%.

	Étudiants admis en stage	Étudiants s'exprimant en langues locales	Pourcentage
Hôpital de district de Batouri	5	3	60%
Centre hospitalier catholique de Bertoua	5	0	0%
Hôpital St Jean de Malte de Njombe	5	2	40%
Hôpital du district de Tokombéré	5	1	20%
Centre de santé de Niété	5	0	0%
Total	25	6	24%

Tab. 3 : Représentation des étudiants s'exprimant en langues locales

Les étudiants qui ont fait leur stage pratique au centre du district de Batouri, à l'hôpital St Jean de Malte de Njombe et à l'hôpital du district de Tokombéré n'ont pas vraiment été confrontés aux barrières linguistiques. L'assistance linguistique y était permanente. « Nos patients préféraient avoir pour interprète un des nôtres, car selon eux, le mal dont ils souffraient ne devrait être connu de personne. Ils nous rappelaient d'ailleurs qu'ils savaient que le médecin devrait garder le secret professionnel », déclare l'un des stagiaires de l'hôpital du district de Batouri. « Nous avions quelquefois des patients qui acceptaient de se faire assister par des individus qu'ils ne connaissaient pas car pour eux, ils n'avaient pas de chance de se rencontrer encore dans la vie. Il valait mieux se confier à des illustres inconnus au lieu de le faire à un des frères ou des sœurs du village qui risquerait de parler de leur maladie à qui veut l'entendre », nous a confié un des étudiants en stage à l'hôpital St Jean de Malte de Njombe. Ce fut le même scénario à l'hôpital de district de Batouri où l'un des étudiants, envoyé dans cette localité s'exprimait en Pidgin English, l'une des langues véhiculaires du terroir. Quand bien même un étudiant pouvant servir d'interprète n'était pas disponible, il était plus facile de trouver parmi les infirmiers ou les agents d'entretien, quelqu'un qui jouerait le rôle d'interprète. Certains membres de la famille des patients ont été sollicités pour le rôle d'interprète. « J'observais de la gêne, on dirait que le patient avait honte de s'exprimer devant une personne qu'il ne connaissait pas. Parfois même, d'autres préféraient abandonner en promettant de revenir avec leurs frères ou leurs sœurs du village », déclarait un étudiant en stage à l'hôpital de district de Tokombéré.

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

Quels que soient les efforts fournis pour une meilleure prise en charge des malades, les conséquences d'une communication néfaste se manifestent tant au niveau des patients qu'à celui des étudiants.

4.3 Les conséquences d'une observation médicale erronée

L'assistance linguistique dont ont bénéficié les étudiants lors de leur stage pratique en zone rurale n'a pas constitué une garantie pour les patients. Comment prétendre obtenir de bons résultats lorsque la barrière linguistique s'est posée entre les patients et les étudiants ? Comment garantir de bons résultats lorsque l'on a éprouvé de grandes difficultés à diagnostiquer le mal des patients ? C'est dire que l'une des conséquences majeures de la communication non verbale et de la communication assistée est le risque d'entrainer une mauvaise évaluation qui conduit à un faux diagnostic. D'ailleurs, de nombreux cas d'erreurs médicales se sont succédé. L'un des étudiants en stage à Tokombéré déclare :« je me suis retrouvé en train d'administrer des soins de paludisme à une maman qui souffrait plutôt de la fièvre jaune. À plusieurs reprises, j'ai revu mon diagnostic parce que les informations recueillies lors de la première observation médicale étaient erronées ». Un stagiaire du centre hospitalier catholique de Bertoua déclare que le manque de précisions dans les informations recueillies lors la première consultation d'un malade l'a décontenancé :« il m'est arrivé de prescrire une ordonnance dans laquelle ne figure qu'un médicament contre la douleur à un patient avec qui j'ai de nombreuses difficultés à communiquer ». Bernard *et al.* (2006) démontre qu'une évaluation incomplète de la santé du patient peut s'avérer dangereuse pour lui. En effet, même étant assisté, l'étudiant ne se contentait que des signes cliniques que présentaient les patients car il était difficile d'avoir des informations exactes en ce qui concernait l'expression des symptômes cliniques tels que l'angoisse, la douleur ou les sensations qu'ils ressentaient.

Pendant les trois mois qui ont marqué la période de stage pratique de ces étudiants, de nombreuses campagnes de prévention et de dépistage du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et des IST (Infections sexuellement transmissibles) ont été organisées. Si c'était l'occasion pour certains de profiter de ce passage pour améliorer leur état de santé, pour d'autres, ces campagnes ne leur apportaient pas grand-chose dans la mesure où la barrière linguistique constituait une entrave. La question relative à la satisfaction des patients suite à la présence des étudiants dans leur localité a permis de faire le constat selon lequel ils auraient souhaité que ces étudiants s'expriment en langues locales. De même, en procédant par l'usage des interprètes, ils éprouvaient de la gêne, de la honte lorsqu'il fallait que ce soit fait par un membre de leur famille. Si l'arrivée de ces jeunes étudiants dans leur lieu de stage fut accueillie avec joie, il faut tout de même signaler que la lueur d'espoir qui habitait la population de ces localités s'est peu à peu estompée. Les patients, conscients de la notion de « secret médical », ne souhaitaient pas se faire aider par des tiers. À plusieurs reprises, ils ont émis le vœu de se faire ausculter par des médecins qui maitrisent leurs langues.

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

Conclusion et perspectives

Si la communication entre le médecin et le patient passe par la parole, il convient de dire que celle-ci est source d'incompréhensions et de malentendus lorsque le code n'est pas commun. Ce travail avait pour objectif d'explorer le vécu des étudiants en médecine en stage en zone rurale face à la barrière linguistique et d'étudier leurs pratiques et leurs attentes dans ce contexte. Il s'avère que la langue officielle, le français, continue d'avoir la primauté sur la pluralité de langues locales. Si la prise en charge des patients nécessite d'apporter des moyens de communication adaptés, l'on devrait penser à un interprétariat professionnel accessible. Promouvoir le multilinguisme chez ces étudiants et même chez les citoyens serait un atout pour le développement du pays. De plus, l'idéal ne serait-il pas d'envoyer ces étudiants dans des localités où la langue officielle et les langues locales en usage sont celles qu'ils maitrisent le mieux ?

Références bibliographiques

Amouroux, Thierry (2001-2002), « Relation soignant-soigné : respecter la personne malade », *Espace éthique, la Lettre,* N° 15-16-17-18.

Beal, Arnaud ; Chambon, Nicolas (2015), « Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes », *Rhizome*, vol. 1, n° 55, p. 9-19, doi 10.3917/rhiz.055.0009

Betancourt, Joseph & Jacobs, Elizabeth (2000), « Language barriers to informed consent and confidentiality : the impact on women's health », *J. Am. Med. Womens Assoc.,* n° 55, p. 294-295, PMID : 11070650

Biloa, Edmond, *La langue française au Cameroun : Analyse linguistique et didactique.* Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Vienna : Peter Lang, 2003.

Bischoff, Alexander ; Tonnerre, Claude ; Loutan, Louis & Stalder, Hans (1999) « Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland », *Sozial und Präventivmedizin*, 44 (6), p. 283-287, doi.org 10.1007

Bischoff Alexander (2003), « *Report on Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals* » *Review of Effective Interventions*, Swiss Forum for Migration and Population Studies, 43, University ot Neuchatel, Switzerland, oai : doc.rero.ch :20070221134209-KX

Bourdin, Marie-Jo, Bennegadi, Rachid, Paris Christophe (2010), « La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants », *Revue Soins*, vol. 55, n° 747, p. 24-25, doi :SOINS-07-08-2010-55-747-0038-0814-101019-201003233

Bourdin, Marie-Jo ; Larchanche, Stéphanie (2015), « De l'interprétariat à la médiation en santé mentale : l'expérience du centre Françoise Minkowska », *Rhizome*, vol. 1, n° 55, p. 48-54, doi 10.3917/rhiz.055.0048

Bowen, Sarah, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, 2001.

Bowen, Sarah (2015), *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins.* Rapport final, *Société santé en français.*

Cosnier, Jacques, Michèle Grosjean & Michèle Lacoste (dir) (1993), *Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins,* Presses Universitaires de Lyon.

Desmet Huguette, Pourtois Jean-Pierre, *Culture et bientraitance*, Édition de Boeck université, 2005.

Durbin, Jean-Dominique (2011), « La prise en charge de patients présentant une barrière de la langue », *Inter bloc*, vol. 30, n° 4, p. 260-261, doi IB-10-12-2011.30-4-0242-3960-101019- 201107100

Es-safi, Latifa (2001), « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant », *Pensée plurielle*, vol. 1, n° 3, p. 27-34, doi 10.3917/p. 003.0027

Evina Akam et Mimche Honoré (2010), « Une diversité ethnique sans pareille », in Kengne Fodouop, *Le Cameroun : autopsie d'une exception plurielle en Afrique*, sous la direction de K. Fodouop, Paris, L'Harmattan, p. 131-150.

Echu G., *Bilinguisme officiel au Cameroun : étude linguistique et sociolinguistique*, l'Harmattan, Paris, 2013.

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

Fornerod, Pierre, *La pratique infirmière au XXIe siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive.* Université de Genève : Les Cahiers de la section des Sciences de l'éducation, 2005.

Formarier Monique, Jovic Ljljiana (dir), *Les concepts en sciences infirmières*, Édition Mallet conseil, 2ème Trimestre, 2009.

Gabriac, Justine (2018), « Patientes non francophones, surmonter les difficultés de communication », in *Vocation Sage-femme*, vol. 17, nº 130, p. 36-40, doi 10-1016/j.vsf.2017.11.009

Gauthier, Hubert et Reid, Marc-André (2012), *Compétences linguistiques et qualité de services, Argumentaire pour des services de soins de santé en français de qualité*, Rapport pour le compte du Conseil communauté en santé du Manitoba.

Gajo Laurent, *Interaction et compétence transculturelle en milieu hospitalier : étude contextuelle des pratiques soignantes dans cinq hôpitaux suisses*. Bern : Bundesamt für Gesundheit, 2005.

Mader Jacques (2008) « Être compris et comprendre, un droit fondamental du patient/ client », in : *Krankenpflege- soins infirmiers*, pp 66-70.

Marcellesi Jean-Baptiste et Gardin, *Introduction à la sociolinguistique*, Paris, Larousse, 1974.

Newman Giger, Joyce, *Soins infirmiers interculturels*, Édition Lamarre Poinat, 1998.

Phaneuf, Margot, *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*, Montréal : Chenelière Education, 2011.

Piccoli, Vanessa (2019), « (Re)transmettre la souffrance émotionnelle : une analyse interactionnelle de consultations entre soignants, demandeurs d'asile et interprètes en France », in *Langage et société*, n° 167, pp 175-198, doi 10.3917/ls.167.0175

Rioufol, Marie-Odile (2013), « Dépasser les difficultés de communication avec un patient », in *Soins Aides-soignantes,* vol. 10, nº 53, p. 22-23, doi 10.1016/j.sasoi.2013.06.008

Vigner, Gerard (1984), « Français langue seconde : une discipline spécifique », *Diagonales*, n° 4, Paris, Hachette/edicef.

Questionnaire

Dans le cadre d'une recherche relative aux barrières linguistiques en milieux hospitaliers, je propose ce questionnaire dont les réponses me seront d'un apport certain. Je vous remercie par avance de m'accorder votre temps pour le remplir. Le questionnaire restera anonyme. Merci de cocher les réponses qui vous correspondent.

1) Maitrisez-vous la / les langue(s) parlées dans la localité où vous faites votre stage de formation ?

a) Oui

b) Non

2) En quelle(s) langues vous exprimez-vous lors des observations médicales ?

a) Français

b) Langue du terroir

c) Autres ……

3) Comment se déroule la consultation avec des patients ne maitrisant pas la même langue que vous ?

a) Gênante

b) Perte de temps

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406

c) Stressante

d) Autres……

4) Quels moyens mettez-vous en œuvre pour parvenir à vos fins ? Les patients sont-ils satisfaits ?

a) La gestuelle

b) L'interprétation par une tierce personne.

c) Autres……

5) Avoir recours aux interprètes est-il une tâche aisée ? (Justifiez votre réponse)

a) Oui

b) Non

……

6) Quelles conséquences cela entraine-t-il ?

……

7) Les patients sont-ils satisfaits de votre présence dans leur localité ? Comment cela se manifeste –il ?

……

Published in : WERE, Vincent Otaba ; ZOUOGBO, Jean-Philippe (dir.), *Développement durable : Amplifier les langues. Valoriser les cultures. Impliquer les populations. Sustainable development : Promoting languages. Leveraging cultures. Working with populations*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004406, doi : 10.17184/eac.9782813004406