Langues et stratégie communicative dans le milieu médical sénégalais

André Moussa DIOP
anduspi@yahoo.fr
Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal)

Abstract: Rare are the linguists who wonder about the medical communication which, nevertheless, remains a sociolinguistic question. We know all that the patient is at the heart of the medicine. And nevertheless we have the impression that he constitutes only the last link of the chain. In the countries where the language of teaching of the medicine postpones local languages as the case of Senegal, where it is then necessary to make so that the medical practice finds all its efficiency?

Keywords: writing, medicine, communication, language.

Introduction

Du latin « médicina », la médecine est définie par *Le Larousse, Dictionnaire usuel*, comme étant la « *science qui a pour objet la conservation ou le rétablissement de la santé* »[1]. À cette définition, *le Petit Robert* ajoute « *l'art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme* »[2].

La médecine, en dehors d'être science est aussi art; ce que *Le Larousse médical* semble rassembler dans sa définition : « *ensemble des connaissances concernant les maladies, les traumatismes, les infirmités et les moyens de les traiter* »[3] ou plus précisément « science des maladies et art de les guérir »[4] d'après Garnier et Delamare.

[1] *Larousse*, dictionnaire usuel, 1991, Larousse.
[2] *Le Petit Robert*, 1996, Paris, Le Robert.
[3] *Larousse médical*, Paris, 1995, Larousse.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

Au Sénégal, il existe deux types de médecine : la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

-la médecine traditionnelle : Pour M. Sankale[5], « *on peut admettre qu'il a existé et qu'il existe une médecine traditionnelle africaine commune à tout le continent noir* ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme étant

> « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales »[6].

Mais dans le passé, cette médecine était mise à l'écart et les praticiens considérés généralement comme des sorciers. Pourtant, d'après les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en Afrique, 80 % de la population ont recours aux médecines traditionnelles : ce qui équivaut en moyenne à un tradipraticien pour 500 habitants. Aujourd'hui, au Sénégal, elle ne dispose toujours pas de loi la régissant même si, depuis une dizaine d'années, un projet de loi a été déposé sur la table de la première chambre parlementaire.

-la médecine moderne ou occidentale apparaît en Afrique au XIX siècle avec l'ère de la colonisation. Elle a eu à montrer ses forces mais ses faiblesses également car des déceptions fusent de partout à l'égard des soins médicaux, et ce, jusqu'à nos jours.

Contrairement à la médecine traditionnelle qui se fond dans les coutumes, les pratiques, les structures sociales, la médecine moderne, elle, dont les connaissances de base sont ignorées par beaucoup de gens, *« n'est toujours pas pertinente pour répondre aux problèmes de santé de la population »*[7] sénégalaise. Il s'y ajoute que nos docteurs en médecine sont généralement formés dans des institutions sur le modèle de celles de la France ou des pays occidentaux en général.

C'est cette médecine moderne qui nous intéressera tout au long de ce travail.

En effet, l' « échec » de la médecine occidentale doit être analysé surtout comme étant sa non-adaptation dans un contexte africain et sénégalais.

Dans le milieu médical, la communication joue un rôle de premier plan pour le soulagement de la souffrance humaine. Elle est, « *sans aucun doute l'un des paramètres essentiels de l'acte médical* »[8]. Or, au Sénégal, l'usage du

[4] GARNIER et DELAMARE, 1958, *Dictionnaire des termes scientifiques de la médecine*, Paris, Maloine, 21ième édition. Nous retrouvons aussi cette même définition dans *Dictionnaire de médecine*, 1998, Paris, Flammarion.

[5] Marc SANKALE, 1969, *Médecins et action sanitaire en Afrique Noire*, Paris, Présence africaine, p.16.

[6] Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

[7] EARTHSCAN, 1981, *Vers un nouvel ordre de la santé*, Paris, éds. Ouvrières, collection Nord-Sud, cop, p. 29.

[8] Michel OGRIZEK, Jean-Michel GUILLERY et Christiane MIRABAUD, 1996, *La communication médicale*, Paris, PUF, Que sais-je ? p. 3.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

français, véhiculant le savoir et les concepts scientifiques, comme d'ailleurs dans d'autres domaines, se heurte parfois et souvent à des problèmes de compréhension. Les locuteurs sénégalais éprouvent toujours de grandes difficultés à saisir la langue médicale qui fait appel à une certaine maîtrise de la langue française.

Puisque « *la solution ne se trouve pas dans les ouvrages de référence habituels* »[9] comme le souligne Jean Claude Rondeau dans la préface de *La Signalisation dans les hôpitaux*, il urge pour nous d'apporter un point de vue par cette contribution. Il s'agira, d'après un questionnaire effectué en 2007 au Sénégal, et à travers des enquêtes effectuées durant cette même période dans trois hôpitaux sénégalais, **Aristide Le Dantec**, **CHU de Fann** et l'**hôpital Principal**, de nous interroger sur les fonctions des langues, surtout nationales, dans la communication médicale avant de proposer une stratégie communicative dans ce milieu en nous basant sur les plans de communication de chacune de ces structures de santé.

I. Fonctions des langues dans la communication médicale

Nous ne cesserons de répéter que la médecine n'est pas essentiellement une science, car

> « il semble que malgré ces orientations de plus en plus techniques et le caractère de plus en plus scientifique de base de son exercice, la médecine ne puisse être assimilée à une science exacte et que la dimension de l'acte médical avec ses composantes individuelles, subjectives et psychologiques, ne puisse être réduite à l'application de formules ou de principes constants »[10].

Le constat est clair et si nous comprenons que l'autre composante de la médecine est l'art que le médecin met au service des malades pour les délivrer et les soulager, nous verrons également qu'il est nécessaire pour lui de faire appel à d'autres disciplines dans la pratique de son exercice, comme le rappelle le docteur C.E.S Weeratunge,

> « les temps sont révolus où les médecins travaillaient dans l'isolement. La coopération interdisciplinaire au sein de la profession médicale se double de plus en plus d'une collaboration avec les spécialistes des sciences psycho-sociales, ce qui représente un progrès certain dans la bonne direction ».[11]

Dans tout acte médical, la communication interactive avec le patient est d'une importance fondamentale, ont l'habitude de dire certains et la maîtrise de la langue permet à la communication de s'établir de manière la plus satisfaisante

[9] Denis JUNEAU, 1991, *La signalisation dans les hôpitaux*, avec la collaboration de Sylviane PIED, Québec, gouvernement du Québec.
[10] *Dictionnaire de médecine*, 1998, Paris, Flammarion, p. 557.
[11] Eveline E. MEYER, Peter SAINSBURY (éds), 1975, *Promotion de la santé et environnement humain*, Genève, OMS, p.11.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

possible dans les deux sens. Il est alors intéressant de définir la place et le rôle des langues dans le milieu médical afin d'éviter des maladresses de communication pouvant « *inquiéter inutilement, donner de faux espoirs, voire même induire des conduites déviantes.* »[12]

La communication est un échange verbal entre deux ou plusieurs sujets parlants qu'on appelle les protagonistes de la communication. Dans ce système donc de communication, les acteurs ont en commun le code ou tout simplement la langue en ce qui nous concerne. Sans le code, en effet, la communication n'existe presque pas. J. Dubois montre toute son importance dans son *Dictionnaire de linguistique* :

> « La première condition, en effet, pour que la communication puisse s'établir, est le codage de l'information, c'est-à-dire la transformation du message sensible et concret en un système de signes, ou code, dont la caractéristique essentielle est d'être une convention préétablie, systématique et catégorique »[13].

Telle est en substance la nature de la langue dans l'interlocution qui est une réalité profonde à laquelle tout linguiste a affaire.

La langue est un phénomène social, une pratique sociale. Elle s'inscrit toujours par l'écrit ou par l'oral dans l'univers médical où s'affrontent en permanence les spécialistes de la santé (personnel médical, personnel paramédical, personnel de l'hygiène, personnel de soutien, etc.) et les patients. Elle sert aussi à véhiculer les progrès de la médecine entre les spécialistes de la santé.

Notre enquête sur l'importance des langues dans le milieu médical sénégalais a porté sur 52 sujets. La langue se confondant généralement à l'ethnie, notre première tâche a consisté à repartir nos locuteurs en fonction de l'appartenance ethnique.

Répartition des locuteurs-malades d'après l'appartenance ethnique

Ethnie	**Nombre**	**Pourcentage**
Wolof	11	21,1
Sérère	13	25
Diola	13	25
Pulaar	7	13,5
mankagne	2	3,8
Balante	1	1,9
Autres	5	9,7
TOTAL	**52**	**100%**

Autres : locuteurs-malades issus de pays africains et européens.

[12] Michel OGRIZEK, Jean-Michel GUILLERY, et Christiane MIRABAUD, *op. cit*., p. 7.
[13] Jean Dubois, 1973, *Dictionnaire de linguistique*, Paris, Larousse, p. 97.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

Etat des langues parlées par les locuteurs-malades d'après les statistiques de notre enquête.

Langues parlées	Nombre	Pourcentage
Français	42	80,76
Wolof	42	80,76
Sérère	10	19,3
Diola	8	15,38
Pulaar	7	13,5

Si l'ethnie sérère occupe 25% de notre corpus, la langue elle-même n'est parlée que par 19,3% de l'ensemble des locuteurs-malades. Ce phénomène se vérifie aussi avec l'ethnie diola qui, représentant le même pourcentage, voit sa langue qui n'est parlée que par 15 ,38%des locuteurs. Le pulaar maintient le pourcentage de son ethnie (13,5%). Le wolof, par contre, adopte une position contraire. En effet, l'ethnie ne représente que 21% alors que la langue est parlée par 80,76% de nos locuteurs. Ceci s'explique par le fait que cette langue est le véhiculaire dans presque toute l'étendue du territoire.

Au Sénégal, le français est la langue officielle, la langue de l'enseignement du Sénégal et évidemment la langue d'enseignement de la science médicale. L'absence de traduction des termes médicaux en langues nationales est un handicap aussi bien pour les spécialistes de la santé que pour les patients. Les premiers éprouvent d'énormes difficultés à expliquer les faits médicaux tandis que les seconds éprouvent surtout un problème de compréhension. En demandant à nos patients s'ils saisissent toujours le sens de termes médicaux que leur médecin emploie, 67,3% répondent par la négative contre 32,7 par l'affirmative.

Comprenez-vous toujours ?	Nombre	Pourcentage
Non	35	67,3
Oui	17	32,7
TOTAL	**52**	**100%**

Etat des langues nationales parlées par les locuteurs-malades en milieu médical

	Nombre de locuteurs-malades utilisant la langue					
Langues	**Toujours**	**souvent**	**rarement**	**Jamais**	**Non-précisé**	**TOTAL**
Wolof	10	22	15	4	1	**52**
Maternelle	6	12	13	19	2	**52**

Le constat est presque évident. Si nous observons le tableau ci-dessus, nous voyons que l'usage du wolof et des langues maternelles est très fréquent dans le milieu médical.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

Répartition des locuteurs-malades selon le niveau de compréhension des termes médicaux.

Lisez-vous souvent les écrits médicaux ?	Nombre	Pourcentage
Non	43	82,70
Oui	09	17,30
TOTAL	52	**100%**

Ces résultats sont alarmants d'autant plus que, comme nous l'avons dit, nos locuteurs sont supposés maîtriser le français. Ce manque de compréhension explique sans doute pourquoi la plupart de ces locuteurs-malades ne lisent pas les écrits médicaux. En effet, ceux qui disent lire souvent les écrits médicaux représentent une minorité (17,30%). L'autre partie des locuteurs ne lit pas les écrits médicaux comme le montre le tableau précédent.

Si un grand nombre de locuteurs sénégalais ne lit pas souvent les écrits médicaux et a du mal à comprendre ce que disent les médecins, ceci est dû en bonne partie à la langue véhiculaire des concepts ou termes médicaux qu'est le français et lorsque nous analysons le tableau de le tableau de l' Etat des langues nationales parlées par les locuteurs-malades en milieu médical, le constat est clair car, soit les patients utilisent le véhiculaire wolof, soit ils utilisent tout simplement leur langue maternelle.

De plus, l'opinion que les patients ont de la langue médicale n'est pas en faveur de la médecine. En effet, à la question de savoir ce que pensent les patients de la langue médicale, deux tendances se dégagent :

- La première, minoritaire pense qu'elle est accessible à tous et très compréhensible, elle est lisible et pas trop difficile à comprendre pour un instruit du domaine
- La deuxième, par contre, pense que cette langue :
  - n'est pas toujours compréhensible ;
  - est une langue codifiée, codée pour la quasi-totalité de la population ;
  - est complexe pour un analphabète, n'est pas à la portée des patients ;
  - est très technique, hermétique, argotique, ésotérique, académique cryptée, énigmatique, donc réservée aux initiés de la médecine ;
  - fait peur aux malades ;
  - ne favorise pas la compréhension des noms des maladies.

Pour une bonne compréhension de la langue médicale, le deuxième groupe apporte même quelques solutions en pensant qu'il faut :

-sensibiliser les gens pour une meilleure compréhension des ordonnances mais aussi des recommandations des médecins ;

-simplifier la langue médicale ;

-une initiation au langage médical ; c'est une nécessité ;

-traduire certains termes ou mots en langues nationales.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

II- Pour une stratégie communicative dans le milieu médical

1- Vers une stratégie communicative

La communication est omniprésente. Nous communiquons en permanence les uns avec les autres et avons, de ce fait, l'impression d'avoir des connaissances suffisantes dans ce domaine. Néanmoins, l'écart entre l'expérience quotidienne et le savoir est particulièrement important quand il s'agit de communication.

On distingue trois formes de communication:

– La communication en face à face, verbale ou non verbale, entre des interlocuteurs en coprésence: elle peut être interprétée de différentes manières et permet des réponses immédiates.

– La communication écrite et la communication médiée par ordinateur ou téléphone sans coprésence des protagonistes: elle transcende les limites temporelles et territoriales (courrier, téléphone, e-mails, facebook, etc.). Une réponse est possible, mais une grande partie de l'information non verbale est perdue.

– La communication médiatique et publique (radio, télévision): en principe, elle n'offre aucune possibilité de réponse et est adressée à un public anonyme.

L'entretien entre le médecin et son patient relève typiquement de la communication en face à face, à l'instar des discussions quotidiennes, des échanges pratiques et d'idées ou des échanges conflictuels entre deux personnes, mais également des échanges sur le lieu de travail, des discussions ou désaccords au sein d'un groupe ou des séquences de questions-réponses.

La communication en face à face est complexe et dans le milieu médical, elle va au-delà de la simple relation médecin - patient mais si notre étude est limitée à ce niveau. Selon *le guide pratique* de l'Académie Suisse des Sciences Médicales de 2013, la communication en face à face dépend des conditions et des facteurs d'influence suivants:

– les conditions personnelles comme le tempérament, l'intérêt, la motivation, la compétence en situations de communication, les capacités physiques de communication, les peurs et les attitudes, les états d'esprit, etc.;

– les particularités de la situation telles que la qualité de la relation, la base commune entre les interlocuteurs, l'objet même de la communication et son but, mais aussi les conditions liées au cadre et à la présence de tiers;

– les conditions liées au contexte telles que la stimulation ou le soutien par l'entourage ou les valeurs et normes de la société.

La communication devient interaction dès que l'on interprète ce que l'on a entendu, vu ou écrit et qu'une réponse est possible, comme c'est par exemple le cas dans un entretien entre un médecin et son patient. «Je ne comprends ce que j'ai dit que lorsqu'on m'a répondu», déclarait Norbert Wiener (1894-1964), mathématicien et père fondateur de la cybernétique.

L'interaction ou la communication entre individus ne peut être considérée comme un transfert unilatéral, mécanique et stable d'informations,

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

car faut sélectionner les informations issues de notre environnement selon des critères et des valeurs qui nous sont propres et les assimiler activement avant et pendant que nous y réagissons. La communication entre individus est donc un échange actif – qu'elle soit verbale ou non verbale.

Dans le milieu médical, nous nous situons dans un type de pragmatique qu'on appelle la pragmatique interactionnelle qui ne traite maintenant plus de subjectivité mais plutôt d'intersubjectivité ; car pour nous, « *vivre signifie participer à un dialogue, interroger, écouter, répondre, être en accord etc.* » pour reprendre les termes de Bakhtine[14]. De plus, « *la relation entre les individus suppose un contact entre des êtres capables de communiquer* » (Yves PELICIER, Phillipe MOUCHEZ, 1973 : 32). Tout processus de communication comporte :

- un code ou arrangement de signaux préparés à l'avance ;
- un encodage ou choix de certains signaux ;
- un canal, conduisant les signaux encodés ;
- un décodage ou identification des signaux ;
- une stratégie ou fonctionnement d'un appareil ou comportement humain.

Dans le milieu médical Sénégalais, nos données nous ont permis de savoir que le code utilisé correspond aux différentes langues en usage. L'encodage qui se situe au niveau d'un émetteur et le décodage se situant au niveau du récepteur concernent les interlocuteurs ou les protagonistes de la communication qui peuvent être tour à tour le spécialiste de la santé ou le malade. Quant au canal, il est soit l'écrit (les prescriptions médicales par exemple), soit la conversation ou l'oral du quotidien ou nous notons un dynamisme communicatif. D'ailleurs pour Baylon et Fabre (1990 : 23), *« la conversation […] est le système total de communication* ».

Enfin, ce qui est communiqué à l'aide de ce processus, ce sont des informations médicales, qui concernent aussi bien le spécialiste de la santé que le malade, engendrant une stratégie que nous avons appelée stratégie communicative.

1– 1. Les lois de la communication médicale

Tout usager qui se sert du langage se soumet à des lois de ce même langage. Ainsi, dans le langage médical, nous distinguerons trois lois :

a) La loi de la sincérité

Cette loi est fondamentale dans le langage médical. Elle concerne, comme le souligne Maingueneau (2000 : 21),« *l'engagement de l'énonciateur dans l'acte de discours qu'il accomplit* ». La loi de la sincérité permet d'instaurer un climat de confiance entre le médecin par exemple et le malade. Cette loi est donc un facteur important dans l'acte médical. Pour Baylon et Fabre (*op. cit.*, p.181), *« on est tenu de ne dire que ce qu'on croit vrai et même*

[14] Cité par Tzvetan TODOROV, Mikhail BAKHTINE, 1981, *Le principe dialogique suivi des Ecrits du cercle de Bakhtine*, Paris, Seuil, p.149.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

que ce qu'on a des raisons suffisantes de tenir pour tel. Autrement, on s'expose à l'accusation de parler à la légère ».

Ces auteurs ajoutent même que sans cette convention, « *aucune espèce de communication, même le mensonge, ne serait possible, puisque l'auditeur n'accorderait à priori aucune confiance au locuteur* ».

b) La loi d'intérêt

Le fonctionnement du langage est soumis aussi à cette loi. C'est la loi de pertinence de Maingueneau qui stipule qu'une « *énonciation doit être maximalement appropriée au contexte dans lequel elle intervient : elle doit intéresser son destinataire en lui apportant des informations qui modifient la situation* » (*op. cit.*, p.20).

Le professionnel de la santé est censé donc de parler de la santé du malade et au malade pour ne pas violer « *la convention d'intérêt* », d'après l'expression de Baylon Fabre (*op. cit.*, p.181). Dans la sphère médicale, les participants ont une reconnaissance mutuelle de leurs rôles et du cadre de leur communication.

C'est dire donc que ces participants ont signé « un contrat de communication ». Ces participants sont d'une part le professionnel de la santé, et d'autre part le malade.

c) La loi d'informativité

Elle est différente de la loi d'intérêt. D'après cette loi, « *un énoncé doit apporter à son destinataire des informations qu'il ignore* » (*ibidem*). Il est donc évident que le malade qui vient à l'hôpital a besoin de connaître plus sur sa santé. Mais il arrive parfois qu'au début de l'entretien médical, on donne la priorité à la convention d'intérêt sur la convention d'informativité. Dans ce cas, le spécialiste de la santé ne fait qu'utiliser une stratégie pour engager la conversation avec le malade, cet « inconnu », justement pourmettre ce dernier à l'aise afin d'éviter toute angoisse et tout gêne.

1-2-La relation médecin-malade

« *Répondre aux convenances des patients* », telle devrait être l'une des responsabilités du médecin, comme le disait Jean Penneau (1996 : 3).

Cette ambition passe d'abord par une bonne communication dont l'élément le plus essentiel reste la langue ou du moins la compréhension de la langue utilisée. Malheureusement dans notre pays, cet aspect est négligé par certains et le malade se retrouve tout le temps devant des termes ou des expressions incompréhensibles. Ce constat est vérifié par notre enquête qui révèle que 55,8% de nos locuteurs-malades ne comprennent pas toujours les termes que le médecin emploie. Par ailleurs, dans la relation entre soignant et malade, c'est la conversation qui est le plus utilisée. On utilise rarement l'écrit.

Il faut donc comprendre, comme le disait Tarde (1901, 1989 : 88), que « *les interlocuteurs agissent les uns sur les autres de très près, par le timbre de*

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

la voix, le regard, la physionomie, les passes magnétiques des gestes, et non pas seulement par le langage ».

Nous nous intéresserons donc à ces deux paramètres : la langue d'une part et l'entretien médical d'autre part.

a) Le jargon médical

L'emploi du jargon médical est fort contesté dans la relation entre soignants et malades. Mais comme le souligne Robert Buckman, bon nombre de médecins ont tendance à utiliser ce que les malades considèrent comme du jargon médical. Pour lui,

> « en dépit de l'utilité incontestable d'un langage propre à la médecine, notamment pour la communication rapide de renseignements précis, le patient n'y voit souvent qu'un charabia derrière lequel le médecin se cache afin de ne pas devoir lui dire ouvertement de mauvaises nouvelles. Il est amplement démontré que l'emploi du jargon peut plonger le malade dans le désarroi et, dans certains cas, l'amener à prendre à contresens les propos du médecin. Tant et si bien que plus de la moitié des patients se trompent sur une bonne partie de ce qu'on leur dit et, en moyenne, ils n'en retiennent que 50% » (Robert BUCKMAN, 1994 : 37).

Ce langage donc a une fonction importante mais reste incompréhensible aux non-initiés. Les patients se trouvent généralement en présence d'une communication ésotérique qui devait l'engager mais dont il se sent pour la plupart exclu. Les termes scientifiques et techniques ayant un sens tout à fait différent dans le langage quotidien, il demeure donc indispensable, qu'en s'adressant à un patient, de traduire ces mots de spécialité en mots courants, et même d'appuyer cette traduction par des explications en langues nationales afin de mieux faire comprendre au patient sa situation médicale.

Il est vrai que beaucoup de soignants font d'énormes efforts en parlant aux malades en langues nationales mais la traduction de certains termes pour eux demeure très difficile. D'autres par contre *«se targuent, et non sans raison d'ailleurs, de leur capacité à manier ce langage si peu accessible.* » (*Idem*, p.77).

Dans le milieu, le patient est au centre de toute préoccupation. Il a le droit moral de connaître l'information le concernant et que le médecin ne peut invoquer aucun droit de ne pas la communiquer. Cependant, le contrôle du niveau de communication permettrait d'adopter le vocabulaire à celui des patients, car, comme nous l'avons dit, il existe un écart sensible entre le langage du soignant et celui du soigné.

En somme, dans l'entretien médical, les mots servent à transmettre un message à l'autre personne. Il faut donc, non seulement traduire comme nous l'avons dit les propos dans un langage que le patient comprend, mais en plus, compenser la « perte d'information » due à la mauvaise réception (mauvaise compréhension) par un surplus d'informations. C'est la redondance dans la théorie de la communication, car « *certaines idées réclament plus qu'une seule*

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

phrase même si on peut les condenser en une seule phrase » (Jean Hamburger, 1982 : 18).

Enfin, il arrive que le patient ne parle pas la même langue que le soignant (ce cas existe bel et bien au Sénégal en situation plurilinguistique). Dans ce cas, en dehors du récepteur et de l'émetteur qui sont les protagonistes du schéma de Jakobson, nous aurons aussi un cryptanalyste[15]qui sera en même temps émetteur et récepteur, et jouant le rôle d'interprète. C'est ce que nous appelons « la théorie de la communication triangulaire » ou « entretien indirect ».

b) L'entretien médical

L'entretien médical est sous-tendu par une structure qui doit permettre au médecin de cerner les angoisses et les craintes des patients. L'absence de cette structure est souvent à l'origine de risques de déception des patients. Ces derniers risquent de se mettre mal à l'aise à cause des craintes et diverses angoisses.

L'entretien médical s'appuie sur certaines normes dont la première sans doute est la préparation à l'écoute. Le médecin donc doit créer une ambiance appropriée et disposer d'un cadre physique qui permette de mettre le malade à l'aise. Ensuite, nous avons :

La plainte. C'est la première parole énoncée lors de la rencontre entre un malade et un médecin ; elle exprime le motif de consultation.

> « Le patient qui se rend au cabinet du médecin souffre d'une douleur, d'un inconfort, d'une gêne qu'il va exprimer spontanément par des mots. Au médecin de décoder la signification de cette plainte et de faire émerger d'autres symptômes qui étaieront son approche diagnostique. » (ibidem)

La parole descendante ou interrogation. Pour Buckman (*op.cit.*, p.43),

> « un entretien médical, s'il contient des éléments de dialogue ordinaire, n'a rien à voir avec une simple conversation à bâtons rompus. C'est un instrument d'échange d'informations précises entre médecin et malade, échange au cours duquel s'expriment opinions et sentiments.»

La parole descendante c'est le questionnement qui suit l'énoncé de la plainte. Ce questionnement permet au médecin de cerner, question après question, l'organe en cause et le type de trouble que le patient présente. Pour Ogrizek, Guillery et Mirabaud (*op.cit.*, p.38), *« c'est aussi le moment difficile où le praticien entre brutalement dans l'intimité d'un inconnu et, paradoxalement, en questionnant, installe son pouvoir en devenant celui qui possède le savoir* ». C'est pourquoi, il est conseillé aux médecins dans ce cas d'avoir un esprit d'écoute pour mieux décoder les réponses et les silences qui peuvent être

[15] Le sens que JAKOBSON donne à ce mot est différent de celui que nous lui donnons. Nous voulons simplement désigner cette personne qui n'est pas le destinataire réel du message.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

colorées de gêne de la part du patient. L'écoute active consiste donc à laisser s'exprimer le patient et ponctuer son discours par des signes de compréhension.

La parole en réponse

C'est le moment où le médecin explique au malade son mal. Cette partie n'est pas facile car « *formuler le ressenti et l'expliquer nécessite un effort sémantique de description et de précision qui n'est ni naturel, ni spontané* » (*idem*, p.38).

Les outils de communication interviennent dans ce cas comme appui, puisque « *les mots pour dire la maladie s'égarent ou ne viennent pas aisément* (….) » (*idem*, p.38).

La réciprocité d'informations et la négociation

Dans ce cas, il s'agit d'un échange où le patient explique clairement ce qu'il ressent et où le médecin s'explique sur la pertinence de ses questions adressées au patient et en même temps anticipe la crainte de la maladie ou du mal. Pour cela, il demande la coopération du malade qui doit donner toute l'information qu'il est seul à détenir. Puis, le médecin « *installe la réalité sociale de la maladie* ».

Le colloque singulier

> **«** Colloque, car il s'agit de parler avec l'autre de ce qui ne va pas, de ce qui va mieux, de la signification des symptômes et des moyens à mettre en œuvre ensemble, pour que le retour à l'état de santé soit le plus rapide et le plus complet possible. Singulier, car ce dialogue est unique » (OGRIZEK, GUILLERY, MIRABAUD, *op.cit*., p.39)**.**

Ce dialogue intime et permanent nécessite une écoute, une disponibilité et/ou une explication de la part du soignant, mais aussi une volonté de coopérer de la part du soigné. Ce sont donc les deux paramètres de ce colloque singulier. De plus, « *c'est le devoir du médecin de taire à quiconque tout propos qui aura pu lui être confié dans le cadre du colloque singulier qui est la pierre angulaire de la relation médecin-malade* » (*idem*, p.42.)**.**

2- Introduction à l'écriture médicale

L'écriture est aussi un moyen très utilisé dans la communication médicale. Elle peut avoir une fonction double :

- Elle permet au médecin de communiquer avec ses paires. Elle sert dans ce cas à véhiculer des informations générales ou scientifiques avec le corps médical ou paramédical.
- Elle permet également au médecin de communiquer avec le patient. Dans ce cas, elle sert à véhiculer des informations relatives à la santé du patient par exemple.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

L'écriture est donc fondamentale dans le milieu médical. On est tous un jour sorti d'un cabinet médical en essayant de déchiffrer l'ordonnance prescrite, et même en utilisant une loupe, impossible de comprendre la prescription!

D'ailleurs, certains sont convaincus que le médecin doit écrire mal. Et à longueur de journée, nous entendons des propos tel que « il écrit comme un médecin », pour dire qu'il écrit mal.

Nous comprenons que les médecins soient préoccupés par la maladie, les diagnostics, les traitements, etc. Mais est-ce une raison d'écrire mal ?

A la réponse à une question qu'on leur pose souvent, les réponses ne varient presque pas :

-nombre important de prises de notes ;

-ordonnances ;

-compte-rendus médicaux.

Ils affirment noter, et pour chaque patient, tout ce qu'ils font, décident, prescrivent, observent et ont tendance d'ailleurs à penser qu'ils s'adressent à un autre professionnel qui leur comprendra à coup sûr.

Mais le paradoxe est que même les infirmiers et les pharmaciens se plaignent des écritures pouvant aboutir à des confusions de prescriptions et de médicaments.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé[16], par exemple, lors des Assises du Médicament en 2011, a relevé des médicaments à risque de confusion parmi lesquels quelques-uns sont contenus dans ce tableau:

REMINYL ET AMAREL	ADVILTAB ET ADVILCAPS
COZAAR / HYZAAR ET FORTZAAR	AMYCOR ET CLAMYCOR
ROTARIX ET REVAXIS	AVANDAMET ET AVODART
DAFLON ET DAFALGAN	BRISTOPEN ET BRISTAMOX
RECTOGESIC ET DUROGESIC	CIFLOX ET CIBLOR
DUPHASTON ET DUSPATALIN	CONTRAMAL ET COLTRAMYL
SALBUMOL ET SALBUTAMOL	OXYCONTIN ET OXYNORM
EPITOMAX ET ZITHROMAX	OXYCONTIN ET MOSCONTIN
SERETIDE ET SEREVENT	OCTALBINE ET OCTAGAM
ESPERAL ET HEPSERA	PROSTINE ET PROSTIGMINE
SEROPLEX ET SEROPRAM	PARALYOC ET PROXALYOC
FLIXOTIDE ET SERETIDE	COVERSYL ET CORVASAL

Pourtant, d'après la loi, le praticien est dans l'obligation de rédiger l'ordonnance de façon claire et lisible. Il engage sa responsabilité pénale, car la mauvaise compréhension du traitement peut être préjudiciable pour le patient. Nous ne demandons pas aux médecins d'être calligraphes, mais plutôt de comprendre que parfois, ils s'adressent à des non-spécialistes de la santé et qu'il faut, comme le disait Roger Benichoux, « *être lisible pour être lu* » (1997 : 36).

L'écriture médicale, comme toute écriture, est complexe puisqu'il y aura toujours une part de subjectivité de celui qui écrit. Mais, en dépassant ce cadre

[16] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Assises du Médicament, Groupe de travail no4, Avril 2011.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

subjectif, nous pouvons dire qu'elle obéit à certaines règles. Roger Benichoux (*op.cit*, pp.36-40) en a dénombré dix que nous avons simplifiées.

La première règle est celle de la lisibilité. Nous pouvons définir la lisibilité comme étant la qualité de ce qui est lisible, c'est à dire aisé à lire. C'est pourquoi le spécialiste, qui écrit, doit se mettre à la place de son lecteur. Ce dernier est exigeant. Il veut non seulement lire, mais comprendre les informations véhiculées à travers ces écrits et qui le concernent, peut-être directement. Pour Benichoux, la lisibilité d'un texte dépend de deux facteurs : le vocabulaire et la structure ou la longueur des phrases. Les mots utilisés doivent donc être courants et la structure des phrases peu complexe.

La deuxième règle est la solidarité du fond et de la forme. Nous savons, en effet, que la forme enrichit le fond et le juge. En retour, « le quoi écrire » facilite « le comment écrire et vérifie combien il est important d'améliorer la logique de notre pensée en évitant la rigueur dans la forme de nos écrits. Pour cela, il est proposé au spécialiste de la santé :

- de faire court pour permettre de mieux ressortir les faits essentiels. Les phrases doivent donc être bien charpentées et proches du schéma : sujet-verbe- complément.
- de nommer en premier l'objet ou le fait principal. Ce genre de structure se retrouve même dans la presse écrite avec la fameuse « règle des règles » ou le « droit au but » qui permet de faire « *saisir l'essentiel d'une information d'un rapide coup d'œil* »[17]. C'est ce que Benichoux a compris à travers cette exhortation : *« Dans une phrase. Commencez toujours par le mot le plus significant*" (*op.cit*, p.38).

La troisième règle est celle de la concision. La concision exclut la redondance. Un écrit scientifique est différent du roman ; il doit être condensé sans mots flous ou inutiles. Seules doivent compter sa qualité et sa densité. La concision appelle aussi la clarté, la précision et la simplicité du style. Ces trois entités doivent éviter au médecin, dans une certaine mesure, l'usage des mots spécialisés que le lecteur non averti ou le scientifique non spécialisé ne peut comprendre.

La quatrième règle enfin est celle des mots nouveaux. Dans ce cas précis, il faut abandonner les mots imprécis qui peuvent fausser l'interprétation en même temps inventer des mots nouveaux qui est une nécessité permanente pour toutes les spécialités scientifiques.

Conclusion

En définitive, appréhender les difficultés de communication dans le milieu médical suppose que l'on prenne en compte la fonction essentielle des langues. Celles-ci jouent un très grand rôle dans la communication entre soignants et malades et la qualité de cette relation,

[17] André Moussa DIOP, 2002, *Analyse lexicale et morphosyntaxique du français dans la presse écrite sénégalaise. L'exemple de trois quotidiens : Le Populaire, Le Soleil et Walfadjri, mémoire de maîtrise*, FLSH, UCAD, p. 30.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

> « est le fondement de la médecine humaine ». C'est de la parole échangée que vient l'essentiel de l'information nécessaire à établir le diagnostic. C'est grâce au dialogue médecin-malade qu'il est possible de suivre l'évolution de l'affection et de la thérapeutique mise en œuvre. Enfin, la relation de confiance qui se construit par l'échange verbal, entretien après entretien, fait partie intégrante de l'acte thérapeutique et contribue, par la prise en compte de la globalité de la personne, de son expression parlée, au rétablissement ou pour le moins à l'amélioration de son état de santé » (OGRIZEK, GUILLERY, MIRABAUD, *op. cit.*, p.37).

La communication s'inscrit également au cœur même du processus thérapeutique; elle est un élément constitutif de l'action de santé, de la santé elle-même pourrait-on dire. C'est bien cela qui, dans ce cadre particulier, donne à la communication une signification tout à la fois singulière et fondamentale.

Bibliographie :

*** (2011), AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE, *Assises du Médicament*, Groupe de travail no4, Avril.

BAYLON Christian, FABRE Paul (1990), *Initiation à la linguistique*, Paris, Nathan.

BENICHOUX Roger (1997), *Guide de la communication médicale et scientifique*. Comment écrire. Comment dire, Montpellier, Sauramps.

BUCKMAN Robert (1994), *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles-Guide du professionnel de la santé*, Paris, Interéditions.

CHOMSKY Noam (1969), *Structures syntaxiques*, Paris, Seuil.

DIOP, André Moussa (2002), *Analyse lexicale et morphosyntaxique du français dans la presse écrite sénégalaise*. L'exemple de trois quotidiens : le Populaire, le Soleil et Walfadjri, Mémoire de maîtrise, Dakar, UCAD, FLSH.

EARTHSCAN (1981), *Vers un nouvel ordre de la santé*, Paris, éditions ouvrières, cop.

HAMBURGER, Jean (1982), *Introduction au langage de la médecine*, Paris, Flammarion.

JAKOBSON, Roman (1963), *Essais de linguistique générale*, Paris, Minuit.

JUNEAU, Denis (1991), *La signalisation dans les hôpitaux* (Québec) gouvernement du Québec.

MAINGUENEAU, Dominique (2000), *Analyser les textes de communication*, Paris, Nathan, Nathan / HER.

MEYER, Eveline E, SAINSBURY, Peter (éds) (1975), *Promotion de la santé et environnement humain*, Genève, OMS.

*** (2002), MINISTERE DE LA SANTE, CHU de Fann, *Plan de communication du centre hospitalier national de Fann*, septembre /octobre.

OGRIZEK, Michel, GUILLERY, Jean-Michel, MIRABAUD Christiane (1996), *La communication médicale*, Paris, PUF.

PELICIER, Yves, MOUCHEZ, Phillipe (1973), *Abrégé de sociologie et économie médicale*, Paris, Masson & Cie.

PENNEAU, Jean (1996), *La responsabilité du médecin*, Paris, Dalloz, 2ème édition.

SANKALE, Marc (1969), *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, Paris, Présence africaine.

SAUSSURE, F. (1960), *Cours de linguistique générale*, 5ème édition, P., Payot.

TARDE, Gabriel (1989), *L'opinion et la foule*, Paris, PUF.

TODOROV, Tzvetan, BAKHTINE, Mickaël (1981), *Le principe dialogique suivi des écrits du cercle de BAKHTINE*, Paris, Seuil.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)

Dictionnaires :

*** (1998), *Dictionnaire de médecine*, Paris, Flammarion.
DUBOIS, Jean (1973), *Dictionnaire de linguistique générale*, Paris, Larousse.
GARNIER, DELAMARE (1985), *Dictionnaire des termes scientifiques de la médecine*, Paris, Maloine, 21ème édition.
LAROUSSE (1991), *Larousse médical*, Paris, Larousse.
LAROUSSE (1995), *Dictionnaire usuel*, Paris, Larousse.
MANUILA, L., MANUILA, A., NICOULIN, M. (1996), *Dictionnaire médical*, 7ème édition, Paris, Masson.
ROBERT, Paul (1996), *Le Petit Robert*, Paris, Le Robert.

BDD-A25071 © 2016 Editura Universităţii din Suceava
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.216.169 (2026-11-07 03:06:22 UTC)