**LA GESTION DES RISQUES LANGAGIERS AU COURS DES CONSULTATIONS MÉDICALES : APPROCHE RÉGULATIONNISTE**

Par :

Richard Bertrand ETABA ONANA, *chargé de recherche au CNE-MINRESI*

***Résumé****: Dans tout travail de recherche, le choix d’un cadre théorique n’est pas souvent aisé. De l’avis de KERBRAT-ORECCHIONI (1998 : 6), « En matière d’analyse des conversations, l’hétérogénéité des données est telle qu’elle ne peut pas à l’heure actuelle être traitée par une seule théorie unifiée, et que l’éclectisme y est de mise ». Nous nous proposons dans cette communication d’appliquer, sur la base du matériau empirique constitué d’interactions verbales entre médecins et patients, la théorie de régulation sur l’étude de la gestion des risques langagiers au cours des consultations médicales. Théorie qui facilitera la mise sur pied d’une politique linguistique permettant de mitiger les risques langagiers au cours d’une consultation médicale.*

**Introduction**

Étudier la gestion des risques langagiers au cours des consultations au Cameroun revient tout d’abord à admettre avec Etaba Onana (2014) ; Zang Zang et Etaba Onana (2014, 2016, 2017, 2019) que les risques langagiers sont présents au cours des interactions verbales entre médecins et patients. Entre ce que le médecin dit, ce qu’il croit avoir dit et ce que le patient entend et comprend, il y aurait 80% de déperdition de sens du message qui les pousserait dans des incompréhensions, des malentendus et quiproquos infinis. La communication, dans le cadre d’une consultation médicale, est abordée dans cette étude comme une communication en situation de travail dans la perspective de la gestion des risques. Nous nous appesantirons, non pas sur les échanges entre les professionnels, mais plutôt sur les échanges entre les professionnels et les non-professionnels, en situation dite de travail. La question générale de recherche (QGR) qui sous-tend notre problématique est la suivante : comment combattre les risques inhérents à la communication dans les milieux hospitaliers camerounais? Se basant sur la théorie de régulation, nous montrerons, sur la base d’une enquête sociolinguistique menée dans une huitaine d’institutions hospitalières publiques du Cameroun que les risques inhérents à la communication dans les milieux hospitaliers camerounais peuvent être mitigés par la mise en place d’une politique linguistique appropriée par chaque hôpital qui, en tant qu’institution et en vertu des pouvoirs qu’il détient, doit se doter des moyens nécessaires pour son implémentation. Le plan de notre présentation est le suivant : 1. Contexte et justification de l’étude ; 2. Cadre théorique ; 3. Méthodologie ; 4. Les risques langagiers au cours des consultations médicales ; 5. De la gestion des risques langagiers proprement dite au cours des consultations médicales.

1. **Contexte et justification de l’étude**

L’hôpital est un lieu de rencontre interculturelle où des médecins migrants et non-migrants prennent en charge des patients qui ne peuvent parfois ni lire ni écrire, et, dans certains cas, sont sourds-muets. Les médecins migrants ne parlent aucune des langues officielles du Cameroun. Certains patients, quant à eux, ne s’expriment qu’en leur langues locales (« langues maternelles »). Tous les médecins non-migrants (camerounais) ne parlent pas les langues locales du Cameroun. Or, pour poser un diagnostic, le médecin doit, dans la plupart des cas, s’entretenir avec son patient. La consultation médicale devient à cet effet un moment où se prennent de grandes décisions sur la santé des patients au moyen de la communication. Le constat fait est que certains accidents qui surviennent dans les milieux hospitaliers ne sont dus, ni à l’incompétence du médecin, ni à une défaillance technique, mais aux aléas de la communication entre médecins et patients. Avec les avancées des travaux sur la communication, ces accidentés peuvent être évités.

1. **Cadre théorique**

La problématique de notre recherche s’inscrit dans la continuité des approches pluridisciplinaires des situations de travail qui, à partir d’une perspective centrée sur l’activité des travailleurs, s’intéressent à l’identification, à la description et à la compréhension de ce que BOUTET (2001) a suggéré d’appeler « la part langagière du travail » dans le réseau Langage et Travail. Ce courant de recherche et d’intervention, s’intéresse aux multiples manifestations langagières attestées sur les lieux de travail (les textes à caractère institutionnel, les paroles échangées entre travailleurs, les discours recueillis à propos des situations de travail, etc.) et à leurs effets sur le fonctionnement de l’activité, des collectifs et des organisations. Toutes ces disciplines peuvent se colliger dans la théorie de régulation de Paul ZANG ZANG.

Selon Zang Zang (2013:301), la théorie de la régulation est une théorie linguistique dans laquelle la langue fonctionne et change avec cinq types de régulations:

* Les régulations institutionnelles où sont introduites les données sur l’environnement institutionnel dans lequel la langue évolue: les pratiques institutionnelles à travers le pouvoir que détiennent le législateur et les institutions qui font usage de la langue;
* Les régulations sociales où sont introduites les données sur l’environnement social dans lequel la langue évolue: les pratiques effectives et les représentations que l’on se fait de la langue au plan social;
* Les régulations sociales où sont introduites les données sur l’environnement culturel dans lequel la langue évolue. Cet environnement exerce une influence considérable sur les conduites des individus et sur le fonctionnement du système langue;
* Les régulations structurelles où intervient le corpus;
* Les régulations par rétroaction où sont introduites les données sur l’interaction entre les usagers de la même langue au niveau individuel, des groupes, des Etats. La rétroaction est définie par Zang Zang (2013: 428) comme étant « la phase pendant laquelle l’encodeur et le décodeur vérifient qu’ils disent la même chose, ou qu’ils doivent se mettre d’accord. Elle peut être un examen organisé par une institution scolaire dans le but de vérifier si les élèves ou étudiants régulièrement inscrits ont intégré ses normes et ses représentations. Cette évaluation peut se terminer soit par la promotion en classe supérieure, soit par l’obtention d’un diplôme, soit par un renvoi ».

L’analyse des communications entre les médecins et les patients peut s’inscrire dans le cadre de la théorie des régulations par rétroaction. Médecins et patients, dans le cadre d’une communication peuvent se corriger et adapter leurs codes. S’ils s’accordent, il y a fusion des cultures et on parle de rétroaction positive; dans le cas contraire, il y a rejet et on parle de rétroaction négative.

1. **Méthodologie**

Notre démarche méthodologique privilégie une approche quantitative couplée à une approche qualitative. L’approche quantitative est basée sur les questionnaires administrés aux patients et aux médecins dont l’objectif est d’identifier et d’évaluer les stratégies utilisées par les médecins et patients pour communiquer, ainsi que les problèmes linguistiques auxquels ils font face. Un questionnaire est administré avant la consultation, un après la consultation et un autre lors des rendez-vous de contrôle ou de routine. L’approche qualitative, quant à elle, est basée sur l’enregistrement des données provenant de l’observation in situ des consultations médicales, des entretiens (semi-directifs, à bâtons rompus et de groupe), de leur transcription et de l’analyse minutieuse desdites données.

Huit institutions hospitalières ont été choisi : l’Hôpital Général de Yaoundé (HGY), l’Hôpital Régional de Bertoua (HRB), l’Hôpital Régional de Garoua (HRG), l’Hôpital de District de Guider (HDG), l’Hôpital de District de Mbalmayo (HDM), l’Hôpital de District de Garoua Boulaï (HDGB), le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées (CNRPH) et le Centre de Santé du Camp de Réfugiés de Gado Badzere. Ces institutions hospitalières ont été choisies parce qu’elles appartiennent chacune à une catégorie précise mais, aussi parce qu’on retrouve, dans certaines, des médecins migrants qui consultent et, dans d’autres, des patients qui ne sont pas tous des Camerounais et dont le statut linguistique pourrait poser des problèmes de communication. On y rencontre notamment des patients réfugiés, des sourds-muets, des patients qui ne parlent aucune langue officielle et ceux qui ne savent ni lire ni écrire. Les médecins chinois et camerounais y sont présents. Les approches (quantitatives et qualitatives) permettent de généraliser nos résultats. En effet, les données quantitatives ne pouvaient pas, seules, dans le cadre de la présente étude permettre la généralisation des résultats par le fait que, certains enquêtés, pour des raisons diplomatiques ou politiques peuvent s’arranger à donner des réponses précises à un type précis de question tout en cherchant à biaiser l’enquête. L’enquête quantitative jointe à l’enquête qualitative ont permis de détecter ce biais.

Au total, nous avons interrogé 112 patients l’HGY, 479 à l’HRG et au CSCRGB, 225 à l’HDG et l’HDM. Soit 816 patients. Parmi ces patients, 202 sont des réfugiés centrafricains. 428 patients, tout hôpital et toutes nationalités confondus, ne parlent aucune langue officielle des consultations. Soit un pourcentage de 52,45% de patients qui ne parlent aucune langue officielle des consultations.

Quant aux médecins, nous avons interrogé 90 médecins parmi lesquels 20 médecins chinois et un médecin guinéen qui s’exprime en français et en fulfulde. Les médecins chinois s’expriment dans un français approximatif. Les médecins camerounais, quant à eux, parlent au moins une langue officielle des consultations.

1981 consultations ont été observées contre 287 enregistrées 287. Le total de l’enregistrement est de 86 heures environ. 04 focus group ont été constitués soit 01 constitué de patients, 01 constitué de médecins camerounais, 01 constitué de médecins chinois et du personnel médical camerounais et un autre constitué de patients réfugiés. L’analyse des données a permis d’observer les risques langagiers auxquels médecins et patients font face et la manière avec laquelle ces risques sont gérés.

1. **Les risques langagiers dans les consultations médicales**

Le risque langagier se définit comme étant toute situation probable d’incompréhension, d’imprécision, d’ellipse ou d’ambiguïté du langage parlé, écrit, mimique, gestuelle ou des signes au cours d’une communication et préjudiciable à ses actants. Ces situations langagières sont aussi appelées les aléas du langage. En d’autres termes, le risque langagier est la manifestation probable d’un aléa langagier sur les actants de la communication et susceptible d’occasionner, de près ou de loin, des incidents, des accidents ou des catastrophes. Au cours des échanges entre médecins et patients, nous avons observé des situations à risques. **Consultation du 24 février 2015** : Madame N, âgée de 31 ans se présente en consultation de médecin généraliste. Elle est mère allaitante. Pour les conventions de transcriptions, MG1 est le médecin. M pour médecin, G pour la ville ou l’hôpital et le chiffre représente le numéro du médecin et pour les patients c’est la lettre P qui commence suivi de l’initiale de la ville et enfin du numéro d’ordre. Pour MG1lire médecin numéro 1 de l’HRG et pour PG1 lire patient numéro 1 de l’HRG.

1. MG7HRB : Bonjour madame !
2. N : Bonjour docteur !
3. MG7HRB : Qu’est-ce qui vous amène à l’hôpital ?
4. N : Je sens mal aux genoux.
5. M : Tu chauffes ?
6. N : Quand je reste, je transpire seulement.
7. MG7HRB : Tu es malade depuis quand ?
8. N : Ça fait déjà deux semaines.
9. MG7HRB : Ça fait deux semaines déjà que tu es malade ?
10. N : *Euh hum*.
11. MG7HRB : Qu’est-ce que tu as pris pour te soulager ?
12. N : J’ai d’abord acheté le Thiobactin.
13. MG7HRB : Tu as acheté le Thiobactin ?
14. N : Oui.
15. MG7HRB : Et tu buvais le Thiobactin-là comment ? C’est quel Thiobactin d’abord.
16. N : C’est le Thiobactin 500mg.
17. MG7HRB : Et tu as pris ça comment ?
18. N : Je prenais 2 matin 2 soir.
19. MG7HRB : Tu l’as pris pendant combien de jours ?
20. N : J’ai seulement acheté une boîte.
21. MG7HRB : Tu as fini la boîte-là ?
22. N : *Euh hum*.
23. MG7HRB : Disons que ça a fait 4 jours comme ça.
24. N : *Euh hum.*
25. MG7HRB : Ton nom c’est quoi ?
26. N : C’est N.
27. MG7HRB : Tu as quel âge ?
28. N : 31 ans.
29. MG7HRB : Commerçante ?
30. N : *Euh hum.*
31. MG7HRB : Ton quartier ?
32. N : Tsindamba.
33. MG7HRB : Tsindamba ?
34. N : Tsindamba.
35. MG7HRB : Ton numéro de téléphone ?
36. N : 74146106.
37. MG7HRB : À part les maux de tête et les genoux qui font mal, tu as autre chose qui te dérange ?
38. N : Il y a aussi le mal, la douleur comme ça (montrant les articulations).
39. MG7HRB : Toutes les articulations te font mal ?
40. N : *Euh hum*.
41. MG7HRB : Et le soir peut-être vers 16 heures, quand le froid vient, tu ne chauffes pas ?
42. N : Je suis seulement fatiguée, fatiguée.
43. MG7HRB : À part Thiobactin, tu n’as rien pris d’autre ? *(Pendant ce temps, un autre médecin, collègue à MG7HRB fait son entrée en salle)*.
44. N : Doc, et les crampes, les crampes, les crampes m’embêtent aussi jusqu’à. *(Pendant ce temps MG7HRB poursuit la conversation avec son collègue au sujet du remplissage du registre des consultations pendant deux minutes et au terme de la conversation, la patiente reprend).*
45. N : Les crampes m’arrêtent aussi les bras jusqu’à. La nuit, je ne dors même pas. Et, c’est comme ça que ça fait mal.
46. MG7HRB : *Euh hum*, tu ne tousses pas ?
47. N : Non.
48. MG7HRB : Le bébé-ci a combien de mois ?
49. N : Il a deux mois et demi.
50. MG7HRB : On ne t’a pas dit que la femme qui allaite doit faire attention aussi avec les médicaments qu’elle prend parce que le bébé prend aussi ça dans le lait ?
51. N : (silence)
52. MG7HRB : Bien ! Tu me regardes ! On ne t’a pas dit cela pendant les visites ?
53. N : On me l’avait dit.
54. MG7HRB : Mais, tu as seulement couru aller acheter le Thiobactin. Il y a des médicaments que les femmes enceintes ou bien celles qui allaitent ne doivent pas prendre parce que le bébé prend ça dans le lait et ça fait rougir le bébé.
55. N : *Euh hum* (secouant la tête).
56. MG7HRB : Il faut faire attention. Le seul médicament que tu peux prendre sans prescription est le paracétamol, si tu as mal quelque part. Pour le reste, tu pars à l’hôpital. Même quand tu es en pharmacie pour acheter, précise que tu allaites. En te donnant un médicament, on sait ce qu’on va te donner.
57. N : (silence)
58. MG7HRB : Est-ce qu’il y a une autre maladie qui te dérange souvent ?
59. N : La typhoïde et le mal de tête.
60. MG7HRB : Est-ce qu’il y a un médicament auquel tu es allergique ?
61. N : Il y avait ça depuis longtemps que je prenais souvent la quinine-là, ça me grattait le corps.
62. MG7HRB : Tu ne vomis pas ?
63. N : Non.
64. MG7HRB : Tu fais les selles normalement ?
65. N : Euh hum. J’ai un peu froid.
66. MG7HRB : Quand tu urines, tu as mal ?
67. N : Non.
68. MG7HRB : Tu vas aller faire des examens.
69. N : Euh hum.
70. MG7HRB : Tu dis que tu as des crampes aussi ?
71. N : Ça me fait mal jusqu’à !
72. MG7HRB : Et tu te sens fatiguée ?
73. N : Hein ?
74. MG7HRB : Et tu te sens fatiguée ?
75. N : Euh hum.
76. MG7HRB : Tu as le paracétamol non ?
77. N : Oui, j’ai le para.
78. MG7HRB : Tu prends ça pour tes maux de tête et ça c’est pour les crampes.
79. N : Euh hum.
80. MG7HRB : Tu vas dans la pharmacie de la ville, tu prends un comprimé le matin et un comprimé le soir pendant un mois. C’est le calcium et tu fais ces examens. Dès que tu as les résultats, tu apportes et tu prends ton *para* pour les maux de tête en attendant que tu apportes les résultats.
81. N : Oui docteur.

Dans cette consultation, MG7HRB a détecté une pratique qui n’est pas bonne dans l’histoire de madame N : c’est l’automédication qui peut avoir des conséquences graves sur sa santé et celle de l’enfant. À partir de la ligne 50 jusqu’à la ligne 56, le médecin entre dans une phase de conseil, de sensibilisation sur cette pratique. Elle recommande à la dame de se rendre à l’hôpital pour toute prescription médicale et de préciser qu’elle est allaitante. Elle présente les risques liés à cette pratique, à savoir, l’affection de l’enfant par les rougeurs et elle-même n’en est pas épargnée. Ce que nous remarquons que cette sensibilisation a lieu quand il y a intercompréhension entre le médecin et son patient. La rétroaction est positive ici. Le médecin et le patient s’entende bien. Cependant, cette sensibilisation n’est pas effective lorsqu’il y a incompréhension entre le médecin et la patiente ou bien lorsque la communication est impossible.

 **Consultation de MG2 du 19/08/2014**

1. PG4 : Bonjour docteur.
2. MG2 : Bonjour monsieur. Qu’est ce qui ne va pas ?
3. PG4 : J’ai des démangeaisons au niveau des testicules.
4. MG2 : Depuis quand ?
5. PG4 *(pendant que le médecin écrit dans le carnet du patient)* : Depuis jeudi passé.
6. MG2 : Vous dites ?
7. PG4 : Depuis jeudi passé.
8. MG2 : Vous avez des boutons ?
9. PG4 : Non ! Mais ça chauffe.
10. MG2 : Vous faites pipi normalement ? (*Pendant que MG2 achève sa question la porte des consultations s’ouvre et la consultation est suspendue. MG2 se met à discuter avec son collègue sur le diagnostic d’un autre patient. Après 4 minutes de discussion la consultation reprend son cours*). Vous dites que c’est depuis quand que vous avez les démangeaisons ?
11. PG4 : Depuis jeudi passé.
12. MG2 : Vous avez des boutons ?
13. PG4 : Non ! Mais ça chauffe.
14. MG2 : Vous faites pipi normalement ?
15. MG4 : Oui.

MG2 *procède à un examen clinique du patient et ensuite il va lui prescrire des examens complémentaires.*

Dans cet extrait des consultations, nous avons deux bruits qui entraînent des répétitions. Ces bruits sont des aléas de la communication. Pendant que le médecin est concentré à noter les symptômes de son patient dans son carnet, la réponse à la question suivante est déjà donnée à la ligne 5. N’ayant pas suivi la réponse du patient, le médecin lui demande de se répéter. Cette demande est traduite par la question *Vous dites ?* de la ligne 6. À la ligne 7, le patient va exactement répéter la réponse donnée à la ligne 5. Un autre bruit est observé à la ligne 10. L’intrusion en salle des consultations d’un autre médecin va brouiller le fil de la consultation. Le médecin sera obligé de se répéter. Les questions qu’il pose aux lignes 12 et 14 sont déjà posées aux lignes 8 et 10. En se répétant ainsi, le sens de la communication est maintenu et le risque langagier mitigé. Nous sommes toujours là à une rétroaction positive. Examinons à présent cette vignette.

**Vignette 1**: MB3 reçoit une malade qui fait régulièrement des anémies sévères. En interrogeant la maman, le médecin, qui est une Camerounaise, se rend compte qu’elle a déjà perdu deux enfants des suites d’anémie. Au village, c’est plutôt un problème de sorcellerie et cliniquement, l’enfant avait l’aspect d’un drépanocytaire, le faciès d’un enfant qui a des hématies. MB3 explique à la maman, à travers son intermédiaire linguistique qui est aussi membre de sa famille que ses enfants sont morts des suites d’anémie sévère et que cet enfant, pour lequel elle consulte, est aussi anémié. Par conséquent, son pronostic vital est engagé et sa survie passe par une transfusion sanguine. On ne sait pas ce qu’il lui a dit et la maman s’y est opposée. Elle a affirmé que son enfant était malade et que le sang qu’on place aux patients dans les hôpitaux appartient à une tierce personne. Si ce sang est transfusé à son enfant, celui-ci deviendrait une autre personne. Ce ne sera plus son enfant. Elle ne veut donc pas qu’on administre à l’enfant un sang qui n’est pas le sien. Et, en plus, elle ne veut pas avoir un enfant qui n’est pas son enfant. Ce sont là les propos de l’interprète. Maintenant, il fallait convaincre la maman que le sang c’est la seule solution pour sauver l’enfant et que la transfusion ne change rien sur la personnalité de l’enfant. Le médecin a pu convaincre la maman à accepter la transfusion. Mais malheureusement, l’enfant est décédé le lendemain de la transfusion. Alors la maman s’est fâchée en disant que c’est le sang qu’on a administré qui est à l’origine du décès de son enfant parce qu’elle a bien dit qu’on va transformer son enfant en quelqu’un d’autre. Pour elle, c’est du sang d’un cadavre qu’on a transfusé à son enfant. Son interprète confirmera cette information puisque, selon lui, à la banque de sang, ils n’ont pas vu la personne qui a donné le sang servi à l’enfant. C’est du sang congelé qu’on a transfusé à l’enfant. Suite à cette confirmation de son intermédiaire linguistique, cette famille va quitter l’hôpital sur ce quiproquo avec l’idée selon laquelle on administre du sang des cadavres aux malades et cette pratique est encouragée par les médecins.

Dans cette vignette, l’ancrage du patient dans la culture complique davantage la prise en charge médicale. Il est vrai que l’intermédiaire linguistique, malgré le fait qu’il est membre de la famille, n’a pas pu transmettre l’information telle quelle. Elle a eu des partis pris et la traduction n’a pas respectée les règles de l’art. Ce qui est sûr, ils vont relayer l’information au quartier et imaginez-vous les conséquences que cela peut avoir sur l’hôpital et sur les malades. Les proches, surement, ne reviendront plus à l’hôpital. On ne sait pas comment corriger cela vu les disparités linguistiques et culturelles. Il n’y a pas eu de moyens de communication pour l’empêcher ; il n’y a pas d’éléments palpables pour expliquer cela et les convaincre surement, elle continue à croire à cela jusqu’aujourd’hui : nous avons affaire ici à une rétroaction négative.

Examinons cette autre vignette :

**Vignette 2**: **Consultation du 25.08.2014** : PGu16 se présente en consultation de gynécologie. Son médecin est une Chinoise et la patiente ne parle que fulfulde, langue dominante de la ville de Guider. IL cherche à déterminer la date des dernières règles avec elle. Son mari les assiste aussi. Après une discussion de 2 minutes en fulfulde, IL s’adresse à MGu1.

1. IL : Le 22 règles déjà finies. Plus 5 plus 3 jours, c’est 3 jours docteur.

2. MGu1 : Quoi ?

3. *IL poursuit son interrogatoire de Gu6 pour savoir son problème et pendant qu’elle lui pose la question, le mari de la dame se hâte de répondre*.

4. MGu1 : Monsieur parler, pas parler madame.

5. IL (*remet de l’ordre et PGuP6 poursuit son échange avec IL qui va en rendre compte après au médecin*) : Monsieur Meiganga pas Guider.

6. MGu1 : Pas guider ?

7. IL : Oui.

8. MGu1 : Lundi monsieur voyager comment ?

9. IL (avec les gestes[[1]](#footnote-1)) : Monsieur ici là-bas, peut-être prochainement.

10. GynG (un peu courroucée) : Euh après travail, il y a *nigue….médi*….comment?

11. IL *(discute avec le mari pour qu’il reporte son voyage à lundi, mais le monsieur ne le peut pas à cause des contraintes de son travail et IL rapporte ses propos à MGu1)* : Monsieur professeur.

12. MGu1: Connais. Professeur comment ? Il y a temps pas temps comment ? Si pas venir il y a problème.

13. IL *(va expliquer les risques auxquels il expose sa femme s’il ne peut pas sacrifier son temps et après)* : Ça ordonnance saleté écrire encore ici jeter. Avant vous écrire, parler madame attendre monsieur finir test spermogramme attendre d’abord après acheter.

14. *MGu1 va refaire une ordonnance et demander à IL de demander à la dame d’aller acheter ces produits à la pharmacie chinoise. Après avoir acheté le produit, IL va expliquer la posologie à la dame.*

Dans la consultation de la vignette 2, la rétroaction est négative. Plusieurs problèmes de communication sont à relever. Malgré l’intervention de IL, il y a toujours de gros déficits. En posant les questions à PGu16 qui est la patiente, c’est son mari qui répond. Ce qui attirera l’attention de MGu1 à la ligne 4. À la ligne 13, l’intervention de IL soulève beaucoup de problèmes. MGu1 avait déjà reçu la patiente en consultation et avait consigné les données et les recommandations dans le dossier médical. Ce qu’elle a écrit semble être le contraire de ce que PGu16 a fait. Il est question que la dame attende d’abord le résultat du spermogramme de son mari, car sa prise en charge en dépend. Or, ces instructions ont été mentionnées par IL sur une fiche d’examen en français. Le malentendu ici est double : l’indisponibilité de l’époux et les résultats de son spermogramme. À la fin, MGu1 va reprendre l’ordonnance passée. En examinant le fond de la communication, l’on note des incohérences. Pourquoi le mari parle de son indisponibilité pour la semaine suivante ? Pourquoi le spermogramme n’a pas été fait ? Sans doute, il y a eu un dialogue de sourds entre la patiente et son gynécologue ou bien un bruit à cause de l’écriture du médecin chinois.

1. **De la gestion des risques langagiers proprement dite au cours des consultations médicales**

La gestion des risques langagiers étant l’ensemble des moyens linguistiques mis en jeu pour empêcher qu’adviennent ces risques. Dans une communication, lorsque certains mots ou concepts sont utilisés, la gestion des risques langagiers consiste à leur faire de la disjonction sémantique, c’est–à-dire faire ressortir leur polysémie.

Pour le personnel médical, cette gestion des risques langagiers passe par l’insertion dans le curriculum de formation des médecins un module sur la communication et l’interprétariat (LT) car, les résultats de l’enquête menée ont montré que la communication n’est pas enseignée aux médecins. Il faut aussi former les interprètes spécialisés et aussi les interprètes en langues locales / langues officielles (LT); apprendre les langues locales, la langue des signes et la langue chinoise, selon les nécessités, au personnel médical (MT et LT); prendre en compte les compétences linguistiques du personnel médical aussi bien dans leur recrutement que dans leur affectation (MT); élaborer un lexique médical du Cameroun où on trouvera le nom scientifique / le nom courant / le nom local / le nom ethnique des objets et sujets sacrés (LT). En définitive, doter les institutions hospitalières de moyens pour la mise en œuvre d’une politique linguistique qui leur sied; à l’instar de la visioconsultation, l’interprétation en ligne et l’informatisation du dossier médical des patients (CT).

**Conclusion**

L’analyse des interactions verbales entre médecins et patients a montré la nécessité de la mise sur pied d’une politique linguistique propre à chaque institution hospitalière. La théorie de régulation, telle qu’appliquée dans cette étude nous a permis de relever que la rétroaction peut avoir une issue heureuse (rétroaction positive) ou une issue malheureuse (rétroaction négative). Elle repose sur les observations et les entretiens. Les résultats obtenus soulèvent un questionnement en rapport avec le fonctionnement du système médical : Comment amener le personnel médical et les patients à accepter la présence d’une tierce personne durant la consultation? Comment gérer les problèmes liés à l’éthique médicale? Qui supportera le prix des interprètes médicaux? Des recherches approfondies doivent être menées à ce sujet.

1. Nous n’avons pas pu décrire ces gestes pour absence de la vidéo. [↑](#footnote-ref-1)