

UNIVERSITY OF GHANA, LEGON

COLLEGE OF HUMANITIES



**LE RÔLE DE LA LANGUE DANS L'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX : LE CAS
DES FRANCOPHONES AU GHANA**

BY

YEDOUPAPE KOKU DIEUDONNE LARE

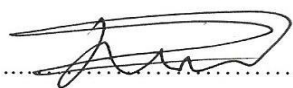
(10428781)

**THIS THESIS IS SUBMITTED TO THE UNIVERSITY OF GHANA, LEGON IN
PARTIAL FULFILMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE AWARD OF
MPHIL IN FRENCH DEGREE**

SEPTEMBER, 2021

DECLARATION

This is to certify that this thesis is the result of research undertaken by YEDOUPAPE KOKU DIEUDONNE LARE, for the award of the Master of Philosophy (MPhil) French Degree in the Department of French, University of Ghana.

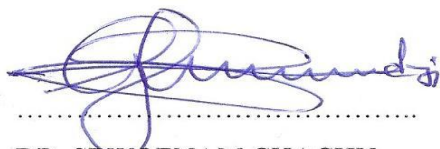


YEDOUPAPE K.D. LARE
(STUDENT)

28/09/2021

DATE

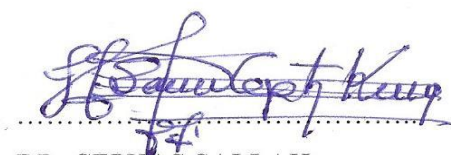
We, Dr. SEWOENAM CHACHU and Dr. CEPHAS SALLAH do hereby declare that the preparation and presentation of this thesis were supervised in accordance with the guidelines of supervision of thesis laid down by the University of Ghana.



DR. SEWOENAM CHACHU
(PRINCIPAL SUPERVISOR)

28/09/2021

DATE



DR. CEPHAS SALLAH
(CO-SUPERVISOR)

28/09/2021

DATE

REMERCIEMENTS

Je remercie Dieu de m'avoir aidé à mener ce travail à bout par sa grâce. Je remercie également mes directeurs de recherche, Dr. SEWOENAM CHACHU et Dr. CEPHAS SALLAH pour leurs supports lors de l'élaboration de ce mémoire. Je remercie aussi le Département de Français, sous la direction de Dr. SEWOENAM CHACHU pour les séminaires mensuels. Cela a vraiment aidé au progrès de ce travail.

Je remercie une fois de plus Dr. SEWOENAM CHACHU pour le support financier et de m'avoir aidé à obtenir une bourse d'étude. Je suis très reconnaissant.

Je tiens à remercier tous mes professeurs, mes camarades de classe, ainsi que tous ceux qui ont contribué à la réussite de ce travail.

Finalement, je remercie ma famille pour leurs encouragements et leurs prières.

Abstract

Located in West Africa, Ghana is an English-speaking country surrounded by French-speaking countries. By this geographical position, Ghana is naturally open to Francophone immigrants, which is a reality today. During their stay, the immigrants might need medical care. During access to health care by these Francophone immigrants, communication difficulties arise because of language barriers. This research aims to study the effects of language barriers on the medical care received by Francophone patients in Ghanaian health centres, to identify the means of communication used between patients and medical personnel and to analyse the verbs and expressions used by the Francophone patients when telling their experiences. During our research, we interviewed a total of twenty-five Francophones who had accessed Ghanaian healthcare centres. Those who had communication difficulties due to language barriers reported negative effects on the effectiveness and quality of the healthcare they received. They stated negative effects such as: longer time spent for consultation, additional expenses and the risk of making serious mistakes that could cost their lives. It is hoped that the recommendations made at the end will be useful in improving care for Francophone patients in Ghanaian health centres.

Key words: communication, interpretation, language barriers, immigration, minority language and majority language.

Résumé

Situé en Afrique de l'ouest, le Ghana est un pays anglophone ouvert sur le Golfe de Guinée au sud et entouré de pays francophones. Par cette position géographique, le Ghana est naturellement ouvert aux immigrants francophones, ce qui est une réalité de nos jours. Lors de leur séjour, les immigrants pourraient avoir besoin de soins médicaux. Pendant l'accès aux soins de santé par ces immigrants francophones, des difficultés de communication s'imposent à cause des barrières linguistiques. Cette recherche vise à étudier les effets des barrières linguistiques sur les soins médicaux que reçoivent ces patients francophones dans les centres de santé ghanéens, identifier les moyens de communication utilisés lors des interactions patient-personnel médical, et analyser les verbes et expressions utilisés par les patients francophones lorsqu'ils racontent leurs expériences. Lors de notre enquête, nous avons interviewé au total vingt-cinq francophones qui ont eu accès aux centres de santé ghanéens. Ceux qui ont eu des difficultés de communications dues aux barrières linguistiques ont témoigné des effets négatifs liés à l'efficacité et à la qualité des soins qu'ils ont reçus. Ils ont mentionné des effets négatifs tels que la prolongation de la durée des consultations, des dépenses supplémentaires à cause des mauvais diagnostics et le risque d'erreurs graves qui pourraient leur coûter la vie. Nous espérons que les recommandations faites à la fin seront utiles pour améliorer la prise en charge des patients francophones dans les centres de santé ghanéens.

Notion clés : la communication, l'interprétation, les barrières linguistiques, l'immigration, les langues minoritaires et la langue majoritaire.

SOMMAIRE

DECLARATION	i
REMERCIEMENTS	ii
Abstract	iii
Résumé	iv
SOMMAIRE	v
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	ix
CHAPITRE I : INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1. Contexte de l'étude	1
1.2. Justification du choix de sujet	4
1.3. Problématique	7
1.4. Objectifs	9
1.5. Questions de recherche	10
1.6. Hypothèses	11
1.7. Méthodologie	11
1.8. Délimitation de l'étude	13
1.9. Le plan du travail	13
1.10. Conclusion	14
CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE ET TRAVAUX ANTÉRIEURS	15
2.1. Explication des notions clés	15
2.1.1. La communication	15

2.1.2. L'interprétation	17
2.1.3. Les barrières linguistiques	17
2.1.4. L'immigration	18
2.1.5. Les langues minoritaires	19
2.1.6. La langue majoritaire	20
2.2. Cadre théorique	20
2.2.1. La CAT de Giles (2016)	21
2.2.1.1. Les principes et concepts basiques de la CAT	22
2.2.1.2. La convergence et la divergence	23
2.2.1.3. Motifs de la convergence et de la divergence	24
2.2.2. La théorie de la communication de Jakobson	25
2.2.3. La théorie de la communication de l'école de Palo Alto	28
2.3. Travaux antérieurs	32
 CHAPITRE III : LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	 48
3.1. Les outils de collecte des données	48
3.2. Les entretiens	48
3.3. Le questionnaire d'entretien	49
3.4. L'étendu du travail	49
3.5. La population cible	50

3.6. L'échantillonnage	51
3.6.1. UG Language Centre	51
3.6.2. SOPODIVA Training Centre	52
3.6.3. L'Alliance Française d'Accra	52
3.6.4. Ghana Institute of Languages (GIL)	53
3.6.5. Excellence Language Academy (ELA)	54
3.6.6. Durra Institute of Languages (DIL)	55
3.6.7. Centre of Languages and Professional Studies (CELPS)	55
3.7. La méthode de recueil des données	55
 CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	 57
4.1. Présentation des données	57
4.1.1. La répartition des participants selon les différents lieux d'entretien	58
4.1.2. Pays d'origine des répondants	59
4.1.3. Raison de séjour	60
4.1.4. Langues parlées	62
4.1.5. Langues locales ghanéennes parlées par les répondants	65
4.1.6. Le type de centre de santé visité	66
4.2. Interprétation des données	66
4.2.1. Analyse des stratégies de communication	66
4.2.1.1. L'utilisation de la technologie	68
4.2.1.2. L'utilisation des gestes	70
4.2.1.3. L'écriture	71

4.2.1.4. L'interprétation	72
4.2.2. Rétention d'informations pertinentes en présence d'un interprète	75
4.2.3. Les effets des barrières linguistiques	76
4.2.3.1. Le manque d'échange d'informations	77
4.2.3.2. Longue durée de prise en charge et dépenses supplémentaires	79
4.2.3.3. Le manque de confiance en l'efficacité des soins	81
4.2.4. Analyse des verbes et expressions utilisés	81
4.2.5. L'influence de la langue twi dans les centres de santé	85
 CHAPITRE V : CONCLUSION GÉNÉRALE	 88
5.1. Bilan général	88
5.2. Validation des hypothèses	92
5.3. Recommandations	94
 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 95
 SITOGRAPHIE	 101
 ANNEXE 1	 103
 ANNEXE 2	 105
 LISTE DES GRAPHIQUES	
 GRAPHIQUE 1	60
 GRAPHIQUE 2	61
 LISTE DES TABLEAUX	

TABLEAU 1	46
TABLEAU 2	59
TABLEAU 3	64
TABLEAU 4	75
TABLEAU 5	82

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AFA : Alliance Française Accra

AfC : Associate for Change

BM : Banque Mondiale

CAT : Communication Accommodation Theory

CELPS : Center of Languages and Professional Studies

CEP: Certificate in English Proficiency

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DAEFLE : Diplôme d’Aptitude à l’Enseignement du Français Langue Étrangère

DALF : Diplôme Approfondi de Langue Française

DELf : Diplôme d'Etudes en Langue Française

DIL : Durra Institute of Languages

ELA: Excellence Language Academy

FLE : Français Langue Étranger

FOS : Français sur Objectif Spécifique

GIL: Ghana Institute of Languages

HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés

IELTS: International English Language Testing System

OIM : Organisation Mondiale pour les Migrations

R : Répondant

SOBS: School of Bilingual Secretariat

SOL: School of Languages

SOT: School of Translation

TCF: Test de Connaissance du Français

TEF: Test d'Evaluation de Français

TOEFL: Test of English as a Foreign Language

UGLC: University of Ghana Language Centre

CHAPITRE I : INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1. Contexte de l'étude

Le Ghana, pays anglophone situé en Afrique de l'ouest est entouré de pays francophones notamment le Togo à l'est, la Côte-d'Ivoire à l'ouest et le Burkina-Faso au Nord. Cette position géographique ouvre le Ghana à une forte immigration francophone. L'immigration est un phénomène mondial qui a existé depuis toujours. Selon les statistiques de l'Organisation des Nations Unies (ONU), en 2019, le nombre de migrants sur le plan mondial était d'environ 272 millions de personnes, soit 51 millions de plus qu'en 2010. Notons qu'environ 31 % de l'ensemble des migrants internationaux sont en Asie, 30 % en Europe, 26 % sur les continents américains, 10 % en Afrique et 3 % en Océanie.

Le Ghana, pays anglophone Ouest-Africain, a connu une stabilité politique depuis 1972 (Brawand, 2000). Sur le plan économique, il est aussi reconnu comme l'un des pays africains en voie de développement, occupant la 11^{ème} position parmi les 47 pays de la sous-région d'Afrique Sub-saharienne (Ozyurt, 2019). Ces derniers sont des facteurs pouvant attirer beaucoup d'immigrants d'Afrique ainsi que du monde vers le Ghana. Selon le rapport du Service des Statistiques ghanéen (2012), le Ghana compte trois cent soixante-quinze mille (375,000) immigrés, soit 2.5% de sa population. Parmi ces immigrés, plus de deux cent vingt-cinq mille sept cent quatre-vingt-dix-sept (225,797) sont d'origine francophone. Ces derniers sont de la France et de la sous-région africaine, notamment du Togo, du Bénin, du Burkina-Faso, de la Côte-d'Ivoire, du Mali, du Niger, de la Guinée et du Cameroun.

Ces francophones immigreront au Ghana pour des raisons différentes. Selon Aryeetey (2018) l'immigration des francophones au Ghana est liée à quatre facteurs à savoir :

i) Le facteur économique

Le facteur économique s'explique par l'immigration des personnes dans un pays étranger pour rechercher une vie meilleure ou de l'emploi, soit administratif soit artisanal, à cause de la situation économique insatisfaisante de leurs pays d'origine. Selon les recherches, le Ghana a connu la présence des travailleurs immigrés depuis les années soixante (OECD/ILO, 2018).

ii) Le facteur éducatif

Le facteur éducatif se définit par le déplacement des francophones (souvent des jeunes) au Ghana pour poursuivre leurs études universitaires ou pour apprendre l'anglais. Selon les estimations du service d'immigration ghanéen indiquées par Asare (2012, p. 7), les étudiants représentent une proportion importante des immigrants au Ghana. Il a souligné qu'en 2007, 8,5 % des permis de séjour ont été accordés à des étudiants. Aussi, les étudiants représentaient une proportion particulièrement importante des immigrés et des titulaires de permis de séjour provenant des pays de la CEDEAO (près de 25 % des immigrés viennent des pays de la CEDEAO).

iii) Le facteur familial

Le facteur familial se résume au fait que quelques francophones viennent au Ghana parce que leur époux, épouse ou leurs parents se sont décidés de se déplacer ou dans d'autres cas, sont affectés par leurs institutions pour venir travailler au Ghana. Ces derniers n'ont de choix que de se déplacer avec leurs familles. Il y a aussi d'autres qui ont des proches au Ghana et qui viennent souvent pour les visiter, pour passer des vacances, des week-ends et parfois habiter définitivement avec eux.

iv) Le facteur politique

Le facteur politique est lié à la recherche d'asile par quelques francophones à cause des problèmes politiques qui existent dans leurs pays d'origine. Notons à cet effet que le Ghana connaît depuis quelques années une stabilité politique qui le rend attrayant aux migrants de la sous-région. Nous avons par exemple le cas des réfugiés togolais et ivoiriens. En début de l'année 2006, suite aux violences politiques qui ont suivi les élections présidentielles de 2005 au Togo, le Ghana comptait près de quatorze mille (14,000) réfugiés togolais (Frontani, Silvestri, & Brown, 2009). De même, selon les estimations du Haut-Commissariat de l'ONU pour les Réfugiés (HCR), le Ghana a accueilli près de vingt mille (20,000) ivoiriens suite aux violences post-électorales de 2010-2011 en Côte d'Ivoire.

Selon les estimations de Thibeault (2014) publié sur le site officiel de l'Organisation Internationale de la Francophonie, le Ghana comptait plus d'un million, trois cent trente et un mille, deux cent (1,331,200) locuteurs de français en 2010 soit 0,83% de la population ghanéenne. Ceci est la preuve de la présence inéluctable des francophones au Ghana. Pendant leurs séjours, ces francophones auraient besoin de soins médicaux, vu que la bonne santé reste un besoin primordial dans la vie d'un être humain. Pour ceux qui visitent des centres de santé, force est d'admettre que les difficultés de communication sont inévitables à cause de la présence des barrières linguistiques engendrées par le fait que le personnel de santé ghanéen, étant des anglophones, auront à prendre en charge des patients francophones. Puisque, quand il est question de la santé, il est indispensable que les interlocuteurs (le patient et le personnel soignant) se comprennent bien Beacco et al. (2017), il devient impossible de négliger le rôle important que joue la langue dans l'accès aux soins médicaux. Dans le cadre de notre travail de recherche, nous nous intéresserons aux effets des barrières linguistiques sur l'accès aux soins de santé, particulièrement le cas des patients francophones qui ont accédé aux centres de santé ghanéens.

1.2. Justification du choix de sujet

Le rôle de la langue dans l'accès aux soins médicaux ne peut jamais être sous-estimé. Le problème de barrière linguistique se pose quand le personnel médical et le patient en question n'ont pas une langue commune, ce qui rend difficile, voire risqué le processus de prise en charge. Le choix de notre sujet est issu de la réflexion sur un bon nombre de raisons. Ces raisons sont aussi pertinentes les unes que les autres et présentent de façon claire les intérêts à tirer de cette recherche.

Tout d'abord, nous avons constaté une forte présence de ressortissants francophones au Ghana, de même que la fréquentation des centres hospitaliers ghanéens par ces derniers. Il devient alors important de s'intéresser aux problèmes qui pourraient surgir pendant et après leur prise en charge face à la présence des barrières linguistiques.

Ensuite, ce travail vient combler l'insuffisance des travaux de recherche sur les immigrés face aux barrières linguistiques dans les milieux hospitaliers ghanéens car il y a peu d'études réalisées dans ce domaine. Nous avons par exemple Appiah (2018) qui, dans son mémoire de master, s'est concentré principalement sur le besoin d'intégrer la langue française dans le programme de formation du personnel de santé ghanéen. Son travail avait pour but de/d' :

- i. démontrer que le personnel de santé ghanéen ont besoins de communiquer en français,
- ii. attirer l'attention des autorités responsables du système de santé ghanéen sur le besoin de la langue française dans le secteur de la santé et,
- iii. proposer des activités pédagogiques pour la formation du personnel médical.

Mais notre travail est différent parce qu'il va se concentrer sur les effets négatifs des barrières linguistiques, les moyens de communication utilisés en présence des barrières linguistiques, ainsi que la perception des patients francophones lorsqu'ils doivent communiquer à travers un interprète.

Il est aussi important de noter que la plupart des travaux sur la migration et la santé portent plutôt sur le cas des immigrants africains en Europe, au Canada et aux États-Unis et non sur les immigrants dans les pays africains. C'est de même pour les études sur la migration concernant le Ghana. Ces études se focalisent plutôt sur les immigrants ghanéens dans d'autres pays. Nous avons par exemple l'étude d'Oppong (2018) qui avait pour objectif de comprendre les problèmes et les dynamiques de décisions concernant les choix des immigrants adultes ghanéens en matière de soins de santé au cours des cinq à dix premières années de leur arrivée à Calgary, ville de la province d'Alberta, dans l'ouest du Canada. Cette recherche est donc un ajout aux travaux existants afin de dévoiler et attirer les attentions sur les problèmes de barrières linguistiques présents dans le domaine hospitalier ghanéen.

Par ailleurs, la langue française a un statut de seconde langue étrangère après l'anglais qui est langue officielle au Ghana. Le français est donc considéré comme la deuxième importante langue internationale du pays. Selon un rapport du groupe Associates for Change (2010), le Ministère de l'Enseignement ghanéen a recommandé que le français soit enseigné dans les écoles primaires et les lycées (SHS) comme matière facultative dans les établissements où il y a d'enseignants de français. Cependant, le français est obligatoire dans les collèges publics et est aussi une épreuve obligatoire dans certaines préfectures lors des examens de fin d'année de collège (BECE). Pour l'enseignement primaire et secondaire, la politique linguistique éducative se base sur le Livre blanc du gouvernement (Education Act 778) de 2008, recommandant que le français soit :

- obligatoirement enseigné au collège dès qu'un enseignant est disponible. Dans les faits, ce sont les directeurs d'établissement qui en font le choix.
- proposé en option au lycée dans les six filières existantes. En réalité, la plupart des étudiants francisants sont issus de la filière littéraire (« General Arts »), parfois des autres filières (commerce, sciences domestiques, arts visuels, agriculture) mais jamais

de la filière scientifique. Entre 1,8% et 6% d'entre eux, suivant les années, choisissent le français au WASSCE (West African Senior School Certificate Examination).

Dans le Livre blanc du gouvernement ghanéen, il est aussi important de noter que dans l'enseignement supérieur où le français est étudié comme spécialité, quatre universités publiques sont dotées de Départements ou de Sections de français qui forment des spécialistes en langue française au niveau Licence (Bachelor of Arts : 4 ou 5 ans), Master (MPhil : 2 ans) et Doctorat (PhD : 3 ans et plus) : University of Ghana, Legon (Accra), Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, University of Cape Coast, et University of Education Winneba. Les départements de français offrent des spécialisations en Littérature, Linguistique, Traduction, Didactique du Français Langue Étrangère (FLE) et parfois du Français sur Objectifs Spécifiques (FOS). Ils sont également sollicités pour donner des cours au sein d'autres facultés (Commerce, Sciences, etc.). Le français n'est pas étudié comme spécialité dans trois universités publiques scientifiques et techniques à savoir : University of Mines and Technology-Tarkwa, University of Energy and Natural Resources-Sunyani et University of Development Studies sur 3 campus (Tamale, Wa, Navrongo). Ces universités ont créé des sections de français avec l'objectif de former des professionnels bilingues ou compétents en français. Leurs équipes sont dynamiques et les enseignants se forment au français à visée professionnelle afin de répondre aux besoins de leurs étudiants.

De plus, la demande de l'enseignement du français de la part des institutions techniques et scientifiques devient croissante suite à l'évolution du marché de travail dans un contexte régional francophone. Certaines universités privées proposent également des cours de français, souvent dans leurs filières « business » (commerce et finance). Dans le monde professionnel, les institutions publiques et privées souhaitant que leurs fonctionnaires développent des compétences en français pour mieux répondre aux exigences de leur compagnies ou dans une perspective d'évolution de carrière proposent des cours de français à leurs employés.

Malgré la volonté du gouvernement ghanéen de promouvoir l'apprentissage de la langue française, l'acquisition de la langue est toujours très lente. Cette faiblesse peut être expliquée par le manque d'enseignants, de matériels d'enseignement et de motivation (Agbefle, 2016). Et comme l'affirme Ayi-Adzimah (2010, p. 111), « la plupart des collèges ghanéens n'offrent pas l'enseignement du français aux apprenants du fait de la pénurie d'enseignants de français. Il n'est donc pas étonnant que les apprenants perçoivent principalement l'importance du français pour des objectifs scolaires. L'essentiel pour ces derniers est de réussir leurs examens en français ». En plus, dans les lycées, le français n'est pas une matière obligatoire pour les étudiants en science alors que ceux-ci sont les futurs médecins, infirmiers, pharmaciens etc. Cela implique que ces derniers n'auront aucune connaissance de la langue française et éprouveront donc des difficultés de communication face aux patients francophones.

Pour conclure, ce travail est un apport aux politiques sanitaires ghanéennes puisqu'il vise à contribuer à l'amélioration des conditions d'accès aux soins de santé des immigrants francophones au Ghana. Cela pourrait contribuer à l'élévation du rang des centres hospitaliers ghanéens dans la sous-région, ce qui est un atout pour le développement économique du pays surtout de nos jours où l'on parle de tourisme médical.

1.3. Problématique

La communication joue un rôle prépondérant dans l'accès aux soins de santé de qualité. Ainsi dit, nous pouvons attester que malgré l'évolution de la médecine marquée par l'avancement de la technologie et le développement de différents appareils sophistiqués pour faire les examens cliniques, la communication entre le patient et le personnel soignant demeure indispensable pour un traitement médical réussi. Considérons les étapes d'un processus de prise en charge présenté par Cosnier et al. (1993) comme suit : l'ouverture, la définition du problème, l'examen

clinique, le diagnostic (ou résultats de l'examen), la discussion du diagnostic, la prescription et la clôture.

- L'ouverture selon Traverso (1999) renvoie à l'échange permettant la mise en contact des interlocuteurs. Dans le contexte médical, cela correspond à l'accueil et la prise des informations personnelles du patient.
- La définition du problème renvoie au processus médical au cours duquel le patient fournit des informations sur ce dont il souffre tout en répondant aux questions du personnel de santé.
- L'examen clinique est l'identification des signes physiques d'une maladie à partir de l'inspection (l'observation du patient), la palpation (la recherche des pouls périphériques), la percussion (frapper les parties du corps du patient pour savoir l'état de ses organes intérieurs), et l'auscultation (l'écoute des battements cardio-vasculaires). Cet examen permet de localiser les parties infectées du patient et augmente la probabilité de réussir le soin médical.
- Le diagnostic consiste à faire une distinction entre des maladies à base des symptômes. Cela permet d'identifier la nature et la cause d'une affection ou d'une maladie.
- La discussion du diagnostic se caractérise par l'interprétation des résultats du diagnostic au patient. Pendant cette étape, le patient peut poser des questions et avoir plus d'informations sur sa prise en charge.
- La prescription englobe les recommandations et l'ordonnance d'un personnel de santé à un patient après un examen médical. Cela inclut les produits pharmaceutiques que le patient doit acquérir, ainsi que les obligations et les dispositions à prendre (Petcu & Rosculet, 2017).

- La clôture renvoie à la fin du processus de prise en charge. Cette étape implique principalement la prise de rendez-vous pour une prochaine visite du patient au cas où les choses ne vont toujours pas bien après un temps donné.

Il est à noter qu'à part l'examen clinique et le diagnostic, toutes les autres étapes nécessitent une communication entre le patient et le personnel de santé. Nous pouvons alors admettre qu'il est impossible de se passer de la communication entre patient et personnel de santé pour y arriver, étant donné que la communication et la compréhension mutuelle forment la base d'un traitement médical réussi (Beacco et al., 2017). Notons que la compréhension mutuelle renvoie à une situation où des personnes en communication sont capables de se comprendre.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons considéré les immigrants francophones au Ghana, précisément ceux qui sont incapables de s'exprimer couramment en anglais, la langue officielle du Ghana, ainsi que dans les langues locales ghanéennes. Vu l'importance de la communication lors d'une prise en charge, les patients francophones qui ne peuvent pas s'exprimer couramment en anglais et/ou en langues locales ghanéennes sont exposés aux risques pouvant influencer la qualité des soins qu'ils reçoivent ou leur coûter la vie. Cette étude s'intéresse aux problèmes de communication qui s'imposent lors de la prise en charge des patients francophones dans les centres de santé ghanéens afin de contribuer à l'amélioration des conditions de traitement de ces derniers, tout en proposant des solutions adéquates.

1.4. Objectifs

Cette recherche a pour visée principale d'identifier les barrières linguistiques et de présenter les effets que celles-ci ont sur la qualité des soins médicaux que les patients francophones reçoivent dans les centres de santé ghanéens. Ici, quand nous parlons des effets des barrières linguistiques, nous désignons les répercussions négatives que les barrières linguistiques

pourraient avoir sur la qualité des soins médicaux reçus par les patients francophones. Pour parvenir à ces effets, nous tenterons de/d’:

- Explorer les stratégies de communication utilisées lors des interactions entre les patients francophones et le personnel médical et savoir leur efficacité.
- Analyser les verbes et expressions utilisés par les patients francophones lorsqu’ils racontent leurs expériences.

1.5. Questions de recherche

Les objectifs mentionnés ci-dessus nous incitent à poser quelques questions nous permettant d’identifier les implications des barrières linguistiques sur la qualité et la réussite des traitements médicaux que les patients francophones reçoivent dans les centres hospitaliers ghanéens. La question centrale qui guide cette recherche est de savoir les influences qu’ont les barrières linguistiques sur la qualité des soins médicaux que les patients francophones reçoivent. Pour répondre à notre question centrale, nous posons les questions secondaires suivantes :

- Quels sont les moyens de communication que les patients francophones utilisent en présence des barrières linguistiques et quelle est leur efficacité ?
- Qu’est-ce que les verbes et expressions utilisés par les patients francophones lors de leur interaction avec le personnel de santé ghanéen dénotent ?

1.6. Hypothèses

Pour répondre à nos questions de recherche, nous émettons quelques hypothèses comme réponses provisoires sur lesquelles toute notre recherche sera basée. Elles sont les suivantes :

- Lors de la prise en charge des patients francophones, les barrières linguistiques causent quelques problèmes qui affectent la qualité des soins. Dans cette recherche, nous chercherons à identifier les problèmes posés par les barrières linguistiques.
- À cause de leur incapacité de parler l'anglais, les patients francophones utilisent d'autres stratégies pour communiquer dans les centres de santé ghanéens.
- Lors des consultations médicales, les verbes et expressions utilisées par les patients francophones lorsqu'ils racontent leurs expériences dénotent plus de convergence de la part des patients que du personnel de santé.

1.7. Méthodologie

Cette recherche est basée sur une approche qualitative caractérisée par une collecte de données au moyen des interviews. Au moins vingt-cinq (25) francophones qui ont eu accès aux soins de santé depuis leur arrivée au Ghana sont interviewés.

Notons que notre recherche s'insère dans un projet de recherche plus large intitulé « *Understanding language dynamics in health care access among Francophone migrants in Ghana* ». Ce projet a pour objectifs de/d' :

- i. enquêter comment se déroule la communication entre le personnel médical ghanéen et les patients francophones,
- ii. explorer la perception du personnel médical sur leurs interactions avec les patients francophones,

- iii. recueillir des informations sur comment les francophones au Ghana perçoivent et communiquent leur problèmes de santé,
- iv. examiner les ajustements culturels et linguistiques au sein des francophones quand ils communiquent leurs problèmes de santé.

Pendant nos entretiens, nous n'avons pas pu avoir accès directement aux patients francophones sur place dans les centres de santé que nous avons sélectionnés pour des raisons éthiques et administratives. Par conséquent, nous avons eu recours aux étudiants francophones qui sont nouvellement arrivés au Ghana (moins d'un an) pour apprendre l'anglais. Nous avons alors considéré les étudiants francophones des centres de langue suivants : le Centre de Langues de l'Université du Ghana (UG Language Centre), SOPODIVA Training Centre, l'Alliance Française d'Accra, Ghana Institut of Languages (GIL), Excellence Language Academy (ELA), L'Institut de Langue Durra (DIL) et Centre of Languages and Professional Studies (CELPS). Nous avons choisi ces endroits à cause de leur forte concentration d'immigrants francophones. Nous avons fait des enregistrements audios lors des séances d'interviews qui sont ensuite transcrits manuellement et analysés. Soulignons aussi que pour le projet précédemment mentionné, le personnel médical a aussi été interviewé mais notre recherche se limite aux patients francophones. Ce grand projet (*Understanding language dynamics in healthcare access among francophone migrants in Ghana*) a obtenu l'autorisation du comité d'approbation éthique du Collège des Sciences Humaines (the College of Humanities Ethical Clearance Committee - ECH 001/18-19) pour conduire les entretiens dans ces centres de langues.

1.8. Délimitation de l'étude

Cette étude est tout d'abord limitée aux originaires des pays francophones d'Afrique qui peuvent s'exprimer en français mais qui ne peuvent pas communiquer couramment en anglais ou en d'autres langues ghanéennes. La raison de cette sélection est qu'il y a des personnes originaires de pays où le français est la langue officielle qui ne peuvent pas parler le français mais qui parlent d'autres langues autochtones.

Notre étude est aussi limitée aux francophones qui ont eu accès aux soins médicaux dans des centres de santé ghanéens. Ceci comprend des visites aux pharmacies, mais surtout aux hôpitaux et aux cliniques. Notons quand même qu'il y a moins de communication entre les patients et le personnel de santé dans les pharmacies que dans les hôpitaux. Dans un hôpital par exemple, le patient est obligé de communiquer ce dont il souffre au personnel de santé lors de la consultation. Alors que dans une pharmacie, le sujet souffrant n'est pas toujours obligé de dire ce dont il souffre surtout s'il a déjà une fois soigné cette maladie. Il suffit de trouver le nom du produit qu'il cherche en anglais dans un dictionnaire ou en ligne puis le prononcer ou même le montrer au pharmacien. Très vite, il trouvera son médicament s'il y en a. Aussi, nous nous sommes concentrés sur les francophones qui ont une fois visité un centre de santé au cours de leur première année au Ghana.

1.9. Le plan du travail

Cette étude est divisée en cinq chapitres. Le premier chapitre porte sur l'introduction générale du travail. Le deuxième chapitre est basé sur l'étude du cadre théorique et des travaux antérieurs. Dans ce chapitre, nous exposons les notions de base et les théories qui sont impliquées dans ce travail. Le troisième chapitre consiste en la méthodologie de la recherche. Cette partie est consacrée aux démarches et aux instruments de la recherche. Le quatrième

chapitre porte sur la présentation et l'analyse des données. Ce chapitre inclut la présentation et l'interprétation des données, ainsi que la validation des hypothèses. Le cinquième chapitre porte sur l'interprétation et la discussion des résultats.

1.10. Conclusion

Cette étude porte sur le rôle de la langue dans l'accès aux soins médicaux dans le cadre des immigrants francophones au Ghana. Elle a pour but d'explorer les effets des barrières linguistiques sur la prestation des soins médicaux aux patients francophones au Ghana, explorer les moyens de communication utilisés lors des interactions entre les patients francophones et le personnel médical, découvrir la perception des patients francophones lorsqu'ils doivent s'exprimer à travers une autre personne et trouver si les patients francophones sont satisfaits des soins médicaux qu'ils reçoivent. Nous espérons que les recommandations faites dans cette recherche contribueront à l'amélioration de la qualité des soins aux patients francophones dans les centres de santé ghanéens.

Bilan

Ce premier chapitre est consacré à l'introduction générale de notre travail de recherche qui a pour titre « *Le rôle de la langue dans l'accès aux soins médicaux : le cas des francophones au Ghana* ». Nous avons tout d'abord présenté le contexte dans lequel est située notre étude. Ensuite, nous avons justifié le choix de notre sujet, nous avons présenté la problématique que nous aurons à traiter et les objectifs de ce travail de recherche. Nous avons aussi exposé nos questions de recherche, nos hypothèses et la méthodologie que nous adopterons tout au long de ce travail. Enfin, nous avons montré les limites ainsi que le plan de ce travail de recherche. Dans le chapitre qui suit, nous allons présenter le cadre théorique et les travaux antérieurs.

CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE ET TRAVAUX ANTÉRIEURS

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord expliquer les notions clés qui forment la base de notre travail de recherche. Ensuite, nous allons expliquer les théories qui sont à la base de notre travail de recherche. Il s'agit notamment de l'accommodation linguistique (CAT) de Giles (2016) et des théories de la communication telles que : la théorie de communication de Jakobson, et la théorie de la communication de l'Ecole de Palo Alto. Finalement, l'explication des notions clés et des théories seront suivies des travaux antérieurs pour nous permettre de nous informer sur les études qui sont déjà menées dans le cadre de notre sujet de recherche.

2.1. Explication des notions clés

Cette partie de notre travail de recherche consiste à définir et à expliquer quelques concepts clés en relation avec notre sujet. Les notions que nous considérons pertinentes pour notre recherche sont : la communication, l'interprétation, les barrières linguistiques, l'immigration, les langues minoritaires et la langue majoritaire.

2.1.1. La communication

Par son étymologie, le terme « communication » provient du latin « communicare », qui signifie mettre en commun, faire part de, ou partager. « Communicare » est dérivé de « communis », qui veut dire « commun ». Pour Abrie (2019), la communication est l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent des échanges d'informations et sens entre des individus dans un contexte social donné.

Par cette définition, nous pouvons distinguer trois éléments importants pour établir une communication. Tout d'abord, il faut une information c'est-à-dire un message ou ce qui est

communiqué. Ensuite, la présence des individus en communication (au moins un émetteur et un récepteur), puis des moyens de communication communs aux individus permettant la diffusion et la compréhension du message. Il existe plusieurs moyens de communication répartis en deux catégories à savoir, la communication verbale et la communication non-verbale. Les individus en communication ont donc la liberté de choisir lequel des moyens ils souhaiteraient adopter.

La communication verbale consiste en l'utilisation des signes (à l'écrit ou à l'oral) pour transmettre un message, alors que la communication non-verbale englobe la façon de s'asseoir, de parler, d'établir un contact visuel et l'utilisation des gestes (Mehrabian, 2007). Pour aller plus loin, Hennel-Brzozowska (2008) nous explique que :

La communication non-verbale comprend un ensemble vaste et hétérogène des processus ayant des propriétés communicatives, en commençant par les comportements plus manifestes et macroscopiques comme l'aspect extérieur, les comportements de relation spatiale avec les autres (rapprochements, prises de distance) et les mouvements du corps (du tronc, des membres ou de la tête), jusqu'aux activités moins évidentes ou plus fugaces, comme les expressions faciales, les regards et les contacts visuels, les intonations vocales. (p. 22)

À partir de ces définitions, nous pouvons établir que la communication verbale est caractérisée par l'utilisation de la parole ou des signes soit à l'oral soit à l'écrit pour faire passer un message et la communication non-verbale comprend les comportements, les gestes, l'intonation, le regard et le contact visuel. Dans le cadre de notre travail, nous allons considérer la communication verbale entre les patients francophones et le personnel médical ghanéen qui va se caractériser par la tentative d'utilisation de l'anglais comme moyen de communication par certains répondants dans les centres de santé qu'ils ont visités. Nous allons aussi considérer

un aspect de la communication non-verbale qui est l'utilisation des gestes pour communiquer avec le personnel de santé ghanéen.

2.1.2. L'interprétation

Par son but primaire, l'interprétation permet la communication entre des personnes de langue différente. Selon Gile (1995), l'interprétation permet à des individus qui appartiennent à des cultures différentes et qui ne parlent pas la même langue de se comprendre.

L'interprétation devient une stratégie de communication dans le domaine hospitalier quand les barrières linguistiques se présentent, c'est-à-dire, quand le personnel de santé et le patient sont incapables de communiquer lors d'une prise en charge. Dans le cadre de notre recherche, cette incapacité de se comprendre est due au fait que le personnel de santé ghanéen et les patients francophones ne parlent pas la même langue, et pour communiquer, il faut l'aide d'interprètes. Il est important de noter que lorsqu'il est question de la santé, le service des interprètes est considéré très utile quand les barrières linguistiques se présentent.

2.1.3. Les barrières linguistiques

La notion de barrière linguistique implique l'inaptitude des individus ayant des répertoires linguistiques différents de se faire comprendre. Dans le domaine de la santé, les barrières linguistiques se présentent quand le patient et le personnel médical ne parlent pas la même langue. Ce phénomène peut poser des dangers à la santé du patient lors d'une prise en charge parce que quand il est question de la santé, il est nécessaire que le patient et le personnel de santé se comprennent bien (Moukrim, 2017). Dans notre travail, nous allons présenter les barrières linguistiques que nous avons recueillies lors de nos entretiens ainsi que les effets de

ces barrières sur la qualité des soins reçus par les patients francophones dans les centres de santé ghanéens.

Par ailleurs, Bowen (2015) souligne dans un rapport de l'Agence de la Santé Publique du Canada que :

Les barrières linguistiques ne sont pas seulement dues à l'incapacité d'une des parties de mémoriser le vocabulaire de l'autre. Il y a des concepts véhiculés par certaines cultures qui ne peuvent être communiqués à d'autres, car il n'y a simplement pas d'équivalent dans les autres langues. Ceci est une des raisons des problèmes de communication, et quand la pensée occidentale demande qu'on lui trouve le mot équivalent et qu'on lui en fournisse le plus proche candidat, il en ressort une phrase dont le sens peut être très différent de l'intention première. (p.1)

Ce point de vue met en relation les barrières linguistiques et la culture. Cette relation s'explique par l'absence de certaines expressions purement culturelles dans l'une des langues en contact. Cet aspect ne sera pas applicable dans le cadre de notre recherche puisque lors de nos entretiens, nous n'avons pas remarqué d'indices culturelles dans les réactions des répondants.

2.1.4. L'immigration

L'immigration est caractérisée par l'Installation dans un pays d'un individu ou d'un groupe d'individus originaires d'un autre pays. Pour Hagen-Zanker (2008), c'est le déplacement temporaire ou permanent d'individus ou de groupes de personnes d'un lieu géographique à un autre pour diverses raisons partant de l'amélioration des possibilités d'emploi à la persécution. Ainsi selon l'Organisation Internationale pour les Migrations, un migrant s'identifie comme toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, a franchi une frontière

internationale ou s'est déplacée à l'intérieur d'un Etat, quel que soit son statut juridique, son comportement, la durée de son séjour et si son déplacement est volontaire ou involontaire.

A partir des définitions ci-dessus, nous pouvons constater que l'immigration est constituée principalement du déplacement d'une ou des personnes de leur milieu d'origine vers un milieu qui leur est étranger. Ce déplacement peut être d'une communauté à une autre dans un même pays ou d'un pays à un autre. L'immigration est causée par divers facteurs dont : la recherche d'emploi et la poursuite d'une meilleure qualité de vie, la poursuite d'une éducation supérieure et de qualité et la fuite de la persécution, soit pour des raisons politiques, tribales ou religieuses. Pour notre travail, nous nous intéressons aux immigrants francophones au Ghana. Ces derniers ont traversé des frontières internationales pour différentes raisons pour s'installer au Ghana, un pays où la langue officielle est différente de la leur.

2.1.5. Les langues minoritaires

Une langue minoritaire peut être définie comme une langue utilisée comme outil de communication par une petite portion d'une population. Selon (Gibbons & Ramirez, 2004), une langue minoritaire est une langue parlée par une communauté minoritaire, c'est-à-dire une communauté comptant une population numériquement inférieure. Dans le cadre de notre recherche, la communauté minoritaire représente les francophones au Ghana d'où la langue française est la langue minoritaire. Ainsi, dans ce contexte, le statut d'une langue minoritaire peut changer en langue majoritaire selon le lieu, ou la situation géographique de cette langue. Nous pouvons prendre comme exemple le cas de la langue française au Togo contre la langue française au Ghana.

2.1.6. La langue majoritaire

Une langue majoritaire se définit comme une langue qui est parlée ou utilisée comme outil de communication par une grande partie d'une population. Selon Nordquist (2020), une langue majoritaire représente la langue parlée par une majorité de la population d'un pays ou d'une région d'un pays. Dans le contexte de notre étude, l'anglais représente la langue majoritaire puisque c'est la langue officielle du Ghana. Par ailleurs, nous avons constaté à partir des données que nous avons recueillies que le twi (langue locale ghanéenne parlée par une grande partie de la population) a plus d'influence que l'anglais dans certains centres de santé. Dans cette situation, le twi peut être considéré comme une langue majoritaire relativement au français au Ghana.

2.2. Cadre théorique

Dans le cadre de ce travail, nous avons découvert un nombre de théories desquelles nous avons choisi quelques-unes pour constituer la fondation de notre travail de recherche. Il s'agit des théories portant sur la communication en général et que nous allons appliquer au domaine de la santé. Ces théories sont : l'accommodation linguistique (CAT) de Giles (2016), la théorie de communication de Jakobson, et la théorie de la communication de l'Ecole de Palo Alto. Nous allons nous concentrer plus sur l'accommodation linguistique (CAT) de Giles (2016) et la théorie de la communication de l'Ecole de Palo Alto, précisément le principe de la dualité dans la communication d'un message. Nous avons préféré la théorie de la communication de l'Ecole de Palo Alto parce qu'elle ne se limite pas seulement aux facteurs en jeu au cours d'une communication tels que l'émetteur, le destinataire ou le récepteur, le codage, le décodage et le bruit. Mais, elle met aussi l'accent sur l'importance des modes de communication à savoir le langage, le code, la gestuelle, les mimiques et la posture. En plus elle postule que pour

communiquer, il est essentiel que les interlocuteurs aient un même code, c'est-à-dire une même langue (Donnadieu, 2008). Ceci implique que la communication entre une personne francophone et une personne anglophone pourrait ne pas être réussie puisqu'elles ne parlent pas la même langue.

2.2.1. La CAT de Giles (2016)

La CAT est un sigle qui signifie *Communication Accommodation Theory*. C'est une théorie multidisciplinaire qui prend en considération le langage, la communication et la psychologie sociale. Elle a été initiée par Giles Howard, professeur de communication à l'Université de Californie, qui suggère que des individus peuvent utiliser la communication pour montrer leurs attitudes envers les uns les autres. Ces individus en communication peuvent changer d'attitudes pour accepter ou refuser leurs interlocuteurs. C'est ce changement de comportement qui est appelé 'accommodation'. La CAT produit une structure pour prédire et expliquer les différents ajustements que font des personnes en communication pour créer, maintenir ou réduire les différences sociales et linguistiques. Ainsi dit, nous pouvons constater que le but de la théorie de l'accommodation linguistique n'est pas seulement de prédire et expliquer comment des individus en communication s'adaptent aux attitudes des uns et des autres mais aussi comment ceux-ci maintiennent ou créent des différences sociales et linguistiques sans chercher à s'adapter aux différences des uns et des autres.

Notons que la CAT a vu le jour au début des années 1970 et depuis lors, elle a subi des raffinements conceptuels (Giles, Mulac, Bradac, & Johnson, 1987). À son origine, la CAT était conçue pour explorer les changements d'accent et bilingue lors d'une interaction. Ce modèle a été conçu pour étudier le processus d'adaptation linguistique entre des personnes bilingues venant de différents groupes ethnolinguistiques (Giles, Taylor, & Bourhis, 1973). De cette

étude de processus d'adaptation linguistique ont découlée trois (3) hypothèses qui suggèrent que :

- i) Plus un locuteur bilingue d'un groupe fait d'efforts pour adapter son message, plus il sera perçu favorablement par les auditeurs d'un autre groupe ethnolinguistique et plus ces derniers feront d'efforts pour s'adapter à leur tour.
- ii) Lorsque les auditeurs d'un groupe ethnolinguistique perçoivent un effort de la part d'un locuteur bilingue d'un autre groupe, ceux-ci répondront de manière favorable à ce dernier.
- iii) Plus un locuteur bilingue d'un groupe ethnolinguistique est perçu en train de faire d'efforts pour s'adapter aux auditeurs d'un autre groupe, plus ces derniers feront d'efforts pour s'adapter aussi.

2.2.1.1. Les principes et concepts basiques de la CAT

Selon Giles (2016), la CAT comprend quatre (4) principes basiques qui sont :

- i) La communication est influencée non seulement par les caractéristiques de la situation immédiate et par les orientations initiales des participants, mais aussi par le contexte socio-historique dans lequel l'interaction s'inscrit.

Pour ce principe, Giles a donné l'exemple d'une rencontre isolée entre un policier et un citoyen. Il postule que cette rencontre peut être entachée de relations hostiles passées et présumées entre d'autres membres de ces deux groupes dans le quartier ou dans les médias.

- ii) La communication ne consiste pas seulement à échanger des informations sur des faits, des idées et des émotions souvent appelées communications référentielles, mais aussi les principales catégories sociales sont souvent négociées au cours d'une interaction par le biais du processus d'accommodation.

Par exemple, lorsque Giles interroge des parents britanniques sur certains aspects du divertissement et des médias américains, son passage d'un dialecte britannique à un dialecte plus américain est censé être bien plus révélateur que la réponse ouverte fournie. On lui donne le sentiment qu'il n'est plus un immigrant récent aux États-Unis, mais un citoyen américain à part entière qui a embrassé de nombreux idéaux américains.

- iii) Les intervenants lors d'une interaction ont des attentes concernant les niveaux optimaux d'accommodation. Ces attentes sont fondées sur des stéréotypes concernant les membres des groupes extérieurs ainsi que sur les normes sociales et situationnelles en vigueur. Le calibrage de la quantité de 'non' ou de 'oui' que l'on reçoit pourrait être un facteur important pour poursuivre ou se retirer d'une interaction.
- iv) Les personnes qui interagissent utilisent des stratégies de communication spécifiques, en particulier la convergence et la divergence pour signaler leur attitude envers les autres et leurs groupes sociaux respectifs. De cette manière, l'interaction sociale est un équilibre subtil entre les besoins d'inclusion sociale d'une part, et de différenciation d'autre part.

Il est important de souligner que ce dernier principe a été la pierre angulaire de la CAT et a donné naissance à de nombreuses études empiriques.

2.2.1.2. La convergence et la divergence

La CAT suggère que les individus utilisent la communication, en partie, pour indiquer leur attitude les uns envers les autres et, en tant que tel, est un baromètre du niveau de distance sociale entre eux. Ce mouvement constant vers et à partir des autres, en changeant son comportement communicatif, s'appelle l'accommodation.

Parmi les différentes stratégies d'accommodation utilisées par les locuteurs pour atteindre ces objectifs, la convergence a été la plus étudiée et peut être considérée comme le noyau historique de la CAT (Giles et al., 1973). Elle a été définie comme une stratégie par laquelle les individus adaptent leurs comportements communicatifs en prenant en compte les caractéristiques linguistiques (le débit, les accents), paralinguistiques (les pauses, la longueur de l'énoncé) et non verbales (le sourire, le regard) de manière à devenir plus similaires au comportement de leur interlocuteur. À l'inverse, la stratégie de divergence conduit à une accentuation du discours et des différences non verbales entre soi et l'autre. Par ailleurs, Giles (2016) nous indique que la convergence et la divergence ont des motifs. Dans les lignes qui suivent, nous allons discuter de ces motifs.

2.2.1.3. Motifs de la convergence et de la divergence

Selon Giles (2016), un motif important de la convergence est le désir d'obtenir l'approbation des uns et des autres. L'hypothèse est celle de l'attrait de la similitude qui postule que plus nous ressemblons à notre partenaire de conversation, plus il ou elle nous appréciera ou nous respectera, et plus nous pourrions espérer des récompenses sociales. La convergence vers un style linguistique commun améliore également l'efficacité de la communication, ce qui, à son tour, a été associé à une plus grande prévisibilité de l'autre et, par conséquent, à une diminution de l'incertitude, de l'anxiété interpersonnelle et de la compréhension mutuelle. Il est à noter que la convergence n'est pas seulement gratifiante, elle peut aussi entraîner certains coûts, tels que la perte éventuelle de l'identité personnelle ou sociale.

Le motif de la divergence est précisément le désir de mettre en avant les différences de son interlocuteur, généralement sur la base de son appartenance à un groupe. Selon les prémisses de la théorie de l'identité sociale (Ashforth & Mael, 2004), cela se produira probablement

lorsque les interlocuteurs définissent une situation davantage en termes d'« intergroupe » que d'« interindividuel » ; le premier active une identité sociale partagée, le second active une identité personnelle. Il y a une interaction « intergroupe » lorsque les individus s'interagissent entièrement en fonction de leur appartenance à une catégorie sociale et une interaction « interindividuelle » a lieu lorsque les interlocuteurs communiquent entre eux sur la base de leurs différences individuelles de tempérament et de personnalité et que leur appartenance ethnique, leur sexe, leur âge, etc. ne sont pas privilégiés.

Cette théorie est nécessaire pour notre travail, étant donné que les patients francophones et le personnel médical ghanéen sont de différents groupes sociaux et linguistiques. Il est alors important que ceux-ci adoptent l'accommodation linguistique pour pouvoir accepter les différences des uns et des autres.

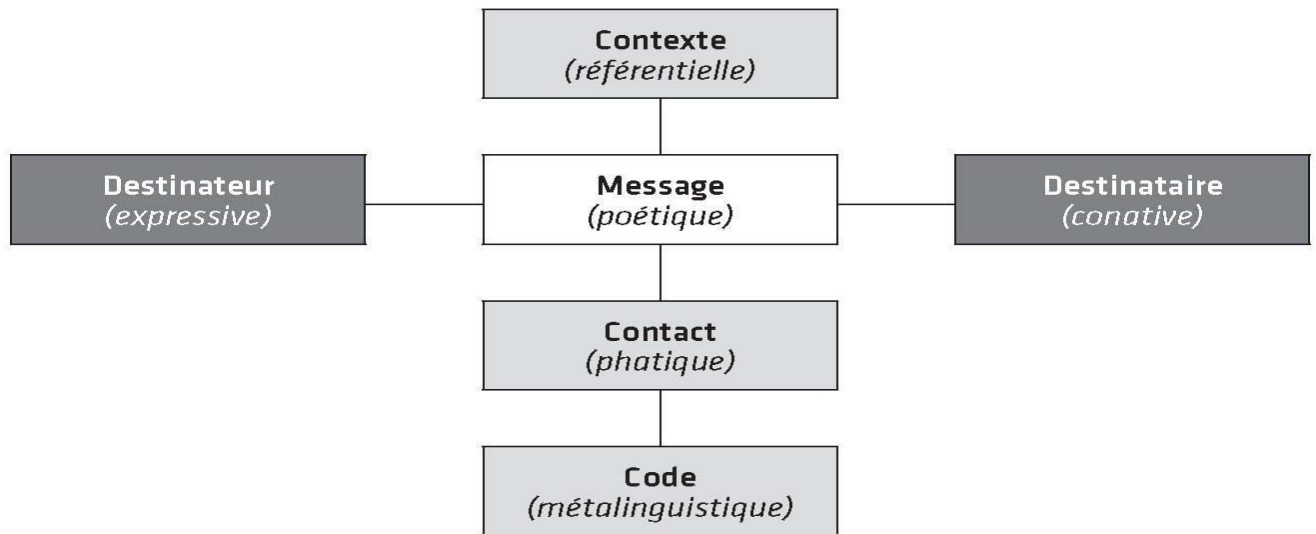
2.2.2. La théorie de la communication de Jakobson

Cette théorie a été élaborée par le théoricien de la communication Jakobson (1963). Elle est caractérisée par l'étude de la communication à base de la description des différentes fonctions du langage expressif, c'est-à-dire « un langage qui vise à exprimer les sentiments, l'émotion et à faire advenir chez l'auditeur une émotion semblable » (Donnadieu, 2008b, p. 15). Ceci se fait en exposant les facteurs qui entrent en jeu lors d'une communication. Jakobson (1963) révèle donc six facteurs en jeu lors d'une communication qui sont :

- i) le destinataire (fonction expressive)
- ii) le message (fonction poétique)
- iii) le destinataire (fonction conative)
- iv) le contexte (fonction référentielle)
- v) le code (fonction métalinguistique)

vi) le contact (fonction phatique).

Voici la représentation schématique de la théorie de la communication de Jakobson :



Modèle de Jakobson (Dominique Picard, 1992).

Kessoum et al. (2015) illustrent ce schéma comme suit :

- i.) La fonction expressive est centrée sur le destinateur et vise à une expression directe de l'attitude du sujet à l'égard de ce dont il parle.
- ii.) La fonction référentielle rattache le langage au référent, c'est-à-dire à la personne ou au sujet dont on parle. De qui, de quoi parle-t-on ? Ceci n'a rien à voir avec le contexte situationnel qui concerne les données dans lesquelles la communication s'effectue (culturelle, psychologique, anthropologique, physique).
- iii.) La fonction conative est celle où le langage est utilisé pour amener le destinataire à adopter un certain comportement. C'est le langage du pouvoir, de l'ordre, exprimé par l'impératif (faites comme tout le monde : lisez France-Soir).
- iv.) La fonction poétique ne se limite pas à la poésie ou à la littérature. Pourtant sur le message en soi, elle met en évidence le côté palpable des signes.
- v.) La fonction phatique, le destinateur s'efforce d'établir et de maintenir le contact avec le destinataire, à vérifier si le circuit fonctionne (Allo ?) On cherche à attirer

l'attention de l'autre par des mots ou des phrases vides de sens réel (comment ça va ?), le but est d'établir et de maintenir le contact.

- vi.) La fonction métalinguistique le destinataire utilise le code pour parler du code. Il s'agit de vérifier si l'on utilise bien le même code (je ne vous suis pas. Que voulez-vous dire?).

Cela implique qu'en premier lieu, il faut un destinataire ayant en sa pensée un message. Ce message sera ensuite codé, puis exprimé. Le destinataire de sa part, réceptionne le message, le décode, et l'interprète selon un contexte (toutes conditions sociales existantes) tout en prenant en compte le contacte (la liaison physique et psychologique entre le destinataire et le destinataire) (Dominique Picard, 1992).

Cette théorie met en exergue la différence qui peut exister entre le message envoyé et le message reçu lors d'une communication. De ce fait, Kessoum et al. (2015) postulent par ailleurs que « le message peut assumer plusieurs fonctions simultanément. La signification réelle d'un message dépend avant tout de la fonction prédominante au moment de la communication. » (p. 42)

Cette théorie peut être applicable à notre travail dans trois dimensions pendant l'interaction entre les patients francophones et le personnel de santé ghanéen :

- i) lorsque les patients qui ont un niveau faible en anglais tentent de communiquer avec le personnel médical en anglais
- ii) lorsque les patients et le personnel médical essaient de communiquer par des gestes
- iii) lorsqu'un interprète non formé est utilisé.

Lorsque les patients qui ne maîtrisent pas l'anglais essaient de communiquer avec le personnel de santé en anglais, le risque de mal interpréter le message des deux parties en communication est très élevé étant donné que d'une part le patient, à cause de son niveau de compétence, peut mal exprimer ce qu'il a l'intention de communiquer et d'autre part il peut mal comprendre ou

ne pas comprendre ce que le personnel de santé lui communique. L'élément perturbateur dans cette situation est la présence des barrières linguistiques.

De même, lorsque le personnel de santé et le patient essaient de communiquer par l'utilisation des gestes, le risque de mal interpréter les gestes de l'un et de l'autre s'impose. En ce qui concerne l'interprétation, lorsqu'un interprète non formé est utilisé, le risque de mal interpréter le message du patient et du personnel de santé est inévitable.

Lorsque nous examinons la théorie précédente (CAT) et la théorie de communication de Jakobson, nous pouvons remarquer que les problèmes de communication ne s'arrêtent pas quand il y a une convergence entre les deux parties en communication. Puisque le risque de mal interpréter les paroles de l'un et de l'autre s'impose toujours.

2.2.3. La théorie de la communication de l'école de Palo Alto

L'école de Palo Alto, encore appelée le « collège invisible », se situe à San Francisco. Elle est constituée d'un groupe de chercheurs qui ont réalisé des analyses portant sur l'importance de la relation entre les acteurs de la communication, c'est-à-dire l'émetteur et le récepteur, et le message envoyé. Ce travail a été initié par le zoologue, anthropologue et ethnologue Gregory Bateson. Il est aussi le père de cette école (Marc & Picard, 2011). Cette théorie postule tout d'abord que la communication est liée au comportement des individus et qu'il est impossible de ne pas avoir un comportement lors de la communication car même le silence et l'inaction est un comportement (Kessoum et al., 2015).

Par ailleurs, cette théorie rassemble quatre grands principes à savoir : l'existence de deux niveaux de sens dans un message, la ponctuation des échanges, la métacommunication et la dualité dans la communication d'un message.

➤ **L'existence de deux niveaux de sens dans un message.**

Les deux niveaux de sens selon ce principe sont : le contenu ou ce qui est dit et la relation entre les individus en communication. Dominique Picard and Marc (2015) expliquent ce principe en ces termes :

Si je dis à un camarade « arrête de dire des bêtises », je l'informe que je suis en désaccord avec ses propos : c'est le contenu de mon message. Mais la façon de le dire va lui indiquer dans quel type de relation j'entends l'inscrire : si je l'émetts avec une voix forte et un visage fermé, je marque mon intention d'enclencher des hostilités ; mais si je souris gentiment, j'induis plutôt une relation de complicité. (p.46-47)

A partir de l'exemple cité ci-dessus, nous pouvons constater que « le contenu » porte le sens littéral attendu du message. Mais « la relation » qu'il y a entre l'émetteur et le récepteur détermine comment le « contenu » sera interprété.

➤ **La ponctuation des échanges.**

Ce principe est aussi appelé la ponctuation de séquences de faits engageants ou la communication engageante. Selon Badillo, Bourgeois, and Asdourian (2010, p. 9), « la communication engageante est liée aux comportements individuels et permet d'obtenir l'engagement du public lorsque la communication est hautement crédible, claire, facile à comprendre et liée à la vie courante ». Cette définition de la ponctuation des échanges, le comportement de l'émetteur est un facteur important pour capter l'attention du récepteur. De même cette définition confirme l'affirmation de Watzlawick, Beavin, Jackson, and Morche (1972, p. 5) qui stipule qu'« une communication ne se borne pas à transmettre une information mais induit en même temps un comportement ». Selon Dominique Picard and Marc (2015, p. 47), elle désigne également la perception de l'émetteur sur ce qu'il communique. Ces

élaborations sur le principe de la ponctuation des échanges nous révèlent deux éléments qui sont : le comportement et la perception de l'émetteur.

➤ **La métacommunication.**

Ce principe est aussi appelé la communication sur la communication, c'est-à-dire échanger sur sa propre communication au niveau de ce qui est dit ou au niveau de la relation (Marc & Picard, 2011). Pour Benoit (2009),

ce sera par exemple le ton de la voix ou le geste qui accompagne un propos. La complexité est naturelle chez tout être humain engagé dans une relation à autrui. Ce fait banal prend place parmi les éléments basiques d'une théorie des échanges relationnels et concerne par exemple l'incertitude voire l'angoisse pouvant survenir lors d'échanges en cours entre humains, quels que soient leurs âges. (p.46)

Selon les explications de la métacommunication ci-dessus, nous pouvons mettre en cause l'effet de la conscience humaine. Watzlawick et al. (1972, p. 11) appuient ce point en affirmant que « l'aptitude à métacommuniquer a des liens étroits avec le problème de la conscience de soi et d'autrui ». Ainsi, pour éviter le conflit, l'incertitude et même l'angoisse, il serait nécessaire d'examiner ce que l'on dit ou de savoir dire ce que l'on veut communiquer au cours d'une interaction.

➤ **La dualité dans la communication d'un message.**

Ce principe comprend deux modes distincts et complémentaires qui sont : le mode digital et le mode analogique. Selon Watzlawick et al. (1972), « l'homme est le seul capable d'utiliser ces deux modes de communication ». Le mode digital ou la communication digitale comme le pose Donnadiou (2008a),

concerne tout ce qui est de l'ordre de la parole qui décrit et qui organise, du concept, de la carte et du schéma, du nombre. Il s'agit d'un langage qui dispose d'une syntaxe logique complexe et très commode. Bien adapté à la transmission du contenu de la communication (l'information), ce langage est en revanche déficient chaque fois que la relation est au centre de la communication. (p.7)

Suivant l'explication ci-dessus, nous pouvons souligner d'une part l'importance d'un langage ayant des règles et des principes bien structurés pour son utilisation. Et d'autre part, la nécessité que les interlocuteurs disposent d'un code commun, c'est-à-dire une même langue pour avoir une communication.

Donnadieu (2008, p. 8) continue en expliquant que la communication analogue « concerne pratiquement tout le reste, c'est à dire le corps, le geste, la mimique, l'intonation, la place, le rôle et plus largement tous les actes posés par la personne et susceptibles de prendre sens dans le processus de communication ». Ces deux modes de communication (digital et analogue) sont complémentaires. À ce sujet, Watzlawick et al. (1972, p. 13) affirment que le monde est composé de deux aspects : le contenu ou ce qui est communiqué et la relation entre les éléments en communication. En plus, ces deux modes de communication (digital et analogue) vont ensemble et se complètent dans tout message : le contenu est transmis à partir du mode digital, alors que la relation est naturellement analogique.

En se basant sur ces prémisses, l'École de Palo Alto affirme qu'il est impossible de ne pas avoir de communication, ce qui renvoie à notre hypothèse qui postule que malgré la présence des barrières linguistiques, les patients francophones et le personnel de santé ghanéen arrivent à communiquer d'où l'objectif de chercher à savoir les moyens de communication qu'ils utilisent.

2.3. Travaux antérieurs

Dans cette partie de notre travail, nous allons présenter quelques travaux de recherche déjà faits qui sont en relation avec notre recherche. Nous montrerons en quoi ces travaux sont en relation avec notre sujet de recherche et en quoi notre étude est différente. Nous allons discuter les travaux de Cosnier et al. (1993), Witte et Kuzel (2000), Bowen (2015), Flores (2006), Mondoux (2010), et Appiah (2018).

La langue joue un rôle très important dans le domaine de la santé. Et la présence des barrières linguistiques présente des dangers sur l'accès des soins médicaux. Bowen (2015) dans « *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins* », a conduit une étude sur les locuteurs anglophones et francophones du Canada qui sont en situation de minorité numérique dans la région ou province où ils habitent. Cette étude a pour objectif de révéler les effets des barrières linguistiques sur la sécurité des patients en minorité de langue officielle et sur la qualité des soins qu'ils reçoivent.

Les résultats de l'étude de Bowen ont montré que les barrières linguistiques ont des effets sur l'accès aux soins médicaux, la qualité des soins et les droits du patient. Par ces résultats, nous pouvons constater que les barrières linguistiques ne nuisent pas seulement à la qualité des soins mais elles portent aussi atteinte aux droits du patient. Car la Déclaration Universelle des Droits de L'homme de 1948 stipule que toute personne a droit à un standard de vie adéquat pour sa santé et son bien-être. Ceci inclut la nutrition, le vêtement, le logement et la santé.

Par ailleurs, Bowen a souligné que le personnel médical et les gestionnaires du domaine de la santé sont peu conscients des risques associés aux barrières linguistiques. Elle a expliqué ce problème par le fait que les recherches sur les barrières linguistiques dans le domaine hospitalier ne présentent pas clairement la partie qui soulève le problème de la qualité et de la sécurité des soins de santé. Et souvent, les études pertinentes ne sont pas publiées dans les

revues médicales les plus citées. Ce problème existe aussi dans le domaine de la santé ghanéen. Lors de nos entretiens, nous avons constaté que malgré la présence des patients francophones, aucun des centres de santé visités par nos répondants n'a mis en place des mesures pour éviter des problèmes de communication lors de la prise en charge de ceux-ci. En plus, peu de recherches sont faites sur les barrières linguistiques dans le domaine hospitalier ghanéen.

Bowen a aussi mentionné que plusieurs facteurs empêchent la prise de mesures visant à réduire les risques que présentent les barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Ces facteurs sont :

- i) la méconnaissance des études existantes sur les barrières linguistiques et leurs lacunes,
- ii) l'absence d'indices linguistiques dans les données existantes,
- iii) l'habitude de concevoir l'accès linguistique comme une affaire de sensibilité culturelle et non de sécurité des patients,
- iv) l'incapacité de traduire les données disponibles en des gestes concrets dans le domaine des soins.

Mondoux (2010) dans « *Communiquer avec des patients de langue étrangère : Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins* » a traité le problème de l'impact des barrières linguistiques sur la qualité et l'accès aux soins, sur les patients et le personnel de santé, ainsi que sur le coût de la santé. Le travail de Mondoux a pour objectif de découvrir à partir des travaux antérieurs, les moyens de communication adéquats et efficaces lorsque le personnel médical et le patient ne parlent pas la même langue.

Les résultats du travail de Mondoux ont montré qu'il est important d'adopter plusieurs moyens pour communiquer avec les patients de langues officielles minoritaires. Les résultats ont aussi révélé que le meilleur moyen de communication lorsque les barrières linguistiques se

présentent est l'utilisation d'interprètes professionnels. L'utilisation de ceux-ci selon Mondoux augmentent la qualité des soins et réduisent les erreurs médicales. Le seul problème que pose ce moyen de communication est que les interprètes professionnels ne sont pas toujours disponibles et leur accès n'est pas toutefois suffisamment rapide.

Outre l'utilisation d'interprètes professionnels, l'étude de Mondoux a aussi révélé d'autres moyens de communication tels que :

- i) Le recours aux personnels bilingues. La difficulté qu'impose ce moyen de communication est que ces derniers ne sont pas toujours disponibles en dehors des heures de travail. Il est à noter qu'ils ne sont pas rémunérés pour leur service d'interprétation.
- ii) L'appel à un interprète par téléphone. Ce moyen de communication est utilisé lorsque l'interprète ne peut pas se déplacer.
- iii) L'utilisation des membres de la famille du patient. Selon Mondoux, ce moyen de communication est plus utilisé car il est facile et ne coûte rien. Pourtant, il comporte des risques non négligeables.
- iv) L'utilisation de la communication non-verbale. Ce moyen de communication est utilisé quand le personnel médical se retrouve seul face au patient qui parle une langue différente.

Le travail de Mondoux s'avère important pour notre recherche parce qu'il nous révèle déjà quelques moyens de communication utilisés par le personnel de santé et les patients face aux barrières linguistiques. Pour notre travail, nous allons découvrir d'autres moyens de communication et leur impact sur la sécurité et la qualité des soins.

À part l'augmentation du risque d'erreurs médicales causant des complications de la maladie et le risque d'hospitalisation à cause des problèmes de communications, Mondoux a aussi

mentionné que les barrières linguistiques affectent aussi les coûts de la prise en charge. Greising (2006) a expliqué ce fait en affirmant que les barrières linguistiques peuvent affecter les coûts des services de santé lorsqu'à cause de celles-ci, le personnel médical a fait recours à plusieurs tests diagnostiques.

Dans le cadre de notre travail, nous allons démontrer que les barrières linguistiques peuvent causer l'augmentation des coûts d'une prise en charge.

Flores (2006), dans son travail intitulé « *Language Barriers to Health Care in the United States* » (Les barrières linguistiques aux soins médicaux aux États-Unis), a montré les dangers que présente la mauvaise interprétation lors d'une prise en charge, surtout quand un enfant est utilisé comme interprète. Dans son travail, Flores a présenté le cas d'un garçon de douze (12) ans, locuteur d'espagnol avec peu de connaissance en langue anglaise et sa mère, aussi locuteur d'espagnol mais avec aucune compétence en anglais. Le garçon avait des maux de tête et le vertige. Arrivé au département des Urgences de Boston, ils sont accueillis par un médecin qui parle un peu espagnol. Alors, la mère du garçon décrit les symptômes en espagnol en ces termes :

« *La semana pasada a el le dio mucho mareo y no tenía fiebre ni nada, y la familia por parte de papá todos padecen de diabetes.* » (La semaine dernière, il a eu beaucoup de vertiges, et il n'avait pas de fièvre, rien d'autre, et la famille de son père souffre tous du diabète.)

Le médecin a répondu « *Uh hum,* » et la femme continue :

« *A mí me da miedo porque el lo que estaba mareado, mareado, mareado y no tenía fiebre ni nada.* » (J'ai peur parce qu'il a le vertige, le vertige, le vertige, et il n'avait pas de fièvre ou autre chose.)

Le médecin tourne alors vers le garçon et lui demande en anglais : “*OK, so she’s saying you look kind of yellow, is that what she’s saying ?*” (OK, donc elle dit que vous avez l’air un peu jaune, c’est ce qu’elle dit ?) Le garçon, surpris, demande à sa mère s’il a vraiment l’air un peu jaune et sa mère lui répond : « *Estaba como mareado, como pálido* » (Tu avais l’air vertigineux, pâle.) À cette réponse, le garçon dit au médecin : “*Like I was like paralyzed, something like that.*” (Comme si j’étais paralysé, quelque chose comme ça.). Flores a indiqué que si le garçon recevait des soins inappropriés à cause de sa mauvaise interprétation, il ne serait pas seul à en subir les conséquences.

Flores a présenté d’autres cas de mauvaise prise en charge dû à de mauvaises interprétations. Dans son travail, il a aussi souligné le fait qu’une communication inadéquate lors d’une prise en charge peut avoir des conséquences tragiques sur la santé du patient. Aussi, l’utilisation des interprètes non formés pourrait conduire à des erreurs pouvant avoir des conséquences cliniques néfastes. Les résultats de son travail ont montré que :

- i) Les patients confrontés à des barrières linguistiques sont moins susceptibles d’avoir une source habituelle de soins médicaux et ils ont un risque accru de ne pas bien observer leur médication.
- ii) Parmi les patients qui souffrent de troubles psychiatriques, ceux qui se heurtent à des barrières linguistiques sont plus susceptibles que les autres de recevoir un diagnostic psychopathologique grave et sont également plus susceptibles de quitter l’hôpital sans prendre en compte les conseils médicaux.
- iii) Parmi les enfants asthmatiques, ceux qui sont confrontés à des barrières linguistiques ont un risque accru d’intubation. Ces patients sont moins susceptibles que d’autres de revenir pour des rendez-vous de suivi après des visites aux urgences, et ils présentent des taux plus élevés d’hospitalisation et de complications liées aux

médicaments. Aussi, le personnel médical utilise plus de ressources pour leur prise en charge mais leur niveau de satisfaction est plus faible.

- iv) Une communication inadéquate peut avoir des conséquences tragiques.

Flores a présenté un cas de mauvaise interprétation d'un seul mot qui a entraîné un retard de prise en charge d'un patient et une quadriplégie évitable : Un jeune hispanophone de 18 ans est entré par hasard chez sa petite amie et lui dit qu'il est « *intoxicado* » (en espagnol) et s'est effondré. Lorsque la petite amie et sa mère ont répété le terme, les ambulanciers non hispanophones l'ont interprété comme signifiant « intoxiqué » mais le sens voulu était "nauséeux". Après plus de 36 heures passées à l'hôpital pour des tests de surdose de drogue, le patient en coma a été réévalué et a reçu un diagnostic d'hématome intra-cérébelleux avec compression du tronc cérébral et un hématome sous-dural secondaire à une rupture d'artère. Par conséquent, l'hôpital a fini par payer un règlement de 71 millions de dollars pour faute professionnelle.

Ce qui fait la différence entre ce travail et notre travail de recherche est que Flores dans son travail, s'est concentrée sur l'interprétation comme stratégie de communication dans le domaine hospitalier. Mais, en plus de l'interprétation, notre étude présente les effets de d'autres stratégies de communication utilisées par les patients face aux barrières linguistiques telles que : l'utilisation de la technologie, l'écriture et l'utilisation des gestes.

Cosnier et al. (1993) dans « *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins.* » ont élaboré trois caractères fondamentaux des communications interindividuelles de face-à-face dans le domaine de la santé à savoir : les interactions de face-à-face multicanales, les interactions multifonctionnelles et les interactions contextualisées.

i) Les interactions de face-à-face multicanales

Ces types d'interactions se font dans des situations où les productions verbales, les modulations vocales, les mimiques, les gestes et les regards se combinent pour constituer un énoncé total. Dans d'autres circonstances, le toucher et les odeurs qui interviennent dans les communications rapprochées peuvent y participer.

Pour Cosnier et al., dans les situations précédentes, le non-verbal s'avère important de plusieurs manières :

i. Pour assurer la coordination interactionnelle.

Ce terme, selon eux, désigne un système de signaux qui interviennent lors d'une interaction.

Ces signaux sont :

- Les regards
- Les mouvements de la tête
- Les brèves émissions vocales et verbales
- Les changements de postures et d'intonations vocales

Lors d'une interaction, ces signaux permettent de poser quatre (4) questions à savoir :

« *M'entends-tu ?* »

« *M'écoutes-tu ?* »

« *Me comprends-tu ?* »

« *Qu'en penses-tu ?* »

Aussi, ils peuvent permettre de répondre et de signaler :

« *À toi de parler* »

« *C'est mon tour de parler* »

« *Je t'écoute, continue* »

ii. La synchronie interactionnelle.

Ceci sert à optimiser l'intercompréhension des personnes en communication et leur permet de co-construire progressivement leur interaction. Selon Cosnier et al., le bon fonctionnement de ce système est important lors des consultations médicales.

ii) Les interactions de face-à-face multifonctionnelles

Ce type d'interaction selon Cosnier et al., sert à réaliser divers actes de langage. Pendant une consultation, la multifonctionnalité de la communication interindividuelle de face-à-face peut être remarquée précisément lors de l'ouverture de la rencontre médical, l'interrogation, l'assertion, l'explication, le conseil clinique, la réassurance etc. Cosnier et al. ont par la suite énuméré trois (3) fonctions des interactions interindividuelle de face-à-face à savoir :

- La fonction informative
- La fonction régulatrice
- La fonction expressive

iii) Les interactions de face-à-face contextualisées

Selon Cosnier et al., cette caractéristique de la communication interindividuelle de face-à-face implique le fait que si un énoncé peut être compris à un premier niveau sémantique par un simple recours aux codes linguistiques et kinésiques, ce même énoncé ne pourra être interprété à un second niveau pragmatique que par la prise en compte du contexte. Cosnier et al. ont révélé dans leur travail que le contexte est composé de quatre (4) grands éléments : le cadre, les participants, la relation, et la plate-forme communicative commune.

a) Le cadre

Le cadre constitue l'aménagement spatial et temporel des lieux où une interaction prend place. Dans le domaine de la santé, cela implique le type d'établissement (public ou privé), l'époque architecturale du centre de santé, la localisation, etc. Cosnier et al. ont souligné que dans le domaine hospitalier, les dispositions spatiales et les gestions temporelles des interactions montrent souvent l'idéologie et la personnalité du personnel médical.

b) Les participants

Les participants d'une interaction font partie du contexte par leurs caractères personnels et sociaux, de même que la relation entre ceux-ci. Les caractères personnels et sociaux dans le cadre hospitalier incluent le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, le type de maladie, et même les marqueurs de fonction du côté du personnel médical tels que le stéthoscope et la blouse. Pour Cosnier et al., cela sert à faciliter le repérage des fonctions et à sécuriser les patients. Aussi, les caractères sociaux des participants fonctionnent comme des marqueurs de hiérarchie et servent à distinguer le personnel de santé des patients.

c) La relation

La relation dans le domaine de la santé implique la relation de service à une seule finalité qui est d'améliorer ou de sauvegarder la santé des patients. Selon Cosnier et al., la relation comme élément de contexte est structurelle et constitue une référence de base pour le cadrage des interactions dans le domaine hospitalier.

d) La plate-forme communicative commune

Cet élément de contexte résulte en partie des éléments précédents (le cadre, les participants, la relation). Selon Cosnier et al., dans le domaine de la santé, l'histoire de la maladie et l'histoire de la relation entre le personnel médical et le patient sont des éléments importants pour cette

plate-forme. Par exemple, un patient qui consulte régulièrement un médecin communique plus facilement avec lui.

En bref, Cosnier et al. se sont intéressés aux facteurs régissant la communication dans le domaine de la santé. Pour notre étude, nous irons plus loin pour découvrir les stratégies de communication utilisées dans le domaine hospitalier lorsque les barrières linguistiques se présentent.

Cosnier et al. ont aussi mentionné quelques effets des barrières linguistiques tels que :

- i) l'impossibilité de fournir des informations utiles ou compréhensibles pour la prise en charge,
- ii) l'incompréhension des questions,
- iii) la détresse psychologique et l'insatisfaction,
- iv) le non recours et ou le recours tardif aux soins et les mauvais usages des traitements par les patients,
- v) le manque d'informations sur la promotion de la santé ou sur la prévention des maladies.

Pour surmonter les dangers causés par la présence des barrières linguistiques lors de l'accès aux soins médicaux, Ouimet et al. (2013) dans « *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies* », ont présenté quelques solutions ainsi que leurs faiblesses dans un rapport rédigé dans le cadre d'un projet d'amélioration des connaissances sur la santé des patients venant d'une communauté de langue officielle minoritaire au Québec. Ils ont énuméré dans leur travail des stratégies de communication que les patients qui ont des problèmes de communication pourront adopter lors d'une prise en charge. Ces stratégies sont : la traduction, le recours aux employés bilingues et l'utilisation des interprètes.

i) La traduction

Cette stratégie est caractérisée par la traduction documentaire des consignes et des lexiques usuelles dans les centres de santé. Ouimet et al. ont signalé que la traduction documentaire n'est pas une solution définitive car des études ont démontré que même dans les centres de santé où il y a des documents bilingues concernant les consignes de traitement, les patients ne pourront pas s'en servir sans les explications d'un interprète. En plus, les documents traduits ne serviront pas aux patients qui ont un niveau d'alphabétisation faible.

ii) L'utilisation des employés bilingues

Cette stratégie consiste au recours à des professionnels de santé ayant des compétences dans la langue minoritaire (le français dans le cadre de notre recherche) et dans la langue majoritaire (l'anglais). Pour ce faire, Ouimet et al. proposent l'embauche des employés bilingues dans les centres de santé afin de surmonter les barrières linguistiques. Cependant, ils ont souligné que le recours aux employés bilingues peut occasionner le manque de productivité de ces derniers puisqu'ils doivent quitter leur poste pour venir en aide à leurs collègues. Par conséquent, Ouimet et al. ont souligné que des études ont démontré que les employés bilingues sont souvent insatisfaits de leur sollicitation fréquente pour interpréter.

iii) L'utilisation des interprètes

Selon Ouimet et al., il existe deux types d'interprètes : les interprètes formés et les interprètes non formés. Les interprètes formés sont des professionnels qui ont suivi une formation dans le domaine de l'interprétation et les interprètes non formés sont des personnes qui n'ont aucune formation dans le domaine. Ces personnes peuvent être des employés bilingues, des bénévoles ayant une connaissance dans la langue requise, des membres de la famille du patient et des amis.

L'utilisation des interprètes non formés peut être accompagnée de risques sérieux car des études ont démontré que ces derniers ont plus tendance de commettre des erreurs d'interprétation pouvant mettre la vie du patient en danger. Ouimet et al. nous indique aussi que l'interprétation par un membre de la famille du patient peut poser des problèmes de rétention volontaire ou involontaire des informations nécessaires pour la prise en charge. Le patient retient souvent ces informations pour des raisons de confidentialité.

Concernant la question de l'efficacité des interprètes formés, Ouimet et al. continuent en soulignant que de nombreuses études ont démontré que l'utilisation de ces derniers dans le domaine de la santé est la méthode la plus efficace, car elle comporterait le moins de risques pour la santé du patient.

Jacobs et al. (2004) dans « *Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services* » (Surmonter les barrières linguistiques dans le domaine de la santé : Coûts et avantages des services d'interprétation) ont évalué l'impact des services d'interprétation sur le coût et l'utilisation des services de soins de santé chez les patients qui ont une maîtrise limitée de l'anglais. Pour leur recherche, ils ont mesuré l'évolution de la prestation et du coût des soins fournis aux patients inscrits dans un organisme de maintien de la santé avant et après la mise en place des services d'interprétation.

À la fin de leur recherche, ils ont souligné l'importance de l'interprétation dans le domaine de la santé mais le problème qui s'impose est que la plupart des organismes de soins de santé ne fournissent pas de services d'interprétation ou fournissent des services d'interprétation inadéquats. Alors, les patients qui ont une maîtrise limitée de l'anglais ne reçoivent pas des soins de santé nécessaires ou des soins de santé de qualité. Ce point est similaire aux observations que nous avons faites lors de notre enquête parce que nous avons constaté que les centres médicaux ghanéens ne recrutent pas des interprètes.

Jacobs et al. continuent en affirmant que souvent, les personnes recrutées pour aider les patients à communiquer avec le personnel de santé ne sont pas des interprètes formés. Ils sont plutôt des collègues patients ou sont des membres de la famille, des amis, des personnes non formées, des employés non cliniques ou des professionnels de la santé qui n'ont pas une bonne maîtrise de la langue en question. Ils ont aussi souligné que de nombreux centres de soins de santé ne fournissent pas des services d'interprétation adéquats à cause du coût élevé des services d'interprétation. Ce fait pourrait être comparé à la situation dans les centres de santé ghanéens. Par ailleurs, Jacobs et al. ont montré l'invalidité du problème du coût des services d'interprétation en affirmant que ces centres de santé qui n'embauchent pas d'interprètes professionnels ne prennent pas compte des conséquences d'une mauvaise communication lors d'une prise en charge.

Ce qui nous intéresse dans les travaux de Jacobs et al. (2004) et de Ouimet et al. (2013) est le fait qu'ils ont montré l'importance de l'interprétation dans le domaine hospitalier et les dangers que causent l'utilisation des interprètes non formés ainsi que la mauvaise interprétation. Notre étude exposera plus de cas d'utilisation d'interprètes non formés et le sentiment de manque de confiance des patients francophones envers ceux-ci.

Toujours au sujet des barrières linguistiques dans l'accès aux soins médicaux, Witte et Kuzel (2000) dans « *Elderly Deaf Patients' Health Care Experiences* », ont aussi conduit une recherche ayant pour objectif de comprendre les expériences des adultes sourds lorsqu'ils accèdent aux soins de santé. Leur recherche est fondée sur la prémisse qui postule que les médecins pourraient donc ne pas être préparés à répondre aux besoins des patients sourds de manière efficace et sensible.

Pour leur recherche, Witte et Kuzel ont créé des groupes de discussion avec des personnes sourdes âgées suivi d'une interprétation vocale en temps réel de la communication en langue

de signes. Ils ont enregistré l'interprétation vocale qu'ils ont transcrit après. Witte et Kuzel ont analysé les transcriptions de manière indépendante en utilisant un style d'édition et ont intégré les commentaires des participants dans leur interprétation. Les résultats ont montré que les patients sourds rencontrent de nombreux obstacles, notamment des problèmes liés à la prise de rendez-vous et à la communication avec le personnel de santé. Ils estiment aussi que les professionnels de santé sont mal préparés pour s'occuper des patients sourds. Enfin, Witte et Kuzel ont fait des recommandations pour améliorer les conditions de prise en charge des patients sourds :

- i) Le personnel de santé doit adopter des méthodes favorisant la communication avec les patients sourds en utilisant la communication assistée par téléphone : l'utilisation du télécopieur par exemple.
- ii) L'embauche des interprètes de langue de signes qualifiés.
- iii) Les professionnels de santé doivent avoir des connaissances de base en lecture labiale ou en langue de signes.

La différence fondamentale entre notre travail de recherche et celui de Witte et Kuzel est la population cible. Witte et Kuzel se sont intéressés à l'accès aux soins médicaux par les adultes sourds mais nous nous intéressons aux patients francophones au Ghana.

Il est aussi important de mentionner Appiah (2018) qui, dans son mémoire intitulé « *Étude Analytique Et Descriptive Du Besoin Du Fos En Milieu Hospitalier Ghanéen.* » a soulevé le besoin de la langue française dans les centres de santé ghanéens. Dans ce travail, il a énuméré les facteurs qui montrent l'importance et le besoin de la langue française en milieu hospitalier ghanéens tels que :

i) L'accueil de patients exclusivement francophones

Pour ce facteur, Appiah a démontré que les centres de santé ghanéens accueillent un nombre important de patients francophones. Pour prouver ce fait, il a recueilli le nombre de patients francophones qui ont visité cinq (5) centres de santé ghanéens sur une période de trois (3) mois. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

TABLEAU 1

Hôpitaux	Nombre de patients francophones
CHU de Korle Bu	150
CHU de Komfo Anokye	120
Hôpital de Sampa	112
Hôpital de Dormmaa Ahenkro	117
Hôpital de Drobo	80

Source : Appiah (2018)

ii) La nécessité de la langue française dans les centres de santé ghanéens

Par ce facteur, Appiah a montré ce que pense le personnel médical ghanéen de l'utilité de la langue française dans leur domaine. Les résultats ont révélé que les professionnels de santé interrogés ont avoué que la langue française est nécessaire dans le domaine hospitalier ghanéen. Les répondants ont aussi estimé que la langue française va leur permettre d'avoir des consultations efficaces et d'améliorer leur relation avec les patients francophones.

Par ailleurs, Appiah a postulé que la présence des francophones au Ghana s'explique par l'émergence économique du pays. De nombreux francophones préfèrent les centres de santé ghanéens à cause de la performance et la qualité des soins dans ces centres de santé. Face à ces raisons, le besoin urgent de la langue française dans le domaine hospitalier s'impose.

À la fin de son travail, Appiah a recommandé l'introduction de l'enseignement du Français sur Objectif Spécifique dans la formation initiale du personnel de santé ghanéen afin d'avoir une communication efficace avec les patients exclusivement francophones. Notre travail s'ajoute à celui d'Appiah pour montrer les barrières linguistiques auxquelles font face les patients francophones et leurs effets sur les soins que ceux-ci reçoivent.

Bilan

Dans ce chapitre, nous avons présenté le cadre théorique de notre travail. Tout d'abord, nous avons défini les notions clés dans ce travail. Nous avons considéré les notions telles que : la communication, l'interprétation, les barrières linguistiques, l'immigration, les langues minoritaires et la langue majoritaire. Ensuite, nous avons expliqué les théories qui sont à la base de notre travail. Nous avons examiné la CAT de Giles (2016) et des théories de la communication telles que : la théorie de communication de Jakobson, et la théorie de la communication de l'Ecole de Palo Alto. Finalement, nous avons étudié les travaux antérieurs. Dans le chapitre qui suit, nous allons présenter la démarche méthodologique de notre travail.

CHAPITRE III : LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre est consacré à la description de la démarche méthodologique à laquelle notre travail de recherche est soumis. Ce sont donc les outils de collecte des données, la population cible et la méthode de recueil des données de l'étude. En bref, nous allons aborder toutes les méthodes auxquelles nous nous sommes servis pour aboutir à la collecte des données utilisées dans le cadre de notre travail de recherche.

3.1. Les outils de collecte des données

Dans le cadre de notre travail, nous avons conduit des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien semi-guidé. À partir de ce guide, nous avons recueilli des informations sur le profil des patients francophones, ainsi que leurs expériences dans les centres médicaux ghanéens. Nous avons fait un enregistrement audio des entretiens et après nous les avons transcrits pour l'analyse.

3.2. Les entretiens

Pour la collecte de nos données, nous avons procédé à des entretiens semi-guidés. C'est-à-dire des entretiens ouverts aux idées et aux points de vue des répondants. Ainsi, malgré que nous ayons une liste de questions bien structurée et ordonnée, nous n'avons pas forcément suivi l'ordre des questions. Aussi, les questions posées étaient des questions ouvertes. Cela y est ainsi pour mettre nos répondants à l'aise, surtout face à un enregistreur audio, afin qu'ils puissent parler ouvertement, en utilisant les mots qu'ils souhaiteraient et dans l'ordre qui leur convient (Lefèvre, 2013). Pourtant, nous essayons toujours de revenir à notre sujet lorsque les propos du répondant s'en écartent. Notons aussi que nous l'avons conduit en français et en

anglais. Certains répondants ont exigé que nous parlions anglais avec eux pour qu'ils puissent pratiquer et tester leur niveau de langue. Signalons aussi que nos entretiens ont duré trois (3) semaines.

3.3. Le questionnaire d'entretien

Notre questionnaire d'entretien comprend quinze (15) questions et est divisé en trois parties à savoir : les données démographiques, le profil linguistique des répondants et leurs expériences vécues lors de l'accès aux soins de santé au Ghana.

Les données démographiques comprennent la tranche d'âge des répondants, leur sexe, leur pays d'origine, leur ethnie, la raison et la durée de leur séjour. Le profil linguistique inclut les informations sur les langues parlées par les répondants, les/la langue(s) qu'ils maîtrisent et leur niveau d'anglais. Les expériences vécues lors de l'accès aux soins font référence aux moyens de communications utilisés par les répondants et le personnel de santé lors de l'accès aux soins, les sentiments éprouvés lorsqu'ils doivent s'exprimer à travers un interprète et les effets des barrières linguistiques sur les soins médicaux qu'ils reçoivent.

3.4. L'étendu du travail

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous n'avons pas ciblé tous les francophones résidents au Ghana. Nous avons considéré ceux qui ont eu accès aux soins de santé ou ceux qui sont directement impliqués au cours de l'accès aux soins de santé par leurs amis ou proches depuis leur arrivée au Ghana. Aussi, nous nous sommes concentrés principalement sur les francophones qui sont des apprenants dans les instituts de langues et qui ont accédé aux soins de santé au cours de leurs premiers douze (12) mois de séjour au Ghana. Nous avons pris en compte cette durée parce qu'il faut un plus long séjour pour maîtriser l'anglais et les langues

locales ghanéennes. Ces répondants éprouveront probablement des difficultés de communication lors de leur prise en charge à cause des barrières linguistiques. Rappelons que notre recherche fait partie d'un projet de recherche plus large intitulé « *Understanding language dynamics in health care access among Francophone migrants in Ghana* ». Pour ce grand projet, nous avons recueilli les données du personnel de santé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Korle-Bu parce que c'est un grand centre de référence qui reçoit de nombreux patients francophones à cause des services de spécialités qu'ils offrent, ainsi que dans trois (3) centres hospitaliers frontaliers. Nous avons aussi voulu interviewer les patients francophones sur place mais pour des raisons éthiques et pratiques c'était difficile. Pour cela, nous avons décidé de conduire nos entretiens dans des écoles de langues parce que là-bas, nous pouvons trouver des francophones.

3.5. La population cible

Dans le cadre de notre étude, la population cible est constituée des immigrés francophones à Accra (Ghana). Précisément, nous nous intéressons à ceux qui n'ont aucune ou ont très peu de connaissances en anglais ainsi que dans les langues ghanéennes. Aussi, ceux qui ont une fois visité un centre de santé ghanéen pour se faire soigner ou ceux qui sont allés à la pharmacie pour acheter des médicaments. Pour cette raison, nous n'avons considéré que ceux qui sont au Ghana pour moins d'un an. Nous avons aussi considéré les francophones qui ont une fois vécu l'expérience de leur ami ou proche dans l'un de ces centres médicaux (hôpital ou pharmacie) au Ghana. Leur incompétence en langues ghanéennes s'avère très importante pour notre travail de recherche parce que nous avons constaté que ces langues sont aussi souvent utilisées comme moyens de communication dans les centres de santé ghanéens. Ceux qui parlent déjà l'une des

langues ghanéennes ont une forte chance de trouver un personnel de santé qui peut les comprendre d'où l'absence de problèmes de communication.

3.6. L'échantillonnage

En ce qui concerne l'échantillonnage, nous avons interviewé au total vingt-cinq (25) francophones y compris douze (12) hommes et treize (13) femmes. Les personnes interviewées ont entre dix-huit (18) et quarante-cinq (45) ans.

Nous avons ciblé des milieux où nous pouvons avoir une forte présence des immigrés francophones, surtout ceux qui sont là pour apprendre l'anglais. Par conséquent, nous avons choisi cinq (5) lieux à savoir : le Centre de Langues de l'Université du Ghana (UG Language Centre), SOPODIVA Training Centre, l'Alliance Française d'Accra, Ghana Institut of Languages (GIL), Excellence Language Academy (ELA), L'institut de langues Durra (DIL) et Centre of Languages and Professional Studies (CELPS).

3.6.1. UG Language Centre

Le Centre de Langues de l'Université du Ghana (*UG Language Centre*) est fondé en 1970. Il a pour objectif de conduire des recherches en langues, et de prendre en charge l'enseignement relatif à la maîtrise de l'anglais et des langues utilisées au Ghana. Le centre conduit le programme de technique de Rédaction Académique (*Academic Writing*) obligatoire pour tous les étudiants de première et de deuxième année de l'Université du Ghana. Il gère aussi un programme de Diplôme de Compétence en Anglais (*Certificate in English Proficiency*) pour les étudiants des pays non anglophones. Ce programme est conduit pendant deux semestres et comprend le niveau débutant, intermédiaire et avancé. Chaque année, le centre accueille des

étudiants de partout dans le monde. Il faut préciser que la plupart des étudiants sont originaires des pays francophones voisins.

Pendant notre enquête, nous avons interviewé deux (2) étudiants (un homme et une femme) francophones qui ont eu accès aux centres de santé ghanéens.

3.6.2. SOPODIVA Training Centre

SOPODIVA Training Centre est un centre de formation privé situé à Accra, spécialisé dans l'enseignement des langues, plus précisément l'enseignement de l'anglais aux non anglophones. Le centre a commencé son programme de langue en 2009. Il a pour but d'aider les étudiants non anglophones à apprendre et à parler l'anglais pour des objectifs professionnels ou académiques. Les étudiants du centre sont souvent des professionnels qui travaillent déjà et qui ont besoin d'une deuxième langue pour progresser dans leur carrière et améliorer leurs chances d'avoir un bon revenu et un meilleur statut social. Il aide également les étrangers qui souhaitent apprendre le twi, l'une des langues majoritairement parlées au Ghana. Le centre accueille aussi les ghanéens qui souhaitent apprendre d'autres langues pour élargir leurs horizons professionnels. Notons que le centre de formation de SOPODIVA compte plus de quinze (15) nationalités à chaque nouvelle session de cours.

Nous avons interviewé six (6) personnes (2 hommes et 4 femmes) à SOPODIVA Training Centre au cours de notre enquête.

3.6.3. L'Alliance Française d'Accra

Créée en 1957, l'Alliance Française d'Accra est une institution indépendante à but non lucratif régie par la loi locale. Elle est fondée sur l'initiative de la société civile pour l'échange des valeurs culturelles et linguistiques. L'Alliance Française a pour objectif de promouvoir la

langue française, la diversité culturelle et les échanges culturels franco-ghanéens. Elle est très reconnue pour la qualité de ses cours de français et pour l'enseignement de Français Langue Étrangère (FLE). Elle accueille tout public d'apprenants (enfants et adultes). Elle est également le seul centre d'examen au Ghana pour les tests et diplômes de langue française reconnus sur le plan international (DELF, DALF, DAEFLE, TCF et TEF) et accueille plus de quatre mille (4 000) étudiants chaque année.

L'Alliance Française d'Accra organise aussi des cours d'anglais pour les non-anglophones qui souhaitent apprendre l'anglais ou améliorer leur niveau. Ces cours sont dispensés en sessions de douze (12) semaines (de 100 heures à 200 heures de cours, soit 2 heures ou 4 heures par jour).

Nous avons interviewé six (6) participants (3 hommes et 3 femmes) à l'Alliance Française d'Accra lors de nos entretiens.

3.6.4. Ghana Institute of Languages (GIL)

Ghana Institute of Languages (GIL) a été fondé sous la direction du ministère de l'éducation ghanéen en 1961 par le premier président de la République du Ghana, Osagyefo Dr. Kwame Nkrumah. En 1963, par un décret présidentiel d'incorporation, l'Institut a été rattaché au Bureau du Président. En 1969, l'instrument législatif 114 a été révoqué et le décret du Conseil national de libération (NLCD 324), qui l'a remplacé, a donné à l'Institut le statut d'une société autonome avec un conseil d'administration nommé par le commissaire de l'éducation, de la culture et du sport. Il a ensuite été placé sous le contrôle du ministère des affaires étrangères. Actuellement, le Conseil national de l'enseignement supérieur (NCTE) est chargé de la supervision de l'Institut sous la tutelle du Ministère de l'éducation, des sciences et du sport. L'Institut a été créé pour enseigner les langues étrangères afin de promouvoir le panafricanisme et les relations

cordiales entre les Ghanéens et les étrangers. Le GIL a soutenu ces objectifs et a amélioré la qualité et la portée de l'enseignement des langues internationales, à savoir l'arabe, le chinois, l'anglais, le français, l'allemand, le portugais, le russe et l'espagnol, au niveau débutant, intermédiaire et avancé. Actuellement, l'Institut compte trois écoles : l'école des langues (SOL), l'école des traducteurs (SOT) et l'école de secrétariat bilingue (SOBS). Nous nous sommes intéressés à l'école des langues parce que les étudiants de l'école des traducteurs et de l'école de secrétariat bilingue ont déjà une maîtrise de l'anglais. Nous avons interviewé trois (3) répondants (un homme et deux femmes) à GIL.

3.6.5. Excellence Language Academy (ELA)

Excellence Language Academy (ELA) est une institution de langue située à Alajo, un quartier au nord d'Accra connue pour sa population francophone. Cette ville compte aussi d'autres écoles de langue et de centres de formation professionnelle telles que *Durra Institut of Languages (DIL)*, *English Language Laboratory School Ghana (ELLSG)*, *Centre of Languages and Professional Studies (CELPS)* et *TAS English Institut*.

ELA est fondée en 2004 et a pour objectif de briser les barrières linguistiques. L'institut est spécialisé dans l'enseignement de l'anglais, du français et de l'espagnol comme langues étrangères. Au fil de ses seize (16) années d'existence, ELA a produit des étudiants et des professionnelles avec une parfaite maîtrise de la langue. En plus, elle prépare les étudiants qui désirent poursuivre leurs études à l'étranger pour les examens internationaux tels que le TOEFL et l'IELTS. Au cours de nos entretiens, nous avons interviewé trois (3) répondants (2hommes et une femme) à ELA.

3.6.6. Durra Institute of Languages (DIL)

L'institut de langue Durra (DIL), aussi situé à Alajo, est fondé en septembre 2015. Il est le premier institut de langues étrangères au Ghana qui se spécialise dans la langue arabe. Après sa création au Ghana en septembre 2015, l'institut a mis en place un département d'anglais en janvier 2017 afin de répondre aux besoins urgents de nombreux ressortissants africains non anglophones qui viennent au Ghana pour un séjour d'étude d'anglais. *Durra Institut of Languages* a pour vision d'être un institut de langues de classe mondiale au Ghana et au-delà, offrant à ses clients des études de langues arabe et anglaise de haut niveau. L'institut délivre des cours d'anglais du niveau débutant au niveau avancé et des cours de préparation pour les examens TOEFL et IELTS. Lors de nos entretiens, nous avons interviewé deux (2) participants (un homme et une femme) dans cet institut.

3.6.7. Centre of Languages and Professional Studies (CELPS)

Centre of Languages and Professional Studies (CELPS) est une école internationale de langues et de formation professionnelle. Elle s'est spécialisée dans l'enseignement des langues vivantes, à savoir l'anglais, le français, l'allemand, l'arabe, l'espagnole, et le mandarin chinois pinyin. Le centre dispose également des formations professionnelles comme le secrétariat bilingue, la traduction, assistant (e) de direction, l'informatique, etc. À CELPS, nous avons interviewé trois (3) répondants (deux hommes et une femme).

3.7. La méthode de recueil des données

Cette recherche est basée sur une approche qualitative caractérisée par l'analyse des données recueillies à travers des interviews. Avant de conduire les interviews, nous avons contacté les directeurs et quelques enseignants des instituts de langues choisis pour demander la permission

et savoir s'il y a des étudiants qui ont déjà visité les centres de santé ghanéens. Ensuite, nous nous rendons dans ces institutions pour avoir des entretiens individuels avec les étudiants volontaires concernés.

Nous nous sommes appuyés sur les réponses données par nos participants lors des interviews pour parvenir à faire l'analyse qualitative de nos données. Les questions posées lors de nos interviews sont formulées autour des thèmes tels que : les moyens de communications utilisés lors de la prise en charge, le sentiment des patients francophones lorsqu'ils doivent s'exprimer à travers un interprète et les effets des barrières linguistiques sur les soins médicaux.

Cette méthode de recueil des données nous a aussi permis d'avoir des informations démographiques sur nos participants y compris des informations sur leur sexe, leur pays d'origine, leur ethnie, les langues parlées, leur raison et durée de séjour et leur niveau de langue en anglais. Les données ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur de voix et ensuite transcrites manuellement.

Bilan

Dans ce chapitre, nous avons présenté les détails de la démarche méthodologique suivie par notre travail de recherche. Nous avons tout d'abord exposé les outils dont nous nous sommes servis pour collecter nos données, l'étendue de notre travail et notre population cible. Ensuite, nous avons présenté l'échantillonnage où nous avons précisé le nombre de participants et les lieux que nous avons ciblé pour conduire nos entretiens. Finalement, nous avons discuté de la méthode que nous avons utilisée pour collecter nos données. Dans le chapitre suivant, nous allons procéder à la présentation et l'interprétation de nos données.

CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Cette partie de notre travail de recherche est en deux parties. Nous allons tout d'abord présenter les données que nous avons recueillies sur terrain, ensuite nous allons passer à la discussion de ces données.

Rappelons qu'au cours de notre enquête nous avons conduit des interviews dans cinq (5) lieux à savoir UG Language Centre, SOPODIVA Training Centre, l'Alliance Française d'Accra, Ghana Institut of Languages (GIL), Excellence Language Academy (ELA), L'institut de langue Durra (DIL) et Centre of Languages and Professional Studies (CELPS). Dans ces lieux, nous avons interviewé des francophones qui ont visité soit un hôpital, soit une pharmacie depuis leur arrivée au Ghana. L'interprétation de nos données est basée essentiellement sur les moyens de communication utilisées par les patients francophones dans les centres de santé ghanéens, leur sentiment lorsqu'ils doivent s'exprimer à travers un interprète, leur satisfaction et les effets négatifs des barrières linguistiques sur les soins médicaux que ces derniers reçoivent dans les centres de santé ghanéens.

4.1. Présentation des données

Cette partie de notre travail consiste en une énonciation générale des données que nous avons recueilli sur le terrain. Nous allons présenter en premier lieu la répartition des participants selon les différents lieux d'entretien, puis les informations démographiques des participants. Ce dernier inclut le pays d'origine des répondants, leur tranche d'âge, leur raison de séjour, les langues parlées par les participants (locales et internationales), les langues ghanéennes qu'ils parlent et leur niveau en anglais. Nous allons terminer la présentation de nos données par la répartition des participants selon le type de centre de santé visité (hôpital ou pharmacie).

4.1.1. La répartition des participants selon les différents lieux d'entretien

Cette partie de notre travail présente principalement le nombre et le sexe des répondants dans chacun des sept (7) lieux où nous avons fait nos interviews. La répartition des participants selon les différents lieux où nous avons conduit nos entretiens est comme suit : Au Centre de Langues de l'Université du Ghana (UG Language Centre) nous n'avons pu interviewer que deux (2) répondants, dont un homme et une femme représentant 8% de notre échantillon. Cela est dû au fait que malgré la présence d'un bon nombre de francophones dans ce centre, seulement deux d'entre eux ont déclaré avoir visité un centre de santé depuis leur arrivée au Ghana. De même, à Ghana Institut of Languages (GIL), nous avons pu interviewer trois (3) répondants dont un homme et deux femmes, soit 12% de notre échantillon. Au centre de formation professionnelle de SOPODIVA (*SOPODIVA Training Centre*), nous avons interviewé six (6) répondants, précisément deux hommes et quatre femmes, constituant 24% de notre échantillon. À Excellence Language Academy (ELA), nous avons interviewé trois répondants (3) y compris deux hommes et une femme, soit 12% de notre échantillon. À L'institut de langue Durra (DIL), nous avons interviewé deux (2) répondants dont un homme et une femme, représentant 8% de notre échantillon. À Centre of Languages and Professional Studies (CELPS), nous avons interviewé trois (3) répondants y compris deux hommes et une femme, soit 12% de notre échantillon. À l'Alliance Française d'Accra (AFA), nous avons interviewé six (6) répondants dont trois hommes et trois femmes, soit 24% de notre échantillon. En bref, nous avons interviewé au total vingt-cinq (25) répondants, dont treize (13) femmes et douze (12) hommes pour la réalisation de notre travail de recherche.

Tableau récapitulatif de la répartition des participants selon les différents lieux d'entretien

TABLEAU 2

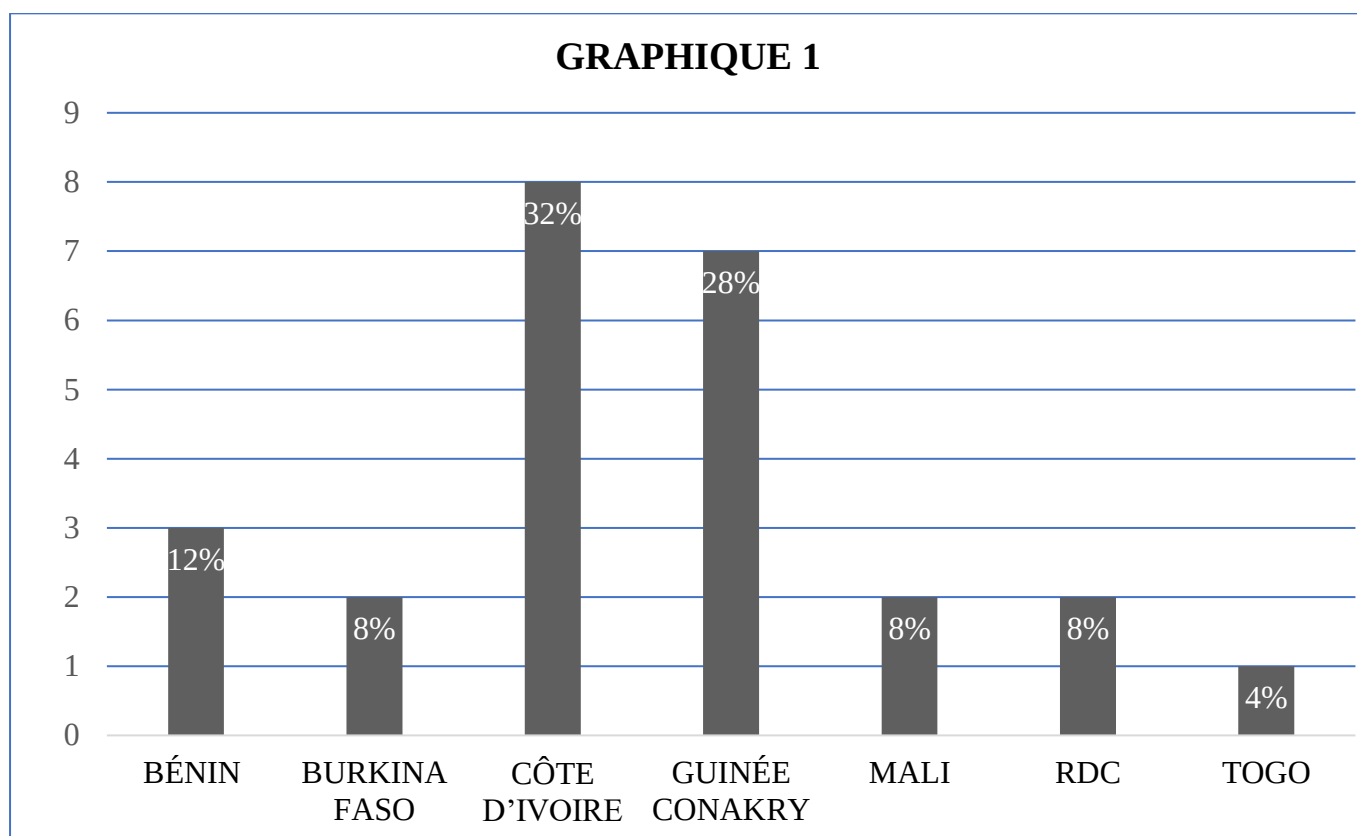
Lieux d'entretien	Hommes	Femmes
UGLC	1	1
GIL	1	2
SOPODIVA	2	4
ELA	2	1
DIL	1	1
CELPS	2	1
AFA	3	3
TOTAL	12	13
	25	

Source : Données collectées.

4.1.2. Pays d'origine des répondants

Nous avons interviewé des répondants venant de sept (7) pays francophones à savoir le Bénin, le Burkina-Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée Conakry, le Mali, la République Démocratique du Congo (RDC) et le Togo. Comme le présente la graphie ci-dessous, nous avons interrogé trois (3) béninois, deux (2) burkinabés, huit (8) ivoiriens, sept (7) guinéens, deux (2) maliens, deux (2) congolais et un (1) togolais. Rappelons que ces nombres ne signifient pas que les ivoiriens ont la plus grande population au Ghana, suivi des guinéens. Les interviewés sont ceux qui ont visité des centres de santé ghanéens au cours de leur première année de séjour au Ghana.

➤ **Représentation graphique des pays d'origine des répondants.**



Source : Données collectées.

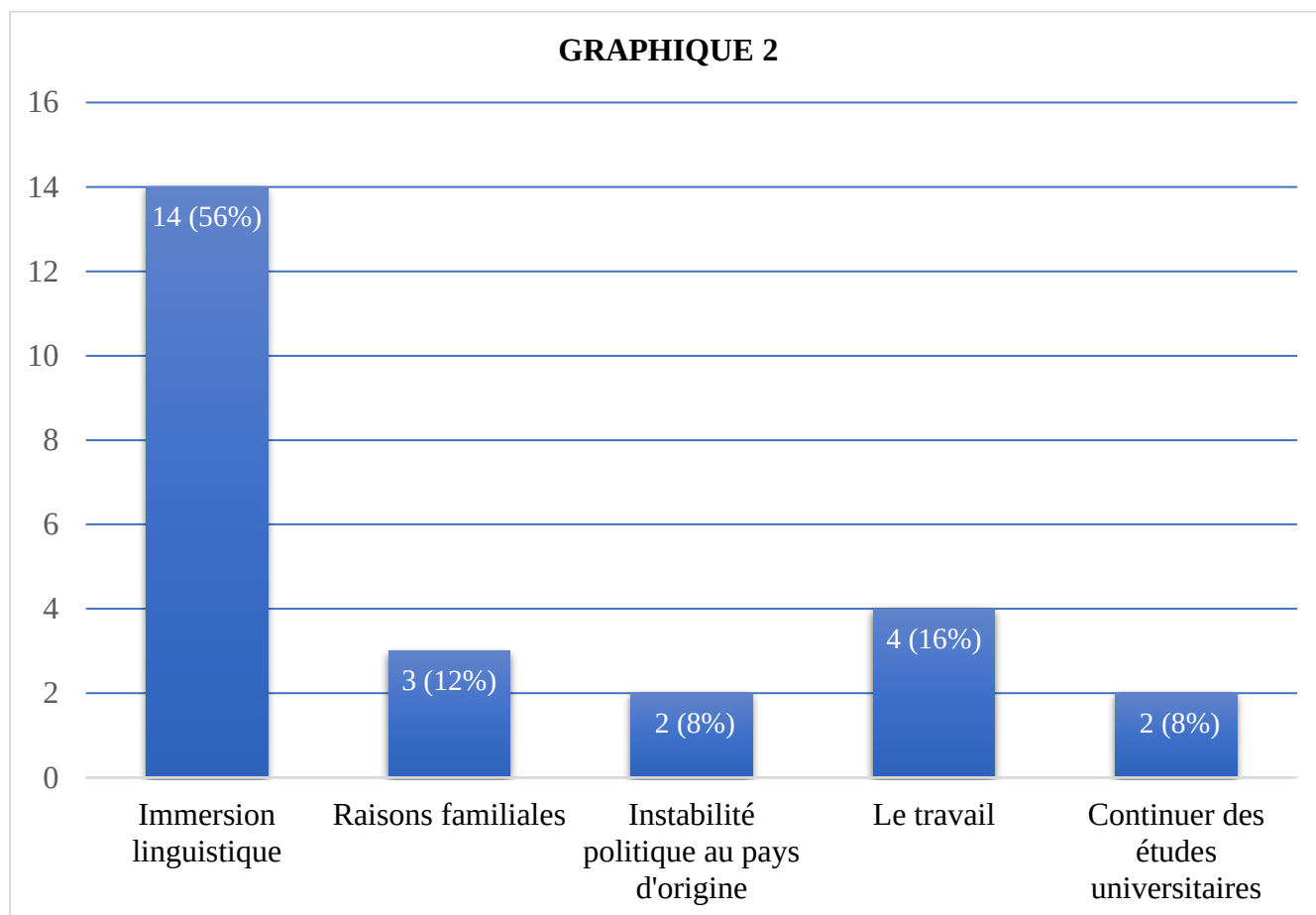
4.1.3. Raison de séjour

Parlant de la raison de séjour, la plupart des répondants sont au Ghana pour apprendre l'anglais. Cela peut être expliqué par le fait que grâce à la mondialisation, l'anglais est devenu la première langue de communication sur le plan international dans différents domaines (Ennasser, 2010). Ces domaines sont principalement le commerce, les sciences, l'éducation et l'informatique. L'apprentissage de l'anglais devient alors nécessaire pour progresser dans son domaine professionnel.

À part l'apprentissage de l'anglais comme raison de séjour, nous avons aussi la raison familiale, ce qui explique le cas de certains de nos répondants qui sont des femmes au foyer. Elles sont

au Ghana principalement à cause de leurs maris. Il y en a aussi d'autres qui sont au Ghana pour continuer leurs études universitaires, pour travailler ou pour se réfugier à cause des violences politiques dans leurs pays.

➤ **Représentation graphique de la raison de séjour des répondants.**



Source : Données collectées.

Comme l'indique la graphie précédente, quatorze (14) de nos participants sont au Ghana pour une immersion linguistique. Précisons que ces répondants sont soit des fonctionnaires dans leurs pays d'origine, soit des étudiants. Ces deux groupes ont un but commun qui est de donner du poids à leur profil afin d'avoir plus d'opportunités professionnelles. Trois (3) de nos

répondants sont là pour des raisons familiales et deux (2) sont là à cause de l'instabilité politique dans leur pays d'origine. Aussi, quatre (4) sont au Ghana pour travailler (un agent d'une ONG, un électricien, un informaticien qui est à la recherche de travail) et deux (2) y sont pour continuer leurs études universitaires (un étudiant en Science Vétérinaire et une étudiante en Secrétariat Bilingue).

4.1.4. Langues parlées

Dans cette partie de notre travail, nous allons nous concentrer sur les langues locales (les langues africaines) ainsi que les langues internationales (français, anglais, espagnol, etc.) qui sont parlées par nos répondants.

Selon les données que nous avons recueillies, nous avons réparti les langues locales parlées par les répondants selon leurs pays d'origine. Celles que nous avons recueilli de nos répondants sont : le soussou, le malinké, le kono, le pular, le guerzé et le diakhanké, l'agni, le dioula, le guéré, le mooré, le bambara, le lingala, le dagaare, l'éwé et le fon.

La langue soussou fait partie de la famille Mandé. Elle est parlée en Afrique de l'Ouest, précisément en Guinée et en Sierra Leone (Rozendaal, 2017). Le Kono, aussi est de la famille Mandé est parlé en Guinée forestière. Le malinké, le bambara et le dioula sont des langues de la famille mandingue. Ces langues sont parlées en Guinée, en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, en Gambie, au Mali et au Sénégal. Le guerzé aussi appelé kpelle est une langue parlée au Liberia et en Guinée. La langue diakhanké aussi appelée dihané est utilisée au Sénégal, au Mali et en Guinée. Le pular, aussi connu comme le peul est une langue de l'ethnie Peul. Elle est parlée en Guinée et dans certains pays de l'Afrique de l'Ouest (Doualamou, 1980). La langue agni est parlée par le peuple Agni du Royaume Sanwi. Elle est parlée principalement en Côte d'Ivoire et au Ghana, à la frontière (Adouakou, 2005). La langue mooré est principalement parlée au Burkina Faso par l'ethnie Mossi. La langue mooré est aussi parlée

dans certaines régions au Bénin, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Mali et au Togo. La langue lingala est de la famille Bantou. Elle est parlée en République Démocratique du Congo et en République du Congo comme langue nationale. Elle compte plus de 15 millions de locuteurs maternels (Meeuwis, 2013). Le lingala est aussi parlé en Angola et en République Centrafricaine. Le dagaare, encore appelé dagari au Ghana est une langue de la famille Gur. Ses locuteurs sont principalement de l'ethnie Dagari du Burkina Faso et du Ghana. La langue éwé est de la famille Nigéro-Congolaise et du sous-groupe des langues Gbe. Elle est majoritairement parlée par les membres de l'ethnie éwé du Togo et du sud-est du Ghana. La langue éwé est aussi parlée au Bénin (Ameka, 1991). La langue fon tout comme l'éwé est de la famille Nigéro-Congolaise et du sous-groupe des langues Gbe. Elle est parlée principalement par les membres de l'ethnie Fon du Bénin (Laleye, 2016). Le fon est aussi parlé au Togo et au Nigéria.

Tableau récapitulatif des langues locales des répondants selon leurs pays d'origine.

TABLEAU 3

PAYS LANGUES LOCALES	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée Conakry	Mali	RDC	Togo
Agni							
Bambara							
Dagari							
Diakhanké							
Dioula							
Ewe							
Fon							
Guéré							
Guerzé							
Kono							
Lingala							
Malinké							
Mooré							
Pular							
Soussou							

 **Présence de la langue locale.**

Source : Données collectées.

Comme le présente le tableau récapitulatif précédent, les répondants d'origine guinéenne ont pour langues locales le soussou, le malinké, le kono, le pular, le guerzé et le diakhanké. Ceux

de la Côte d'Ivoire ont pour langues locales le malinké, l'agni, le dioula, le guéré et le mooré. Ceux du Mali ont le bambara. Les originaires du Burkina Faso ont le dagaare et le mooré, ceux de la République Démocratique du Congo ont le lingala comme langue locale. Les participants venant du Togo et du Bénin ont respectivement l'éwé et le fon comme langues locales.

Concernant les langues internationales parlées par nos répondants, nous avons recueilli le français et l'anglais. Tous nos répondants sont des locuteurs de la langue française. Par conséquent, la plupart de nos interviews ont été conduites en français sauf quelques-unes qui ont essayé de parler l'anglais pendant un moment. Vingt-trois (23) de nos répondants ont déclaré avoir un niveau débutant en anglais. Les deux (2) autres répondants ont respectivement un niveau intermédiaire et un niveau avancé en anglais.

4.1.5. Langues locales ghanéennes parlées par les répondants

Le Ghana tout comme de nombreux pays africains, est un pays riche en langues. Selon Dakubu (2015), plus de soixante-dix-neuf (79) langues sont parlées au Ghana.

Sur le compte des langues ghanéennes parlées par nos répondants, nous pouvons mentionner l'éwé, parlé par nos répondants béninois et togolais, le dagaare et le mooré par nos répondants burkinabés et ivoiriens. Ce sont des langues transfrontalières qui sont partagées par les habitants des villes frontalières du Ghana et des pays voisins. Malgré leur compétence en ces langues, nos répondants ont eu des difficultés de communication dans les centres de santé qu'ils ont visités. Ceci est dû à deux raisons : pour les répondants qui parlent éwé, le problème est purement dialectal. Par exemple, le dialecte de la langue éwé qui est parlée au Togo est différent de celui du Ghana, ce qui pose des problèmes de compréhension entre les locuteurs ghanéens et togolais. Pour ceux qui parlent le dagaare et le mooré, c'est le fait qu'il n'y a pas de personnel de santé qui sont locuteurs de ces langues dans les centres de santé qu'ils ont visités.

4.1.6. Le type de centre de santé visité

Dans le cadre de notre recherche, nos répondants ont mentionné deux principaux lieux de services sanitaires qu'ils ont visité, notamment les hôpitaux et les pharmacies. Selon les données que nous avons recueillies, quatorze (14) de nos interviewés ont visité des hôpitaux et onze (11) ont été à la pharmacie.

4.2. Interprétation des données

Dans cette partie de notre travail, nous allons procéder à une interprétation de nos données pour élaborer des réponses à nos questions de recherche et confirmer ou infirmer nos hypothèses. Nous allons identifier et analyser les stratégies de communication utilisées par les patients francophones face aux barrières linguistiques et aux inconvénients de l'interprétation dans le domaine hospitalier. Nous allons aussi analyser des verbes et des expressions utilisés par les répondants ainsi que les barrières linguistiques et leurs effets négatifs.

4.2.1. Analyse des stratégies de communication

Selon Faerch & Kasper (1984), les stratégies de communication sont des moyens ou des techniques utilisées par des individus en communication pour faire comprendre un message à leurs interlocuteurs. Cela consiste à déterminer le public auquel va s'adresser la communication, définir le message qui sera transmis de même que les objectifs de communication, enfin choisir des supports et canaux de communication adaptés. Dans ce travail, nous allons examiner les supports et les canaux de communication utilisés par les patients francophones dans les centres hospitaliers ghanéens face aux barrières linguistiques.

Il est important de signaler qu'au cours de nos entretiens, certains de nos répondants ont dit avoir essayé d'utiliser l'anglais pour communiquer avec le personnel de santé avant de se

référer à d'autres moyens de communication en cas d'incompréhension. Voici quelques-unes des réponses que nous avons reçues à la question de savoir comment ils se sont communiqués aux centres de santé :

- i) R 5 : « *A l'hôpital, j'ai parlé anglais parce que je comprenais un peu...Mais, je ne suis pas trop satisfait par la quantité et la qualité des informations parce que c'est vrai qu'on s'exprime en anglais mais je ne suis pas très à l'aise dans cette langue. »*
- ii) R 6 : « *A l'hôpital, j'ai bredouillé en anglais... J'ai essayé de me faire comprendre en anglais... »*
- iii) R 12 : « *À l'hôpital j'étais obligé de parler l'anglais. Ce n'était pas facile puisque'il fallait que j'explique de quoi je souffre... le docteur avait eu du mal à comprendre, son assistant aussi essayait de l'aider à comprendre. »*

Notons que pour tous ces cas, malgré les efforts émis par les patients pour se faire comprendre en anglais, il y a toujours eu des difficultés de compréhension. Le répondant 5 par exemple a déclaré son manque de satisfaction de la qualité et de la quantité des informations qu'il a reçues. Ce qui implique qu'il souhaiterait avoir plus d'informations de la part du personnel de santé mais il est limité par sa déficience en langue anglaise. Aussi, le répondant 12 a exprimé cette difficulté de compréhension lorsqu'il affirme que le médecin n'arrivait pas à le comprendre. Dans l'optique des situations précédentes, il devient évident qu'avoir juste une connaissance basique de la langue de communication utilisée au cours d'un processus médical n'est pas suffisante. Pour une prise en charge réussie, il est nécessaire que le patient et le personnel de santé soient compétents dans la langue dans laquelle ils communiquent pendant le processus médical.

Face aux difficultés de communications, même s'ils essaient de s'exprimer en anglais, les patients francophones recourent aux autres stratégies de communication pour se faire comprendre. Selon les données que nous avons recueillies lors de nos interviews, nous avons

identifié les stratégies de communication suivantes : l'utilisation de la technologie, l'utilisation des gestes, l'écriture et l'interprétation. Dans les sections suivantes, nous allons présenter nos données relatives à ces stratégies.

4.2.1.1. L'utilisation de la technologie

L'évolution de la technologie a eu des impacts sur tous les domaines de la vie humaine y compris le domaine de la traduction. La traduction automatisée est devenue possible grâce à l'émergence de l'informatique. A partir des différents logiciels et applications disponibles sur Internet, l'on peut traduire des textes d'une langue à une autre en utilisant un téléphone, une tablette ou un ordinateur. Dans le cadre de notre travail, l'utilisation de la technologie est caractérisée par l'usage du téléphone portable par le patient pour traduire ce qu'il veut exprimer ou par le fait de montrer des photos sur le téléphone pour indiquer le produit pharmaceutique que le patient veut acheter. Au cours de nos interviews, à la question de savoir comment nos répondants ont communiqué avec le personnel de santé, quatre (4) ont affirmé avoir utilisé leurs téléphones pour traduire. Ces patients ont utilisé principalement l'application « Google Translate ». Les réponses sont les suivantes :

- i) R 1 : « *Je ne comprenais pas très bien anglais. J'avais mon téléphone. Il y a le dico dedans. Je traduais les mots pour lui parler.* »
- ii) R 11 : « *J'ai cherché le nom du médicament sur mon téléphone avant d'aller.* »
- iii) R 18 : « *... j'ai pris mon téléphone et j'ai fait la traduction sur google.* »

Quand nous prenons le répondant 18 par exemple, cela a apparemment marché pour lui car après, il a dit : « *Automatiquement, ils m'ont compris et ils m'ont montré des médicaments puis j'ai acheté* ». Pourtant, il est important de souligner que le répondant 18 a été à la pharmacie où la tâche communicative qu'il avait à effectuer était d'indiquer le nom du médicament dont

il avait besoin. Il devient alors nécessaire de savoir si cette stratégie pourra être efficace dans les hôpitaux où le patient est censé s'exprimer clairement pour faire savoir ce dont il souffre. Par ailleurs, à la question de savoir si le personnel médical avait tout compris après la traduction par téléphone, le répondant 1 a répondu : « *Bon oui, puisque c'était une femme, comme j'ai des problèmes de ventre souvent pendant mes périodes, je lui ai expliqué et elle a compris* ». Ici, nous pouvons suggérer que la réussite du processus médical n'est pas seulement basée sur la traduction par téléphone mais aussi probablement parce que le personnel de santé aurait une expérience similaire à celle du patient puisqu'elles sont toutes des femmes. Concernant la situation du répondant 11, le fait de chercher le nom des produits sur Internet avant d'aller à la pharmacie ne limite pas les risques. La raison est que, même si les pharmaciens pouvaient leur donner des médicaments, il pourrait y avoir des problèmes de communication en ce qui concerne la posologie. Ceci pourrait poser un danger à ces patients francophones s'ils ne prennent pas les médicaments comme il le faut.

En outre, il est important de noter que la traduction automatique ou la traduction générée à partir des logiciels a des limites. Tout d'abord, une connexion Internet est requise pour pouvoir utiliser ces applications. Alors le patient ne sera pas capable de les utiliser dans le cas où il n'y a pas de connexion internet. Google Translate par exemple traduit souvent littéralement ou mot-à-mot les textes et les expressions, ce qui peut causer des erreurs graves. D'autres études ont démontré que Google Translate dispose d'un vocabulaire limité et ne traite pas les polysémies, alors les mots sont traduits sans tenir compte du contexte dans lequel ils sont utilisés. En plus, cet outil de traduction n'est pas efficace sur le plan grammatical et syntaxique.

4.2.1.2. L'utilisation des gestes

L'utilisation des gestes est un moyen de communication non verbale. Il est caractérisé par le transfert d'un message à travers des mouvements précis des parties du corps sous la forme des signes ou des mimes sans faire recours à la parole ou aux mots. À la question de savoir comment nos répondants se sont fait comprendre face aux difficultés de communication, douze (12) soit 48% ont dit avoir combiné le peu de mots anglais qu'ils ont acquis avec des gestes.

Nous avons eu des réponses comme :

- i) R 4 : « *Par des gestuelles ou par toucher les parties du corps affectées.* »
- ii) R 9 : « *Je lui ai montré mon cou.* »
- iii) R 10 : « *Oui, j'ai utilisé des gestes et ils ont compris.* »
- iv) R 11 : « *Par les gestes, les étapes... elle a compris.* »
- v) R 14 : « *...elle m'a demandé de faire des signes. J'ai fait ça et elle a compris. Mais elle ne comprenait pas tout parce que ce n'est pas l'anglais, elle a fait des efforts.* »
- vi) R 17 : « *On explique par des signes... Par exemple, si on a mal au ventre on met la main sur le ventre, si on a mal à la tête on met la main sur la tête et ils savent de quoi il s'agit. Mais quand c'est un peu trop approfondi, c'est difficile pour nous de pouvoir interpréter.* »
- vii) R 22 : « *Oui, bon j'ai montré la partie qui me donne du mal...toutes les parties qui me donnent du mal... Et le médecin a dit ok...* »

Face à ces réponses, la question qui se pose est si l'utilisation des gestes peut servir d'outil de communication efficace dans le domaine de la santé surtout dans le cas où les patients ne sont pas des handicapés (des sourds-muets). Force est d'admettre que l'interprétation du langage gestuel présente des complexités car tous les gestes ne seront pas faciles à être interprétés. De même, les patients ne seront pas capables de communiquer tous leurs maux par des gestes. C'est ce qu'insinue les répondants 4 et 17 en affirmant que ce n'est pas toutes les maladies que

l'on peut interpréter par des gestes. Il est important de souligner que le geste seul ne pourrait pas être suffisant pour bien diagnostiquer. Comme exemple, prenons l'ostéomyélite hématogène, une infection osseuse caractérisée par la douleur dans les os. Il sera très compliqué voire impossible d'exprimer une douleur osseuse par des gestes. Aussi, quelqu'un qui souffre d'un simple mal de tête pourrait désigner la tête. De la même manière, quelqu'un qui souffre d'une migraine pourrait aussi désigner la tête mais l'intensité et la régularité des douleurs ne pourraient pas être diagnostiquées dans ce cas et il y a le risque de ne pas donner le bon traitement parce que le problème a été mal diagnostiqué.

Par ailleurs, le répondant 4 a dit : *« vue que moi-même je suis dans le domaine de la santé donc il y a des choses que j'ai comprises et des choses que personnellement j'ai refusé qu'ils me fassent ... je ne suis pas tellement convaincu mais ils ont fait de leur mieux quand même »*. Dans ce cas, nous pouvons admettre que ce répondant pourrait subir une mauvaise prise en charge s'il n'était pas lui-même professionnel dans le domaine de la santé. Ceci démontre le danger de se baser sur l'utilisation des gestes seul comme moyen de communication dans le domaine de la santé.

4.2.1.3. L'écriture

Selon Klinkenberg (2018), la langue a deux modes d'existence qui sont l'oral et l'écrit. L'oral est caractérisé par l'expression des idées par le langage parlé ou par la voie vocale alors que l'écrit est caractérisé par la communication des idées à partir des lettres ou des symboles appartenant à une langue donnée. Face aux difficultés de communication, le répondant 4 a tout d'abord essayé de parler l'anglais accompagné de gestes mais cela n'a pas marché. À la question de savoir la solution qu'il a trouvée après toutes ses tentatives de se faire comprendre sans succès, il dit : *« Un peu frustré, la plupart du temps, comme mon anglais n'est pas bon, je*

prends une feuille. Je peux écrire l'anglais. Donc, j'écris ce que je veux... Donc j'essaie et ils arrivent à me comprendre quand même ».

Nous pouvons voir ici que le patient a essayé de se faire comprendre au personnel médical à partir de l'écrit et cela a marché mais il reste de savoir si le personnel médical pourrait aussi se faire comprendre au patient par l'écriture vu que ce dernier n'a pas un bon niveau en anglais. Face à une telle situation, la réussite du processus de prise en charge ne pourrait pas être assurée car pour avoir une prise en charge réussie, il est nécessaire que les deux parties (le patient et le personnel de santé) puissent communiquer et assurer une compréhension mutuelle (Moukrim, 2017). Par conséquent, nous pouvons dire que l'utilisation de l'écriture comme moyen de communication en présence des barrières linguistiques ne garantit pas forcément une prise en charge réussie.

4.2.1.4. L'interprétation

L'interprétation dans le cadre de notre travail est caractérisée par la communication des idées des patients et du personnel de santé à travers une troisième personne (un interprète) à cause des barrières linguistiques. Comme l'expliquent Ouimet et al. (2013), nous distinguons deux catégories d'interprètes : formé et non formé. Un interprète formé est un professionnel dans le domaine alors qu'un interprète non formé n'est pas un professionnel mais une personne qui a une certaine connaissance dans les langues en question (l'anglais et le français dans le cadre de notre recherche). Un personnel de santé bilingue, un bénévole qui parle la langue requise, un ami ou un membre de la famille du patient sont des exemples d'interprètes non formés.

Au cours de nos entretiens, huit (8) de nos répondants ont recouru à des interprètes (soit leurs amis ou leurs proches, soit un personnel médical ayant une certaine connaissance en la langue française). Notons que pour tous les répondants, aucun interprète professionnel n'est utilisé. À

la question de savoir comment ils ont communiqué avec le personnel de santé, nous avons eu des réponses comme :

- i) R 3 : « ...*ma sœur a joué le rôle d'interprète...* »
- ii) R 6 : « ...*heureusement pour moi, il y avait quelqu'un pour m'expliquer.* »
- iii) R 7 : « ...*je parle et une autre personne me traduit...* »
- iv) R 8 : « *Si on nous parle et on ne comprend pas, on appelle quelqu'un et la personne nous parle et c'est plus facile* »
- v) R 19 : « ...*je me suis fait accompagner par des frères et c'est eux qui faisaient l'interprétation.* »
- vi) R 23 : « *Mon amie m'interprétait.* »

Malgré le fait que ces répondants aient eu l'aide des interprètes (non formés), certains d'entre eux ont montré par la suite que cela n'avait pas totalement résolu le problème de communication. Quand nous avons demandé si tout s'était bien passé avec l'aide des interprètes, certains répondants ont donné les réponses suivantes :

- i) R 4 : « ...*directement, c'est mieux qu'à travers une autre personne parce qu'il n'arrive pas à traduire votre pensée* ».
- ii) R 7 : « *Au cours du processus médical, j'ai tout dit mais je ne sais pas si l'interprète a tout interprété.* »
- iii) R 19 : « *Comme je ne comprenais pas l'anglais, je ne savais pas s'ils interprétaient exactement ce que je disais.* »

En prenant en considération ces réponses, nous pouvons remarquer un climat de manque d'assurance et d'incertitude en ce que les interprètes ont essayé d'interpréter. Notons aussi que parmi tous ceux qui ont utilisé des interprètes, un seul répondant trouvait que l'interprétation était bien faite.

Ceci peut causer le doute en ce qui concerne l'efficacité des soins reçus par le patient. Ouimet et al. (2013) ont justifié ce sentiment de doute de ces répondants en affirmant que les interprètes informels (les employés bilingues, les bénévoles, les amis, les membres de famille) ont plus de tendance de commettre des erreurs d'interprétation sérieuses. Ce sentiment de doute explique aussi le cas du répondant 6 qui a dit par la suite : « ...*c'est pourquoi quand j'ai fini les examens, je suis venu voir deux médecins...* ». Ce répondant a consulté deux autres médecins après avoir reçu les résultats de son examen médical parce qu'il n'était pas convaincu des interprétations qu'il a reçues. Signalons que malgré cette deuxième tentative de comprendre ses résultats d'examen médical, ce répondant n'a eu de solution qu'après avoir envoyé ses résultats à un médecin dans son pays d'origine car il affirme : « ...*alors j'étais obligé de prendre tous les rapports, les scanner et les envoyer au pays pour qu'on essaie de m'interpréter ça en français.* »

Il est alors nécessaire de reconnaître l'inefficacité de l'utilisation des interprètes non formés lors d'un processus de prise en charge à cause du climat de manque d'assurance et d'incertitude que ces derniers créent. Cela peut aussi occasionner des erreurs graves pouvant détériorer l'état de santé du patient. Nous avons constaté que les centres hospitaliers ghanéens n'embauchent pas d'interprètes mais il reste à savoir si l'utilisation des interprètes formés assure la réussite d'un processus médical. Notons à cet égard que de nombreuses études ont démontré que l'utilisation des interprètes formels dans le domaine de la santé est l'approche la plus efficace et comporterait le moins de risques (Ouimet et al., 2013).

Tableau récapitulatif des stratégies de communication

TABLEAU 4

Stratégies	Nombre de répondant	Pourcentage	Commentaires
La technologie	4	16%	L'utilisation de la technologie pourrait causer des erreurs de traduction.
L'utilisation des gestes	12	48%	L'utilisation des gestes ne pourrait pas favoriser le diagnostic de l'intensité et la régularité des douleurs.
L'écriture	1	4%	L'utilisation de l'écriture ne garantit pas forcément une prise en charge réussie.
L'interprétation	8	32%	L'utilisation des interprètes non formés est inefficace.

4.2.2. Rétention d'informations pertinentes en présence d'un interprète

Pour ce travail de recherche, l'une de nos hypothèses postule que les patients francophones ne sont pas à l'aise d'exprimer leurs maux à travers un interprète, alors ils retiennent quelques informations pertinentes qui pourraient être nécessaires pour leur traitement. Selon Bowen (2015), recourir aux services des interprètes informels pendant un processus de prise en charge met en péril le droit à la confidentialité des patients. Force est d'admettre qu'il est probable que ces derniers retiennent volontairement quelques informations importantes pour leur prise en

charge à cause de la présence d'un interprète. Bowen a également soulevé ce problème de confidentialité en postulant que le recours à un interprète qui n'a pas suivi une formation sur l'éthique professionnelle met à risque la confidentialité et peut causer de graves conséquences. Cette assertion de Bowen est pratique pour notre étude car aucun de nos répondants n'a utilisé un interprète formel.

Au cours de nos interviews, à la question de savoir si nos répondants étaient à l'aise de communiquer à travers un interprète, nous avons eu les réactions suivantes :

- i) R 4 : « ...je me sentais un peu inférieur pour communiquer à travers quelqu'un.
Directement c'est mieux que ça soit à travers quelqu'un... »
- ii) R 8 : « Je ne me sens pas à l'aise de m'exprimer à travers une autre personne. »
- iii) R 21 : « C'est un peu gênant de parler à travers un intermédiaire, surtout avec des problèmes intimes. »
- iv) R 22 : « Là ça devient difficile parce que ce n'est pas toutes les informations que je peux donner. »

Les réactions précédentes montrent que les répondants ne sont pas confortables de s'exprimer à travers un interprète. Le répondant 22 par exemple, a exprimé clairement qu'il ne pourrait pas fournir toutes informations en présence d'un interprète. Cette rétention d'informations de la part des patients pourrait avoir des effets négatifs pouvant affecter la réussite des soins médicaux.

4.2.3. Les effets des barrières linguistiques

Ce travail de recherche vise à identifier les effets des barrières linguistiques sur les soins médicaux que les patients francophones reçoivent dans les centres hospitaliers ghanéens. Comme le soulignent Ouimet et al. (2013), les barrières linguistiques dans l'offre de soins et de services de santé se présentent généralement comme un problème de communication entre

un professionnel de santé et un patient causé par le fait que les interlocuteurs ne parlent pas la même langue. Dans cette partie de notre travail, nous allons discuter les effets des problèmes de communication entre le personnel de santé ghanéen et les patients francophones vis-à-vis de nos données.

Suite à nos entretiens, nous avons recueilli les effets des barrières linguistiques suivants :

- a) Le manque d'échange d'informations
- b) Le manque de confiance en l'efficacité des soins
- c) La longue durée de prise en charge et les dépenses supplémentaires

4.2.3.1. Le manque d'échange d'informations

Le manque d'échange d'informations est l'incapacité des patients de fournir des informations utiles et compréhensibles, de poser des questions et de recevoir des explications auprès du personnel de santé au cours de la prise en charge à cause des barrières linguistiques. L'échange d'informations s'avère importante lors d'un processus médical car plus de 70% des informations sur lesquelles les médecins fondent leur diagnostic proviennent des renseignements donnés par le patient et tout ce qui compromet la qualité de la communication entre le patient et le personnel de santé nuit à la qualité de la prise en charge. Lors de nos entretiens, certains répondants ont mentionné ce problème de manque d'échange d'informations en ces termes :

- i) R 5 : « ...je ne suis pas trop satisfait par la quantité et la qualité des informations parce que c'est vrai qu'on s'exprime en anglais mais je ne suis pas très à l'aise dans cette langue. Si c'était ma langue je vais aller plus loin, j'allais poser plus des questions. Là, je suis limitée. »
- ii) R 7 : « C'est la deuxième fois que je viens ici. Je n'ai jamais posé de questions à personne et on ne me dit rien. »

- iii) R 8 : « *Le médecin n'a pas pu expliquer comment on doit prendre le médicament.* »
- iv) R 13 : « *...elle m'a prescrit les médicaments, je ne comprenais pas, donc je voulais qu'elle m'explique s'il y a des effets secondaires... Mais personnellement elle ne m'a pas trop rassuré parce c'était des médicaments que je ne connais pas et je ne sais pas si effectivement ça peut résoudre le problème.* »

Les réactions ci-dessus présentent des cas de manque d'échange d'informations entre le personnel de santé et les patients. Ces répondants ont exprimé leur incapacité de poser des questions et de recevoir les informations qu'ils voudraient avoir lors de leur prise en charge à cause des barrières linguistiques. Cela peut avoir des implications graves sur la santé de ces répondants car la communication entre le personnel de santé et le patient selon Bird & Cohen-Cole (1990) a trois objectifs importants qui sont les suivants :

- 1) Recueillir des informations auprès du patient,
- 2) Informer le patient
- 3) Tenir compte du sentiment du patient.

Nous pouvons postuler qu'un processus de prise en charge ne sera réussi tant que ces trois objectifs ne sont pas atteints. Si par exemple la maladie de ces derniers était due à des mauvaises habitudes, le personnel de santé ne sera pas capable de les informer à ce sujet et la maladie persistera malgré le traitement. Le répondant 8 par exemple a exprimé l'incapacité du médecin de lui expliquer la posologie des médicaments qu'on lui a donnés. Cela pourrait résulter en une surdose ou en la peur de prendre ses médicaments. Comme l'indique Heggie (2019), avant toute prescription de médicament, le patient doit fournir certaines informations pour éviter toute réaction allergique. Par exemple, le médecin doit savoir l'hygiène de vie du patient, ses allergies et s'il prend d'autres médicaments, avant la prescription. Il est possible que dans le cas de nos répondants, cette étape n'a pas été suivie, ce qui peut affecter leur état

de santé. Il devient alors important de prendre en compte l'échange d'informations entre le patient et le professionnel de santé car la négligence de cette étape peut mettre la vie du patient en danger.

4.2.3.2. Longue durée de prise en charge et dépenses supplémentaires

La longue durée de prise en charge est souvent caractérisée par une perte de temps associée à des dépenses supplémentaires à cause des problèmes de communication. Cette longue durée de prise en charge peut prendre des heures, voire des jours. Dans le cas de la plupart de nos répondants, c'est souvent avant la prise en charge (le temps de chercher un interprète), au cours de la prise en charge (le temps de se faire comprendre et de faire plusieurs examens médicaux) et après la prise en charge (le temps de l'explication des résultats des examens médicaux). D'autres études ont aussi montré que la présence des barrières linguistiques occasionne de longues durées de prestation des soins de santé. Lors de nos entretiens, quelques répondants se sont exprimés à sujet en ces termes :

- i) R 4 : « ...parfois on prend du temps à détecter ce que nous avons comme maladie, on peut prendre deux jours, trois jours pour détecter ce que nous avons... on dépense plus qu'au pays. »
- ii) R 5 : « j'ai eu un problème de gastroentérite... j'ai fait à l'hôpital pratiquement 10 jours. Dans mon pays, ce problème, je l'ai souvent, je fais 2 jours, je sors. »
- iii) R 6 : « ...quand j'ai fini les examens, je suis venu voir deux médecins, donc ils ont failli me faire payer encore sous forme de consultation ...c'était un samedi, on était obligé de reporter ça sur lundi... il a essayé tant mieux que mal pour expliquer alors j'étais obligé de prendre tous les rapports, scanner et les envoyer au pays pour qu'on essaie de m'interpréter ça en français. »

Les réactions précédentes présentent d'une façon ou d'une autre des situations de prolongation de temps de prise en charge à cause des barrières linguistiques. Dans le cas du répondant 5, il s'agit d'une prolongation de durée d'hospitalisation de deux (2) à dix (10) jours. Cette situation peut être causée par des problèmes de communication car le répondant a dit avoir souvent le même problème de santé dans son pays d'origine et en cas d'hospitalisation, cela ne dure pas plus de deux (2) jours. Ce point est confirmé par les recherches de Lee et al. (1998) qui postulent que les patients adultes qui ne parlent pas la même langue que le personnel de santé ont 70% de risques d'hospitalisation par mesure de précaution. Pour le répondant 6, c'est un cas de difficulté d'interprétation des résultats des examens médicaux. Une interprétation qui pourrait prendre quelques minutes a pris trois (3) jours à cause des problèmes de communication. Aux regards des deux cas (répondant 5 et 6), nous pouvons remarquer que les dépenses supplémentaires sont inévitables. Le répondant 5 aurait eu à dépenser plus pour la longue durée d'hospitalisation et le répondant 6 aurait eu à faire de même pendant les démarches pour l'interprétation de ses résultats d'examens médicaux.

En tenant compte des situations précédentes, nous pouvons attester que les barrières linguistiques peuvent influencer la durée d'une prise en charge médicale. Betancourt (2006), reconnaît ce fait en affirmant que les problèmes de communication peuvent contribuer à l'augmentation de la durée de séjour d'une hospitalisation de même que les délais d'attente d'un rendez-vous et l'accès à des services à l'urgence des hôpitaux. En plus de la durée prolongée du processus médical, s'ajoutent des dépenses supplémentaires puisque les problèmes de communication ont des effets non seulement sur la qualité et l'accès aux soins, mais aussi sur les coûts du traitement médical (Mondoux, 2010).

4.2.3.3. Le manque de confiance en l'efficacité des soins

Face aux problèmes de communication, le manque de confiance ou d'assurance en l'efficacité des soins peut être ressenti par les acteurs (le patient et le personnel de santé) lors d'une prise en charge. Mais, dans le cadre de notre travail, nous nous sommes concentrés sur les patients francophones. À la base des données que nous avons recueillies, nous avons constaté que ce manque de confiance en l'efficacité des soins se présente quand le patient redoute la compréhension du personnel de santé ou la traduction de l'interprète. Le répondant 7 par exemple a fait signe de doute lors de sa prise en charge lorsqu'il affirme : « *Au cours du processus médical, j'ai tout dit mais je ne sais pas si le traducteur a tout traduit* ». Comme effet, après le processus médical, il a dû consulter un autre hôpital à cause de l'échec de sa première prise en charge. Le cas du répondant 6 est un exemple similaire. À cause du manque de confiance, il a dû scanner les résultats de ses examens médicaux, puis les envoyer dans son pays d'origine pour l'interprétation.

En bref, nous avons constaté que les barrières linguistiques ont pour effet le manque d'assurance en l'efficacité de la prise en charge des patients. Cela peut nuire à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

4.2.4. Analyse des verbes et expressions utilisés

Dans cette partie de notre travail, nous allons examiner les verbes et les expressions utilisés par les répondants. Nous allons essayer de déduire ce que dénotent ces verbes et expressions et démontrer comment ils expliquent la présence des barrières linguistiques, ainsi que la perception des patients francophones après leur prise en charge. Ensuite, en nous appuyant sur la théorie de l'accommodation linguistique (CAT) de Giles (2016), nous allons relever les éléments de convergence et de divergence dans les réactions de nos répondants.

➤ **Les verbes et expressions utilisés**

TABLEAU 5

Verbes et expressions utilisés par les patients francophones	Sens
La présence d'un obstacle (les barrières linguistiques) à franchir	
Être obligé de	Être forcé de
Se battre	Se donner tous les moyens pour réussir
Se débrouiller	Se tirer d'affaire
Faire des efforts	Essayer de
Se défendre	Se soutenir
La perception des patients francophones	
Ne pas être rassuré	Ne pas avoir de la confiance
Être limité	Être restreint
Ne pas pouvoir	Ne pas être capable
Se sentir frustré	Se sentir déçu
Être difficile	Donner de la peine

Selon le tableau ci-dessus, nous pouvons distinguer deux groupes d'expressions et leur champ sémantique. Le premier groupe avec les expressions suivantes : 'être obligé de se battre, se débrouiller, faire des efforts et se défendre', dénote la présence d'un obstacle à franchir. Cet obstacle représente la présence des barrières linguistiques. Elle est caractérisée par des problèmes de communication lors de la prise en charge des patients francophones.

Le deuxième groupe d'expressions composé de : 'ne pas être rassurée, être limité, ne pas pouvoir, se sentir frustré et être difficile' dénote l'impression ou la perception des patients francophones après avoir reçu des soins médicaux.

➤ **La convergence**

Rappelons que la convergence selon le CAT de Giles (2016), est une théorie de communication qui implique l'adaptation des attitudes de communication des autres afin de réduire les différences sociales et linguistiques. Nous allons regarder cette théorie dans deux sens à savoir :

- la convergence de la part des patients francophones pour s'adapter aux attitudes de communication du personnel médical et,
- la convergence de la part du personnel médical pour s'adapter aux attitudes de communication des patients francophones.

a) La convergence de la part des patients francophones

- i) R 6 : « *A l'hôpital, j'ai bredouillé en anglais...* »
- ii) R 12 : « *...j'étais obligé de me battre en anglais.* »
- iii) R 13 : « *Je me suis débrouillé en anglais* ».

Quand nous examinons les réactions de ces trois répondants, nous pouvons remarquer l'utilisation de la convergence pour adapter les différences linguistiques qui se présentent.

Malgré le fait que ces répondants sont des patients francophones, ils ont fait des efforts pour parler l'anglais afin d'accommoder les différences linguistiques.

b) La convergence de la part du personnel médical

i) R 3 : « *le personnel a commencé à parler le twi et quand je lui ai dit que je ne parlais pas le twi et il a parlé en anglais.* »

ii) R 14 : « *La pharmacienne a fait des efforts pour me comprendre...* »

Dans les exemples ci-dessus, nous pouvons remarquer l'utilisation de la convergence par le personnel médical pour accommoder les différences linguistiques des patients francophones. Dans le cas du répondant 3 par exemple, le personnel médical a utilisé la convergence quand il a cessé de parler le twi pour parler l'anglais afin de réduire les différences linguistiques entre lui et le patient francophone. Il en est de même pour le répondant 14 puisque la pharmacienne a fait des efforts pour le comprendre.

➤ **La divergence**

La divergence renvoie à l'opposition à tout effort d'adaptation pour réduire les différences linguistiques.

i) R 7 : « *C'est la deuxième fois que je viens ici. Je n'ai jamais posé de questions à personne et on ne me dit rien* »

ii) R 14 : « *Arrivée, ils nous parlaient twi, et comme on ne comprenait pas, et ils ont vu que nous sommes francophones, du coup ils nous ont négligé* »

Dans la réaction du répondant 7, nous pouvons remarquer la divergence. Ici, le personnel de santé et le patient ne communiquent pas à cause des différences linguistiques et parce que les

deux personnes se sont accrochées à leur différences linguistiques. De même, pour le cas du répondant 14, les patients francophones sont négligés par le personnel de santé à cause des différences linguistiques. Nous pouvons constater que les professionnels de santé n'ont pas fait d'efforts pour adapter les différences linguistiques des patients francophones d'où la divergence.

Par ailleurs, l'utilisation des verbes 'obliger' et 'se battre' par le répondant 12 montre que ce n'était pas de sa volonté de parler l'anglais, mais c'est la situation qui l'a obligée. En d'autres termes, cela indique que ce répondant était indirectement forcé de parler l'anglais afin de se faire comprendre. Nous pouvons interpréter ce fait comme une dépendance linguistique puisque la prise en charge de ce dernier pourra se tarder, voir être impossible s'il n'arrive pas à se faire comprendre en anglais.

Ces verbes et expressions dénotent en particulier la présence des difficultés de communication et la perception des patients francophones après leur prise en charge.

4.2.5. L'influence de la langue twi dans les centres de santé

En plus des réactions des répondants sur leur expérience dans les centres de santé ghanéens, nous avons aussi remarqué l'utilisation de la langue twi par le personnel médical comme première langue de communication dans la plupart des centres de santé visités. Le twi est une langue locale ghanéenne parlée par les ethnies Asante, Akuapem et Bono. Tout comme l'anglais qui est la langue officielle du pays, le twi est parlé par la majorité des ghanéens et selon Kwadzo (2008), plus de 50% des ghanéens peuvent s'exprimer en twi. Le twi est une langue véhiculaire au Ghana et nous pourrions l'appeler la langue nationale 'non officielle'.

Au cours de nos entretiens, certains répondants se sont exprimés sur le fait qu'au lieu de l'anglais, le twi semble être la langue officielle puisqu'à leur arrivé dans les centres de santé

qu'ils ont visités, c'est en twi que le personnel médical leur parle en premier. Voici quelques réactions à ce sujet :

- i) R 3 : « *le personnel a commencé à parler le twi et quand je lui ai dit que je ne parlais pas le twi et il a parlé en anglais.* »
- ii) R 4 : « *On s'est rendu compte que la langue officielle ce n'est plus l'anglais mais le twi.* »
- iii) R 5 : « *...souvent c'est le Twi, c'est quand tu leur dis je ne parle pas twi, c'est là qu'ils disent 'ah ! excuse'.* »
- iv) R 14 : « *Lorsqu'elle m'a vu elle a commencé avec le twi et j'ai dit que je suis francophone.* »
- v) R 17 : « *Le personnel de santé nous parle d'abord en twi...* »
- vi) R 21 : « *Ce que je n'aime pas ici est qu'ils parlent premièrement leur langue, et s'ils voient que tu ne comprends pas, ils font la différence.* »

Nous pouvons remarquer ici que la présence des barrières linguistiques ne se caractérise pas seulement par le contact entre le français et l'anglais, mais aussi par le contact entre le français et le twi. Les exemples précédents reflètent en quelque sorte la place du twi dans le domaine professionnel ghanéen. En regardant de près les données, nous pouvons constater que le twi a été utilisé comme première langue de communication dans un domaine professionnel. D'une part, cela démontre la dominance du twi sur les autres langues locales ghanéennes et la tendance du changement de son statut de langue locale en langue véhiculaire ou d'intégration. L'expression « *... leur langue...* » utilisée par le répondant 21 dans ce contexte nous donne une impression que pour ce dernier le twi est la langue du Ghana, ce qui attribue à cette langue l'image d'une langue véhiculaire. D'autre part, cela met en question le statut de l'anglais face au twi dans le domaine professionnel. Signalons que ceci sort du cadre de notre recherche actuelle.

Bilan

Dans ce chapitre, nous avons tout d'abord présenté nos données, ensuite, nous nous sommes passés à une analyse qualitative de ces données. Dans la présentation des données, nous avons montré la répartition des répondants par rapport aux différents lieux d'entretiens, leur profil personnel et leur répartition selon le type de centre de santé qu'ils ont visité.

Dans l'interprétation des données, nous avons analysé les stratégies de communication utilisées par les répondants lors de leur prise en charge à savoir, l'utilisation de la technologie, l'utilisation des gestes, l'écriture et l'interprétation. Nous avons aussi discuté quelques inconvénients de l'interprétation dans le domaine hospitalier et les effets des barrières linguistiques tels que : le manque d'échange d'informations entre les patients et le personnel de santé, le manque de confiance en l'efficacité des soins à cause des problèmes de communication, la longue durée de prise en charge et les dépenses supplémentaires. Enfin, nous avons fait une analyse linguistique des verbes et expressions utilisées par les répondants et nous avons discuté de l'influence de la langue twi dans les centres de santé. Dans le chapitre suivant, nous allons présenter quelques recommandations et la conclusion générale de notre travail de recherche.

CHAPITRE V : CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord présenter un bilan général de notre travail. Ensuite, nous allons présenter les résultats majeurs de notre travail de recherche afin de pouvoir valider ou infirmer nos hypothèses face à notre analyse. Enfin, nous ferons des recommandations aux milieux hospitaliers ghanéens.

5.1. Bilan général

Notre travail est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre a été consacré à l'introduction générale. Dans ce chapitre, nous avons révélé le titre de notre travail de recherche qui est « Le rôle de la langue dans l'accès aux soins médicaux : le cas des francophones au Ghana ». Nous avons présenté le contexte de l'étude puis la justification du choix de notre sujet de recherche. Nous avons exposé notre problématique ainsi que les objectifs de notre travail. Nous avons aussi présenté nos questions de recherche et nos hypothèses. Enfin, nous avons révélé la méthodologie que nous avons utilisé ainsi que les limites et le plan de notre travail de recherche.

Le deuxième chapitre constitue le cadre théorique et les travaux antérieurs. Dans ce chapitre, nous avons tout d'abord expliqué les notions clés qui caractérisent ce travail, puis nous avons présenté les théories qui sont à la base de notre recherche. Nous avons considéré les notions telles que : la communication, l'interprétation, les barrières linguistiques, l'immigration, les langues minoritaires et la langue majoritaire. Nous avons aussi considéré les théories telles que : l'accommodation linguistique (CAT) de Giles (2016), la théorie de communication de Jakobson, et la théorie de la communication de l'Ecole de Palo Alto.

Le troisième chapitre représente la démarche méthodologique de notre travail. En premier lieu, nous avons présenté les outils dont nous nous sommes servis pour la collecte de nos données. Nous avons utilisé des outils tels que : les questionnaires d'entretien et les enregistrements

audios. Nous avons ensuite exposé l'étendue de notre travail et notre population cible qui constitue les francophones qui ont eu accès aux soins médicaux pendant leur première année de séjour au Ghana. Nous avons aussi présenté notre échantillon ainsi que les lieux que nous avons ciblés pour conduire nos entretiens. Enfin, nous avons présenté la méthode que nous avons utilisée pour l'analyse de nos données.

Le quatrième chapitre constitue la présentation et l'interprétation de nos données. Nous avons tout d'abord présenté nos données tout en montrant la répartition de nos répondants par rapport aux différents lieux d'entretien, leurs profils personnels et leur répartition selon le type de centre de santé qu'ils ont visité. Ensuite, nous avons interprété nos données tout en analysant les stratégies de communication utilisées par les répondants telles que : l'utilisation de la technologie, l'utilisation des gestes, l'interprétation. Nous avons aussi discuté des effets des barrières linguistiques à savoir : le manque d'échange d'information entre les patients et le personnel médical, le manque de confiance en l'efficacité des soins à cause des problèmes de communication, la longue durée de prise en charge et les dépenses supplémentaires. Finalement, nous avons fait une analyse pragmatique des verbes et expressions utilisés par les répondants et nous avons dégagé les inconvénients de l'interprétation dans le domaine de la santé. Le cinquième chapitre est consacré à la conclusion générale et aux recommandations faites.

Pour cette recherche, nos objectifs sont de/d' :

- i) identifier les effets des barrières linguistiques sur les soins médicaux que les patients francophones reçoivent dans les centres hospitaliers ghanéens,
- ii) explorer les moyens ou stratégies de communication utilisées lors des interactions entre les patients francophones et le personnel médical,

- iii) analyser les verbes et expressions utilisés par les patients francophones lorsqu'ils racontent leurs expériences.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons posé les questions suivantes :

- i) Quelles influences ont les barrières linguistiques sur la qualité des soins médicaux que les patients francophones reçoivent.
- ii) Quels sont les moyens de communication que les patients francophones utilisent en présence des barrières linguistiques et quelle est leur efficacité ?
- iii) Qu'est-ce que les verbes et expressions utilisés par les patients francophones lors de leur interaction avec le personnel de santé ghanéen dénotent ?

Pour notre premier objectif qui est d'identifier les effets des barrières linguistiques, nous avons comme résultats :

- Le manque d'échange d'informations,
- Le manque de confiance en l'efficacité des soins,
- La longue durée de prise en charge et les dépenses supplémentaires.

Le manque d'échange d'informations s'explique par le fait que les patients et le personnel de santé sont incapables de communiquer à cause de la présence des barrières linguistiques. Le manque de confiance en l'efficacité des soins consiste en l'absence d'assurance des patients et le du personnel de santé s'il se sont fait comprendre. La longue durée de prise en charge et les dépenses supplémentaires peuvent être expliqués d'une part par le fait qu'en présence des barrières linguistiques, avant la prise en charge, les patients doivent attendre pour qu'on cherche des interprètes ; pendant la prise en charge, ils prennent du temps pour se faire comprendre au personnel de santé et se font passer plusieurs examens médicaux, ce qui peut augmenter le coût de leur prise en charge. Aussi, après la prise en charge, beaucoup de temps

est perdu pour leur expliquer les résultats des examens médicaux à cause des problèmes de communication. D'autre part, à cause des problèmes de communication, la durée de séjour d'hospitalisation des patients peut s'augmenter et causer des dépenses supplémentaires.

À la question de savoir comment les patients francophones communiquent avec le personnel de santé ghanéen, nous avons eu les résultats suivants : l'utilisation de la technologie, l'utilisation des gestes, l'écriture, et l'interprétation.

L'utilisation de la technologie consiste en l'usage du téléphone portable par les patients pour traduire ce qu'ils veulent exprimer ou par le fait de montrer des photos sur leur téléphone pour indiquer le médicament qu'ils veulent acheter. Dans notre recherche, nous avons souligné que l'usage de la technologie ou la traduction générée à partir des logiciels a des limites :

- 1) Une connexion Internet est requise pour pouvoir utiliser cette stratégie, ce qui veut dire que dans le cas où il n'y a pas de connexion internet, le patient ne sera pas capable de l'utiliser.
- 2) Google Translate par exemple traduit souvent littéralement ou mot-à-mot les textes et les expressions, ce qui peut causer des erreurs graves.
- 3) La plupart des moteurs de traduction en ligne ne sont pas efficace sur le plan grammatical et syntaxique, disposent d'un vocabulaire limité et ne traitent pas les polysémies, alors les mots sont traduits sans tenir compte du contexte dans lequel ils sont utilisés.

L'utilisation des gestes est caractérisée par l'usage des gestes par les patients pour communiquer dans les centres de santé. Dans notre travail, nous avons indiqué que ce moyen de communication a des lacunes telles que :

- 1) La difficulté d'interpréter tous les gestes et l'incapacité des patients de communiquer tous leurs maux par des gestes.

- 2) L'insuffisance du gestuel pour faire un bon diagnostic, ce qui pourrait occasionner un mauvais traitement.
- 3) L'intensité et la régularité des douleurs ne pourraient pas être diagnostiquées.

L'utilisation de l'écriture consiste au fait que certains patients n'ayant pas une bonne prononciation des mots anglais, ont communiqué à travers l'écriture. Notre recherche a démontré que l'utilisation de l'écriture comme moyen de communication en présence des barrières linguistiques ne garantit pas une prise en charge réussie. La raison est que même si les patients francophones peuvent écrire quelques mots en anglais, ils ne pourront pas comprendre tout ce que le personnel de santé va écrire à cause de leur faible niveau en anglais.

L'interprétation se caractérise par l'utilisation d'une troisième personne pour servir d'interprète. La plupart de nos répondants ont utilisé des interprètes informels, c'est-à-dire des amis, des membres de famille, des employés qui ont une connaissance en français et des bénévoles. Nos données ont montré qu'en présence d'un interprète, certains patients ne sont pas à l'aise de s'exprimer à cause de la confidentialité d'où la rétention des informations pertinentes pour la prise en charge.

5.2. Validation des hypothèses

Pour notre travail de recherche, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Lors de la prise en charge des patients francophones, les barrières linguistiques causent quelques problèmes qui affectent la qualité des soins. Dans cette recherche, nous identifier les problèmes posés par les barrières linguistiques.
- À cause de leur incapacité de parler l'anglais, les patients francophones utilisent d'autres stratégies pour communiquer dans les centres de santé ghanéens.

- Lors des consultations médicales, les verbes et expressions utilisées par les patients francophones lorsqu'ils racontent leurs expériences dénotent plus de convergence de la part des patients que du personnel de santé.

Pendant l'évaluation de notre première hypothèse, nous avons recueillis à partir de nos données les effets des barrières linguistiques à savoir le manque d'échange d'informations, le manque de confiance en l'efficacité des soins, la longue durée de prise en charge et les dépenses supplémentaires. Sur ce, nous pouvons déclarer que notre hypothèse qui postule que lors de la prise en charge des patients francophones, les barrières linguistiques causent quelques problèmes qui affectent la qualité des soins est validée.

Suite à l'examen de notre deuxième hypothèse qui concerne les stratégies de communications utilisées par les patients francophones face aux barrières linguistiques, nous avons découvert l'utilisation de la technologie, l'utilisation des gestes, l'écriture et l'interprétation. Ceci valide notre deuxième hypothèse qui dit qu'à cause de l'incapacité des patients francophones de parler l'anglais, ils utilisent d'autres stratégies pour communiquer dans les centres de santé ghanéens.

Pour notre troisième hypothèse qui consiste à démontrer ce que dénotent les verbes et expressions que les patients francophones utilisent lorsqu'ils racontent leurs expériences, nous avons remarqué qu'il y a plus de convergence de la part des patients que du personnel de santé. Nous avons aussi constaté que d'une part, la présence d'un obstacle à franchir qui est la présence des barrières linguistiques. D'autre part, nous avons constaté la présence d'un sentiment d'insatisfaction après la prise en charge des patients francophones.

5.3. Recommendations

En prenant en compte les résultats de notre recherche et nos observations personnelles, nous faisons les recommandations suivantes pour l'amélioration des conditions de prise en charge des patients francophones dans les centres de santé ghanéens :

- Mise en place d'un programme d'échange professionnel continu entre les professionnels de santé ghanéens et ceux des pays francophones. En adoptant ce projet, les centres de santé ghanéens ne manqueront pas de personnel de santé francophones. Lors de la prise en charge d'un patient francophone, ces derniers pourront s'en charger.
- Introduction du service des interprètes professionnels dans le domaine de la santé ghanéen. Ces interprètes assureront l'interprétation lorsque les patients francophones se présentent.
- Développement des applications mobiles contenant des lexiques bilingues essentiels pour une prise en charge.
- Organisation des sessions de cours de FOS destinés au personnel médical. Cela leur munira de vocabulaires essentiels pour la prise en charge des patients francophones.
- Introduction des cours de FOS dans la formation du personnel de santé.
- Prise en compte les compétences linguistiques pendant l'affectation du personnel médical dans les centres de santé.
- Prise en compte l'importance des langues minoritaires dans le domaine de la santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abric, J. C. (2019). *Psychologie de la communication: théories et méthodes*. Dunod.
- Adouakou, S. (2005). *Tons et interactions dans la langue agni indénié*. (Doctoral dissertation, Thèse de Doctorat Unique). Université de Bielefeld, Allemagne.
- Agbefle, K. G. (2016). La place marginale du français au Ghana: un statut bien trompeur sur les média et dans les écoles. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS)* ISSN 2356-5926, 1(3), 18-27.
- Ameka, F. K. (1991). *Ewe: Its grammatical constructions and illocutionary devices*. Australian National University Canberra.
- Appiah, K. (2018). *Etude Analytique Et Descriptive Du Besoin Du Fos En Milieu Hospitalier Ghaneen*. University of Ghana.
- Aryeetey, K. M. (2018). *Transnational Activities and Integration Processes of Francophone Migrants in Accra*. University of Ghana.
- Asare, P. (2012). *Labour migration in Ghana*. Friedrich-Ebert-Stiftung, Ghana Office.
- Ashforth, B. E., & Mael, F. (2004). Social identity theory and the organization. *Organizational identity: A reader*, 134-160.
- Ayi-Adzimah, D. K. (2010). *La maîtrise sémantico-syntaxique de la pronominalisation des compléments d'objet indirects en contexte ghanéen*. Strasbourg.
- Badillo, P.-Y., Bourgeois, D., & Asdourian, B. (2010). Perspectives des nouveaux champs de la communication des organisations. *Les Cahiers du numérique*, 6(4), 167-180.
- Beacco, J.-C., & Krumm, H.-J. (2017). *The linguistic integration of adult migrants/L'intégration linguistique des migrants adultes: Some lessons from research/Les enseignements de la recherche* (p. 446). Gruyter.
- Benoit, J.-C. (2009). *Bateson: la genèse des thérapies familiales*. Erès.

- Betancourt, J. R. (2006). *Improving quality and achieving equity: the role of cultural competence in reducing racial and ethnic disparities in health care*. Commonwealth Fund New York, NY.
- Bird, J., & Cohen-Cole, S. A. (1990). The three-function model of the medical interview. In *Methods in teaching consultation-liaison psychiatry* (Vol. 20, pp. 65-88). Karger Publishers.
- Boateng, L., Nicolaou, M., Dijkshoorn, H., Stronks, K., & Agyemang, C. (2012). An exploration of the enablers and barriers in access to the Dutch healthcare system among Ghanaians in Amsterdam. *BMC health services research*, 12(1), 75.
- Bowen, S. (2015). Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Repéré à <http://santefrancais.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.—tude-Barri—res-linguistiques.pdf>.
- Brawand, A. (2000). *Ghana: réformes économiques et démocratisation*. Institut universitaire d'études du développement.
- Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste, M. (1993). *Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins*. Presses Universitaires Lyon.
- Dakubu, M. E. K. (2015). *The languages of Ghana*. Routledge.
- Donnadieu, G. (2008). La communication inter-humaine. N. KRIDIS (Eds).
- Doualamou, G. (1980). Langues guinéennes et éducation. UNESCO.
- Dupuis-Blanchard, S., Vézina, S., & Society. (2015). La recherche au profit d'un meilleur accès aux services de santé en français. (6), 3-16.
- Ennasser, N. J. (2010). Le Français et la Mondialisation: Quel avenir pour le Français dans un monde dominé par l'Anglais? *Journal of Modern Languages*, 151(3022), 1-28.
- Faerch, C., & Kasper, G. (1984). Two ways of defining communication strategies. *Language learning*, 34(1), 45-63.

- Flores, G. (2006). Language barriers to healthcare in the United States. *N Engl J Med*, 355(3), 229-231.
- Frontani, H. G., Silvestri, K., & Brown, A. (2009). Media image and social integration of Liberian and Togolese refugees in Ghana. *Africa Media Review*, 17(1&2), 51-75.
- Gibbons, J., & Ramirez, E. (2004). *Maintaining a minority language*. Multilingual Matters.
- Gile, D. (1995). *Regards sur la recherche en interprétation de conférence*. Presses Univ. Septentrion.
- Giles, H. (Ed.). (2016). *Communication accommodation theory: Negotiating personal relationships and social identities across contexts*. Cambridge University Press.
- Giles, H., Mulac, A., Bradac, J. J., & Johnson, P. (1987). Speech accommodation theory: The first decade and beyond. *Annals of the International Communication Association*, 10(1), 13-48.
- Giles, H., Taylor, D., & Bourhis, R. (1973). Towards a theory of interpersonal accommodation through language: Some Canadian data. *Language in society*, 177-192.
- Greising, C. H. (2006). *Hospital language services for patients with limited English proficiency: results from a national survey*. Health Research & Educational Trust.
- GSS, G. (2010). Population and housing census: Summary report of final results. *Accra: Ghana Statistical Service*.
- Hagen-Zanker, J. (2008). Why do people migrate? *A Review of the Theoretical Literature (January 2008)*. Maastricht Graduate School of Governance Working Paper No. 2008.
- Hennel-Brzozowska, A. (2008). La communication non-verbale et paraverbale-perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne*, (5), 21-30.
- Jacobs, E. A., Shepard, D. S., Suaya, J. A., & Stone, E.-L. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *American journal of public health*, 94(5), 866-869.

- Jakobson, R. (1963). Essais de linguistique générale. *Les Etudes Philosophiques*, 18(4).
- Kessoum, K., Noui, L., & Dali, K. E. (2015). *L'impact de la communication interne sur la motivation des travailleurs: cas pratique: Amimer Energie*. Université de Bejaia.
- Klinkenberg, J.-M. (2018). Entre dépendance et autonomie. Pour une définition de l'écriture dans les sciences du langage et du sens. *Annales des sémiotiques/Annals of Semiotics*(9), 103-129.
- Kwadzo, G. N. (2008). Le français face au poids des autres langues au Ghana. In *Actes du 1^{er} colloque international Revue des étudiants en linguistique du Québec No 2: Linguistique appliquée* (p. 77).
- Laleye, F. A. A. (2016, December). Contributions à l'étude et à la reconnaissance automatique de la parole en Fongbe. Université du Littoral Côte d'Opale.
- Lee, E. D., Rosenberg, C. R., Sixsmith, D. M., Pang, D., & Abularrage, J. (1998). Does a physician-patient language difference increase the probability of hospital admission? , 5(1), 86-89.
- Lefèvre, N. (2013). L'entretien comme méthode de recherche. *Bellgarde Wisguerby*.
- Leone, M., Rousseau, S., & Martin, C. (2011). Examen clinique. In *Sepsis grave et choc septique* (pp. 123-132). Paris: Springer Paris.
- Marc, E., & Picard, D. (2011). *L'école de Palo Alto*. Retz.
- Meeuwis, M. (2013). Nominal and verbal conjunction. In *The atlas of pidgin and creole language structures* (pp. 284-287). Oxford University Press.
- Mehrabian, A. (2007). *Nonverbal Communication*. New Brunswick.
- Mondoux, M. (2010). *Communiquer avec des patients de langue étrangère: les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins* (Doctoral dissertation). Haute Ecole de Santé de Fribourg.

- Moukrim, S. (2017). Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé. In *The Linguistic Integration of Adult Migrants/L'intégration linguistique des migrants adultes* (pp. 337-344). De Gruyter Mouton.
- Oppong, E. (2018). *Health Care Choices of Ghanaian adult Immigrants in Calgary, Alberta, Canada*. Lethbridge, Alta.: University of Lethbridge, Faculty of Health Sciences.
- Ouimet, A. M., Trempe, N., Vissandjée, B., & Hemlin, I. (2013). *Adaptation linguistique des soins et des services de santé: enjeux et stratégies*. La langue, déterminant de l'état de santé et de la qualité des services. Institut national de santé publique du Québec.
- Ozyurt, S. (2019). Ghana: quels défis économiques? *MacroDev*, 1-40.
- Petcu, D., & Rosculet, V. (2017). Regulations for the prescription of footwear as medical device. *Revista de Pielarie Incaltaminte*, 17(1), 59.
- Picard, D. (1992). De la communication à l'interaction: l'évolution des modèles. *Communication & Langages*, 93(1), 69-83.
- Picard, D., & Marc, E. (2015). *L'École de Palo Alto: «Que sais-je?» n° 3954: Que sais-je*.
- Ribera, J. M., Hausmann-Muela, S., Grietens, K. P., & Toomer, E. (2008). Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature. *PASS International vzw*.
- Rozendaal, J. C. (2017). *Le français et le soussou en Guinée: usage et attitudes* (Bachelor's thesis).
- Thibeault, E. N. (2014). *Accès, pratiques et usages des technologies d'information et de la communication en éducation au sein de l'espace francophone: études de cas réalisées au Viêt Nam, en Moldavie, au Burkina-Faso et en République Démocratique du Congo* (Doctoral dissertation). Université René Descartes-Paris V.
- Traverso, V. (1999). *L'analyse des conversations*. 128(Paris).

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., & Morche, J. (1972). Une logique de la communication.

Witte, T. N., & Kuzel, A. J. (2000). Elderly deaf patients' health care experiences. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(1), 17-22.

SITOGRAPHIE

Alliance Française Accra. Tiré de <https://afaccra.org/about-us/>

Associates for Change. (2010). *The Status of French Language Teaching and Learning across Ghana's Public Education System*. Tiré de <https://www.associatesforchange.org/research1.html>

Centre of Languages and Professional Studies. Tiré de <https://celpsghana.com/>

Département de linguistique et de traduction, Université de Montréal. Qu'est-ce que la traduction? Tiré de <https://ling-trad.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-traduction/>

Durra Institut of Languages. Tiré de <http://www.durragh.com/vision-mission-motto-our-passion-core-values/>

Excellence Language Academy. Tiré de <https://ghanacontact.com/ecoles-et-universite/excellence-language-academy-ela/>

Ghana Institute of Languages. Tiré de <http://gil.edu.gh/about.html>

Groupement Régional des Centres de Santé français. *Qu'est-ce qu'un centre de santé ?* Tiré de <https://www.centres-sante-auvergnerhonealpes.org/les-centres-de-sante/quest-ce-quun-centre-de-sante/>

Heggie, J. (2019). *Pourquoi est-ce si important de prendre nos médicaments correctement ?* Tiré de <https://www.nationalgeographic.fr/sciences/2019/04/pourquoi-est-ce-si-important-de-prendre-nos-medicaments-correctement>

Jeune Afrique. (12 octobre 2011). *Côte d'Ivoire : au Ghana, les réfugiés ivoiriens redoutent les « espions » pro-Ouattara*. Tiré de <https://www.jeuneafrique.com/153416/politique/c-te-d-ivoire-au-ghana-les-r-fugi-s-ivoiriens-redoutent-les-espions-pro-ouattara/>

Nations Unies. (2019). *Migrations*. Tiré de <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/index.html>

Nordquist, R. (26 août 2020). *Majority Language*. Tiré de <https://www.thoughtco.com/what-is-a-majority-language-1691294>

OECD/ILO. (2018). *How Immigrants Contribute to Ghana's Economy*, OECD Publishing, Paris. Tiré de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264302037-en>

Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard (2007). *Les répercussions des problèmes de communication sur la Prestation de soins de santé de qualité aux communautés et patients de langue minoritaire*. Tiré de <https://savoir-sante.ca/fr/destinations/normes-d-accessibilite-linguistique/download/69/133/21?method=view>

SOPODIVA Training Centre Ltd. Tiré de https://sopodiva.com/fr_FR/

TAS English Institut. Tiré de <https://tasenglishinstitute.com/>

United Nations Declaration of Human Rights. (10 décembre 1948). Article 25. Tiré de www.unhcr.ch/

University of Ghana Language Centre. Tiré de <https://lc.ug.edu.gh/#>

ANNEXE 1

GUIDE DES INTERVIEWS

Titre : Le rôle de la langue dans l'accès aux soins médicaux : le cas des francophones au Ghana. (The role of language in accessing healthcare: the case of francophones in Ghana.)

1. Sexe:
2. Âge:
3. Pays d'origine:
4. Profession:
5. Depuis quand êtes-vous au Ghana ?
6. Quelle est votre langue maternelle ?
7. Quelles autres langues parlez-vous ? (Nationale et internationale)
8. Laquelle de ces langues parlez-vous couramment ?
9. Avez-vous déjà étudié l'anglais ? Si oui, à quel niveau et pendant combien d'année ?
10. Comment décrivez-vous votre niveau d'anglais ?
 - a. Débutant
 - b. Intermédiaire
 - c. Avancé
11. Avez-vous déjà visité des centres de santé ghanéens ?
12. Donnez leurs noms (si possible)
13. Quelle langue avez-vous parlé au personnel de santé ?
14. Est-ce qu'il vous a compris ?

15. Qu'avez-vous fait au cas où il ne vous a pas compris ?
16. Avez-vous compris tout ce que le personnel de santé ?
17. Qu'avez-vous fait quand vous n'avez pas compris le personnel de santé ?
19. Etiez-vous à l'aise pour vous exprimer à travers une autre personne au cas où vous avez eu l'aide d'un interprète ?
20. Quel effet cela a eu sur le soin médical que vous avez reçu ?

ANNEXE 2

TRANSCRIPTION DES DONNÉES UTILISÉES

RESPONDENT 1

Interviewer : D'où venez-vous ?

Interviewée : Guinée

Interviewer : Et votre tribu ?

Interviewée : Susu

Interviewer : Et votre profession ? Ici et en Guinée.

Interviewée : Étudiante

Interviewer : Ok, votre raison de séjour ici ?

Interviewée : C'est pour apprendre l'anglais.

Interviewer : Juste pour apprendre l'anglais ?

Interviewée : Oui

Interviewer: D'accord. Vous êtes ici depuis quand ?

Interviewée : Depuis trois mois.

Interviewer : Avez-vous déjà visité des centres de santé ?

Interviewée : Eh bon j'suis pas allé mais j'suis allé à la pharmacie.

Interviewer : pour les médicaments. D'accord.

Interviewée : Si

Interviewer : Combien de fois ?

Interviewée : 4 à 5 fois je pense, comme ça je pense

Interviewer : 5 fois

Interviewée : oui.

Interviewer : D'accord, combien des langues parlez-vous ?

Interviewée : Je parle susu, je parle malinké, je parle français, et maintenant anglais.

Interviewer : Donc laquelle maîtrisez-vous bien ?

Interviewée : Sousou, Malinké, Français.

Interviewer: ok. Donc à l'école vous utilisez ?

Interviewée : Ici ?

Interviewer : Oui.

Interviewée : L'anglais.

Interviewer : L'anglais ?

Interviewée : Oui

Interviewer : et puis A la maison ?

Interviewée : À la maison, je parle susu.

Interviewer : Susu ?

Interviewée : Chez moi

Interviewer : Oui

Interviewée : au pays.

Interviewer : N'importe où au pays, ici ?

Interviewée : Bon chez moi, là où j'habite, j'ai une amie qui est congolaise elle, elle parle bien l'anglais. C'est avec elle que je passe souvent mon temps. Elle parle français et anglais. Comme elle ne comprend pas mes langues chez moi.

Interviewer : Et les fonctions religieuses ou ...

Interviewée : Elle est Chrétien et moi je suis musulman.

Interviewer : Quel langue erh ... à la mosquée ?

Interviewée : Ici ?

Interviewer : oui

Interviewée : L'anglais.

Interviewer: L'anglais, d'accord. Quel est votre niveau en anglais ?

Interviewée : Intermédiaire

Interviewer : Intermédiaire OK. Quelle langue avez-vous parlé avec le personnel de santé lors de votre visite ?

Interviewée : L'anglais.

Interviewer : L'anglais ?

Interviewée : L'anglais oui

Interviewer : La première fois que t'es allé là-bas ?

Interviewée : Oui c'est anglais qu'on a parlé là-bas.

Interviewer : Et avez-vous eu des difficultés en communiquant avec les personnels ...

Interviewée : Oui Bon, la première fois oui mais le fait que je suis habituée a acheté mes produits là-bas, maintenant quand je parle, on se comprends vite.

Interviewer : Donc parlez-moi de la première fois que vous êtes allées à la pharmacie.

Interviewée : Bon la première fois que je suis allé, je venais nouvellement d'arriver. Je ne comprenais pas très bien anglais. J'avais mon téléphone. Il y a le dico dedans. Je traduisais les mots pour lui parler. C'est à travers ça qu'on s'est compris. Le mot que je voulais dire, j'écris ça. « Traduit pour moi » Je lui dis.

Interviewer : Et est-ce que les personnes il est arrivé à vous comprendre très bien ?

Interviewée : Bon oui, puisque c'était une femme, comme j'ai des problèmes des ventres souvent pendant mes périodes je l'ai expliqué et elle a compris.

Interviewer : Et puis avez-vous l'impression qu'il y a une différence de communication dans le domaine de la santé entre les personnels de santé ici au Ghana et celui de votre pays ?

Interviewée : Oui il y a beaucoup de différences parce qu'ici, je ne maîtrise pas bien anglais, je ne maîtrise pas bien les noms des médicaments d'ici. Ce que j'ai remarqué, je pense que les médicaments du Ghana, souvent on fabrique ici mais les médicaments de Guinée, de chez nous on importe. On a des médicaments français, Belge, Allemand, Chinois, Turque, on a beaucoup de sortes de médicaments. Mais je remarque ici que ce n'est pas la même chose ici.

Interviewer : Donc avez-vous l'impression que les professionnels ont compris tous ce que vous leur avez dit ?

Interviewée : Bon je ne pense pas si elle a tout compris, mais elle savait de quoi je voulais parler.

Interviewer : Bon, que pensez-vous du système médical au Ghana ?

Interviewée : Bon, ce n'est pas aussi mal que ça mais moi je préfère qu'on importe des médicaments au lieu de fabriquer parce qu'il y a des produits qu'on trouve chez moi qu'on ne trouve pas ici.

Interviewer : OK. Est-ce que vous avez un ami qui n'est jamais allé à l'hôpital ou bien à la clinique ?

Interviewée : mmm je ne sais pas.

Interviewer: D'accord ok. En comparaison avec des gens de votre pays, est ce que le Ghanéen parle aisément des problèmes liés à la santé ? Vous comprenez ma question ?

Interviewée : Si le Ghanéen arrive à expliquer ce qu'il a comme le problème de santé ?

Interviewer : Oui

Interviewée : Bon, oui parce que là où je suis, à chaque fois j'ai une colocataire qui est près de ma porte, a chaque fois elle souffre un peu de la tête ou jointre, elle vient me voir pour me dire tel produire pour lui. Si j'en ai, je lui donne.

Interviewer : Mais les problèmes ... les infections sexuelles, est ce qu'il en parle ?

Interviewée : Bon comme je n'ai pas assez de contacts avec les gens là où je suis ...

Interviewer : D'accord. Merci pour votre temps.

RESPONDENT 3. UGLC. F

Interrogateur : Quel est votre âge ?

Interviewée : J'ai 19 ans

Interviewer : Pays d'origine ?

Interviewée : Le Burkina

Interviewer : Quel est votre groupe ethnique ?

Interviewée : Samurai

Interviewer : Votre profession ?

Interviewée : Je suis étudiante

Interviewer : Raison de séjour au Ghana, C'est quoi ?

Interviewée : Pour étudier l'anglais

Interviewer : Combien de temps avez-vous vécu au Ghana ?

Interviewée : Je suis à mon 5eme mois, mais peut-être que je vais continuer ici l'année prochaine.

Interviewer : Combien de langues parlez-vous mademoiselle ? Locale et internationale.

Interviewée : Je parle le français, le morai et un peu de Djula, je suis en train d'apprendre l'anglais aussi.

Interviewer : Et quelle langue parlez-vous couramment ?

Interviewée : le français

Interviewer : et à l'école, là au Ghana ?

Interviewée : l'anglais

Interviewer : Dans les fonctions sociales ?

Interviewée : Dans les fonctions sociales, c'est-à-dire ?

Interviewer : Comme, vous sortez avec des amis, les cérémonies familiales, et les choses comme ça, quelle langue utilisez-vous ?

Interviewée : le français.

Interviewer : Quel est votre niveau en anglais ?

Interviewée : avance, débutant, intermédiaire ou plus bas que débutant ?

Interviewer : Avez-vous déjà visité un centre de santé? Si oui, lequel ?

Interviewée : J'ai déjà visité une fois University Hospital, et Mamobi General Hospital.

Interviewer : Combien de fois avez-vous visité ?

Interviewée : Juste une fois.

Interviewer : Quelle langue avez-vous parlé avec le personnel de santé lors de votre visite ?

Interviewée : mm l'anglais.

Interviewer : Et comment vous êtes arrivé à expliquer votre problème de santé ?

Interviewée : Je me défends très bien, et je pense que je me suis fait comprendre aussi.

Interviewer : Et dans quelle langue le personnel communique-t-il avec vous ? C'était en anglais aussi ?

Interviewée : Oui, le personnel a commencé à parler le twi et je lui ai dit que je ne parlais pas le twi et il a parlé en anglais.

Interviewer : Avez-vous compris tout ce que le personnel de santé a parlé avec vous ?

Interviewée : Oui j'ai compris

Interviewer : 100% ou ?

Interviewée: Peut-être, 95%.

Interviewer: ok. Avez-vous l'impression qu'il y a une différence de communication dans le domaine de la santé entre le personnel de santé ici au Ghana et celui de votre pays ?

Interviewée : La communication ?

Interviewer : oui, c'est pareil ?

Interviewée : oui, à peu près.

Interviewer : Pourriez-vous expliquer un peu de ça ? c'est pareil ?

Interviewée : Non, c'est pareil sauf du côté du budget, parce qu'ici c'est vraiment cher pour surtout les étudiants.

Interviewer : Et avez-vous l'impression que les personnels de santé ont compris tout ce que vous leur avez dit ?

Interviewée : oui

Interviewer : et dans le cas où les personnels de santé semblent ne pas vous comprendre, qu'avez-vous à faire ?

Interviewée : Bon en expliquant, on était deux. J'étais avec ma cousine, elle, elle est plus avancée que moi et elle en est à sa troisième année. Elle comprend mieux.

Interviewer : Et dans le cas où le personnel de santé n'arrive pas à vous comprendre, comment vous sentez-vous ?

Interviewée : Bon, Ça fait bizarre quand même mais dès que la personne ne comprend pas, la personne pose une question ou essaie de te faire comprendre par des gestes et tout

Interviewer : Est-ce que l'hôpital trouve une solution quand il y a un problème de communication ?

Interviewée : Non.

Interviewer : Et quand vous utilisez un interprète, et votre sœur a joué le rôle d'interprète,

Interviewée : Oui, ma sœur a joué le rôle d'interprète.

Interviewer : Et vous êtes certain qu'elle a expliqué exactement ce que vous disiez ?

Interviewée : Oui, je peux dire ça.

Interviewer : Et comment vous sentez-vous à communiquer à travers une autre personne ?

Interviewée : C'était à l'hôpital donc il fallait tout dire pour avoir la solution.

Interviewer : et comme, au niveau de sentiment vous devez communiquer à travers une autre personne pour parler...

Interviewée : Non ça n'a rien pour parler donc ...

Interviewer : Avez-vous l'impression que la communication a affecté le soin médical ?

Interviewée : Non

Interviewer : Pourquoi pas ?

Interviewée : J'ai de la fierté parce qu'ils ont tout compris.

Interviewer : Pourriez-vous proposer une solution pour le problème de communication entre les personnels de santé et les patients francophones ?

Interviewée : Bon, il faut au moins mettre un francophone peut être dans les hôpitaux au moins de minimum pour qu'il essaie d'être l'intermédiaire entre les patients francophones et le docteur pour qu'il n'ait pas de confusion de soin et tout.

Interviewer : Au cas où vous n'avez pas quelqu'un qui parle anglais.

Interviewée : Oui

Interviewer : Pensez-vous qu'on a besoin d'interprètes professionnelles dans le secteur de la santé ?

Interviewée : Oui, pourquoi pas.

Interviewer : Expliquez-vous un peu

Interviewée : C'est comme j'ai dit on a besoin de ça pour que ça soit plus simple sinon, s'il faut qu'un étudiant souffrant parce qu'il ne sait pas comment expliquer

Interviewer : Et que pensez-vous du système médical au Ghana ?

Interviewée : c'est extrêmement cher surtout pour les francophones.

Interviewer : d'accord. Parlez-vous ouvertement de problèmes liés à votre santé ?

Interviewée : oui.

Interviewer : Est-ce les personnes de santé posent des questions directes ?

Interviewée : oui

Interviewer : Comment vous sentez-vous quand vous devez donner des infos détaillées et confidentielles à l'hôpital ?

Interviewée : Je pense que c'est normal. Si tu veux faire soigner il faut que tu sois ouvert, il faut que tu dises tout. Le docteur il ne te connaisse pas

Interviewer : il peut deviner.

Interviewée : Ah oui.

Interviewer : Etes-vous satisfaite de la qualité et la quantité de l'information que vous recevez de personnels de santé au Ghana ?

Interviewée : Bon, en tout cas, j'ai apprécié Mamobi. Là, ils prennent tellement soin de patients que (not clear).

Interviewer : Quelle a été votre impression sur les registres des langues que le personnel de santé a utilisé avec vous. C'était très haut ?

Interviewée : Non, bas. Puisque déjà t'es francophone, si tu ne parles pas de twi, ils savent déjà que tu n'es pas Ghanéen, il essaie de parler ... Parce que ceux qui sont Ghanéens, ils vont directement au twi. Ils ne commencent pas par l'Anglais quoi.

Interviewer : Est ce que les personnels de santé ont été direct et ouvert dans leurs discussions avec vous ?

Interviewée : Oui.

Interviewer : Pourriez-vous expliquer un peu ? Comment ça a été ?

Interviewée : Non.

Interviewer : Merci pour votre temps.

RESPONDENT 4.

Interviewer: What's your age?

Interviewee: 25

Interviewer: What's your country of origin, what is your nationality?

Interviewee: Béninois

Interviewer: Ok. I guess you are a student.

Interviewee: yes, veterinary medicine.

Interviewer: What is your reason for coming to Ghana?

Interviewee: My reason is to have some good knowledge in Veterinary and then brought it to Benin.

Interviewer: Ok. So how long have you been in Ghana?

Interviewee: I am in my 3 years.

Interviewer: This is your 3rd year.

Interviewee: yes.

Interviewer: and have you visited any health facility?

Interviewee: Yes.

Interviewer: Which ones have you visited? Name them.

Interviewee: I cannot

Interviewer: You do not know the names?

Interviewee: Yes.

Interviewee: But I know someone, it is at Lapaz Community hospital.

Interviewer: How many languages do you speak?

Interviewee: The official languages I speak are two. English & French.

Interviewer: But how many times have you been to the Lapaz Community Hospital?

Interviewee: Twice.

Interviewer: which languages are most proficient in? I am sure obviously, you speak better French than English.

Interviewee: yes

Interviewer: But during school here, I am sure you speak English, right?

Interviewee: Yes, here in school it's all about English so I just improve my English.

Interviewer: Nice. And when you are home?

Interviewee: I mostly speak English when I am in Ghana but home also, I have senior brother who speaks English.

Interviewer: Are you Christian or you are muslim?

Interviewee: I am a Christian.

Interviewer: What language do you speak at church?

Interviewee: In Ghana?

Interviewer: yes

Interviewee: English.

Interviewer: No twi, no Ga?

Interviewee: they always speak twi when the ... I don't know how I call it. When the father wants to express himself freely to the congregation.

Interviewer : Quelle est votre niveau en anglais ?

Interviewée : Mon niveau en anglais, je pourrais dire. Ce n'est pas le niveau que je veux actualiser.

Interviewer : Mais la ou tu es maintenant ?

Interviewée : Pas mal.

Interviewer : On pourrait dire intermédiaire, débutant ou plus bas que débutant ?

Interviewée : Je peux dire avancé.

Interviewer : C'est bien ça.

Interviewer : et avez-vous déjà visité un centre de santé ?

Interviewee: Oui

Interviewer : Celle de Lapaz Community Hospital. Vous avez dit que tu étais la deux fois ?

Interviewee: Trois fois

Interviewer: Ok. Quelles langues avez-vous parlé avec les personnels de santé lors de votre visite ?

Interviewee: L'anglais. Je suis débrouillé.

Interviewer : et avez-vous les difficultés à communiquer avec des personnels ?

Interviewée : Oui.

Interviewer : Lesquelles ?

Interviewée : Vous savez ...il faut exprimer ce que vous avez, ce dont vous souffrez donc c'était un peu difficile de les faire comprendre de quoi vous souffrez.

Interviewer : Comment vous arriver à expliquer votre problème de santé ?

Interviewée : Par des gestuelles, ou toucher les parties du corps affectées.

Interviewer : Et dans quelle langues les personnels de santé ont communiqué avec vous ?

Interviewée : L'anglais et puis le twi et des gestuelles.

Interviewer : Et avez-vous compris tout ce que les personnels de santé ont communiqué à vous ?

Interviewée : Vu que moi-même je suis dans le domaine de la santé donc il y a des choses que j'ai compris et des choses que personnellement j'ai refusé qui me fasse ...

Interviewer : et avez-vous l'impression qu'il y a une différence de communication dans le domaine de sante entre les personnels du Ghana et celui de votre pays ?

Interviewée : On peut dire qu'il y a une différence qui n'est pas trop large.

Interviewer : Vous êtes arrivé quand même à comprendre tout ce que les personnels ont essayé à vous communiquer ?

Interviewée : Oui.

Interviewer : Quelle pourcentage, 50% ou

Interviewée : Je pourrais dire 70%.

Interviewer : et avez-vous l'impression que les personnels de santé ont compris tout ce que vous leur avez dit ?

Interviewée : Non, je ne suis pas tellement convaincu mais ils ont fait de leur mieux quand même.

Interviewer : Et dans le cas où le personnel de sante semble à ne pas vous comprendre, qu'avez-vous fait ?

Interviewée : Comme je vous l'avais dit, parfois ils font des gestuelles. Ils arrivent à comprendre.

Interviewer : ok. Le cas où les personnels de santé semblent à ne pas vous comprendre, comment vous sentez ?

Interviewée : Un peu frustré mais la plupart du temps et comme mon anglais n'est pas bon, je prends une feuille. Je peux écrire l'anglais. Donc, j'écris ce que je veux.

Interviewer : Au moins c'est facile à écrire qu'à parler.

Interviewée : Oui qu'à parler. Donc j'essaie et ils arrivent à me comprendre quand même.

Interviewer : Est-ce que l'hôpital vous a trouvé une solution quand il y'avait un problème de communication ?

Interviewée : Pas de solution.

Interviewer : il y'avait pas un interprète ?

Interviewée : Non non non pas du tout. Donc, je me suis débrouillé moi-même pour satisfaire à mes besoins. (Rire)

Interviewer : Et dans le cas où vous avez eu un interprète, étiez-vous certain/ convaincu que ... mais là, il n'y avait pas quelqu'un comme ça

Interviewée : Oui. Donc, je ne pourrais pas répondre à cette question.

Interviewer : Comment vous vous êtes senti quand vous devez communiquer à travers quelqu'un s'il y avait un interprète ?

Interviewée : Bon je me sentis un peu inférieur parce qu'à communiquer avec quelqu'un, directement c'est mieux que ça soit à travers quelqu'un parce qu'il n'arrive pas à traduire complètement votre pensée.

Interviewer : Et avez-vous l'impression que le problème a affecté le processus de soin médicale ?

Interviewée : Bon, un peu, in peu je peux dire parce que, cette satisfaction que je cherchais, je ne l'ai pas trouvé absolument. Il y a un problème de communication qui s'impose

Interviewer : Est-ce qu'il y a de solutions à proposer ?

Interviewée : Bon, est-ce qu'il y a des solutions ? à mon niveau ... ça doit être à mon niveau parce que pour pouvoir communiquer avec quelqu'un d'autre il faut avoir des bases de cette langue pour pouvoir communiquer à cette personne donc, en effet, je me suis jugé moi-même, et j'ai pris des résolutions de faire plus.

Interviewer : Au niveau des professionnels de santé aussi ?

Interviewée : Bon, il y a des choses à leur reprocher parce que j'ai eu du temps de détecter ce que j'avais, et ce qui n'est pas normal et j'ai dépenser beaucoup d'argent que prévu, donc je pense qu'il faut au moins améliorer leur niveau

Interviewer : En français.

Interviewée : Non pas leur niveau en français,

Interviewer : Leur service.

Interviewée : Oui

Interviewer : Combien ça coute.

Interviewée : Oui.

Interviewer : Que pensez-vous du système médical du Ghana ?

Interviewée : Bon, je ne pouvais pas dire que c'est mal mais parfois, il y a des inconvénients auquel nous, qui sont des étrangers auquel nous ... comment dire ... auquel on fait face. Comme je l'ai dit parfois on prend du temps à détecter ce que nous avons, comme maladie, on peut prendre deux jours, trois jours pour détecter ce que nous avons et on a ce qui est faire déplorable, on dépense plus qu'au pays. Un peu c'est ça. On vous fait passer dans beaucoup des services avant de vous recevoir. Ceux qui doivent être revu parce qu'un malade qui vient et qui doit suivre forcément tous les processus, toutes les démarches, ça ne profite pas.

Interviewer : Pensez-vous qu'on a besoin des interprètes dans le secteur de la santé ?

Interviewée : je peux dire oui pour ce qui sont des étrangers, nous avons besoins des interprètes juste pour pouvoir nous aider, on le fait comprendre les choses dans le domaine de la santé.

Interviewer : Parlez-vous ouvertement aux personnelles de la sante des problèmes liés à votre sante ?

Interviewée : oui parce que quand je suis arrivé, je leur dis, je souffre de telles choses et il y a certains médicaments qu'on ne me jette pas parce que suivi de tel et tel choses, je leur donnais déjà les informations qui leur faut pour pouvoir faire face.

Interviewer : Est-ce les personnels de santé posent des questions directes ?

Interviewée : Bon, parfois c'est direct et parfois c'est indirect.

Interviewer : Comment vous sentez quand vous devez donner des infos confidentielles à l'hôpital ?

Interviewée : Non je me sens comme un individu normal parce que la santé dépend de cette information. Donc, je les donne tranquillement. Et parfois j'ai un dossier médical que j'ai avec moi que je montre

Interviewer : Et êtes-vous satisfait de la qualité et de la quantité des informations que vous recevez des professionnelles de la santé ?

Interviewée : Pas trop, parce que ce n'est pas comme chez moi au pays

Interviewer : Ça pourrait être mieux ?

Interviewée : oui si la communication y est.

Interviewer : votre impression sur le registre de langue/ langage que le professionnel de la santé a utilisé avec vous ? Est-il facile de les comprendre ?

Interviewée : Oui. Ça a été facile avec les gestes et tout. Mais ce que je déplaît le plus ce que la langue officielle c'est l'anglais, on s'est rendu compte que la langue officielle ce n'est plus l'anglais mais le twi.

Interviewer : Ça c'est vrai.

Interviewée : Je déplaît ça et j'invite les autorités à réfléchir par rapport à ça.

Interviewer : est-ce que les personnes de santé ont été directes et ouvertes avec vous ?

Interviewée : je pourrais dire oui.

Interviewer : en comparaison des gens de votre pays, est-ce que les Ghanéens parlent ouvertement de problèmes liés à la santé ? ou vice-versa

Interviewée : je pourrais dire non. C'est très difficile de suivre dans le système médical au Ghana, par rapport à la nôtre peut-être que je n'ai pas eu l'opportunité mais jusqu'à l'heure actuelle où je suis au Ghana, il y a peu la sensibilisation dans ce domaine de médicale.

Interviewer : Merci beaucoup pour votre temps.

RESPONDENT 5.

Mon pays d'origine est la RDC. Je suis Booba. Je suis pharmacienne. J'ai suivi mon mari, c'est lui qui travaille ici alors on était obligé de rester ensemble. Je suis au Ghana il y a 11 mois. J'ai déjà visité NYAHO médical. Plusieurs fois. Je peux dire plus de dix fois. En général je parle 4 langues. Je parle l'anglais, le français, le lingala, le swahili et j'entends un peu le twi aussi. Je maîtrise le français et le lingala. J'utilise l'anglais ici à l'école, l'anglais à l'église et pendant les fonctions sociales. J'ai le niveau intermédiaire en anglais. À l'hôpital, j'ai parlé anglais parce que je comprenais un peu. Non, je ne pense pas que j'ai eu des difficultés de communication. Parce que le médecin essayait de m'expliquer les choses en anglais facile. Quand je ne comprenais pas j'ai demandé pour qu'il répète. Je pense qu'ici, le personnel de santé est un peu meilleur et ils partagent bien les informations. Mais dans mon pays ils comprennent mais ils ne donnent pas beaucoup d'information avec le malade. Je pense qu'on a besoin des interprètes. Non, je ne suis pas trop satisfait par la quantité et la qualité des informations parce que c'est vrai qu'on s'exprime en anglais mais je ne suis pas très à l'aise

dans cette langue. Si c'était ma langue je vais aller plus loin, j'allais poser plus des questions. Là, je suis limitée. S'ils te disent par exemple que tu as la fièvre, tu dois prendre ça, ça, ça, je demande juste pendant combien de jours et je vais revenir quand. Mais si c'était dans mon pays, je pouvais dire est-ce n'y a pas d'autres médicaments, qu'est-ce que je peux faire ? est-ce que je peux vous donner les informations au téléphone par rapport à mon évolution ? c'est vraiment différent. Ce n'était pas facile de les comprendre, j'ai fait beaucoup d'effort parce que souvent c'est le Twi, pas très anglais et c'est quand tu leur as dit je ne parle pas Twi, c'est là qu'ils disent « ah ! excuse ». Là ils vont parler anglais. Et des fois ils oublient en te parlant anglais là c'est le Twi qu'ils parlent encore, donc je suis obligée de toujours leur rappeler que moi je ne parle pas Twi. Oui, les ghanéens parlent aisément de ce qu'ils connaissent mais pas convaincant. Parce que j'ai eu un problème de gastroentérite je pense il y a cela 4 mois, j'ai fait à l'hôpital pratiquement 10 jours. Dans mon pays ce problème, je l'ai souvent, je fais 2 jours, je sors. Mais ici, ils ne savaient quoi me donner, ils ne savaient pas quoi faire, ils me disent rentre à la maison ça va s'arrêter, je rentre ça continue, je rentre à l'hôpital, ils ne savaient quoi faire. Ils disent on a fait tous les examens et on n'a rien trouvé, pourtant j'étais malade. C'est après que j'ai essayé de proposer certaines solutions et ça a marché.

RESPONDENT6.

Guinée Conakry. Je suis mandingue. Je suis venu apprendre l'anglais. La durée de mon séjour est de 6 à 9 mois. J'ai visité Nyiaho Clinic. Je parle une seule langue, le français.... Et un peu l'anglais. J'utilise le français à l'école, l'anglais et une langue locale d'ici à la mosquée. J'ai un niveau intermédiaire en anglais. A l'hôpital, j'ai bredouillé en anglais. J'ai essayé de me faire comprendre en anglais et quand c'est arrivé à un niveau, heureusement pour il y avait quelqu'un pour m'expliquer.

- est-ce que vous pensez que la personne interprétait exactement les messages ?

- Non non, c'est pourquoi quand j'ai fini les examens, je suis venu voir deux médecins, donc ils ont failli me faire payer encore sous forme de consultation. J'ai dit non, je ne vais pas payer parce que je suis venu pour qu'on m'interprète mes résultats et que les deux médecins que j'ai vu qu'il ne parle pas un mot en français et moi je ne peux pas hasarder à essayer de comprendre ce qu'ils sont en train de me dire en anglais du moment que c'est une affaire médicale. Donc en ce moment on était obligé de, c'était le samedi, de reporter ça le lundi pour voir si éventuellement on peut trouver le même monsieur qui avait servi d'interprète et même avec ça, les mots lui sautaient aussi. Donc j'étais obligé de prendre tous les rapports, scanné ça, envoyer à notre médecin de société en Guinée. Donc on était obligé de reporter l'entretien au lundi. Et quand le monsieur est venu aussi, il a essayé tant mieux que mal pour expliquer ... alors j'étais obligé de prendre tous les rapports, scannés et les envoyer au pays pour qu'on essaie de m'interpréter ça en français. Quand le médecin de notre compagnie a regardé ça, parce que lui il est bilingue, il a fait automatiquement un rapport en français qu'il m'a envoyé.

- Que pensez-vous en général du système médical ghanéen ?

- Il semblerait que le système médical est bon,

Absolument, il faut des interprètes dans les hôpitaux, c'est ce que je n'ai pas compris ici. Par exemple Nyaho qui est une grande clinique, ne pense avoir 2, 3 médecins qui pussent parler français.

RESPONDENT 7.

J'ai 28 ans. Je suis béninoise mais j'ai grandi au Togo. Je suis ewe. Je suis vendeuse. Je suis au Ghana parce que mon mari est ghanéen. Je suis au Ghana il y a 1 mois. C'est la deuxième fois

que je suis venue à l'hôpital au Ghana. La première fois c'étais moi-même et la deuxième fois c'est mon enfant. Je parle 2 langues, français et ewe. Je comprends d'autres langues mais je ne parle pas, fongbe, sawegbe et adjagbe. Je suis plus confortable en m'exprimant en ewe. Au travail j'utilise l'éwé. A la maison et à l'église on utilise l'éwé. Je ne comprends pas trop l'anglais. J'ai parlé éwé avec le personnel de santé mais ici beaucoup de personne ne comprennent pas ewe alors ils cherchent d'autres qui comprennent ewe pour leur expliquer. La communication ne se passe pas toujours bien par exemple hier, la personne qui est venue nous examiner parle anglais et la langue d'accra (Ga). Alors je parle en éwé et une autre personne me traduit mais l'explication n'est pas correcte et ils sont allés chercher une autre personne qui a bien traduit et ça s'est bien passé. Je ne me sens pas bien parce que je ne comprends pas la langue, je suis un peu gênée. Ça fait perdre un peu le temps mais je pense qu'ils sont en train de faire leur travail. La différence entre l'accès aux soins de santé au Ghana et au Togo est que l'accueille ici n'est pas chaleureuse. Parfois l'infirmier ou le docteur crie sur toi et le personnel médical se traine beaucoup. Avant-hier nous étions venues ici, c'est jusqu'à 18h qu'on nous a reçu. Au cours du processus médical, j'ai tout dit mais je ne sais pas si le traducteur a tout traduit. C'est la deuxième fois que je viens ici. Je n'ai jamais posé de questions à personne et on ne me dit rien. La manière dont ils parlent ne nous donne pas le courage de poser des questions.

RESPONDENT 8.

Ma femme a 20 ans. Elle est togolaise. Elle est venue pour des traitement. Elle a fait 2 jours. Elle ne parle pas du tout anglais, elle parle seulement éwé. Nous avons parlé ewe avec le personnel médical. Concernant la communication, il y a des difficultés. Si on nous parle et on ne comprend pas, on appelle quelqu'un et la personne nous parle et c'est plus facile. Je ne me sens

pas à l'aise de s'exprimer à travers une autre personne. Mais je pense que l'interprète traduit exactement ce que l'infirmier veut dire. Le seul problème que j'ai c'est la monnaie, comme on ne connaît pas la monnaie d'ici, c'est un peu difficile. Si non on est satisfaits. Le médecin n'a pas pu expliquer comment on doit prendre le médicament.

RESPONDENT 9.

Q- Interviewer; A- Respondent

Q: So please tell me how old you are

A: 18 years

Q: 18. And you are from which country?

A: Mali.

Q: Mali.

A: I come from Mali

Q: Ok. Which tribe or ethnic group?

A: Which tribe?

Q: Ethnic group? Quel groupe ethnique?

A: Sonre

Q: And you are here in Ghana as a student?

A: Yeah

Q: Learning English

A: To learn English

Q: So is that the only reason why you came to Ghana?

A: Yes only that. But I want to, maybe if I finish my training, I will start university

Q: Here

A: Yes. Yeah

Q: Ok. How long have you stayed here

A: 3. To stay here?

Q: How long have you been in Ghana?

A: 3

Q: 3 months

A: Mmhmm

Q: And you started this course 3 months ago. Ok. Since you came have you been to any hospital or pharmacy?

A: Pharmacy

Q: You've been to a pharmacy

A: Yeah

Q: how many pharmacies?

A: One

Q: Only one

A: Yeah

Q: So you've gone only once or you've gone to that pharmacy more than once

A: Yeah

Q: Which is it? How many times did you go there?

A: One, two times

Q: Ok. But to the same pharmacy

A: Yeah

Q: Is it in the area?

A: Yeah, in the area

Q: So in Abelenkpe here

A: Yes

Q: Ok. How many languages do you speak? Sorry. Do you know the name of the pharmacy?

A: Oh no

Q: No. but it's here in Abelenkpe

A: Yes. In the road.

Q: Near SOPODIVA

A: Yes

Q: Ok. No problem. How many languages do you speak or can you tell me the languages you speak

A: French, Bambara, Sonre and I'm learning English

Q: You're learning English. So that makes 4

A: Yes

Q: But you don't speak any local language we speak here

A: No

Q: Ok. So which one do you use most?

A: French

Q: So here you use what language? In school here

A: English

Q: You speak in English. But when you're at home?

A: I speak French sometimes

Q: French sometimes. Here in Ghana too?

A: Yes

Q: When you're at home you speak French. Ok. And when you go out? Do you go to the church or the mosque?

A: No

Q: Do you go to any functions? Maybe there's an outing, excursion, something like that

A: Office like bank and to the restaurant like KFC and Planet Keeper

Q: And when you go you speak?

A: English

Q: English. Ok. So how would you say your English is? What level is your English at now?

A: Better than the first time.

Q: Ok. So is it intermediate? Or you're still at basic?

A: Basic

Q: So that means you can express yourself but not everything and you can understand some but not a lot

A: Yes

Q: So now when you went to the pharmacy, what language did you speak with them?

A: English. I try

Q: English. How long ago was it?

A: Maybe 1 month

Q: 1 month ago. Ok so that's 2 months after you had arrived in Ghana. Ok, you spoke English with them. Did they understand you?

A: Yes. Because when you meet some Ghana people and you say you are, you cannot speak English very well they try to understand you and will understand what you're saying

Q: Alright. So did you have any difficulty speaking with the pharmacist?

A: Yes because I don't know yet what diseases I have

Q: What disease you have. How to say it in English

A: Yes so I say, I show him my neck

Q: Ok. So you pointed to your neck. Your throat? Was it your throat?

A: Yes

Q: And that's how he knew that this is what is wrong with you

A: Yes

Q: So you used sign language like gestures. Alright, and he also spoke back to you in English

A: Yes but I understand

Q: But what he was saying to you, you understood

A: Yes

Q: Alright. And do you think there's a difference in how the pharmacists here communicate and they work as compared to your country

A: Yes. Not in that different but small

Q: How?

A: Because maybe in my country I can understand the doctor so it's easy for me than here

Q: So that's it. It was more difficult here for you. Alright. But let me say how he would explain to you what you have and how much medication you would take and all that is it like how it is in your country? Did they explain it the way you have it in your own country?

A: Yes it's the same. But maybe the price is maybe more than my country. Maybe depend on the medicine.

Q: So you're sure that what you told them is wrong with you they understood.

A: Yes

Q: And they gave you the medicine

A: Yes

Q: And so it helped you

A: Yes

Q: So you're fine now

A: I'm fine

Q: Alright. Did you need to have somebody else to go with you? Somebody who speaks better English?

A: No

Q: You went on your own

A: Yes

Q: And you did everything on your own?

A: Yes

Q: And if you needed somebody to go with you do you think it would have helped? Somebody who speaks better English and French

A: Yes

Q: who would talk for the two of you? It would have helped? You would have liked to have someone who can do that

A: Yes. It would be easy

Q: It would have been easier. Ok. So do you think it is important to have that communications? Something to bridge that communication, do you think it's important? Or someone to do that in the health care process. Let's say if you went to a hospital and you said you don't speak English and they said ok we have somebody here who speaks French and the person will go with you

A: Yes it would be good but I think that it is better if you try to speak and now you can know how to pronounce some new. You'll learn something

Q: You'll learn some things on your own. Ok But if you were to go to a hospital, would you want an interpreter?

A: Maybe. I ask someone to...

Q: Go with you because it might be more complicated

A: Complicated than pharmacy

Q: What do you think about generally the health care system in Ghana?

A: Ghana, I think it's good because it's not too dirty. Ghana is propre, is clear so I think there's no problem for their life

Q: And you think the health care systems, do you think the systems are, what do you think about the systems? So the systems perhaps, I don't know how it is in Mali, whether you see the doctor and everything before you pay, you pay before you see the doctor. Sorry, you didn't go to the hospital. You went to the pharmacy. So you don't have any experience with the hospital? Alright. But I don't know, for instance in some pharmacies outside the country, they will tell you they want to check your temperature and things like that. Yes, but I don't think it's done here in Ghana. What do you think about that?

A: I think it's better if he ask what happen really. If you have something more than what you're saying. Ask what happened. Don't just focus about what you said. He must ask you that there is someone, something which happened again.

Q: Ok. So he didn't ask you so it's more like everything was just what you said.

A: Yes

Q: He gives you the medicine and then you have to go. But you would have preferred if he had asked you more questions?

A: Yes

Q: So that you feel like he's really getting to the main issue

A: Yeah

Q: Alright. But if they had asked you maybe very detailed information you don't mind telling the pharmacist? Like if they ask you when was your last period and things like that, you don't mind? It's normal. Did he tell you what he thought was wrong with you?

A: Yes

Q: He told you what it is

A: I said the hand and tongue throat so he give me the medicine

Q: And he told you that it's a sore throat

A: When I say this, he give me just the medicine and finish

Q: But you didn't say what it is or you told him what it is?

A: No. I say...

Q: You pointed here. So he told you what it is, that it's a sore throat.

A: Yes

Q: Alright. And so you were, how did you feel? You were fine with the information he gave you? What you had and the medicine to take

A: Yes

Q: Alright. So he, was it easy to understand him? He didn't use any big medical terms?

A: No. when I tell him I am francophone he understood me

Q: Alright. Do you think that the pharmacist was open with you maybe concerning your healthcare? Maybe he didn't hide anything? Maybe he wasn't trying to?

A: No. he was very smiley

Q: Very smiley and very open? Friendly? Ok

A: Do you think that Ghanaians are free talking about health issues? So for example if there was to be a talk on STDs, on AIDS, HIV do you think that Ghanaians will talk about it?

A: Yes

Q: As much as your country

A: Yes

Q: Alright. So thank you very much for your time

A: Thank you too

Q: It was nice speaking to you.

RESPONDENT 11.

P3 on template sheet

Q- Interviewer; A- Respondent

Q: So sir how old are you please?

A: 31 years

Q: Which country are you from?

A: Mali

Q: Which ethnic group?

A: Sonre

Q: What do you do?

A: I worked at an NGO

Q: Why did you come to Ghana?

A: To learn English

Q: How long have you been in Ghana?

A: almost 2 months

Q: Have you visited any health care center?

A: The pharmacy and the market

Q: You bought medicine from the market?

A: No no

Q: Ok but you've gone to the market in Ghana

A: Yes

Q: How many times have you been to the pharmacy?

A: Twice

Q: Do you know the name of the pharmacy?

A: I was at a pharmacy in madina near bank of Africa. Then I also visited a pharmacy near our house at SOPODIVA in Madina.

Q: So two different Pharmacies?

A: Yes.

Q: How many languages do you speak?

A: I speak Sonre, French, Bambara and I am learning English.

Q: So which one are you most comfortable speaking? Which one do you normally use?

A: My local language Sonre.

Q: So when you are back home in Mali you use Sonre?

A: Yes

Q: But here in school what do you use?

A: English

Q: When you are home at SOPODIVA in Madina, which language do you use?

A: Many times English.

Q: Do you go to church or the mosque?

A: Mosque. I am a Muslim.

Q: When you go to the mosque what do you speak?

A: English

Q: When you go out maybe to the restaurant, market, or on an excursion, what do you speak?

A: In the restaurant, sometimes English because if they know that we are francophones they try to speak for us French also.

Q: So sometimes English and sometimes French?

A: Yes but I start by English. If they know that my English is not better, they ask me sometimes you are francophone. If we speak French, we try to speak French. For example, yesterday night

I went to buy rice, they know that I am francophone, they start talk me in French. But first I talk him in English.

Q: So when you are with your friends, you speak...

A: At SOPODIVA in Madina, only English.

Q: So how would you say your English is? Is it basic, intermediate?

A: Basic

Q: A2 or B1?

A: Basic 2. I just finished basic 2. I have to write a test before I can...

Q: okay you have to write a test to go to intermediate, so you are still at basic.

Q: So when you went to the pharmacy, you spoke to them in which language?

A: English

Q: okay Was it difficult for you to speak with them?

A: When I went there, for the pharmacy which is near from the bank, I train the word into my phone before going there. I checked the word. Easily, he understands and he gave me the medicine.

Q: And what about the second pharmacy?

A: It was a girl but she didn't ... because I tried to explain... how.. and finally she understand

Q: Alors cela a pris un peu de temps.

A : Oui. Ça a pris un peu de temps.

Q : Donc comment est-ce que tu as pu passer le message finalement ?

A : Par les gestes, les étapes... elle a compris.

Q : Donc elle a répondu en anglais ?

A : Oui en anglais. Elle parle pas français.

Q : Et toi tu as compris tout ce qu'elle a dit ?

A : J'ai compris tout ce qu'elle a dit.

Q : Donc la posologie et tout ça tu as compris ?

A : Tout ça là j'ai compris.

Q : Ok

Q : Est-ce que tu penses qu'il y a une différence dans le niveau de communication ici par rapport à chez vous ?

A : Oui. L'anglais est différent de français. C'est la langue.

Q : C'est juste la langue ? Appart la langue

A : Non

Q : Et donc quand elle a compris, est-ce qu'elle a pu te dire la maladie ou bien...

A : Elle n'a pas pu. Je l'ai expliqué le cas, elle a prescrit le médicament.

Q : Ah d'accord. Donc elle a juste prescrit le médicament. Ok. Est-ce que tu penses que ce serait plus facile de communiquer si tu avais un interprète par exemple. Est-ce que tu penses qu'il y a un besoin pour un interprète ?

A : Oui. Because c'était mon premier mois. I didn't get one month before. But I tried small English. Without interprète I can try.

Q: Alors si tu étais aller à l'hôpital (je ne le souhaite pas) mais si tu devais aller à l'hôpital, est-ce tu penses que ce serait nécessaire d'avoir un interprète ?

A : Non ...au moment je suis I can try myself.

Q: Même pendant ce temps-là à l'arriver?

A : Ce moment-là c'était nécessaire

Q : Est-ce que tu penses que ce serait utile d'avoir des interprètes formés dans soins de santé ?

A : oui c'est utile. C'est très utile because il y a des gens qui ne comprennent pas. Il y a des étrangers qui arrivent souvent, qui quittent des pays francophones, qui arrivent et qui ne parlent pas. S'il y a des interprètes, ça va les aider. Comme moi en mon début. Comme moi par exemple.

Q : What do you think about the health care in Ghana ? Est-ce que c'est compliqué ? Pourquoi vous ne vouliez pas aller à l'hôpital en fait ?

A : C'est juste que...peut être quand c'est loin. Parce que je me suis dit que peut être c'est loin. C'est la pharmacie que j'ai vue en premier lieu là-bas. Depuis que je suis venu, si ce n'est pas health center en venant par les trottoirs que j'ai vu, je n'ai pas vu un hôpital. C'est les pharmacies qu'on voit. Ils sont plus rapides à donner les médicaments que lors qu'on va à l'hôpital.

Q : Et chez vous, est-ce que c'est le même ? est-ce que vous préférez aller à la pharmacie chez vous au Mali ?

A : Quand c'est une petite maladie, je préfère aller à la pharmacie. Si c'est les maux de tête ou une fatigue générale, je préfère aller à la pharmacie d'abord.

Q : Donc normalement tu ne vas pas à l'hôpital.

A : Si je sens ou si je vois que la maladie persiste, je pourrais chercher à aller à l'hôpital.

Q : A la pharmacie, est-ce que le personnel a posé d'autres questions pour savoir les symptômes ?

A : Oui elle a posé beaucoup de questions.

Q : Et tu as donné les informations.

A : J'ai donné les réponses. Oui

Q : Mais tu n'avais de problème en donnant les informations ? Tu ne sentais pas que les questions sont trop ou tu étais à l'aise avec les questions?

A : Oui

Q : Est-ce-que tu es satisfait avec les informations qu'il vous a données à la pharmacie ?

A : Oui

Q : Est-ce-que tu sentais qu'à la pharmacie, le personnel ne voulait pas te dire tout ou bien il cachait certaines informations, quelque chose comme ça ?

A : No

Q : Est-ce que tu as pu parler aux Ghanéens concernant les soins de santé ?

A : Aux Ghanéens ? Non.

Q : Je pense que c'est tout. Merci beaucoup.