



HAL
open science

Les défis interculturels dans les formations de français de la médecine.

Philippe Stoesslé

► **To cite this version:**

Philippe Stoesslé. Les défis interculturels dans les formations de français de la médecine.. Synergies Mexique, 2015. <halshs-02145018>

HAL Id: halshs-02145018

<https://shs.hal.science/halshs-02145018v1>

Submitted on 5 Jun 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Les défis interculturels dans les formations de français de la médecine



Philippe Stoesslé

Universidad de Monterrey, Mexique
philippe.stoessle@udem.edu

Reçu le 25-03-2015/ Évalué le 19-05-2015/ Accepté le 13-08-2015

Résumé

Cet article, basé sur une recherche-action, rend compte des grands enjeux interculturels du français de la médecine. En effet, la composante interculturelle de ce type de formation constitue un des principaux défis auxquels le formateur doit faire face, car il n'est habituellement ni un expert en médecine, ni un fin connaisseur du système de santé de la culture cible. En raison de la dimension nécessairement collective du travail de soin, les interactions communicatives en milieu médical sont multiples et complexes, et l'apprenant doit développer une série de valeurs et de savoir-être pour apprendre à communiquer *justement* avec cet Autre que représentent les collègues et le patient. Ainsi, la constante adaptation par le médecin de sa communication en fonction de l'interlocuteur et du contexte interculturel constitue un véritable « échange d'identités ».

Mots-clés : français de la médecine, compétence interculturelle, dimension collective du travail

Los retos interculturales en las formaciones de francés de la medicina

Resumen

Este artículo, basado en una investigación-acción, refleja los principales desafíos interculturales del francés en los estudios en medicina. Efectivamente, el componente intercultural de dichas formaciones, constituye uno de los retos principales al cual se enfrenta el formador, ya que por lo general no es ni un experto en medicina, ni un conocedor riguroso del sistema de salud de la cultura meta. Dada la necesaria dimensión colectiva en el área de cuidados, las interacciones comunicativas en un entorno médico son múltiples y complejas, por lo tanto, el alumno debe desarrollar un conjunto de valores y de comportamientos para aprender a comunicarse adecuadamente con los colegas y los pacientes. Así, la adaptación constante del discurso del médico, que está en función del interlocutor y del contexto intercultural, constituye un verdadero « intercambio de identidades ».

Palabras clave: francés de la medicina, competencia intercultural, dimensión colectiva del trabajo.

The intercultural challenges in medical French training

Abstract

This article, based on an action-research, reflects the key intercultural issues of medical French. Indeed, the intercultural component of the medical French training is one of the main challenges that a trainer usually faces since he or she is neither a medical expert, nor knowledgeable about the target culture health system. Due to the necessarily collective aspect of care work, communicative interactions in a medical environment are many and complex, and the student must develop a set of values and his/her existential competence to learn how to communicate assertively among colleagues and patients. Thus, the constant adaptation by the physician of his or her communication according to the interlocutor and the intercultural context constitutes a true “exchange of identities”.

Keywords: medical French, intercultural competence, collective aspect of work

1. Introduction

Contrairement aux formations de « français général », où prédominent encore souvent les didactiques traditionnelles et obsolètes d'enseignement de compétences grammaticales combinées à des connaissances lexicales, les formations dites « de français professionnel » ou « sur objectifs spécifiques » se doivent d'être à la pointe des innovations didactiques contemporaines pour atteindre leurs objectifs. En effet, une approche uniquement linguistique dans une formation de français professionnel manquerait inmanquablement ses objectifs, en laissant de côté, entre autres, la dimension interculturelle qui donne un sens réel à l'utilisation sociale et culturelle de la langue dans un milieu professionnel donné. La notion d'interculturel est ici comprise en relation avec la « *culture sur le lieu de travail* » telle que décrite dans le projet *Odyseus*, où elle fait référence à: « La manière dont il convient de faire les choses dans un lieu de travail donné, à la vision et aux convictions qui déterminent la manière de penser et d'agir sur ce lieu de travail. Tous les aspects de cette culture ne sont pas toujours présentés explicitement, mais on les découvre lorsqu'on est impliqué dans l'organisation » (Grünhage-Monetti, 2004 : 86).

Ainsi, dans le cas du français de la médecine, l'impérieuse nécessité d'avoir recours à la « *prise de conscience de la dimension interculturelle* », aux « *aptitudes interculturelles* » et aux « *savoir-être* » recommandés par le Cadre Européen Commun de Références pour les langues prend tout son sens. En effet, un médecin allophone ne pourra pas exercer la médecine dans un environnement francophone sans dominer cette « *compétence interculturelle* », qui lui fera à la fois prendre conscience de sa propre identité et de celles de ses futurs collègues du contexte-cible.

Communiquer entre médecins ne signifie pas uniquement échanger des informations médicales, mais aussi et surtout établir un contact interpersonnel avec d'autres personnes parlant une langue différente et vivant une culture associée distincte de la culture d'origine. Pour cette raison, aborder et traiter cette compétence lors des formations de français de la médecine est un élément-clé du succès de ces dernières. En effet, le médecin, de par sa fonction spécifique de détenteur d'une ressource peu accessible à la majorité (la connaissance médicale), doit tout particulièrement surveiller la manière dont il s'exprime. Ainsi, comme les patients qui consultent un médecin ont par définition une certaine vulnérabilité (comprise comme une exposition à un risque de santé qu'ils ne peuvent pas affronter seuls), le médecin allophone ne doit pas seulement apprendre à dire ce qu'il a à dire, mais il doit surtout apprendre la manière culturellement adéquate de le dire, afin de se préparer à des relations avec des patients issus d'autres cultures et ne partageant pas nécessairement les opinions, valeurs et comportements de santé auxquels ils sont habitués.

Dans ce contexte, une interculturelité bien pensée (c'est-à-dire pensée pour être efficace et délivrer aux apprenants les clés d'une intégration réussie dans leur futur milieu médical) se doit d'être présente lors de toutes les étapes de formation définies par Ardouin (analyse, conception, réalisation et évaluation) et pas seulement en toile de fond ou comme simple saupoudrage (Ardouin, 2010 : 37). Tout d'abord, procéder à une analyse des besoins professionnels permet de définir précisément la demande formulée par les apprenants et d'identifier les besoins interculturels correspondant à l'exercice d'une profession de santé. A ce stade, il est utile d'interviewer les différents acteurs du système de santé de la culture-cible - puisque la compétence interculturelle peut tout à fait être considérée comme une compétence professionnelle à part entière - et d'utiliser des documents authentiques (par exemple, le *Code de déontologie des médecins* du Collège des médecins du Québec), ainsi que les référentiels de compétences des diverses branches professionnelles de la médecine (Fiches métiers du Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois ; Répertoire de compétences des médecins du Conseil médical du Canada). Seul ce scrupuleux examen permet de concevoir les contenus du curriculum de formation, les objectifs à atteindre et les compétences à développer. Les conditions sont alors réunies pour passer à la conception d'activités d'apprentissage interculturel, qui seront postérieurement réalisées et évaluées.

Ce processus ne se fait pas sans obstacles sérieux pour le formateur ; en effet, où situer la compétence interculturelle dans une formation de français médical ? Comment appliquer les aspects théoriques et conceptuels de l'interculturelité à une formation de français médical ? Quels sont les « contenus interculturels » nécessaires pour ce type de formation (connaissances, attitudes, comportements) ? De même, comment peut-on évaluer le développement de la compétence interculturelle en milieu professionnel,

étant donné que la compétence ne s'actualise qu'en contexte authentique ? Ces interrogations sont d'une pertinence particulière car, jusqu'à présent, il existe très peu de publications sur l'interculturalité dans le français de la médecine.

Cette étude est issue d'une démarche méthodologique de « recherche-action » et elle vise à rendre compte des interrogations, obstacles, processus et réflexions théoriques sur l'intégration de l'interculturalité dans les formations de français de la médecine, en se basant sur une mise à distance critique et réflexive des expériences de l'auteur en la matière. Pour cette raison, il est nécessaire de souligner que ce qui est ici présenté se base sur des formations destinées à des médecins et non à d'autres professions de santé. C'est pourquoi il ne sera fait référence qu'à cette profession précise, bien que beaucoup d'aspects ici traités soient tout à fait valides pour la formation en français professionnel d'autres métiers de la santé.

Cet article s'articule autour d'une réflexion sur la compétence interculturelle, en considérant tout d'abord les objectifs généraux d'interculturalité dans une formation de français de la médecine et leurs implications sur les valeurs et savoir-être, pour finalement analyser deux aspects fondamentaux de l'exercice de la médecine : sa dimension collective et la relation médecin-patient.

2. La définition des objectifs interculturels du français de la médecine

Les objectifs de formation doivent absolument correspondre au contexte dans lequel les médecins-apprenants comptent exercer la médecine, car comme le rappelle Samuelson :

La compétence est décrite dans son environnement. La mission du médecin généraliste s'exerce dans un environnement, qui interagit avec lui. L'environnement est fait d'acteurs et d'institutions formant système, qui ont des attentes, des exigences, et qui appliquent à l'activité du médecin généraliste des critères d'efficacité et de qualité. Les demandes des patients et leurs attentes sont situées et traitées à l'intérieur du système de santé, avec ses exigences politiques, économiques, réglementaires, et aussi ses zones d'incertitude et de désordre (1997 : 17).

De plus, les situations langagières au travail sont imbriquées dans les actes. La langue de travail est totalement insérée dans un contexte professionnel d'action qui donne du sens au langage et réciproquement:

D'une part les interactions soignants-soignés, correspondant à des situations telles que la consultation, la visite, l'accouchement, etc. Ce sont là des relations duales, complémentaires, coopératives et parfois conflictuelles. Ces situations peuvent s'élargir à plusieurs participants, inclure l'utilisation d'équipements sophistiqués,

elles n'en restent pas moins bien délimitées. D'autre part la coopération du personnel soignant dans le travail - qui, elle aussi, passe par des médiations techniques ou symboliques, entre autres celle du langage. Au lieu de situations bien délimitées dans l'espace et le temps, ce sont des cours d'action coordonnés ou entremêlés qui nourrissent ici les actions collectives (Lacoste, 1992 : 4-5).

Ces situations langagières en milieu médical comprennent donc toujours au moins une interaction avec les acteurs du système de soins (patients, collègues médecins, paramédicaux, familles, pouvoirs publics, etc.).

A partir des écrits de Byram & Zarate, il apparaît évident que toute formation de français de la médecine se doit de développer une « compétence interculturelle » qui se composera de l'interaction entre la dimension communicative de l'exercice de la médecine (communication verbale et non verbale ; langue médicale et gestes ou mimiques du médecin) et sa dimension comportementale (tout ce qui a trait au savoir-être du médecin ; son attitude de respect et d'écoute du patient par exemple) (Byram & Zarate, 1998; Byram, 1997). A cela, se rattache une dimension cognitive (tout ce qui concerne la connaissance de la culture de l'Autre et les habilités à comprendre les manières d'acquérir de nouvelles connaissances dans la culture de réception) et une indéniable dimension affective (spécialement en rapport à la sensibilité nécessaire pour interagir avec des patients en souffrance). En somme, le médecin allophone doit comprendre les distinctions entre son milieu d'origine et celui de destination, de sorte qu'il puisse établir des relations professionnelles adaptées aux exigences culturelles du pays de réception ; ce qui implique aussi d'apprendre à relativiser son propre système de valeur et à « se décentrer », comme dirait Louis Porcher (Porcher, 1986 : 122). Le médecin-apprenant ne devient alors pas seulement bilingue, mais il développe également une personnalité sensible à la richesse culturelle - de la culture anthropologique comme de la culture médicale - inhérente à l'apprentissage d'une langue professionnelle.

3. Valeurs et savoir-être

« Apprendre à apprendre » dans le domaine interculturel passe par l'apprentissage de valeurs et savoir-être qui fournissent à l'apprenant-médecin une capacité à établir ses propres stratégies interculturelles pour exercer dans n'importe quel contexte du monde de la santé. La « compétence interculturelle » n'est ainsi jamais totalement atteinte ni achevée. L'approche interculturelle d'une formation de français de la médecine doit donc se constituer d'un double mouvement permanent entre la découverte de l'« Autre » et la découverte de soi par rapport à cet Autre. Ceci passe par l'identification des singularités de la culture-cible et par le déchiffrement interculturel de

la culture de l'Autre, qui implique une certaine prise de distance critique, ou « décentration » envers l'« habitus culturel » d'origine.

Les activités d'apprentissage d'une formation de français médical doivent donc permettre d'interpréter et de comprendre ces éléments, afin de favoriser la justesse culturelle de l'action professionnelle de l'apprenant, en évitant par là même les stéréotypes. Cependant, il n'existe aucun corpus fini de « connaissances interculturelles » qui correspondrait à la compétence interculturelle et qui serait à transmettre avant l'émigration des apprenants vers la culture-cible, ni de modèle parfait à suivre que le formateur pourrait inoculer. Les objectifs préalablement identifiés ne servent donc en aucun cas à apprendre à « imiter » un médecin né au sein d'une culture-cible monolithique, comportement que seraient d'ailleurs bien en peine de (re)produire la majorité des formateurs, n'étant pas eux-mêmes professionnels de la santé.

Au contraire, une pédagogie de l'interculturel efficace permet de dépoussiérer les préconceptions et représentations erronées, ainsi que les simplifications sur les supposés « dialogues entre cultures ». En effet, un médecin allophone en contexte francophone ne s'intégrera pas efficacement à une organisation professionnelle de santé par simple côtoiement de ses collègues. Il doit, à l'inverse, être capable d'intervenir dans des contextes culturels évolutifs par définition, puisque les identités sociales des individus se modifient constamment. Derrière les patients, se cachent des personnes qui adoptent et adaptent de nouvelles opinions, croyances et valeurs au fil de leurs expériences de vie, de manière totalement naturelle, et que le médecin-apprenant devra être capable de comprendre et d'accepter.

4. Soigner, un travail d'équipe

Rappelons brièvement l'importance des langues dans le monde professionnel, et spécialement pour les travailleurs-migrants, les médecins ne faisant pas exception à la règle. Comme l'écrivent Grünhage-Monetti, Halewijn et Holland à propos du projet Odysseus relatif à l'utilisation d'une deuxième langue sur le lieu de travail :

L'offre en cours de langues à vocation professionnelle et sur le lieu de travail joue un rôle clé dans l'intégration sociale et économique et la participation des travailleurs migrants ou ethniques. (...) En tant que praticiens et chercheurs dans le domaine de la deuxième langue, nous sommes convaincus du rôle essentiel de l'offre en cours de langues à des fins professionnelles et sur le lieu de travail pour l'intégration et la participation sociales et économiques des locuteurs d'autres langues. (...) Les compétences communicatives sont devenues des pivots de la performance professionnelle à tous les niveaux hiérarchiques pour tous les employés (de langue maternelle ou locuteurs d'autres langues) (2004 : 12).

En effet, comme l'explique Talavera-Goy :

Le français de la médecine » est bien plus que « *la terminologie médicale* » des « *mots savants* », puisque « *cette dénomination tend à recouvrir à présent l'ensemble des connaissances et compétences en français nécessaires au travail médical* ». *Le français médical touche donc autant à d'autres disciplines qu'à la didactique des langues*. En résumé, il est possible d'affirmer que le *français de la médecine*, caractérisé par la pluridisciplinarité, répond aux besoins de formation en français et dans le domaine professionnel (2008 : 76).

C'est cette approche combinant apprentissage des langues et logique professionnelle des métiers, proposée par Florence Mourlhon-Dalliès, qui permet de préparer efficacement le médecin allophone à l'exercice de la médecine en milieu francophone (Mourlhon-Dalliès, 2008). L'interculturel est donc central dans les formations de français médical, car il existe d'importantes différences entre les systèmes sanitaires, la structure des soins médicaux et les études médicales (Kautenburger, 2006).

De plus, la pratique médicale quotidienne est par essence une pratique collective et le formateur doit intégrer cette dimension collective à la formation. Le personnel hospitalier représente une véritable équipe, et même si parfois les relations sont extrêmement tendues - entre infirmières expérimentées et jeunes médecins par exemple - aucun ne peut effectuer son travail efficacement (c'est-à-dire dans l'intérêt de la santé du patient) sans coopérer. Spécifiquement, les prises de décisions sont collectives. Les médecins en appellent régulièrement à leurs collègues afin de confirmer un diagnostic et de décider d'un traitement. La pratique du partage de décision, ou tout du moins du deuxième avis, est très répandue. Sur un plan plus général, le médecin généraliste en hôpital doit communiquer et coopérer avec les cadres administratifs de l'hôpital, avec les médecins spécialistes, avec les techniciens (qui s'occupent par exemple des radiographies ou des analyses de sang), avec les infirmières, ou encore avec les personnels de nettoyage.

5. La relation médecin-patient

Comme toute relation, celle-ci implique une communication entre plusieurs personnes, dans ce cas deux : le patient et le médecin. Cette relation a pour enjeu un « service médical » dans lequel les deux acteurs occupent des fonctions prédéterminées et la communication entre eux est régie par les normes et contraintes du *genre* « consultation médicale ». L'interaction médecin-patient est polymorphe et dépend forcément du contexte (consultation sur rendez-vous, arrivée aux Urgences ou consultation à domicile), de la gravité du mal dont souffre - ou pense souffrir - le patient, de l'âge et du sexe des interlocuteurs, et de leur personnalité. De plus, chaque personne

possède plusieurs *faces*¹, qui apparaissent alternativement ou au même moment selon les situations de communications dans lesquelles un sujet se trouve. Un patient peut par exemple en arriver à parler de sa vie privée, car cela peut avoir une incidence sur le diagnostic, ce qui est presque interdit pour le médecin, qui doit se contenter de sa *face* de personne soignante. Cette *face* du médecin doit faire preuve de valeurs comme la pudeur, la confiance et le respect, de même que d'attitudes bienveillantes, empathiques et confidentielles pour que le patient, qui est le « demandeur de service » et qui souffre *a priori* d'un mal, soit satisfait du médecin.

Cette « souffrance » est une notion-clé de la relation et elle est présente en filigrane lors de toute la consultation. Toutefois, les seuils et modes d'expression diffèrent selon les cultures et les individus. Par exemple, le machisme plus ou moins latent des pays latins pourrait empêcher un homme d'exprimer une souffrance, alors que cela ne poserait pas de problème à une femme de la même culture. Le médecin qui part exercer dans une autre culture doit donc être extrêmement attentif à la souffrance, physique ou psychique, car elle est facilement cachée, voire niée.

Aussi, une relation inégale s'exprime souvent lors de la consultation, « ce que l'on nomme souvent la «dominance» - ou encore l'«asymétrie», l'«inégalité» - dans cette relation, où le médecin parle plus que le malade et a des droits de communication supérieurs » (Lacoste, 1992 : 6). Or, cela dénote un évident dysfonctionnement, « puisque le professionnel doit collecter l'information nécessaire à son diagnostic » (Lacoste, 1992 : 7) et donc en théorie interroger et écouter son patient. En plus de cette asymétrie, Lacoste - reprenant Bourdieu - identifie aussi une relation de « *domination symbolique* ». Elle donne en effet l'exemple du « malade [qui] pose une question, il arrive qu'il ne lui soit pas du tout répondu, et l'on est fondé à y voir une marque de violence symbolique caractérisée » (Lacoste, 1992 : 7).

En somme, la consultation médicale constitue l'essence du rôle du médecin. Selon les témoignages des professionnels de la santé, le diagnostic et le traitement d'un patient se fondent en majorité sur l'entretien avec le patient. L'examen physique qui lui succède ne fait en général que fournir des renseignements complémentaires et confirmer l'hypothèse émise par le médecin lors de l'entretien. La consultation est généralement composée des étapes suivantes, auxquelles correspond toute une série d'actes de langage:

- Application de techniques d'entretiens et de méthodes qui permettent de bien comprendre le contexte social et culturel du patient et les antécédents de l'objet de la consultation.
- Interrogation sur les symptômes physiques et psychiques, ainsi que sur les croyances, préoccupations, attentes et le vécu de la maladie.

- Interprétation de l'expression du savoir du malade (expressions familières et idiomatiques) et des signes et non-dits.
- Repérage du malaise ou de la gêne chez le patient (paralangage : intensité de la voix, intonation, vitesse d'élocution - langage non-verbal / kinésique : jeux de regards, gestuelle).
- Examen physique du patient : la relation sur le plan du corps (pudeur, réticences, contact physique, nudité), élection de la *proxémie*² et des distances interpersonnelles adéquates selon les caractéristiques sociodémographiques du patient (sexe, âge, degré d'handicap, type de maladie, situation socioéconomique, etc.).
- Explication spécialisée, déclarative et experte du diagnostic, en utilisant une terminologie non technique adaptée à l'âge, au sexe et à la culture du patient.

Énoncer un diagnostic est indissociable de nouvelles difficultés à annoncer aux patients et à leurs familles. On pense évidemment aux maladies graves et à la mort, mais il en existe d'autres, comme les coûts élevés de la santé, des examens et des traitements. Cela donne parfois lieu à des situations ubuesques mais réelles - auxquelles doivent donc être préparés les médecins - comme le fait de devoir refuser de soigner un patient si les premiers soins qui lui ont été appliqués ne sont pas payés. Pour prendre le cas extrême et probablement le plus difficile, celui de la mort d'une personne, il faut apprendre à traiter cette situation avec la famille du défunt, mais aussi avec le malade lorsqu'il se trouve dans l'ultime étape de sa vie.

6. Conclusion : la culture de l'Autre et l'apprentissage du français de la médecine

Ainsi, un médecin intégré à une équipe de santé ne fait pas qu'*échanger des paroles visant à informer* ses collègues et patients, il *échange* avec un représentant d'un groupe social spécifique. Il doit donc être capable d'adapter son discours, sa manière de le tenir et ses réponses lors de cet « échange d'identités » que constitue la communication en contexte d'interaction professionnelle. Cette capacité de communication interculturelle doit permettre au médecin de déconstruire les stéréotypes. Réussir cette approche de la perception de l'Autre comme acteur social unique et différent - et par conséquent à découvrir - implique que l'apprenant ait intégré la dimension interculturelle en plus de la nécessaire compétence sociolinguistique du français de la médecine.

Dans ce contexte, le rôle de l'enseignant-formateur consiste à développer chez les apprenants les capacités de relation avec « l'Autre », celui qui a des attitudes, des valeurs et des comportements différents. L'ingénierie d'une formation de français de la médecine doit donc considérer les stratégies nécessaires pour que l'apprenant confronte sa culture à la culture-cible. Le principal obstacle pour le formateur est de lui-même

parvenir à surmonter la confusion entre connaissance interculturelle et compétence interculturelle. En effet, accumuler des *connaissances* sur le système médical, les pratiques et les attitudes des médecins dans le système de santé de réception n'est qu'un pas obligatoire mais totalement insuffisant pour développer une *compétence*.

Ceci peut laisser place à des situations particulièrement sensibles sur le plan des valeurs personnelles des apprenants, surtout lors d'apprentissages interculturels liés à des thèmes polémiques de déontologie médicale et de bioéthique. Comme il ne s'agit pas de chercher à modifier les opinions et valeurs des apprenants, mais plutôt de leur offrir les instruments nécessaires pour qu'ils puissent comprendre et respecter celles de leurs futurs patients et collègues, la solution de compromis doit tourner autour des valeurs universelles de tous les systèmes de santé publique. Ainsi, le respect de la dignité humaine, la préoccupation pour le bien-être du patient avant tout autre intérêt et l'égalité des personnes dans l'accès aux soins constituent des valeurs centrales qui doivent théoriquement dominer toute considération éthique personnelle des médecins.

Enfin, il est utile de rappeler que les conclusions et réflexions ici formulées ne sauraient être appliquées sans analyse préalable du contexte précis d'intervention de la formation de français médical. En effet, une formation d'« interculturelité médicale » se doit d'être mise en contexte car il existe autant de cultures médicales spécifiques que de communautés médicales, de spécialisations ou de lieux d'exercice (chaque hôpital possède ainsi ses propres protocoles de soins en rapport avec sa culture locale et institutionnelle, et qui le distingue des autres centres de santé). Par exemple, on pourrait penser que le « rituel » de la consultation médicale répond à une même approche holistique de la santé dans toute l'Amérique du Nord, où le praticien s'intéresse à toutes les caractéristiques des patients, à leur histoire personnelle et familiale, au contexte de leur vie, à leurs habitudes, leurs émotions et leurs activités. Toutefois, les expériences et témoignages recueillis indiquent que cela est probablement plus véridique au Mexique ou au Québec que dans le sud des Etats-Unis où le médecin accorde une importance primordiale aux symptômes, de manière plus décontextualisée du « tout » qu'est le patient. De même, sur le plan linguistique, il est possible de dégager une « langue médicale transversale » à tous les micro-contextes d'usage et bien évidemment liée à la langue française générale, mais il existe tout un paralogage propre aux différents centres de santé.

Bibliographie

- Ardouin, T. 2010. *Ingénierie de formation pour l'entreprise : Analyser, Concevoir, Réaliser, Evaluer*. Paris : Dunod.
- Byram, M. 1997. *Teaching and assessing intercultural communicative competence*. Clevedon: Multilingual Matters.

Byram, M., Zarate, G. 1998. « Définitions, objectifs et évaluation de la compétence socioculturelle ». *Le Français dans le Monde. Recherches et application : Apprentissage et usage des langues dans le cadre européen*, n°40, p. 70-96.

Conseil de l'Europe. 2001. *Un Cadre européen commun de référence pour les langues : apprendre, enseigner, évaluer*. Strasbourg : Didier.

Goffman, E. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*. Paris : Minuit.

Grünhage-Monetti, M. et al. 2004. *Odysseus la deuxième langue sur le lieu de travail. Les besoins linguistiques pour les travailleurs migrants : l'organisation de l'apprentissage des langues à des fins professionnelles*. Strasbourg : Conseil de l'Europe.

Hall, E.T. 1966. *The Hidden Dimension*. New York: Anchor Books Edition.

Kautenburger, M. 2006. « Pratique et théorie pour un cours de français médical réussi », *Le Français dans le Monde*, n°346, p. 32-34.

Lacoste, M. 1992. De la consultation médicale à l'analyse des activités hospitalières. In : *Langage, activités médicales et hospitalières : dimensions négligées*. Paris : Université Paris-Nord.

Mourlhon-Dalliès, F. 2008. *Enseigner une langue à des fins professionnelles*. Paris : Didier.

Porcher, L. 1986. Interrogations finales. In : *La Civilisation*. Paris : Clé International.

Samuelson, M. et al. 1997. *Pour un Référentiel Métier du Médecin Généraliste. Renover l'Enseignement de la Médecine Générale*. Caen : Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants.

Talavera-Goy, S. 2008. « FOS & multimédia : Utilisation de la plateforme pédagogique SPIRAL pour l'apprentissage du français médical ». *Synergies Chine*, n°3, p. 75-80.

Notes

1. Goffman (1973) introduit la notion de *face*, pour désigner « la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers une ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier ». Pour qu'une interaction fonctionne - comme par exemple la consultation médicale - il faut que les parties prenantes (le médecin et le patient) ménagent la *face* de leur interlocuteur, qu'elles s'engagent dans ce que Goffman appelle « la *figuration* », *ce qui entraîne certaines contraintes dans l'interaction*.

2. La *proxémie* est un concept inventé par Hall (1966), qui fait référence à « l'ensemble des observations et théories que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique », et principalement la distance physique qui sépare une personne d'une autre lors d'une interaction.