

Résumé de la thèse en français

1 Aperçu théorique

1.1 Introduction

Les travailleurs du monde entier sont confrontés à un lieu de travail multilingue en pleine évolution. En Europe en particulier, la "mondialisation et l'eupéanisation" (Horner & Weber 2018, p.8) et les développements de l'ère numérique ont conduit à une augmentation de la richesse et du nombre de travailleurs migrants. Le secteur de la santé allemand a été confronté à une diminution du nombre de médecins et d'infirmières disponibles sur le marché du travail, principalement en raison de l'évolution défavorable des salaires et de la charge de travail (Adler & Knesebeck 2011, p.1), ce qui est particulièrement notable dans les zones rurales (Kaduszkiewicz et al. 2018 & Martin 2014). Le recrutement de personnel étranger est devenu une méthode répandue pour combler les lacunes dans l'offre de travail, facilitée par l'accord de Schengen.

L'examen de cet environnement de travail pour ses pratiques de communication, les besoins linguistiques et les solutions linguistiques dans la vie professionnelle quotidienne (le *language*), est d'un grand intérêt pour la gestion des hôpitaux, les décideurs politiques et les concepteurs de cours de langue pour les immigrants et les professionnels étrangers.

Bien que le multilinguisme et les pratiques multilingues dans les hôpitaux aient déjà fait l'objet de recherches, ces documents ont souvent porté sur les hôpitaux dans des zones multilingues et plurilingues, ou se sont concentrés sur la relation médecin-patient ou la situation des infirmières (par exemple, Lüdi 2016 & Slavu, 2017). Cet article examine un hôpital situé dans une zone rurale allemande où la majorité des médecins sont issus de l'immigration, alors que la plupart des patients n'en ont pas, en se concentrant sur le personnel.

J'aimerais ajouter au dialogue scientifique des idées sur la manière dont la langue dans une clinique rurale fonctionne pour les médecins. Les résultats espèrent contribuer à répondre aux besoins linguistiques du personnel hospitalier multilingue, qu'il soit migrant ou local. J'espère ajouter au discours scientifique un aperçu de la pratique quotidienne de la langue et des solutions que les gens trouvent par eux-mêmes.

1.2 Contexte

Au début des années 2000, un nombre important d'hôpitaux allemands, situés pour la plupart dans des zones périphériques, ont remarqué pour la première fois un changement par rapport à l'excès problématique de personnel de santé disponible sur le marché du travail ("Ärztenschwemme") dans les années 1990, qui a conduit des médecins sans réseau dans le secteur à accepter des conditions gravement désavantageuses en échange d'un emploi. Une raison importante est la migration vers des lieux de travail plus attrayants en ce qui concerne la charge de travail (heures et tâches administratives) et les salaires, en particulier en Suisse, en Autriche, aux États-Unis et en Grande-Bretagne (Kopetsch, 2008, n.p.).

Outre une pénurie croissante de personnel, en particulier dans les régions rurales et économiquement périphériques, les hôpitaux allemands sont confrontés à un autre défi important : la conversion aux principes de l'économie de marché. Les systèmes de sécurité sociale des États européens sont confrontés à une diminution des ressources. Plusieurs réformes ont prévu une "économisation du secteur des soins de santé" (voir Kordes 2020, p.1), un passage du principe de la satisfaction de la demande de services publics à leur fonctionnement selon le principe de la couverture des coûts, et donc "les soins de santé et la politique économique se chevauchent de plus en plus" (Amelung, 2013, p.5). Face à la diminution des richesses et au vieillissement de la population, le secteur coûteux des soins de santé a subi "une pression croissante pour freiner l'augmentation des coûts" (ibid). La crise financière de 2008 a accentué la pression sur les hôpitaux européens pour qu'ils réduisent leurs coûts et donc leur personnel, et a déclenché une nouvelle vague de migration intereuropéenne de jeunes gens, pour la plupart originaires des pays les plus touchés (Europe du Sud et de l'Est), à la recherche d'un emploi dans des pays moins touchés, dont l'Allemagne.

L'Office fédéral allemand des statistiques a estimé en 2016 qu'il y avait 18,6 millions de personnes en Allemagne issues de l'immigration. Les différentes vagues d'immigration entraînent, comme l'attestent Horner & Weber (2018), "une expérience spécifique à l'Europe au cours des deux dernières décennies" (p.7), une certaine super-diversité : "caractérisée par une augmentation considérable des catégories de migrants, non seulement en termes de nationalité, d'ethnicité, de langue et de religion, mais aussi en termes de motifs, de modèles et d'itinéraires de migration, de processus de migration, de processus d'insertion sur les marchés du travail et du logement des

sociétés d'accueil, etc." (Blommaert & Rampton 2011, p.2, cité selon Horner & Weber, 2018, p.7). Tout comme les migrants eux-mêmes, les voies d'accès au secteur des soins en Allemagne sont très hétérogènes.

1.3 Définitions

Le multilinguisme : La sociolinguistique, en particulier, a tendance à inclure la maîtrise de différentes variétés ou idiomes dans la définition du multilinguisme (car les langues sont difficiles à définir dès lors que l'on tente soit de retirer les facteurs politiques de l'équation, soit de définir la langue par opposition au dialecte : "puisque nous utilisons tous des variétés linguistiques, des registres, des styles, des genres et des accents différents, nous sommes tous plus ou moins multilingues" (Horner & Weber 2018, p.3). La définition de la compétence linguistique et la notion de multilinguisme, dans ce document, comprennent la capacité de s'adapter à la situation: d'être capable de changer entre les langues, les variantes et les registres, de compenser un manque de compétence, et enfin la capacité de comprendre des langues mixtes ("parallélinguisme" ou "cosmopolitisme", cf. Machili & Angouri 2016, p.6).

Selon Swain (2006), le langage (*linguaging*) consiste à "produire une langue pour tenter de comprendre - de résoudre des problèmes - de donner un sens" (p.96) et il est presque évident de supposer que le langage est utilisé dans les hôpitaux dans ce sens.

Les besoins et les exigences linguistiques sont des concepts importants. Alors que les migrants ont tendance à vouloir parler la langue du pays d'accueil afin d'avoir accès à un meilleur emploi, à une meilleure participation, etc. et à parler leur langue maternelle dans un cadre informel, les organisations ont tendance à espérer que les exigences linguistiques sont satisfaites et que les besoins linguistiques sont résolus sans leur intervention (Arendas & Zentai, 2015). En outre, Haider (2010) souligne que toute discussion autour des enquêtes sur les besoins linguistiques sera probablement toujours influencée par le contexte et l'idéologie linguistique (Haider, 2010, p. 30). Les besoins, attitudes et politiques linguistiques ne peuvent être oubliés lors de l'examen d'un lieu de travail multilingue, et seront pris en compte dans l'analyse.

La politique linguistique de l'UE est plurilingue, ce qui, dans le cadre de l'UE, signifie un multilinguisme individuel. Dans l'idéal, un Européen parle une langue maternelle + 2 autres. (cf. Horner & Weber, 2018, p.89 & p.142). La réalité est plus hétérogène. À l'exception de l'anglais en tant que lingua franca globale, au sein des États membres de l'UE, la langue nationale respective domine sur le marché du travail

national (cf. Commission européenne 2012, p.10). Lorsqu'il s'agit de politiques nationales, la langue de la vie quotidienne et de l'administration en général, et dans le secteur de la santé en particulier, est généralement la (seule) langue nationale. Si les politiques ont lancé des initiatives pour simplifier l'immigration et l'intégration des migrants dans le secteur des soins, ces efforts sont aussi hétérogènes et complexes et non centralisés que la politique linguistique en Allemagne (Whittal et al., 2015, p.3).

Le secteur des soins exige la preuve qu'une personne possède un niveau de langue allemande de CECR B2. La loi sur l'immigration de 2005 a permis aux migrants d'avoir accès à 600 heures de cours d'allemand. Il est possible d'apprendre l'allemand dans le pays d'origine et d'apporter un certificat, ou de suivre un cours d'allemand en Allemagne avant ou pendant le début de sa carrière.

La compensation de la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des soins a sans aucun doute fait de l'intégration et de l'ouverture interculturelle des questions et des défis clés pour les hôpitaux en Allemagne. Du point de vue de la politique linguistique, tant les migrants que les experts de l'étude d'Artus et al. (2015) ont souligné que pour eux, "l'intégration ne peut être correctement réalisée (tant professionnelle que sociale), que si les compétences multilingues couvrent non seulement les compétences linguistiques techniques mais aussi culturelles" - savoir qui embrasser ou ne pas embrasser, par exemple, et connaître les hiérarchies et la manière dont les rôles qui leur sont liés sont exprimés.

Lorsque l'on examine les problèmes et les questions qui surviennent au cours du travail quotidien à l'hôpital, il faut s'attendre à des problèmes linguistiques, interculturels, communicatifs et interpersonnels. Tandis que Hofstede (1991) examine les différentes dimensions culturelles comme base des affrontements et conflits interculturels autour du travail et du style de vie, Köppel (2008) voit les causes des conflits interculturels principalement dans les ruptures d'attentes, les problèmes de décodage et les erreurs d'attribution (cf. p.194). Les problèmes interculturels les plus fréquents dans les hôpitaux sont :

Obstacle	Source
Les idées sur la santé diffèrent selon les cultures	Behrens 2011
Les styles de travail, de conflit et de gestion s'affrontent Köppel 2008 & Hofstede 1991	Köppel 2008 & Hofstede 1991
Violations des attentes, problèmes de décodage et erreurs d'attribution, éventuellement renforcés par les stéréotypes	Köppel 2008

et l'ethnocentrisme	
Les idées sur la hiérarchie et les structures hiérarchiques différent	Köppel 2008, Hofstede 1991, Behrens 2011
Les pratiques et les concepts pragmatiques sont trop différents les uns des autres	Gómez 2012

Les problèmes linguistiques et communicatifs sont typiquement

Obstacle	Rencontré par	Explication	Littérature
Le patient ne comprend pas les informations vitales	Médecins	Sans service de traduction, le transfert d'informations dans une conversation avec le patient échoue	Machili&Angouri 2016, p.7
Déficit d'information	Patients Gestion de la qualité	See above (chapter 3.4.4)	Aljadhey et al. 2012, p.330
La communication est limitée en raison des problèmes linguistiques liés aux termes techniques, le dialecte, la langue familière	Personnel (médecins et infirmières)	Les échanges de petite conversation et les échanges généraux sont limités parce que les orateurs ne se sentent pas à l'aise avec leur compétence dans la langue de l'entreprise	Tange & Lauring, 2009, p.220
Vocabulaire clé manquant	Personnel	Malentendus ou problèmes concernant les lexiques manquants et les faux amis ou lexiques mal compris	Kotthoff (2008)
Les actions pragmatiques sont mal comprises -> conflit et stress émotionnel	Personnel (médecins et infirmières)	Conflits interculturels autour de Politesse Genre Hiérarchies	Grünhage-Monetti (2003) Köppel (2008) Slavu (2017)
Divers malentendus et conflits interculturels	Personnel	-	Slavu, 2017, p.18

La littérature offre également des solutions aux problèmes linguistiques et communicatifs qui se posent. Les stratégies les plus fréquentes dans la présentation de Lüdi et al. (2016) sur les stratégies linguistiques dans les hôpitaux sont " le recours à son propre répertoire linguistique " (ce qui signifie utiliser toutes les langues et variétés dont on dispose), " le recours à la famille et aux amis du patient ", " la

consultation d'un collègue parlant une langue similaire " et " le langage corporel, les gestes ". D'autres stratégies de solution sont :

Obstacle	Solution	Littérature
Les compétences en allemand font défaut par rapport aux exigences du travail (en général)	Apprentissage par immersion	Haider, 2010, p.41
	Routine, routinisation	Haider, 2010, p.41f.
Malentendus causés par des lexèmes manquants / compétence linguistique	Utiliser des lexèmes d'une autre langue	Kotthoff (2008)
	Accepter les réactions	Haider, 2010, p.36
	Humour attitude positive ou humoristique du narrateur	Kotthoff (2018), p.241
La communication des médecins avec les patients est limitée	Traduction Médiation	Slavu (2017)
Les compétences linguistiques d'un membre du personnel ne sont pas à la hauteur de toutes les tâches	Routinisation	Haider, 2010, p.42
Le patient ne comprend pas les informations vitales	Images Listes avec vocabulaire et phrases	Slavu, 2017, p.16

1.4 Conception de la recherche et processus de recherche

Au début de cette recherche, je me suis posé trois questions générales :

- 1) Comment fonctionne la langue dans le travail quotidien dans un hôpital en Allemagne ?
- 2) Quels sont les obstacles, les problèmes et les besoins linguistiques ? Y a-t-il des conflits interculturels notables ?

L'hôpital dans lequel j'ai mené mes recherches est rural et environ 80 % de son personnel n'est pas d'origine allemande. J'ai élaboré un questionnaire (annexe II) et j'ai posé mes questions à trois médecins étrangers, trois médecins allemands et deux patients (trois patients, mais un a été éliminé). Une première phase de test de la collecte de données a eu lieu le 28 janvier 2020. Alors que j'avais préparé des entretiens d'orientation, je les ai reformulés si la conversation le rendait nécessaire. J'ai demandé à mon père, médecin en chef de l'hôpital, d'être mon troisième

interlocuteur pour le groupe de médecins allemands. Cette interview a été réalisée le 08/08/2020.

L'accès au terrain était ainsi donné par les connexions personnelles. J'ai transcrit l'entretien selon le système de transcription du GAT 2 et j'ai codé les entretiens avec MAXQDA. J'ai conservé autant que possible les particularités de prononciation (accents, dialect, respiration etc.) des locuteurs natifs, bien que selon le GAT je n'ai pas considérée les omissions des phones. Pour les locuteurs non natifs, j'ai reproduit la syntaxe fidèle à l'original, mais je n'ai pas transcrit l'accent. Pour le codage, j'ai utilisé une approche inductive : chaque cas qui a suscité mon intérêt, ou que j'ai reconnu comme un problème ou une solution soulevés par les personnes interrogées en ce qui concerne la langue et la communication, ou qui a été répété plusieurs fois est devenu un seul code.

Il y a une certaine subjectivité dans le choix des personnes interrogées : Mon père, médecin dans l'hôpital en question, a approché des collègues et des patients et leur a demandé s'ils étaient prêts à participer aux entretiens. L'accès au terrain a été grandement facilité, mais le choix a été limité ; je n'ai interrogé que des médecins avec lesquels mon père entretient de bonnes relations et des patients dont les capacités mentales étaient à la hauteur.

2 Analyse

2.1 Les personnes interviewées

	AA1	AA2	AA3
Nom de l'enregistrement	AA1 & AA2	AA1 & AA2	AA3
Place of Origin	Plovdiv, Bulgarie (S 0002, 0004)	Moyen-Orient [a demandé l'anonymisation de l'origine] (S 0115)	Bistrita, Roumanie (S 0002)
Genre	féminin	masculin	féminin
Education	Études de médecine en Allemagne (S 0013)	Études de médecine dans le pays d'origine (S 0115)	Études de médecine en Roumanie (S 0015, S 0018)
Acquisition d'Allemand	Acquisition d'un cours d'allemand dans le pays d'origine Cours de préparation aux études universitaires en	Cours de préparation et examen de langue médicale (Fachsprachprüfung)	Ecole

	Allemagne (S 029 - S 032)	(S 0115)	(S 0023, 0024)
Qualification	Qualification en gériatrie pendant 2 ans (S0054) 10 ans d'expérience professionnelle (S0010) Médecin-en-chef	Non mentionné Médecin assistant	Médecine interne, cardiologie Geratrie depuis 2010 (S 0015, 0016, 0021) Médecin assistant
Moment de la migration	Pour les études universitaires (médecine) en 2000 (S 0004 0013)	Pas clair ; après des études universitaires (S 0115, minute 12:20)	Après 3.5 ans de pratique professionnelle (AA3 S0016)
Motivation pour la migration	Les études sur la migration Raisons économiques, Migration des jeunes vers l'Ouest (S 0016 - S0019)	Non mentionné (J'ai étudié en ((supprimé)) et je suis ensuite venu en Allemagne (S 0115)	Frustration à propos du secteur des soins de santé / histoire de perte ou d'échec peu claire (il y avait ce patient [...] et j'en ai eu juste assez, S 0008, 0010)
Durée du séjour en Allemagne	20 ans (S 0004)	Pas mentionnée	3.5 ans (S 0018, S 0033)
Choix du lieu de travail actuel	Relation personnelle (sœur)	Relation personnelle (a une connaissance qui vit à proximité) (S 0108, S 0115)	Relation personnelle (sœur) Réminiscence de la maison (S 0013, S 0012)

Table 1. Profils des médecins étrangers.

Personne interrogée	AA1	AA2	AA3
Langue maternelle	Bulgare	Arabe	Roumain
Fluent (varying degrees)	Allemand	Allemand	Allemand Anglais Français (S 0023)
Communication possible	Anglais Russe (S0026)	Anglais Allemand (S0125)	Espagnol Italien Russe (S 0024, 0025)
Langues parlés à la maison	Allemand (code switching avec soeur en Bulgare) (S0170, S0176, S0177)	Arabe (mère) (S0173)	Roumain (S0030)
Langues parlées sur le lieu de travail par la personne interrogée	Allemand Bulgare Russe Anglais	Allemand Arabe (S0173) Anglais (rare)	Allemand Roumain Français

	(S0035 - S0039)	(S0175)	
Apprendre l'Allemand	Cours de préparation aux études en Bulgarie (S0029 - 0033)	Courses en Allemagne, obligatoires (S 01)	A l'école (S 0024)
Ambiance d'interview, personnalité	Sympathique, ouvert	Sympathique, drôle	Sympathique, ton familial, (superficiel)

Table 2. Profils linguistiques des médecins étrangers.

	DA1	DA2	DA3
Lieu d'origine	De la région (S0002)	Non précisé	De la région
Genre	masculin	féminin	masculin
Education	Études de médecine en Allemagne (S 0002)	Not stated	Études de médecine en Allemagne
	Médecin-en-chef	médecin assistant	Médecin-en-chef
Travaille depuis	-	20 ans 10 ans dans HX (S 3)	3.5 ans (S 0018 0033)

Table 3. Profils des médecins allemands.

Interviewee	DA1	DA2	DA3
Native tongue	Allemand (S 003)	Allemand (S 3)	Allemand
Communication possible	Anglais Russe (S0026)	Anglais Allemand (S0125)	Espagnol Italien Français (S)
Langues parlées à la maison	Pas demandé	Pas demandé	Allemand
Langues parlées au lieu de travail par la personne interrogée	Allemand (S003)	Allemand	Allemand (Français)
Atmosphère de l'entretien et personnalité de la personne interrogée	Poli	Tendu Malaise	Pressé confortable

Table 4. Profils linguistique des médecins allemands.

	P1	P1	P3
Lieu d'origine	Fuite avec 11 ans Elle a passé sa vie dans la région (S 0001 - 0018)	Allemagne	De la région Il y a passé sa vie (S 0010)
Genre	féminin	féminin	masculin
Profession	inconnu	inconnu	Moulinier pendant 14 ans, agriculteur

		pendant 60 ans (S 0010)
Raison du séjour	Réhabilitation (S 0020 - 0027)	Réhabilitation (S 0019)

Table 5. Profiles des patients allemands.

2.3 Questions relatives aux résultats et solutions

Obstacle/ défi	Solution	Citations tirées d'entretiens dialecte
dialecte	immersion	<p>[mit der zeit ok sicher wenn man vielleicht irgendwo in ein gleiche gegend lange zeit kommen die worte langsam von den dialekt einfach das eh eh soundsystem aber ohne zeit ohne zeit ist alles]</p> <p>AA2, S 0102</p> <p>[hm:: (---) genau (---) passiv passiv besser]</p> <p>AA1, S 0103</p> <p>aber se? nachdem dass ich bin meine ganze berufsleben genau meine ganze berufsleben bin ich in ((region)) deswegen komme ich eh mittlerweile ((lacht)) eh zurecht</p> <p>AA1, S 0051</p> <p>bei älteren patienten ist das so die bleiben etwas länger und man passt sich man an den patient an weiß ungefähr wie der spricht und dann versteht man das auch]</p> <p>auf diesem grund war die barriere wegen dialekt aber: eh (.) jetzt nicht mehr.</p> <p>AA3, S 0042</p>
Langage quotidien	Adaptation / ajustement; immersion	<p>(.) es ist an der zeit das verbessert sich äh (.) und auch (.) gibt's sozusagen (.) routine ((KM: m::ja)) einfach das m:: jetzt der sprache dazu m: (-) ja man verbessert sich der sprache (.) einfach am anfang man hat kurse gemacht prüfung und so weiter</p> <p>aber der kontakt oder auch mit dem zwischen (.) sprache; äh man hat nicht viel kontakt gehabt sozusagen auf deutsch und mit der zeit ja verbessert sich alles (.) man wird schneller ((KM: jA)) okay man auch sammelt vokabeln</p> <p>ich glaub bei jede sprache geht so (.) einfach vokabeln und °h grammatik heh ((KM kichert)) und ((kichert) also das ist ALles also die ganze sprache sozusagen ((KM: ja (.) ja)) ((Telefon</p>

		<p>klingselt)) und (AA1 und AA2, Pos. 1)</p> <p>AA1 and AA2, S 0143 - S 0142. Speaker: AA2</p>
--	--	--

Table 7: Obstacles linguistiques et solutions.

Obstacle	Citation	Solution	Citation
<p>Biologique</p> <p>Démence</p>	<p>°hh oh uff° anekdoten und geschichten ähh hmm ähm joa des is jetzt ne gute sache °h ehm hh° ja manchmal ist es doch recht lustig wenn die patienten älter sind; ((KM: mhm)) und ehm: dann so weiso (.) nicht verstehen was äh gesagt wird oder äh oder aufgrund ihrer demenz und dergeichen ((KM ah ja)) und sich dann halt der fremdländische kollege sehr bemÜHT ((KM: lacht)) dann kann es manchmal zu witzigen situationen kommen °h aber ehm meistens geht es dann doch irgendwie also läuft es doch geregelt ab ja DA1, 0007</p>	<p>Répétition</p>	<p>AA3 Nein wegen schwerhörigkeit [oder sowas]</p> <p>KM Was machen sie dann also als lösung einfach wiederholen;</p> <p>AA3 Einfach widerschreien ((kicher)) ((KM lacht, AA3 lacht mit)) aber ansonsten geht das, AA3, S 0076)</p>
		<p>Demander des précisions ou répétitions</p>	<p>Mm also man fragt dann scho nochmal nach man fragt dann was bitte ham sie etz gsacht ((KM: hmm)) do ne; ja P1, S 0043</p>
<p>AVC</p>	<p>Na die sprechen deutsch mit ihm und er kanns auch (-) und jetzt is es so er hat einen schlaganfall gehabt jetzt ist er da gehemmt (.) jetzt ist er da gehemmt spricht er so (-) gebrochen (.) aber des kann auch durch den schlaganfall sein des gebrochene ne dass er so (--) ((KM: ja genau)) °hh einen satz so nacheinander erst herausbringt °h der kann nicht frei weg eh °h sprechen P3, 0006</p>		<p>AA2 [bis irgendwann sie haben gefragt (.) was willst du sagen] AA2, S 0175)</p>
<p>Malentendants / sourds</p>	<p>ich mein es is ja s alter da ne [...] dass mer des alles nicht</p>	<p>Répétition</p>	<p>Wieder schreien (AA3)</p>

	mehr so versteht P1, S 0047-S0049		
Généralités		Ouverture	<p>u:nd und es und man muss halt auch FREUNDlich sein oder äh °h des sieht man am gesichtsausdruck °hh net irgendwie da ä:h sondern sich wirklich wenn man (.)</p> <p>P3, S 0032</p>
			<p>Hm hh° nee, ich bin da. (KM: ja)) ich helfe allen (KM: mm)) alle die kommen, ((KM: ja (-) ehm:)) bin so wie eine mama, die nimmt alle unter (KM: genau ja haha)) ihr geflügel so weißt du (.)ko:mm komm komm passiert nix es wird alles gu:t KM Ich hab eben gedacht (.) also es gibt leute die tun sich schwer; ((AA3: hm)) aber sie machen den eindruck wie einfach nein es geht (.) aber ich denk es liegt auch an ihren zwischenmenschlichen (.) fähigkeiten oder; denken sie? ((AA3 nickt)) ja ((lacht))</p> <p>AA3, S 0064</p>

Table 7: Obstacles linguistiques et solutions.

La séparation entre les questions de communication et les questions linguistiques n'a pas toujours été facile à établir. En général, j'ai considéré comme liés à la communication les obstacles dus au fait que l'information n'était pas transmise comme le serait souhaitable, et les obstacles dus à la compétence j'ai considérée linguistiques. Les tableaux qui discutent les résultats des questions communicatives et linguistiques se trouvent dans la version anglaise de la thèse, p.88f.

3 Résultats et discussion

Comme les groupes interrogés sont très petits, une analyse quantitative n'est pas utile. On remarque cependant que les médecins étrangers - dont certains n'ont pas été sollicités - ainsi que les médecins allemands ont immédiatement mentionné le dialecte comme un fait de tous les jours, ou en ont longuement discuté.

Mon système de codage ne se base pas sur le nombre de mentions, mais sur les sections dans lesquelles le sujet a été abordé. Lorsque le sujet était abordé ou traité dans le turn d'un orateur, un code était créé. Il est possible que P3 parle d'un sujet pour trois sections ; c'est ainsi que trois codes sont créés ; ou que AA1 et AA2 parlent du dialecte indépendamment l'un de l'autre, puis en discutent ensemble ; c'est également ainsi que quatre codes sont créés pour la catégorie "dialecte". Les graphiques suivants ne doivent pas être considérés comme une indication quantitative exacte, mais comme une illustration de la fréquence ou de l'intensité des discussions sur un sujet.

On peut néanmoins constater deux tendances claires. Premièrement, dans cet hôpital, pour les médecins étrangers, le dialecte est une question centrale. Si les autres problèmes et obstacles sont divers, celui-ci est le plus débattu.

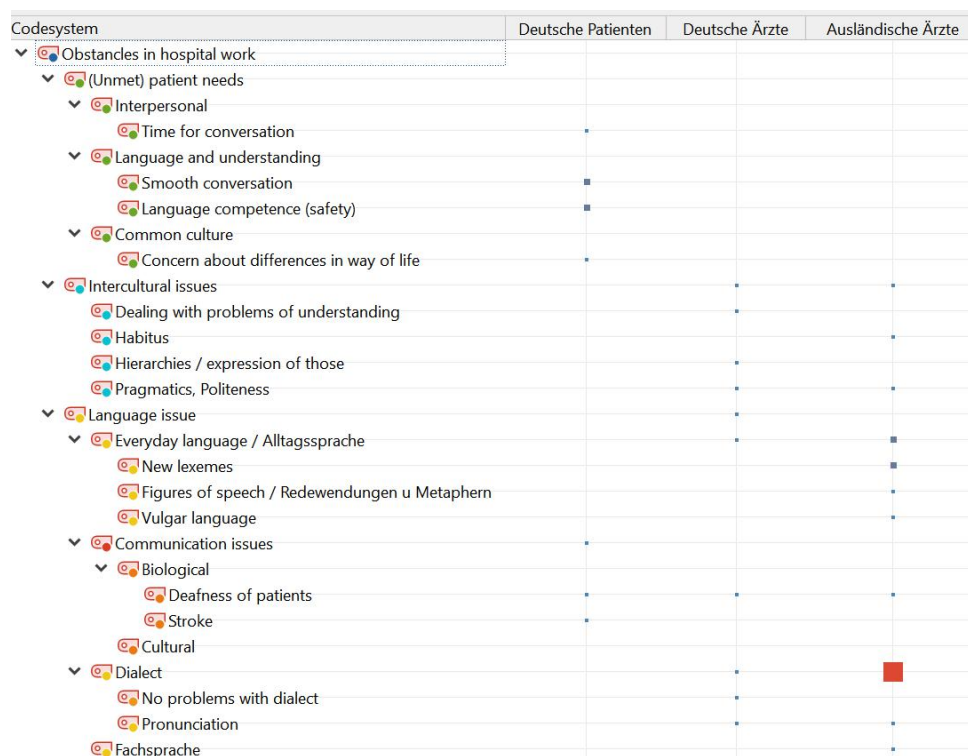


Figure 1: Les codes et leur fréquence d'apparition. Problèmes et obstacles.

Avec les solutions, de nombreux obstacles linguistiques sont résolus par l'adaptation et l'immersion. Dans des cas concrets, les infirmières et les médecins aident en traduisant. Pour les conflits culturels, il existe un motif de confrontation, d'absence de solution ou d'acceptation d'un comportement différent.

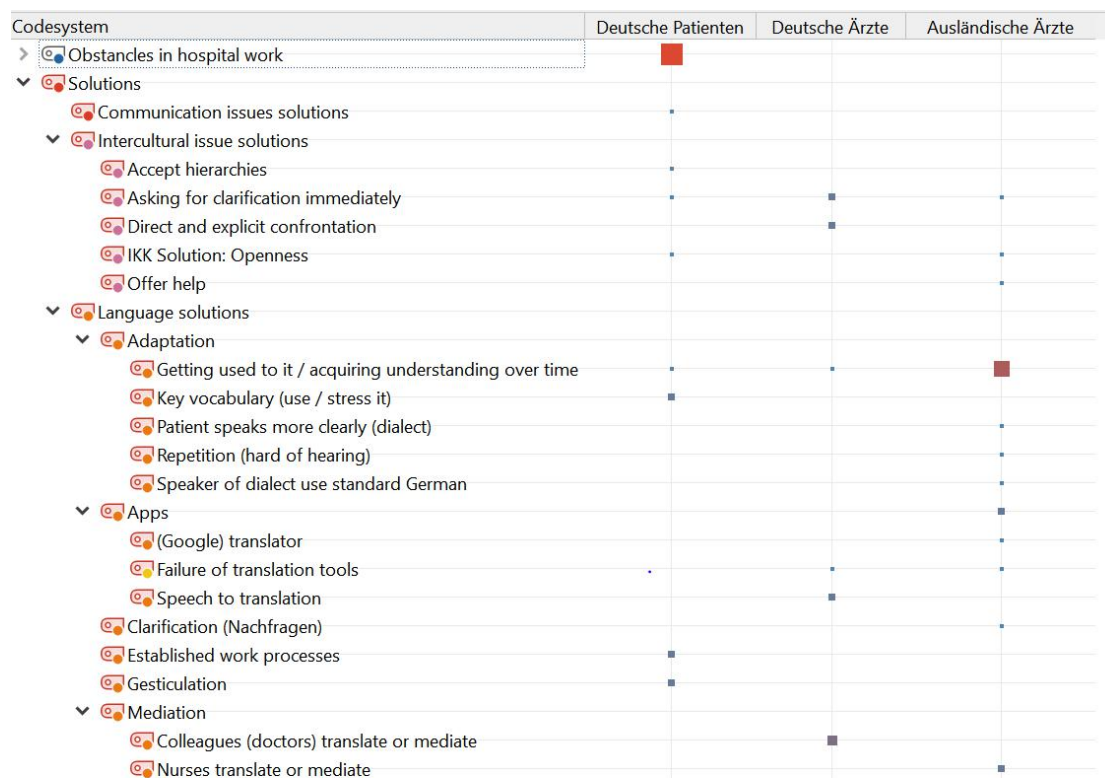


Figure 11: Les codes et leur fréquence d'apparition. Les solutions et les stratégies d'adaptation.

Les tableaux suivants montrent quels résultats ont pu être confirmés - au sens le moins statistique et le plus qualitatif - par les déclarations des participants aux entretiens dans mes données :

Obstacle	Literature	Found	discussed by
Absence de transfert d'informations	Machili&Angouri 2016, p.7	x -pour des raisons biologiques -en raison de problèmes de communication -en raison de questions culturelles	P1, DA1
les idées de maladie et de santé différent	Behrens 2011	x alcool	DA3
Vocabulaire manquant	Kotthoff 2008	x	P3, AA3
Actions pragmatiques /	Köppel (2008)	x	DA2, AA3

Conflits interculturels autour de La politesse Le genre Les hiérarchies	Slavu (2017) Gómez (2012)		
Les idées sur la hiérarchie et les structures hiérarchiques diffèrent	Köppel 2008, Hofstede 1991, Behrens 2011	x	DA1
Déficit d'information	Aljadhey et al. 2012, p.330	x	DA1

Table 8: Comparaison des données des entretiens avec la littérature et . Obstacles.

Les éléments de la littérature qui n'ont pas été trouvés n'ont probablement pas été identifiés parce que le matériel n'est pas assez vaste et large. Il s'agit de la communication limitée (thin communication), des idées sur les distances entre les rôles et les styles de travail qui s'opposent, des influences sur la dynamique d'équipe de Köppel (2008) (violations des attentes, problèmes de décodage et erreurs d'attribution). Il est fort possible que tous ces éléments aient pu être trouvés lors d'un examen plus approfondi.

En parallèle, Machili&Angouri parlent de patients dont la langue maternelle n'est pas l'allemand et qui ont du mal à comprendre le personnel hospitalier germanophone, et non de patients allemands incapables de comprendre les médecins étrangers. Alors que le niveau de compréhension possible avec l'allemand comme lingua franca à l'hôpital varie grandement selon les récits de P3 de la maison de retraite de sa fille et de son séjour avec la diaconie, KX en particulier, et les médecins surtout, sont suffisamment préparés aux besoins linguistiques des patients allemands. Les patients germanophones non natifs ne faisaient pas partie de l'échantillon car ils n'ont pas pu être acquis et ils sont très rares selon DA3.

Solution	Littérature	Discuté par
Routine	Haider, xx, p.41f.	AA2, P3
Humour	Kotthoff, 2018, p.241	AA1, AA2
S'appuyer sur ses propres moyens de communication	Lüdi et al., 2016, p.140	AA2, AA3, DA1, P3 (clarification, repetition, key lexemes)
Recours à la famille / aux amis du patient	Lüdi et al., 2016, p.140	DA1
Collègues	Lüdi et al. (2016)	AA1, AA2, DA1, DA2
Gestes et langage corporel	Slavu, 2017, p.19f.	P3

Table 24: Comparaison des données de la littérature et des entretiens. Solutions.

Le recours à des interprètes professionnels ou à des services d'interprétation ou le recours à du personnel non médical n'ont pas été mentionnés, ce qui est conforme à Lüdi et al. (2016), respectivement à Asensio (2011), qui n'ont pas trouvé beaucoup d'exemples de cette solution non plus. L'utilisation de dessins, d'images et de brochures pour la communication la plus élémentaire n'a pas non plus été mentionnée. P3 les mentionne, mais comme une solution hypothétique, et non comme une pratique réelle dont il était témoin. Cela pourrait être dû au fait que KX n'est pas situé dans un environnement plurilingue ou largement multilingue, que le personnel est formé en allemand et que les patients sont en grande partie des locuteurs natifs de l'allemand. Cela rendait ce matériel obsolète et constitue l'une des différences les plus évidentes par rapport à l'hôpital décrit par Lüdi (2016)/Asensio (2011). Le recours à un langage plus simple (xenolect) se retrouve dans les récits de P3 concernant sa collaboration avec les travailleurs forestiers, mais pas en ce qui concerne KX.

L'immersion et l'apprentissage par la pratique sont des solutions importantes, mais pas immédiates ; pourtant, ils enrichissent le répertoire linguistique que les individus possèdent et sur lequel ils s'appuient. En ce qui concerne les conflits interculturels, une approche frontale (DA2) et une ouverture générale pourraient être acquises en interrogeant (DA3). Ils semblent être liés à la politesse et, dans un sens plus large, au pragmatisme, mais les personnes interrogées n'ont pas fait état de problèmes de bavardage ou d'exclusion de groupes pour des raisons linguistiques.

Le fait que P3 se soit senti obligé de préciser qu'il n'avait pas l'intention de faire de la discrimination et que DA2 se soit montrée méfiante au début de son entretien, s'attendant à des questions sur les conflits interculturels ("damit ich mit meiner Kollegin noch zusammenarbeit kann ; soupir et pause avant de parler de conflits interculturels avec des collègues masculins d'origine islamique) est conforme à Haider (2010) qui constate que ses interviewés savent très bien quand ils touchent à la "limite de ce qui est socialement souhaitable" ("Grenze des sozial Erwünschten", p.205) - et qu'il y a un malaise lié à la critique. Une certaine incertitude mais une insatisfaction par rapport à la situation est probable. Les médecins étrangers ne signalent pas de mécontentement par rapport à la situation, pas plus que DA1 et DA3 ; même AA3 n'exprime pas d'émotions négatives en parlant des différences de politesse et d'habitus. Cela pourrait être motivé par sa personnalité ou son idée de ce qui était approprié pendant la situation d'entretien.

4 Conclusion

Plusieurs catégories ou codes intéressants sont ressortis de ce que m'ont dit les participants aux entretiens. Ils n'ont pas tous aidé à répondre à la ou aux questions de recherche initiales, mais ils ont ouvert plusieurs domaines thématiques qui peuvent être approfondis : Comment la traduction par des collègues peut aider, puisqu'elle est et semble être restée la méthode de médiation préférée, malgré la littérature scientifique qui opte pour des traducteurs professionnels ; si les patients la trouvent satisfaisante ; comment les hôpitaux peuvent répondre au besoin de conversation des patients ; quelle est l'importance de la tension liée à la fluctuation du personnel, aux problèmes de communication linguistique et culturelle ; l'interaction entre le manque de personnel et l'intégration sur le lieu de travail ; l'expérience du travail en équipe et des soins multiculturels ; le regroupement des langues et la faible communication au sein du personnel hospitalier et le rôle que joue la routine dans l'interaction ; la dynamique d'équipe ; les problèmes linguistiques et la satisfaction des patients ; le silence dans l'hôpital ("Altern als Ort des Verstummsens") ; les applications utiles pour les traducteurs et leur utilisation.

Ces questions pourraient être abordées dans le cadre d'autres études qualitatives plus larges par les entretiens. En ce qui concerne la méthode, les entretiens d'orientation sont un bon moyen de trouver les problèmes et les obstacles quotidiens dans le travail hospitalier ; le matériel ethnographique, en particulier les observations, peut aider à élargir l'information, l'image général. À partir des catégories ainsi obtenues, on pourrait créer des études quantitatives et utiliser des questionnaires pour obtenir des chiffres plus fiables sur les problèmes auxquels le personnel est le plus confronté. Certaines des questions et catégories mentionnées peuvent être étudiées avec une approche quantitative et aider à formuler un rapport sur l'état actuel du travail en équipe et de l'intégration multiculturelle et plurilingue dans les hôpitaux. Le défi d'intégrer différentes langues maternelles et de voir comment l'allemand, en tant que lingua franca nationale, facilite la compréhension, restera certainement d'actualité.

Les résultats des questions linguistiques et interculturelles dans l'hôpital examiné et les solutions qui sont employées, ou qui n'existent pas, aident à rendre possible la suggestion de certaines solutions, en particulier pour ceux qui conçoivent des cours d'allemand pour l'intégration professionnelle en médecine. Tout d'abord, le transfert

d'informations est une préoccupation générale. Les traits culturels et individuels peuvent ralentir le processus d'apprentissage d'un nouveau médecin parce qu'il n'ose pas demander d'explications ou de précisions. Les conflits interculturels, en particulier les différences de pragmatisme et de politesse, sont une constante. Les cours d'allemand peuvent intégrer des unités d'apprentissage mieux adaptées aux conflits les plus fréquents, de préférence sous forme de discussions et d'ateliers. D'autre part, un service des ressources humaines à l'écoute des problèmes interculturels et linguistiques, qui favorise la formation et la constitution d'équipes, peut contribuer à développer une culture de travail commune et à effacer ou minimiser les conflits. Étant donné que les hôpitaux ont un besoin urgent de personnel et se concentrent sur l'acquisition d'infirmières et de médecins et que la fluctuation du personnel est importante, cette dernière solution est souhaitable mais irréaliste. Du point de vue linguistique, plusieurs unités d'apprentissage des dialectes - une première connaissance des différents dialectes, des façons de parler et des lexiques familiers et dialectaux importants - dans les cours de préparation professionnelle peuvent être une solution importante pour ouvrir la voie à une communication sans entrave. Les études de médecine en Allemagne peuvent intégrer des cours de traduction et d'interprétation, au moins dans la partie optionnelle du programme d'études. Des cours de langue peuvent être proposés en option aux étudiants des universités allemandes (tant des cours d'allemand C1 que des cours de langue dans les langues les plus fréquemment parlées par les immigrés (par exemple le roumain, le bulgare, le turc, l'arabe, l'italien, etc.)). Enfin, les cours d'allemand pour les immigrés peuvent également intégrer l'utilisation d'applications de traduction dans leur contenu.