

Communication interculturelle en psychiatrie: enjeux linguistiques

María Eugenia MOLINA

Université de Lausanne

Intercultural communication in hospitals has already been the object of many inter-disciplinary studies. In the present article, my analysis will focus on two aspects: first, intercultural communication in psychiatry, and secondly, their linguistic consequences. I am interested in an approach of the «intercultural» notion that strives to identify knowledge and understanding. This is a similar approach in psychiatric consultation during which decoding the subjects' implications and negotiations are used for constructing not only inter-comprehension but also the means for recovery.

1. Introduction

Au fil de ces pages, j'expose les premiers pas d'un travail d'observation et d'analyse linguistiques s'intéressant à une population particulière, les migrants, et prenant pour espace d'observation un cadre hospitalier spécifique, le service de psychiatrie. Dans la présente contribution, je n'ai pas la prétention de faire l'exposé d'un modèle théorique, ni de rendre compte des résultats de l'étude. Néanmoins, j'ai pour souci de présenter dans les limites que je viens de définir les différents axes qui constituent le squelette d'une recherche en cours portant sur la communication avec les migrants en psychiatrie.

L'intérêt pluridisciplinaire pour les problématiques croisées de la migration, des réseaux de soins et de la communication n'est plus à démontrer. En Suisse, notamment, ces domaines de recherche ont fait l'objet de différentes publications (Mader, 2000; Bischoff, Loutan & Stalder, 2001; Gajo, 2001; Singy, 2001). Ma recherche, si elle s'inscrit dans le sillon réflexif tracé par d'autres équipes, fait le détour par la psychiatrie. Elle s'intéresse, d'une part, à ses spécificités en termes de prises en charge des patients migrants, et, d'autre part, à la mise en exergue d'autres traits récurrents aux situations d'interaction à l'hôpital. Enfin, dans les pages qui suivent, la dimension interculturelle de la communication est non seulement comprise en termes de différences linguistiques et/ou de pratiques médicales, mais aussi en termes de négociations et vérifications du sens du discours produit par les différents acteurs agissant au cœur de la *culture* médicale (médecins, infirmiers, aide-soignants, interprètes et patients).

2. Migration et psychiatrie

L'intérêt liant psychiatrie et migration s'inscrit, dans un premier temps, dans le cadre d'une série d'observations que j'ai pu faire dans deux équipes interdisciplinaires en milieu hospitalier; par ordre chronologique, celle du CHUV¹ puis celle du CEFOPS à St-Imier². Bien que l'analyse du corpus des données recueillies dans les deux terrains possède des caractéristiques communes, l'analyse du discours produit par les psychiatres (dans les deux institutions) met en évidence la singularité de la psychiatrie par rapport aux autres services. C'est en psychiatrie que l'on dénombre le plus de cas de consultations avec des migrants; bon nombre d'entre elles se déroulent sans partage de langue commune. Pourtant, ce même service adopte, dans les deux contextes hospitaliers mentionnés, une des attitudes les plus polarisées en matière de communication, c'est-à-dire qu'entre une consultation faisant intervenir un tiers mais assurant un partage linguistique et une consultation sans médiation linguistique, mettant en péril l'intercompréhension et par conséquent l'enjeu thérapeutique, il résulte que le service de psychiatrie dit préférer la deuxième solution.

C'est cette contradiction interne (puisque l'on suppose un partage bilatéral du sens, une parole partagée comme principal moyen de guérison) qui, dans un premier temps, a retenu mon attention. A l'aune de ces observations, il est apparu, dans un deuxième temps, que les acteurs en situation de communication interculturelle imputent les obstacles communicationnels au seul face à face entre individus ne partageant pas une langue commune. Ceci me semble être la partie la plus visible de la difficulté: celle qui ne rend pas compte de toutes les autres situations interculturelles où l'économie de la négociation de sens ne peut être faite:

- ◆ au plan du discours des soins de façon générale: entre la culture du soigné et celle du soignant;
- ◆ à l'intérieur même de la structure sanitaire: entre soignants et spécialistes divers où l'activité métalinguistique est intense, sans que ce processus soit forcément identifié par les locuteurs ou ressenti comme un obstacle.

1 P.N.R. 39, «Migrants et réseaux de soins: pour une adaptation interculturelle», 2000.

2 Projet 00033.1 «Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quelle efficacité? Quelle responsabilité pour le personnel infirmier? Quelle variation selon les services?»; financé par le FNS, la CTI et des fonds privés dans le cadre de l'action Do-Re (programme fédéral pour encourager la recherche HES). Cf. Gajo, L. *et al.*, 2001, pour plus d'informations concernant le projet.

3. Le terrain

Je dirai quelques mots concernant le choix du terrain: celui-ci s'inscrit principalement dans les limites géographiques de la ville de Bienne: Hôpital de Bienne, secteur de psychiatrie, mais il s'étend également à l'hôpital psychiatrique de Bellelay auquel est rattaché administrativement le secteur psychiatrique de Bienne; et enfin le centre de psychiatrie ambulatoire de Tavannes également dépendant de Bellelay.

La ville de Bienne présente pour ma réflexion un terrain d'observation et de recherches privilégié, dans la mesure où dans cette aire géographique cohabitent tant des migrations internes qu'externes. En termes de pertinence linguistique, son bilinguisme favorise une mise en évidence de l'analyse touchant aux notions de la migration, des relations à la langue et de la communication.

4. Les données

Je propose avec mon projet de recherche une analyse à visée fondamentalement qualitative, se basant principalement sur deux types de données:

- a) des entretiens semi-dirigés regroupant chacun 3 ou 4 personnes et variant selon deux axes: le service impliqué (la psychiatrie) et les acteurs socioprofessionnels concernés (infirmiers, aide-soignants, psychiatres ...). Une partie de ces entretiens a été conduite au cours de la recherche pour le CEFOPS³. Ils sont essentiels pour permettre d'analyser les représentations.
- b) des prélèvements d'interactions permettant de saisir in vivo des situations de prises en charge des migrants dans le secteur psychiatrique. Certaines données n'ont pu être enregistrées en raison du caractère confidentiel des consultations. D'autres données sont en cours de recueil⁴.

3 Ces entretiens ont été réalisés par une équipe de chercheurs interdisciplinaire et ils ont tous pour fil conducteur les modes et enjeux de la communication en milieu hospitalier avec les migrants.

4 Il ne me paraît pas inutile de préciser une fois de plus le fait que toutes les observations faites dans cette contribution témoignent de l'état actuel de l'étude sur le terrain.

5. Enjeux et modes de la communication en psychiatrie avec les migrants

En tenant compte de l'analyse des deux terrains précédemment exposés, il me paraît que la psychiatrie se profile comme la spécialisation où le cumul des difficultés telles que les conditions fragilisantes de la maladie (Apothélos & Grossen, 1995), le caractère d'inclusion et/ou d'exclusion sociale attribué à la psychiatrie, son rôle d'expertise permet de mettre sous la loupe l'opacité de la langue en opérant une sorte de microchirurgie de la communication à trois niveaux:

- 1) l'examen de l'interaction verbale dans le monde hospitalier constitue en soi une première mise en abîme du phénomène de la communication.
- 2) le deuxième focus concerne la communication en milieu hospitalier dans le cadre de la relation soignants/patients migrants.
- 3) troisièmement en resserrant l'angle de vision pour m'intéresser à un seul secteur du monde hospitalier – service qui présente la particularité d'accorder à la communication une place presque irremplaçable en matière de soins – je tente de mieux déconstruire l'évidence de la communication propre à bien d'autres contextes quotidiens d'interaction verbale et perçus par les acteurs impliqués comme allant de soi (Goffman, 1974).

6. Mise au point sur des situations mettant en scène certains enjeux de la psychiatrie

Dans les lignes qui suivent, je présenterai et commenterai une série de transcriptions. Celles-ci illustrent certains aspects parmi les plus emblématiques en matière de prise en charge des migrants en psychiatrie.

6.1. Spécificités de la psychiatrie

En liminaire à l'analyse, il peut être nécessaire de définir le contexte duquel sont tirés les extraits de transcription.

Il s'agit, dans ce premier exemple, d'un entretien réunissant trois soignants: l'un exerçant en santé mentale (SM) et les deux autres en santé physique (SP1 et SP2), mais dans des services distincts. Dans les tours de paroles précédant 142, l'enquêtrice (E1) a introduit le thème de la communication avec les migrants et les éventuelles difficultés s'y rapportant.

142 E1 hum hum

143 SP2 nous on a pas trop de problèmes je crois heu. enfin on est plus physique (sourire) que psychologique. je crois que puis même en médecine je crois que vous avez plus de problèmes psychologique puisque. des fois y a d'autres heu facteurs

144 SP1 hum hum

145 E1 hum hum

146 SP2 nous on va pas soigner une dépression en chirurgie. enfin on peut la soigner mais secondairement et puis la plupart du temps. ils viennent pour autre chose ces gens

147 E1 hum hum

148 SP2 donc c'est pas c'qui est mis toujours en priorité à niveau là. et nous pour les soins aigus on arrive quand même plus ou moins à. bon j'dis pas que des fois on fait aussi avec ce que l'on a

149 E1 hum hum d'accord donc ça joué pour vous en médecine comment est-ce que ça se passe

150 SP1 ben heu y a le même problème qu'elle vient de soulever. et puis souvent on on y remédie soit la famille soit un membre du personnel de l'hôpital. soit si c'est des yougoslaves ou turques. par contre on a aussi d'autres problèmes que l'on rencontre aussi souvent. c'est surtout les gens qui viennent pour heu (alcoolisme?) chronique ou dépression (DOMI.1.INF.)

L'organisation thématique de cette séquence est enchâssée. Le thème principal – la prise en charge des patients migrants présente moins de difficultés en médecine physique qu'en médecine mentale – est introduit au tour de parole 142 par: *nous on a pas trop de problèmes je crois heu. enfin on est plus physique (sourire) que psychologique.* La fin de l'exploitation se fait en 146: *nous on va pas soigner une dépression en chirurgie.* C'est le médecin SP2 qui, dans un premier temps, oriente et dirige le thème. L'interactant SP1 renforce et développe l'argument de SP2. Le clivage médecine physique et médecine mentale est maintenu. Par ailleurs, le motif de la dépression comme pathologie emblématique est repris en 150: *c'est surtout les gens qui viennent pour heu (alcoolisme?) chronique ou dépression.*

Dans les tours de parole 143 à 150, apparaissent en filigrane trois autres thèmes d'importance: – L'identification des migrants à la catégorie généralisante «des gens»: 146 ces gens; 150 les gens.

- ◆ Le profil sanitaire des migrants semble être associé le plus souvent à des pathologies relevant prioritairement de la médecine mentale: 146 ils viennent pour autre chose ces gens; 150 c'est surtout les gens qui viennent pour euh (alcoolisme?) chronique ou dépression.
- ◆ Le choix exprimé par les médecins en santé physique au sujet des stratégies de communication: notamment le recours à des médiateurs occasionnels recrutés parmi le personnel soignant ou auprès de la famille.

Cette analyse n'est de loin pas exhaustive, elle prétend au moins mettre en évidence deux éléments:

- a) La prise en charge des migrants dans le réseau hospitalier fonctionne comme l'introduction du désordre dans l'ordre: en ce sens qu'elle démantèle la routine et les rituels de la communication à l'hôpital, a fortiori lorsque les patients pris en charge présentent la particularité d'être eux-mêmes en rupture (psychique, institutionnelle, sociale...)

- b) Le service de psychiatrie se profile comme le lieu où la communication avec les migrants demande la mise en place de forts dispositifs pour décodifier l'altérité.

173 SM Mais nous on essaye la plupart du temps d'en discuter entre collègues parce que souvent on a des avis . très très différents déjà rien qu'entre nous . et puis après on essaye d'en parler avec la cheffe de clinique des fois cela donne des situations qui sont présentées en supervision (DOMI.1.INF.)

Ce n'est qu'au tour de parole 173 que le médecin en santé mentale prend la parole. Il valide le discours de ses collègues en santé physique et spécifie que la prise en charge des patients migrants en psychiatrie s'inscrit dans un processus de résolutions des problèmes de communication qui perturbe le fonctionnement routinier du service. En effet, la plupart des récits rendant compte de l'ensemble du dispositif déployé en vue de la prise en charge des patients migrants en psychiatrie permettent de mettre sous la loupe toute une série de situations pour lesquelles la résolution du problème de communication entre le patient et le soignant génère à un autre niveau des dissensions et des divergences au sein même de l'équipe de soignants, les contraignant donc eux aussi à s'exercer à la communication dans la négociation entre pairs. Enfin, cette négociation de l'intercompréhension entre soignants fait écho à celle entre soignants et patients, y compris pour ce qui relève du recours à la médiation: . *et puis après on essaye d'en parler avec **la cheffe de clinique** des fois cela donne des situations qui sont présentées en supervision.* L'examen microscopique des modalités de la communication entre patients migrants et soignants en psychiatrie rend visible d'autres aspects plus généraux de la communication. En ce sens, il facilite la mise en mots de l'évidence.

6.2. Un cas de l'activité de médiation

Dans le deuxième extrait, les conditions de la rencontre sont tout à fait autres. L'entretien et l'enregistrement sont conduits en allemand par deux enquêtrices germanophones (E1 et E2), au domicile, à Tramelan (JB), d'une des deux médiatrices professionnelles ayant accepté de participer à l'entretien. La transcription qui, par ailleurs, est une traduction de l'allemand au français est réalisée par un secrétaire germanophone. Une des deux enquêtrices assure ensuite une relecture, en portant une attention toute particulière aux codes de transcription.

Dans les différents tours de paroles précédant cette séquence, la médiatrice (M2) évoque son activité professionnelle dans le cadre du centre de médiateurs de la région. J'ai choisi de rapporter ici le cas de l'accompagnement d'un patient migrant à une visite médicale.

217E1 et le le le est-ce que ça vous arrive d'accompagner des gens de langue arabe chez le médecin ou à l'hôpital vous pouvez me dire comme ça se p- comment vous vous y prenez comment ça se passe

218M2 mais disons comme elle a dit madame j'essaie de de quoi de de de traduire de faire l'interprète entre le médecin pis le patient ou la patiente...

219E1 mmhh

220M2 pis comme vous avez dit aussi avant donc il y a certains patients qui cachent quelque chose qui viennent pour quelque chose il y a quelque chose qui se cache derrière

221E2 vous pouvez penser un petit peu à A (prénom incompréhensible) parce qu'il y a eu plusieurs visites chez le médecin oui...

222E1 un exemple où vous avez peut être permis que des choses s'expriment qui étaient difficiles à expliquer

223M2 oui disons qu'il y a des trucs qui sont intérieurement pas bien voilà qu'elle dit que j'ai mal là ou là il y a toujours quelque chose qui se cache derrière j'essaie de parler avec elle et lui poser la question et pis après j'explique au médecin mais bon le médecin une fois que j'lui ai expliqué il dit que c'est normal

224E1 mmhh mmhh mmhh

225M2 bien sûr il m'a dit qu'elle est loin de son pays et voilà et tout ce qui ce passe et tout ça chez eux elle a laissé un gamin aussi là bas et voilà elle pense souvent elle pleure souvent et puis moi j'lui explique donc j'dis oui ça viendra peut-être le jour que ton gamin il vient qu'il te rejoint si tu le veux ça va se calmer et pis qu'elle retourne dans son pays ou bien parce que c'est vrai elle pleure souvent quand il y a des choses comme ça...

226E1 elle est dépressive

227M2 ou quand elle téléphone et il y a des choses qui vont pas alors elle discute avec son gosse après elle le

228E1 mmhh et là plus est-ce que vous avez l'impression que vous faites plus que simplement traduire une langue dans une autre ou bien si vous permet- là dans ce cas-là si j'ai bien compris vous avez permis à cette femme de d'exprimer un peu sa tristesse plutôt que de dire juste j'ai mal au ventre...

229M2 [oui oui oui c'est vrai disons ouais un petit peu creuser un peu plus profond oui c'est vrai

230E1 mmhh oui

231M2 donc oui il faut prendre la personne gentiment aller jusqu'à ce que vous arrivez à trouver ce qui se passe vraiment

232E1 qu'elle ose s'ex- qu'elle se sente en confiance pour exprimer

233M2 voilà voilà (DOMI.3.MNP)

En 218, la médiatrice M2 donne la définition de sa fonction: *j'essaie de de quoi de de de traduire de faire l'interprète entre le médecin pis le patient ou la patiente...* Or, dans les lignes qui suivent l'activité qu'elle décrit, elle s'écarte du rôle de traductrice et/ou d'interprète. A y regarder de plus près, on observe qu'en parallèle à la traduction du discours de la patiente, elle tisse avec cette dernière un lien de confidentialité. Ceci apparaît clairement en 223: *oui disons qu'il y a des trucs qui sont intérieurement pas bien voilà qu'elle dit que j'ai mal là ou là il y a toujours quelque chose qui se cache derrière j'essaie de parler avec elle et lui poser la question.* De la sorte, elle devient provisoirement la première interlocutrice de la malade, en d'autres termes, elle est le premier

relai contribuant à la construction du diagnostic; il s'avère qu'elle s'imisce dans le domaine du savoir réservé en premier lieu au médecin, et donc à l'expert de la situation (Furchner & Gülich, 2000). Tout se passe comme si il y avait conflit de rôle quant au partage de l'expertise, en 223M: *après j'explique au médecin mais bon le médecin une fois que j'lui ai expliqué il dit que c'est normal*. En dernier lieu, le médecin donne une évaluation: *il dit que c'est normal*. En disant cela, il redistribue les rôles et assume seul l'expertise de la visite médicale, c'est donc bien lui qui identifie et valide le problème qui fera l'objet de la consultation.

En 228 E1, l'enquêtrice reformule et résume les propos de la médiatrice en suggérant: *si j'ai bien compris vous avez permis à cette femme de d'exprimer un peu sa tristesse plutôt que de dire juste j'ai mal au ventre*. En 232M2, la médiatrice valide et met ainsi un terme à l'exploitation de cette séquence.

Il me semble clair que cet exemple illustre la complexité du rôle du médiateur (Métraux & Alvir, 1995) et, partant, la place stratégique qu'il occupe dans la triade médicale. En effet, à un premier niveau, celui-ci traduit d'une langue à une autre ce que le patient dit; à un deuxième niveau, il met en mots ou extériorise le nondit du patient. Enfin, à un troisième niveau, il restitue au médecin le résultat final de cette chaîne d'opérations. Dans les faits, il fait plus que traduire. Il prend part de manière active dans la coconstruction et l'établissement du diagnostic au cours de la consultation à trois.

6.3. Un aspect de la médiation en psychiatrie

Enfin, je m'attarderai sur cette courte séquence de l'entretien semi-dirigé regroupant uniquement des soignants en psychiatrie. Il a lieu au centre ambulatoire psychiatrique de Tavannes, en présence également de deux enquêtrices. Le tour de parole ci-dessous reproduit est déclenché par l'une des enquêtrices. Celle-ci demande aux soignants présents de se prononcer au sujet du recours à la médiation pour toutes les consultations se déroulant sans partage de langue commune. Le tour de parole 119 correspond à la réponse d'une psychiatre (D) à la sollicitation de l'enquêtrice. Cette intervention a été retenue car elle me paraît rendre compte du discours partagé par l'ensemble des soignants participant à cette discussion.

119 D moi je vois bien pour le court terme donc pour l'intervention donc rapide hein donc une personne neutre qui sache traduire tout simplement mot à mot ce qui est dit.. comme je dois voir les choses à long terme là j'y vois pas très bien la troisième personne en tout cas dans notre métier dans ce qu'on fait ça peut être tout au plus un soutien hein donc pour le temps qu'il le faut mais pas dans le vrai sens d'une thérapie. A long terme pour l'intervention d'urgence hein tout ça moi je vois bien (une personne?) d'ailleurs hein donc les meilleures interventions donc qu'on a eues c'était avec le la deuxième génération donc la petite de cinq six ans traduisait maman par exemple maman elle a mal à la tête donc elle traduisait exactement c'que la maman disait et pis après hein donc mais c'était pas pour une thérapie à long terme

hein donc c'était pour l'intervention de tout d'suite et pis après on a le temps de se tourner de faire quelqu'chose de différent (*DOMI.4.MPS*).

Pour cette séquence, je souhaiterais insister sur deux aspects récurrents dans le discours des soignants en psychiatrie: les spécificités du rôle du tiers et le **«vérifiable»**

- ◆ Les spécificités du rôle du tiers: une des caractéristiques de la production discursive des soignants en psychiatrie consiste à présenter le tiers comme un soutien provisoire, neutre et affectant le moins possible la relation médecin patient. Dans leur ensemble, ils excluent une collaboration sur le long terme puisque celle-ci modifierait l'espace relationnel thérapeutique, transformant la dyade en triade. Si la présence du tiers passe plus inaperçue dans les autres services hospitaliers, pour lesquelles l'espace de soins est souvent élargi à d'autres intervenants ponctuels de l'équipe soignante, dans le service de psychiatrie, elle est porteuse d'une remise en cause fondamentale de la construction de l'intercompréhension.
- ◆ **Le «vérifiable»**: cet aspect a une incidence importante sur les réserves que les soignants en psychiatrie émettent quant au recours à un tiers traduisant. En effet, en médecine somatique toute traduction de la plainte du soigné peut, théoriquement, faire l'objet d'une observation et d'une vérification moyennant un dispositif objectif: scanner, radiographies... servant à reconnaître en quelque sorte la part du vrai et du faux. Par ailleurs, en toute dernière analyse, l'interprétation du symptôme pourrait être établie à l'aide de ce seul support.

En psychiatrie, l'interprétation de la douleur du patient émerge de la négociation du sens à deux, au fil de l'entretien (Grossen, 1992). Dans les cas de consultation sans partage de langue, l'intervention d'un tiers traduisant peut être retenue par les soignants; or la triade présente au moins deux nouveaux obstacles pour le soignant:

- ◆ La troisième personne partage provisoirement avec lui son rôle d'expert dans un contexte d'asymétrie énonciative, en termes de savoirs médicaux.
- ◆ L'interaction entre le patient et le tiers représente pour le soignant l'interstice non contrôlable de son champ thérapeutique.
- ◆ La traduction rend une partie du sens, mais elle ne restitue pas toujours dans son entier la mise en mots du patient: lapsus, hésitations, reformulation, autocorrection... En d'autres termes, le thérapeute ne peut accéder qu'à un raccourci sémantique.

7. Conclusion

En guise de conclusion, Il me paraît nécessaire d'insister sur deux aspects:

- 1) La psychiatrie reste le domaine, s'il devait en exister un, où l'importance de la parole, de l'échange verbal sont incontournables, et ceci pour diverses raisons:
 - L'interaction verbale est nodale
 - La parole est le moyen de la guérison
 - Le partage du sens est plus que jamais central

La thérapie peut donc être considérée comme le lieu, l'espace où se co-construisent, moyennant l'interaction verbale, les savoirs réciproques, la relation thérapeutique, et les voies de la guérison. S'intéresser à la communication en psychiatrie implique nécessairement l'examen du lieu thérapeutique, c'est-à-dire, les particularités du secteur psychiatrique, par rapport aux autres services hospitaliers.

- 2) Toutes les situations d'interactions à l'hôpital ne sont pas considérées comme problématiques, quand bien même elles pourraient l'être. Pourtant, celles qui mettent en scène des migrants le sont a priori, et, a fortiori, lorsqu'elles sont caractérisées par l'absence d'une langue commune. Tout se passe comme si l'augmentation du degré de difficulté supposé (l'altérité, les barrières linguistiques) dans le schéma de communication opérait comme un révélateur d'ambiguïtés.

D'autre part, ce n'est pas seulement la nature de la communication qui est en jeu, mais sa qualité tout comme le degré d'intercompréhension souhaité. En effet, si l'on tient en compte ses effets en termes de thérapie et de qualité des soins, il devient difficile de ne pas l'interroger en termes de contenu et de sens pour les acteurs impliqués.

Enfin, je formule l'hypothèse selon laquelle c'est par/à travers la confrontation avec le migrant que le thérapeute jette le ciment de l'alliance thérapeutique. C'est donc bien grâce à des stratégies de communication (Bange, 1992) très souvent dévalorisées et qualifiées de bricolage que le thérapeute construit avec le patient l'espace interculturel thérapeutique et les moyens de la guérison (cf. Marcos, 1979). Sachant cela, il s'agirait de ne pas perdre de vue qu'en dépit des difficultés rencontrées de part et d'autre, la rencontre interculturelle entre le patient et le médecin contribue largement à l'amélioration des modes de communication. Il semble donc bien que c'est en parlant sans la garantie d'être compris, et partant dans une situation de contrainte évidente où la négociation et la vérification du sens de leurs paroles mobilisent le soignant en psychiatrie tout comme le soigné, que ces derniers co-construisent un espace de paroles partagées; espace certes provisoire, mais essentiel à l'intercompréhension.

Conventions de transcription

La transcription respecte les règles de l'orthographe du français avec les exceptions suivantes:

- ◆ Dans le corps de la transcription, on utilise en principe les minuscules; les majuscules indiquent une intensité accrue
- ◆ Aucun signe de ponctuation ne garde sa valeur traditionnelle; tous les signes peuvent être utilisés comme signes diacritiques
- ◆ Des écarts par rapport à la norme orthographique peuvent servir à transcrire des particularités de l'articulation.

/	intonation montante
\	intonation descendante
.	interruption très courte dans un énoncé ou entre les énoncés de deux interlocuteurs
..	pause courte
...	pause moyenne
(x sec.)	pause de x secondes
CES gens	accentuation d'un mot; d'une syllabe; d'un son
Et:	allongement d'une syllabe; d'un son
(alcool?)	transcription incertaine
(xx?)	(partie d'un) énoncé incompréhensible
[chevauchement

Bibliographie

- Apothéloz, D. & Grossen, M. (1995). L'activité de reformulation comme marqueur de la construction du sens: réflexions théoriques et méthodologiques à partir de l'analyse d'entretiens thérapeutiques. *Cahiers de l'ILSL*, 7, 177-198.
- Bange, P. (1992). A propos de la communication et de l'apprentissage en L2, notamment dans ses formes institutionnelles. *Acquisition et interaction en langue étrangère (Aile)*, 1, 53-85.
- Bischoff, A., Loutan, L. & Stalder, H. (2001). Barrières linguistiques et communication dans une polyclinique de médecine. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 193-207.
- Furchner, I. & Gülich, E. (2001). Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services? *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 83-107.
- Gajo, L. et al. (2001). Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services? *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 153-174.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Minuit.
- Grossen, M. (1992). Intersubjectivité et négociation de la demande dans un entretien thérapeutique. In M. Grossen & A.-N. Perret-Clermont (eds), *L'espace thérapeutique. Codes et contextes*. (pp. 165-191). Neuchâtel-Paris: Delachaux & Niestlé.

- Mader, J. (2000). Etre compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client. *Soins infirmiers*, 8, 66-70.
- Marcos, L. R. (1979). Effects of Interpreters on the Evaluation of Psychopathology in Non-English-speaking Patients. *American Journal of Psychiatry*, 136/2, 171-174.
- Métraux, J.-C. & Alvir, S. (1995). L'interprète: traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. *Interdialogos*, 2, 22-26.
- Singy, P. (2001). Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 175-192.