

Rencontres interculturelles à l'hôpital: la consultation médicale avec interprète

Véronique TRAVERSO

Université Lumière Lyon 2

Groupe de Recherche sur les Interactions Communicatives, CNRS

This paper presents a current research on intercultural encounters in a hospital service. In the first part of the paper, the different forms that these encounters may take are briefly described and characterized by their main features. The second part of the paper is devoted to those encounters when they take place with a linguistic mediator present. The analysis is a first attempt to grasp the specificities of the communication in this situation, and to cast light on the difficulties raised by this form of three-participant consultation.

L'objectif de cet article est double: présenter une recherche en cours sur différentes formes de rencontres interculturelles observées dans un service hospitalier, et dégager quelques-unes des caractéristiques de la forme particulière que prennent ces rencontres lorsqu'elles se déroulent à l'aide d'un intermédiaire linguistique¹. Dans ce dernier cas, comme le dit Müller (1989), il s'agit de situations exolingues gérées par la présence d'un troisième partenaire interactionnel:

Dans le champ qui englobe ainsi conversation bilingue et alternance des langues, conversation exolingue et procédés d'accommodation à la «langue de l'autre» (Noyau & Porquier, 1984), la traduction constitue un troisième mode d'interaction dans des constellations mixtes, un mode «sui generis», distinct des deux autres, qui pourtant doit être mis en relation avec ces derniers. (1989, p. 60)

Les rencontres ont lieu à l'occasion de consultations médicales², donc de situations sociales de la vie quotidienne, à caractère institutionnel, dans lesquelles les partenaires sont orientés vers un but commun et complémentaire – «améliorer ou sauvegarder la santé des usagers» (Cosnier, 1993) / «être soigné» – et qui s'organisent autour de différentes tâches à accomplir.

1 Je remercie Lorenza Mondada pour sa précieuse relecture.

2 La recherche s'est mise en route en étroite collaboration avec le programme DO-RE, piloté par Laurent Gajo: «Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quelle efficacité? quelle responsabilité pour le personnel infirmier? quelle variation selon les services?».

Ces deux aspects des situations représentent aussi deux manières d'en aborder la description. Elles peuvent en effet être étudiées d'abord comme des rencontres interculturelles, des situations exolingues ou des situations d'«interprétariat conversationnel»³ ou alors comme des consultations médicales. Dans cet article, j'ai privilégié le deuxième point de vue: je les aborde avant tout comme des consultations, et la description des phénomènes liés au «trilogue avec intermédiaire linguistique» est faite sur la base de celle de la consultation. C'est ce qui me semble correspondre le mieux à «ce qui se passe dans la situation».

Je commencerai par présenter le terrain et les données, puis différents types de rencontres interculturelles observées, pour en venir ensuite plus précisément à la situation de «consultation en présence d'un intermédiaire linguistique non professionnel».

1. Présentation des données

1.1. La collecte

Les données ont été collectées dans une clinique mutualiste de la banlieue lyonnaise⁴, dans un service de gynécologie-obstétrique. Elles comportent des observations (4 mois de présence régulière dans le service), des entretiens (pour la plupart très informels), des enregistrements d'interaction effectués⁵:

- ◆ au service de maternité pendant la grande visite (interactions «équipe médicale / patientes») ou pendant les visites du matin (interactions «infirmières / patientes»);
- ◆ au secrétariat de la consultation de gynécologie (interactions «secrétaires / patiente (/médecin»);
- ◆ à la consultation de gynécologie (interactions «médecin / patiente»).

3 Le choix du mot «interprétariat» plutôt qu'«interprétation» est essentiellement dû à la nécessité d'éviter l'ambiguïté qui pourrait s'attacher à «interprétation conversationnelle». Pour une discussion sur ces deux termes, voir D. Seleskovitch 1985.

4 La collecte a été effectuée par Laurette Rivière, qui a réalisé sa recherche de maîtrise sur ce corpus *L'information dans l'interaction médicale et les problèmes liés à l'hétérogénéité culturelle des patients*, mémoire de maîtrise de Sciences du Langage de l'Université Lumière Lyon 2, 2001, et par moi-même.

5 Laurette Rivière et moi-même étions présentées comme «stagiaires». Les patientes n'étaient pas au courant de la présence du micro.

1.2. Les différentes formes de rencontres interculturelles observées

La question de l'interculturel qui était la mienne au début de ce travail peut être abordée de bien des manières. C'est en croisant des informations provenant des entretiens et des observations sur le terrain que j'en suis arrivée à classer les consultations collectées en différents types relativement aux disparités culturelles. Ce classement n'entend pas être une typologie générale et réutilisable, mais plutôt une classification *ad hoc*, émanant de ce terrain particulier et qui intègre, à côté des situations que j'ai effectivement observées, et qui me semblent constituer des «types» (par la récurrence de traits communs), les catégories présentées comme telles par le personnel soignant. La notion de «disparités culturelles» (et donc de «culture») que j'utilise est relativement large, puisqu'elle englobe par exemple celles qui existent entre tout médecin et tout patient («les savoirs de l'expert» vs «les savoirs du profane»). Je distinguerai deux types majeurs selon qu'existent, ou pas, des disparités linguistiques évidentes.

1.2.1. Les disparités culturelles (mentionnées dans les entretiens)

Cette catégorie est reconstituée à partir des entretiens qui ont eu lieu sur le terrain avec le personnel soignant. Elle concerne les éléments qui sont immédiatement mentionnés lorsque la discussion s'oriente vers la question des migrants ou des différences culturelles. Ces «cas» sont aussi volontiers développés dans les discussions de couloir entre soignants, et ils tournent autour de thèmes très récurrents (et attendus):

- ◆ les différences dans la représentation du temps, qui sont illustrées à travers les problèmes posés dans le service par les retards – voire les absences – aux rendez-vous ou le non-respect des horaires de visite dans les chambres des malades;
- ◆ les différences dans la conception de la relation individu / groupe dont une des conséquences signalées par les soignants du service de maternité est que les chambres et les couloirs sont souvent envahis de visiteurs trop nombreux;
- ◆ les appartenances religieuses dont découlent des conceptions différentes de la relation entre sexes et de la maternité. L'exemple le plus souvent cité est celui du mari qui refuse que sa femme soit examinée par un médecin homme; c'est aussi le refus de la contraception et celui de la péridurale pour l'accouchement;
- ◆ les différences alimentaires: la question des interdits religieux est gérée de façon non problématique dans le service, les problèmes mentionnés concernent plutôt la nutrition des femmes enceintes et des femmes après leur accouchement, les familles considérant souvent que les repas

proposés par la clinique sont inappropriés et se chargeant d'apporter les mets «requis»⁶.

Ce n'est pas exclusivement en termes de problèmes que sont abordées ces différences, les soignants reconnaissant que, malgré les problèmes posés, ces différences sont aussi enrichissantes pour eux. Ainsi, il est dit à plusieurs reprises que les femmes d'autres cultures ont souvent un rapport plus simple à la maternité, moins médicalisé et plus naturel («on en apprend»).

Le problème pour l'analyste est ensuite de tenter de découvrir sur quoi se fondent, dans la réalité des interactions, ces différences ou ces problèmes. Il est clair en effet que le personnel soignant dispose de tout un système de catégories pratiques dans lesquelles il répertorie les patientes: «les petites dames asiatiques», les musulman(e)s, les gitans, les femmes turques, etc. Si les différences mentionnées ci-dessus concernent des éléments d'arrière-plan culturel relativement abstraits (le temps, l'individu, la santé, la maternité, etc.), elles s'accompagnent sans aucun doute de différences perçues dans les comportements en situation qui conduisent à construire des types ou des catégories. Une étude de cet aspect des choses pourrait se faire en utilisant l'analyse des interactions pour formuler certaines hypothèses, qui serviraient de piste pour l'observation d'autres interactions, et qui devraient aussi, selon moi, être travaillées en collaboration avec les acteurs. Je vais tenter d'illustrer cette démarche à partir de l'extrait suivant d'une interaction enregistrée au secrétariat de la consultation. Deux couples arrivent, parlant très fort dans le couloir, un seul d'entre eux s'approche du secrétariat, la femme d'une quarantaine d'années est vêtue d'une longue robe qui l'identifie immédiatement comme gitane. Un des médecins de la consultation (le docteur Belonta) raccompagne une patiente, la femme s'adresse à lui:

Extrait 1 (09/02) Secrétariat. Il doit être 16 heures ou 16 heures 30

F = femme, H = homme, Dr = docteur, S3 = secrétaire⁷

F- bonjour

Dr- bonjour messieurs dames (.) vous avez rendez-vous

H- [oui

6 Voir sur cette question l'article de Khalid (2001).

7 Les conventions utilisées sont les suivantes. Les intermédiaires sont désignés par les initiales IF (fille), IM (mari), IP (femme proche). Les tours de parole en langue étrangère sont en italiques, la ligne entre crochets qui les suit est la traduction littérale de ces tours. Les interruptions et chevauchements sont indiqués par [dans les deux tours de parole concernés; = indique un enchaînement immédiat entre deux tours; (.) indique une pause brève; les signes / et \ indiquent de légères montées ou descentes intonatives; ↑ et ↓ indiquent des montées ou descentes plus importantes; l'allongement d'un son est indiqué par:. La transcription fait un usage modéré de ce qu'il est convenu d'appeler l'orthographe adaptée.

F- [ouais
 Dr - avec qui /
 H- le docteur euh:: []
 F- [Ballorda/ Berlingot j'sais pas
 Dr - (*regardant sur son carnet*) c'est comment votre nom/
 H- XX
 Dr - vous êtes pas inscrits sur ma liste=
 H- =non non c'est pas sur votre liste c'est pas avec vous (.) le rendez-vous
 Dr - ça veut dire ça doit être le docteur Nallens
 H- voilà
 Dr - (*désignant le bureau de S3 d'un geste du bras*) (inaud.) la s'crétaire est là
 H- ouais
 F- bonjour
 S3- bonjour m'ssieurs dames (Xs) (*elle parle à une autre secrétaire*)
 [...]]
 S3- vous voulez prendre un rendez-vous=
 H- =non mais ça y est il l'a [(inaud.)
 F- [ça y est
 S3- oui/ (.) euh: vous avez rendez-vous aujourd'hui\
 F- ouais
 H- ouais c'est ça
 S3- c'est quel nom/
 H- XX
 S3- d'accord
 S3- est-ce que vous êtes passés:: euh: [en arrivant: (.) à l'accueil administratif/
 H- [oui
 F- ouais ouais ouais=
 S3- =oui
 (silence- *elle établit une fiche pour la patiente*) [...]
 S3- d'accord/ (.) bon ben c'est bon (.) j'vous laisse allez en:: salle d'attente=
 F- = à quelle heure (s'vous plaît/c'était)
 S3- c'était à:: trois heures et quart
 F- ah:\
 (*ils vont en salle d'attente*)

Une fois que le couple est entré dans la salle d'attente, la secrétaire m'a glissé à l'oreille «les gitans spécialistes du sans rendez-vous».

De mon côté, en tant qu'observatrice, ces deux courtes interactions (avec le médecin, puis avec la secrétaire) m'ont fait un effet de «non-conformité» ou de «non-ordinaire», bien qu'elles se soient déroulées de façon coopérative. Différents éléments observables dans l'interaction expliquent sans doute ces deux réactions: la patiente est effectivement en retard à son rendez-vous, elle semble le savoir, mais très vaguement (dernier échange), les couples sont arrivés en parlant fort dans un site où les patient(e)s parlent à mi-voix (cette interaction m'a fait remarquer que seuls les soignants parlent fort dans ce

couloir et dans le secrétariat), la diction très indistincte de la femme, les «ouais» qu'elle produit systématiquement, parfois en série⁸, l'oubli du nom de son médecin et surtout la façon dont elle le mentionne (en déformant le nom recherché), le fait qu'elle s'adresse au médecin qui passe plutôt qu'à la secrétaire (ce qui n'est pas conforme aux «règles» du site).

On peut faire l'hypothèse que ces éléments interviennent pour provoquer le sentiment d'interaction «non-ordinaire» ainsi que pour construire la catégorie «gitans spécialistes du sans rendez-vous». Poursuivre le travail descriptif dans ce sens supposerait de questionner les hypothèses qui peuvent être faites ici (effet produit par la prononciation, effet produit par l'intensité des voix, effet produit par le fait de ne pas distinguer les rôles de médecin et de secrétaire, etc.), en les testant sur d'autres interactions et en les élaborant avec les différents acteurs⁹.

1.2.2. Les disparités linguistiques/culturelles

Je distinguerai ici deux «types» qui me semblent assez différents.

1) Les disparités de langage entre l'expert et le profane

Ces disparités sont observables dans quasiment toutes les consultations, et elles sont dues à l'asymétrie des savoirs inhérente à la situation. Elles sont peut-être particulièrement frappantes ici, du fait que de nombreuses consultations concernent les problèmes d'infertilité et leur traitement, souvent long et surtout extrêmement complexe. Voici un exemple assez éloquent de ces difficultés d'intercompréhension. Il concerne des explications apportées par le médecin en réponse à une question de la patiente à propos du diagnostic auquel a conduit une intervention (hystérogographie):

Extrait 2

- 1 P- et euh:: c'est au niveau d'endométriose vous avez vu quelque chose↑ euh: [
 2 M- [non (.) y
 3 avait pas d'adénomiose au niveau de l'utérus
 4 P- d'accord (.) pa'c'que: donc euh: la- la première fois quand i m'avait [opérée
 5 M- [l'endométrieuse
 6 on la voit (.) si elle est péritonéale ou ovarienne je pouvais pas l'voir↓ (.) pa'c'que là
 7 je voyais que dans l'utérus (.) [(.)
 8 P- [d'accord

8 Si «ouais» est attesté dans toutes sortes de situations, ceux produits par cette patiente sont particulièrement sonores et accentués. Ils ne correspondent pas aux «ouais» intermédiaires entre «oui» et «ouais» si souvent émis dans la fonction de régulation.

9 Type de recherche dans la lignée du *Cross-Talk* de Gumperz (1979), ou du travail de Erikson & Schultz (1982).

- 9 M- mais elle est parfois associée à l'adénomiose↑ (.) [c'est des cavités qui
 10 P- [ouais::
 11 M- s'creusent dans le- [dans la paroi utérine [et qu'on:: qu'on peut voir=
 12 P- [ouais [d'accord
 13 P- =pa'c'que c'qui m'avait- la première fois qu'i m'a:: euh::: l'doctor C qu'i m'avait enl've
 14 l'endométriase pa'c'que je:- c'était- pa'c'que j'en avais trop↑ pa'c'que (.) [
 15 M- [ben quand on
 16 voit l'endométriase on- on essaie de::: [de:: l'enl'ver [pa'c'que c'est un
 facteur
 17 P- [ouais [ouais ouais
 18 M- d'infertilité↓
 19 P- hm ah ouais (.) mais là c'est pas l'cas↑
 20 M- non ben là c'tait (.) p- pour voir la- la cavité utérine hein↑
 21 P- voilà donc là ça vous y avez pas vu en fait
 22 M- y avait pas d'adénomiose associée↓
 23 P- d'accord

La patiente cherche à savoir si le médecin peut lui dire quelque chose de précis sur les risques de stérilité dans son propre cas. Sa question est formulée très indirectement ligne 1, «au niveau d'endométriase vous avez vu quelque chose?»¹⁰. Le médecin se montre extrêmement patient et lui apporte de nombreuses explications, mais elles ne correspondent pas à la question ou aux attentes de la patiente, et la séquence dont nous n'avons là qu'un petit extrait donne l'impression d'une succession de malentendus. Par exemple, l'anaphorique de la ligne 19 («mais là c'est pas l'cas?») semble référer pour la patiente à «facteur d'infertilité» (ligne 17-19), qui est le thème même de sa question, alors que le médecin enchaîne en le faisant référer à autre chose (l'intervention, ce que cette intervention a permis de voir). Le même décalage se poursuit dans l'échange suivant («ça vous y avez pas vu en fait»), c'est-à-dire pour la patiente «les risques d'infertilité» et pour le médecin «l'adénomiose au niveau de l'utérus». Ces difficultés d'intercompréhension sont fréquentes, et elles sont bien différentes de ce qui se passe dans les situations exolingues.

2) Les situations exolingues

Dans ces situations, je n'ai jamais observé les problèmes décrits ci-dessus, c'est-à-dire que, toutes, sont des situations dans lesquelles le médecin simplifie ce qu'il dit, ou dans lesquelles il ne se lance pas à expliquer certaines choses trop complexes. Je distinguerai essentiellement deux cas: celui où la patiente est seule avec le médecin, et celui où elle vient accompagnée d'une personne qui sert de traducteur.

10 La patiente déforme le mot «endométriase», ça n'est pas relevé dans l'interaction.

Dans le premier cas, la situation la plus extrême rencontrée est celle d'une patiente maîtrisant très peu le français, qui ne s'exprime pas, se contentant d'écouter ce que lui dit le médecin. L'étude de situations comme celle-ci exigerait des observations longitudinales sur des périodes de temps longues et des entretiens systématiques qui permettraient de mesurer jusqu'à quel point ces patientes qui ne prennent pas la parole pendant la consultation, comprennent ce qui s'y passe. On peut faire l'hypothèse qu'en cas de problème ces patientes ne viennent plus seules.

Le second cas – présence d'un intermédiaire linguistique – est l'objet de la suite de l'article. Cette situation n'est pas très fréquente (sur les 66 interactions que j'ai moi-même enregistrées, 7 seulement se déroulent de cette manière). Ce ne sont pas les plus fréquentes, mais ce sont, me semble-t-il, les plus complexes à gérer pour chacun des partenaires.

2. La consultation en présence d'un intermédiaire linguistique¹¹

Dans les descriptions qui suivent, je prêterai une attention particulière à la progression de l'interaction dans la situation trilogale qui est en place. Avant d'en venir à la description de certains types d'échanges, je commencerai par présenter les éléments que j'ai retenus pour fonder les analyses parmi les très nombreux travaux existant sur la consultation médicale dans des approches interactionnistes.

2.1. Quelques arrières plans de l'analyse

2.1.1. Les travaux sur la consultation médicale

La consultation médicale a fait l'objet, dans des perspectives disciplinaires variées, de très nombreux travaux, dont un grand nombre trouvent une inspiration initiale dans l'analyse de la relation de service faite par Goffman (1969). Ces travaux ont abordé la question selon différentes perspectives qui ont permis d'en mettre en évidence différents aspects, certains liés à la situation de face-à-face (le script, les normes, le travail de figuration, la relation de rôle), d'autres faisant intervenir des perspectives plus institutionnelles et organisationnelles (voir Grosjean & Lacoste, 1999). Pour aborder la description, je me

11 Ce travail n'aurait pas été possible sans la collaboration de A. Küçüköser, qui a réalisé les traductions du turc; je la remercie chaleureusement du temps qu'elle m'a consacré.

suis basée sur certains de ces éléments, que je présente ci-dessous de façon très succincte¹².

- 1) La distinction établie par Goffman entre les trois dimensions de l'échange verbal dans la relation de service:

une partie «technique», renseignements reçus ou donnés sur la réparation (ou la construction) envisagée; une partie «contrat», indication approximative, et, en général pudiquement écourtée, du coût du travail, des délais nécessaires et autres détails semblables; enfin une partie «civilités», échanges de politesses accompagnés de quelques amabilités, et menues marques de respect. (1969, p. 383)

- 2) L'existence d'un script, ou déroulement prototypique d'une consultation (voir par exemple Cosnier, 1993, ou Ten Have, 2001):

ouverture – définition du problème – interrogatoire – examen – diagnostic (discussion du diagnostic) – prescription – clôture.

- 3) L'asymétrie des rôles engagés dans l'interaction, liée au fait que le médecin possède le savoir spécialisé dont le patient est dépourvu et qui est la raison même de la venue de ce dernier en consultation. Sur ce point, on soulignera que les choses sont moins schématiques qu'on pourrait le croire, comme y insistent aujourd'hui les spécialistes du domaine:

A partir d'une observation des consultations, on a mis en lumière les arrangements et négociations entre le point de vue du médecin et le point de vue du malade, les malentendus et les désaccords qui surgissent entre eux, les embarras, les marques d'autorité, le jeu des catégorisations; on a démontré l'existence de stratégies dans la présentation des informations, dans la succession des questions et réponses. Ces analyses ont nuancé la vision antérieurement dominante qui, sur la base d'un incontestable «pouvoir» médical, tendait à réduire la consultation à un pur rapport de violence symbolique. Une observation plus attentive montre que cette dominance médicale revêt des formes variées, qu'elle est souvent négociée et non pas imposée unilatéralement, elle permet aussi de découvrir la mise en œuvre de compétences communicationnelles, de processus de cadrage situationnels, la confrontation d'une connaissance ordinaire et d'une connaissance savante. (Grosjean & Lacoste, 1999, p. 25)

On observe cependant que les choses sont loin d'être simples en la matière, comme le montre l'extrait 2 ci-dessus, d'où il ressort que malgré les efforts du médecin pour expliquer et ceux de la patiente pour se faire expliquer, l'intercompréhension est souvent difficile.

12 D'autres éléments seraient à prendre en compte pour traiter la question du patient migrant: sa trajectoire (liée à son parcours migratoire: «où avez-vous eu votre premier bébé?», et à sa «carrière institutionnelle»), et par ailleurs une approche plus organisationnelle et institutionnelle.

- 4) L'importance de ce que, depuis Goffman 1974, on appelle les «territoires», dont différents aspects sont concernés de façon centrale dans ces situations.
- ◆ La consultation médicale est en effet une interaction se déroulant dans le territoire spatial d'un des partenaires (le cabinet du médecin), dont l'usage se fait selon un certain nombre de règles auxquelles la patiente tente de se conformer (on observe par exemple dans les consultations enregistrées de fréquentes négociations sur le lieu de déshabillage, certaines patientes commençant à se déshabiller dans la partie bureau du cabinet, alors que, de l'autre côté du paravent, une chaise bleue est prévue à cet effet).
 - ◆ Les *territoires informationnels* sont, eux aussi, concernés au premier chef. Comme le dit encore Lacoste, «Malade et médecin disposent chacun d'un savoir, qu'ils peuvent faire valoir à certaines conditions, notamment en respectant celui de l'autre» (1993, p. 49). Dans son analyse, elle répartit ces savoirs en plusieurs catégories:
 - *les savoirs du patient* (événements biographiques, rencontres avec d'autres médecins, symptômes et évolution passée de sa maladie),
 - *les savoirs du médecin* (connaissances médicales spécialisées),
 - *les savoirs du médecin et du patient* (ce qu'ils ont acquis en commun au cours de la consultation concernée ou avant)
 - *les savoirs de membre de la communauté* (ce que savent les membres d'une communauté sociale parlant le même langage: ensemble illimité de connaissances vagues ou précises, de règles morales ou cognitives supposées communes, de «faits de bons sens»).
 - ◆ Le *territoire physique du patient*, son corps, devient l'objet même de la réparation:

Le réparateur a la possibilité de se livrer, sur la propriété du client, à un travail mécanique, des manipulations diverses, surtout quand ces opérations visent à fonder un diagnostic. (Goffman, 1969, p. 384)

Lors de l'auscultation, comme le dit Heath (1993), le patient est soumis à des exigences relativement contradictoires quant à son territoire corporel: il doit à la fois transformer sa personne en objet d'inspection et de manipulation, ce qui suppose un certain désengagement, et rester sensible aux exigences de l'examen afin de pouvoir coopérer, donc ne pas se déconnecter totalement de ce qui se passe.
 - ◆ Enfin, dans cette situation, les *territoires émotionnels* me semblent aussi être mis en jeu de façon centrale, en particulier lorsque le problème justifiant la consultation est grave.

Dans les descriptions qui suivent, je n'aborderai pas les échanges concernant directement les territoires corporels et émotionnels (l'auscultation). Je me cantonnerai dans ceux qui se déroulent à l'ouverture de l'interaction et pendant l'interrogatoire.

2.1.2. L'interaction avec interprète

Dans la perspective de l'étude des situations interculturelles, les consultations en présence d'un intermédiaire linguistique se caractérisent par le fait que les disparités linguistiques non seulement influencent la communication, mais formatent et structurent totalement la situation, puisque celle-ci devient une situation trilogale¹³.

Les deux langues présentes dans la situation (le français et le turc ou l'arabe) me semblent pouvoir être décrites ainsi:

- ◆ une langue «officielle» de la consultation, le français, langue dans laquelle sont formulées les questions («depuis combien de temps vous avez mal?») et les injonctions du médecin («il faudrait vous peser»), dans laquelle est explicité le diagnostic, dans laquelle est rédigée l'ordonnance, et enfin dans laquelle sont notées les informations du dossier (la trace de la consultation et l'histoire institutionnelle de la patiente).
- ◆ la langue de la patiente, présente, mais que l'on peut aussi considérer comme «gommée». Gommée dans l'ici et maintenant de la rencontre (au moment où est produite la traduction en français qui seule sera traitée, et plus encore lorsque les propos de la patiente ne sont pas traduits et n'existent donc pas dans le circuit officiel de communication), mais aussi dans la mémoire de l'interaction et dans les traces institutionnelles qui en resteront (le dossier).

En fait, une étude approfondie du fonctionnement de la communication exigerait de prendre en compte de façon centrale la diachronie. Cela permettrait d'observer à la fois ce qui sert de support à la consultation et ce qu'il en reste, tant du côté du médecin et de l'institution (le dossier), que de celui de la patiente.

La traduction, elle, est censée fonctionner dans les deux sens: traduction des propos du médecin tenus en français dans la langue de la patiente, traduction des propos de la patiente dans sa langue en français.

13 Sur les trilogues, voir Kerbrat-Orecchioni & Plantin (éds), 1995.

2.1.2.1. Le cadre participatif global de la consultation avec intermédiaire linguistique

Dans le trilogue comportant le médecin, le patient et l'intermédiaire, le médecin et le patient sont les deux rôles qui définissent en partie la situation comme une consultation médicale; les intermédiaires, quant à eux, ne ressemblent ni aux interprètes épisodiques que décrivent Müller (1989) ou de Stefani, Miecznikowski & Mondada (2000), qui sont là en tant que participants ordinaires, et qui vont «faire l'interprète» de loin en loin – formes d'interprétation épisodique et émergente –, ni aux interprètes professionnels et institutionnels décrits par Wadensjö (1998), qui exercent une profession, avec une certaine expertise supposée. Dans notre situation, les intermédiaires sont à la fois:

- ◆ prévus par un des participants (le participant non institutionnel);
- ◆ participant à la rencontre en tant que «personne venue avec la patiente parce que celle-ci a des difficultés à comprendre / s'exprimer»;
- ◆ non professionnels et occasionnels;
- ◆ proches, voire parents, des patientes.

2.1.2.2. Les intermédiaires linguistiques présents dans les interactions du corpus

Pour présenter de façon un peu plus précise ces intermédiaires, je me référerai aux différents facteurs exposés dans Knapp-Potthoff & Knapp (1987, p. 185):

Facteurs présentés Knapp-Potthoff & Knapp, 1987	Dans le corpus
Relatif à l'interprète <ul style="list-style-type: none"> • degree of competence for the two languages involved • affinity to the two respective cultures • affinity to the primary interlocutors • knowledge of the subject discussed • experience with mediator-situations 	Variable (compétence variable en français) Variable Affinité avec la patiente (proximité relationnelle): trois catégories: mari, fille, femme proche Seul le médecin possède le savoir technique, médical Variable: très occasionnel / régulier
Relatif à la situation <ul style="list-style-type: none"> • formality and interactional goals • number of parties involved 	Situation institutionnelle (règles et contraintes), formatée, mais peu formelle Variable
Relatif aux autres partenaires <ul style="list-style-type: none"> • degrees of competence in the other 	Variable de la part des patientes:

langage	<ul style="list-style-type: none"> • ignorance totale (sauf «bonjour», «ça va», «merci») • connaissance qui permet de suivre certains passages de l'interaction (et éventuellement d'intervenir en disant quelque chose dans l'autre langue) et de comprendre des choses simples adressées directement («allez vous peser»)
---------	---

Certains de ces facteurs paraissent particulièrement importants: le niveau de l'intermédiaire en français (moins il est «bon», plus l'interaction médecin / intermédiaire requiert l'attention complète des deux participants, et plus la patiente a de chances d'être laissée totalement en dehors de l'interaction); la relation entre l'intermédiaire et la patiente (les interactions se déroulent de façon tout à fait différente selon que l'intermédiaire est le mari, la fille ou une femme proche); le niveau de la patiente en français (la traduction des propos du médecin étant loin d'être systématique, une méconnaissance totale du français de la part de la patiente tend à la «marginaliser» totalement dans l'interaction).

3. Éléments d'analyse du corpus

Je présenterai ci-dessous quelques éclairages sur le fonctionnement de certains moments de l'interaction: sa mise en place; l'explication de la raison d'être de la visite; et quelques-unes des formes que prennent les échanges avec traduction. Ce premier balisage me semble constituer un préalable indispensable à une étude plus «substantielle» de la communication et de l'intercompréhension dans ces situations, puisqu'il permet d'observer la place occupée par chacun des partenaires dans l'espace interlocutif.

3.1. La mise en place du trilogue

Sur le plan du déroulement de l'interaction, lorsque le médecin va chercher la patiente dans la salle d'attente, deux personnes se lèvent. Pour les patientes «habituelles», le médecin sait que la patiente vient avec un intermédiaire, et on assiste à ce type d'échange:

Extrait 3. Madame K. et sa fille

- 1 M- bonjour (Xs) alors vous êtes/
 - 2 IF- euh sa fille
 - 3 M- la fille
- (elles arrivent dans le cabinet)

La question du médecin est immédiatement comprise comme s'adressant à l'intermédiaire et concernant sa relation avec la patiente. On observe aussi à la ligne 3, dans l'accusé de réception, ce qui peut apparaître comme une trace

de sa «typologie pratique» des intermédiaires possibles («la fille» vs «la cousine», «la voisine»).

Dans le cas des patientes nouvelles, le médecin ne sait pas qui est la patiente, ni pourquoi et par qui elle est accompagnée. Va donc avoir lieu une phase d'identification des participants, qui débute dans le couloir menant de la salle d'attente au cabinet:

Extrait 4. Mme K. et sa cousine.

- 1 M- vous êtes d'la famille de Madame K. (.) celle que j'connais
- 2 IP- oui c'est sa belle-fille
- 3 M- bon c'est ma stagiaire
- 4 O- bonjour/
- 5 IP - bonjour
- 6 M- vous êtes la belle-fille
(silence)
- 7 M- (inaud.)
- 8 IP - oui et puis:: (.) elle comprend pas très:::- trop l'français [disons qu'elle
- 9 M- [ah
- 10 IP - arrive pas à s'exprimer
- 11 IP - (inaud., en turc)
- 12 P- (inaud., en turc)
- 13 IP - (RIRE) elle est trop fatiguée pa'ce que bon\ (.) elle a eu du r'tard/ (.) [et elle a
- 14 M- [oui

A la ligne 1, la question du médecin et en particulier le pronom «vous» peut sans doute s'interpréter comme un pluriel («vous deux»), plutôt que comme une forme de politesse s'adressant à l'une des deux femmes qui se sont levées à l'appel du nom. La personne qui répond à la ligne 2 identifie l'autre personne (c'est la belle-fille de madame K), et la désigne du même coup comme la patiente. La reprise à la ligne 6 «vous êtes la belle-fille» de la part du médecin pousse l'intermédiaire à expliciter davantage la situation. Par sa réponse, elle explique indirectement son rôle dans l'interaction (quelque chose comme «je suis là parce qu'elle ne parle pas (bien, très, trop) le français). Après cette identification, on passe immédiatement à la raison d'être de la visite (ligne 13) ou à l'interrogatoire.

Le point très frappant de cette mise en place, une fois que l'intermédiaire est «situé» en tant que tel par le médecin, est qu'il n'y est jamais question de la manière dont pourrait se dérouler la consultation, ni du rôle effectif qui revient à l'intermédiaire sur le plan des prises de parole. L'activité de l'interprète, comme le montre Wadensjö (1998), est en effet doublement orientée: d'une part «vers le texte» (la traduction proprement dite, dont on peut évaluer la justesse ou la fidélité, par exemple), d'autre part vers l'organisation de l'interaction, c'est-à-dire vers la circulation de la parole, et la distribution des tours. Ce second aspect, tout autant que le premier, requiert une certaine expertise. Dans nos situations pourtant, il n'est jamais question d'un mode de faire possible, aucune «règle du jeu» n'est explicitée. Tout ce qui va se passer

par la suite se construit donc dans l'instant, et c'est à chaque participant de faire ce qui est nécessaire pour être participant à part entière à l'interaction (en fonction de son interprétation de la situation et de l'activité qu'il pense être la sienne), c'est-à-dire:

- ◆ pour le médecin, faire en sorte d'obtenir les informations qui lui sont nécessaires, d'obtenir la coopération corporelle de la patiente, d'obtenir que les informations qu'il donne parviennent à la patiente;
- ◆ pour la patiente, faire en sorte d'obtenir une traduction des échanges qu'elle ne comprend pas, faire en sorte que ses questions et les informations qu'elle apporte parviennent au médecin;
- ◆ pour l'intermédiaire, le seul qui «comprenne tout», la tâche est plus complexe puisqu'il lui qu'incombe de faire en sorte que les autres participants soient des participants à part entière à l'interaction. Plus matériellement, il lui appartient de savoir / décider quoi traduire, d'ouvrir des échanges dialogaux avec le médecin sur certaines caractéristiques de la consultation, de la maladie, d'entretenir des échanges avec la patiente, qu'il traduira ou pas, etc.

3.2. La présentation de la raison d'être de la visite

Dans le corpus, les énoncés présentant la raison d'être de la visite sont «dits» par l'intermédiaire, ils ne sont pas traduits. La discussion du problème débute donc par un discours de l'intermédiaire qui, le plus souvent, sera ensuite élaboré à trois dans la phase d'interrogatoire.

Extrait 5. Mme K. et sa fille

- 1 M- (VOIX BASSE. *Elle écrit*) alors:/ (.) vous avez quel âge/
(silence)
- 2 IF- (A VOIX BASSE) 46 bientôt
- 3 M- 46 (inaud.) (*elles parlent entre elles*, inaud.) très bien/ (.) allez\ (*ferme le dossier*)
- 4 j'veais vous examiner/
- 5 IF- (on/elle) voulait vous dire/ elle a:- elle a une genre de boule sous la- sous- sous-
- 6 sous la poitrine
(silence)
- 7 M- ah ouais on va r'garder
- 8 IF- surtout quand elle a- elle a (inaud.) 'fin c'- elle a une boule/

Ces informations dites par l'intermédiaire (lignes 5 et 8 dans l'extrait ci-dessus) indiquent que la consultation a été préparée avec la patiente. Elles mettent en évidence une caractéristique importante de ces situations, qui oblige à complexifier la notion de «territoire informationnel» présentée ci-dessus. En effet, l'intermédiaire linguistique étant un proche de la patiente, il convient d'ajouter aux savoirs respectifs et partagés du médecin et de la patiente, ceux de l'intermédiaire et en particulier ceux qu'il partage avec la patiente préalablement à la consultation. Ces savoirs proviennent soit d'une

préparation effective de la consultation, soit de l'histoire commune des deux personnes. On pourrait qualifier ce qui est apporté par l'intermédiaire dans le début de la consultation de *savoir relationnel*. La suite de cet extrait nous permet de faire d'autres observations:

- 9 M- une grosse/
 10 IF- ben::: (j'sais pas/j'crois)=
 11 M-=on va r'garder (.) depuis quand/
 12 IF- *ne zamadan beri oldu?* (.) boule
 [depuis quand?]
 13 P- *ne bileyim*
 [je ne sais pas]
 14 IF- je ne sais pas

L'extrait montre que certains des *savoirs attendus* ne sont pas (déjà) à la disposition de l'intermédiaire, qui traduit alors les questions du médecin (par exemple ligne 11/12), ces savoirs pouvant n'être pas non plus à la disposition de la patiente (ligne 13/14), les *savoirs absents*. Enfin, dans cet extrait, on peut faire l'hypothèse que l'on voit des traces de ce que l'on pourrait appeler les *savoirs tabous*, ceux dont il est difficile de parler entre la patiente et l'intermédiaire (ici la mère et la fille), à travers les hésitations et l'énoncé inachevé des lignes 5-6 et 8¹⁴.

Sur le plan de la célérité de la consultation ou de son efficacité immédiate, la présence des savoirs relationnels (ce qui est apporté directement par l'intermédiaire) contribue à un déroulement continu et superficiellement non problématique de l'interaction¹⁵. Il pourrait même sembler absurde que l'intermédiaire, connaissant parfaitement l'âge de sa mère par exemple (ligne 2), traduise la question du médecin. Pourtant si l'on se place dans une autre perspective, qui serait celle d'une progression de l'interaction permettant à tous les participants de suivre ce qui se passe de façon similaire et égalitaire (même avec le léger décalage temporel qu'entraîne toujours la traduction), l'apport de ces savoirs relationnels peut être vu comme favorisant la «marginalisation» de la patiente dans l'interaction: elle reste en dehors de ce qui se passe.

14 Le personnel soignant considère que la situation la plus difficile est celle où l'intermédiaire est la fille de la patiente.

15 Le premier point souligné par le personnel soignant à propos de ces situations est leur durée bien supérieure à celle des autres interactions.

3.3. L'échange trilocal au cours de l'interrogatoire

Dans la suite de l'interrogatoire, les configurations trilocales rencontrées sont souvent très proches des formes «prototypiques» de l'échange avec traduction. Ces formes sont attestées dans les échanges question / réponse (initiés par le médecin), et peuvent se schématiser de la manière suivante (en gras, le français):

M → **P/I** (question du médecin à destination de la patiente / intermédiaire)
I → *P* (traduction de la question)
P → *I* (réponse)
I → **M** (traduction de la réponse)

Extrait 6. Mme K. et sa fille

M- bon:\ (.) euh:: (Xs) ça vous fait mal/ la boule/ quand vous la sentez\
 IF- *anne oşislik gelince og#ritiyo rmu?*
 [maman quand tu as cette boule est-ce que ça te fait mal]
 P- *eee herhalde*
 [hm bien sûr / certainement]
 IF- elle a vraiment mal

Je n'ai pas observé ce schéma dans l'autre sens: dans le corpus, ce sont toujours les questions du médecin qui donnent lieu à ce type de configuration; les questions émanant du groupe P/I sont des questions de l'intermédiaire, elles ne sont pas traduites. En revanche, une configuration équivalente peut apparaître dans des échanges d'apport d'information:

P → *I* (information)
I → **M** (traduction)
M → **P/I** (évaluation, accusé de réception)

Extrait 7. Mme K. et sa fille

1 M- on va r'garder (.) depuis quand/
 2 IF- *ne zamadan beri oldu? (.)* boule
 [depuis quand?]
 3 P- *ne bileyim*
 [je ne sais pas]
 4 IF- je ne sais pas
 5 P- (inaud.) *sein de mi?*
 [au sein?]
 6 IF- *sein de (.) go!g<su!nde*
 [au sein (.) au sein]
 7 P- *ge.er sene baktiklarinda bir sey bulamadilar da simdi go!g<su!m bayag<. sismenladi*
 [l'année dernière quand ils ont regardé ils n'ont rien trouvé mais maintenant mon sein a grossi]

8 IF- l'année dernière vous avez regardé mais euh:- vous avez rien trouvé mais là c'est-

elle y est toujours la boule/

9 M- d'accord/

(silence)

Ici, à l'occasion d'un échange initié par une question du médecin (ligne 1), la patiente ajoute une information non sollicitée (ligne 7), qui est traduite (ligne 8), et dont le médecin accuse réception (ligne 9)¹⁶.

Différentes variantes de ces échanges apparaissent. Par exemple, on observe souvent une élaboration dilogale entre l'intermédiaire et la patiente, avant que la réponse soit traduite au médecin:

Extrait 8. (08/03/01) Mme D. Le médecin vient de demander le poids de la patiente et enchaîne:

M- et le poids normal/ c'est combien

IP- *euh:: ka , kiloydun normalde?*

[tu avais normalement combien de kilos?]

P- *en son 70*

[la dernière fois 70]

IP- *non normal de?*

[non normalement?]

P- *60 (en turc)*

IP- 60

Ces formes d'échange mettent bien en évidence le fait que l'intermédiaire ne se cantonne nullement dans un rôle de traducteur, mais qu'il occupe bien celui d'interlocuteur à part entière. Il n'est pas la personne dont on parle, mais il est la personne qui parle. Cette place d'interlocuteur à part entière tend bien souvent à se transformer en place d'interlocuteur principal. Cette tendance est particulièrement frappante dans une autre variante de l'échange trilocal, très fréquemment attestée: l'*échange avec traduction décalée*. Dans ce cas, l'intermédiaire commence par apporter lui-même la réponse (complètement ou partiellement), puis il traduit la question du médecin, exemple:

Extrait 9. (08/03/01) Mme D.

1 M- (d'une voix forte) (raclement de gorge) et vous l'allaitez/ toujours/ le bébé/

2 IP- *euh::: oui mais un peu C. emziriyon mu bebeyi?*

[C. tu allaites le bébé?]

3 P- *hm hm emziriyom biraz gu!nde iki kere u! , deja*

[hm hm j'allaite un peu deux fois trois fois par jour]

4 IP- deux trois fois

16 Une analyse longitudinale détaillée de cette interaction montrerait que la modification des pronoms entre l'énoncé en turc (l.7) et sa traduction (l.8) est la source d'un léger malentendu dont la résolution va prendre un certain temps. C'est là l'aspect «orienté vers le texte» de la traduction.

5 M- oui
(silence)

La réponse apportée directement par l'intermédiaire à la ligne 2 est complétée ligne 4 par la réponse qu'elle obtient lorsqu'elle traduit la question (ligne 2-3).

4. Bilan

Ces quelques éclairages mettent en évidence des caractéristiques de la situation qui permettent de construire des pistes pour l'analyse. Par rapport à la problématique développée par Wadensjö (1998) sur «l'interprétation comme interaction», qui démontre que les interprètes sont des participants à part entière, nos situations, et les types d'intermédiaires qui y sont présents, obligent à inverser la perspective.

L'argumentation de Wadensjö montre en effet que, contrairement aux idées reçues, les interprètes ne sont pas des «présents-absents», des «personnes au milieu», sans existence interactionnelle propre, mais qu'ils assument au contraire un double rôle interactionnel: un rôle de traducteur (versant «orienté vers le texte» de leur activité), qui s'évalue quantitativement à partir d'équivalence du type: «un tour – un tour» et qualitativement en termes de proximité, justesse, exactitude; un rôle de coordination de l'interaction, de détermination et de réorientation des tours de parole.

Dans notre cas, la question qui se pose est plutôt celle d'observer en quoi les participants qui accompagnent la patiente sont aussi des intermédiaires linguistiques, des interprètes ou des traducteurs. Et c'est bien sur le versant organisationnel de leur activité que se pose cette question (le versant «texte» étant, me semble-t-il, moins complexe). Et elle concerne essentiellement la place de la patiente dans l'interaction. Dans les situations de type duel «médecin / patiente étrangère maîtrisant mal le français», l'interaction progresse au rythme, parfois laborieux, des deux participants engagés; dans les situations trilogales avec intermédiaire linguistique, l'interaction progresse souvent à un rythme plus régulier, mais qui tend à marginaliser la patiente. Pour progresser, l'interaction se déleste en quelque sorte du participant qui ne suit pas, même si elle le concerne en tant que personne. Dans les apports d'informations relevant du savoir relationnel par exemple, ou dans les échanges à traduction décalée, l'interaction se poursuit devant la patiente (et à son sujet), sans qu'elle puisse y intervenir et sans même qu'elle comprenne ce qui se passe.

C'est ainsi une autre facette du travail de l'intermédiaire qui est mise en évidence dans ces situations, celle qui, attachée à l'organisation/la distribution des tours de parole entre les partenaires, concerne le maintien de l'équilibre dans le partage de la connaissance / compréhension de l'état où en est l'interaction à chaque moment. C'est ce qui semble le plus difficile à réaliser,

peut-être aussi ce qui est le moins pris en compte par le médecin et l'intermédiaire.

Bibliographie

- Cosnier, J., Grosjean, M. & Lacoste M., (eds). (1993). *Soins et communication*. Lyon: PUL.
- De Stefani, E., Miecznikowski, J. & Mondada, L. (2000). Les activités de traduction dans des réunions de travail plurilingues. Können sie vielleicht kurz übersetzen? *Revue française de linguistique appliquée*, V-1, 25-42.
- Erickson, F. & Schultz J. (1982). *The counselor as gatekeeper. Social interaction in interview*. London: Academic Press.
- Goffman, E. (1969). *Asiles*. Paris: Minuit (chapitre 4, «Les hôpitaux psychiatriques et le schéma médical-type (quelques remarques sur les vicissitudes des métiers de réparateurs).
- (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Minuit.
- Grosjean, M. & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective*. Paris: PUF.
- Gumperz, J., Jupp, T. & Roberts, G. (1979). *Cross-Talk. A study of cross-cultural communication*. Background material and notes to accompany B.B.C. film, southall (Middlesex): The National center for industrial Language Training.
- Harris, B. (1992). Natural Translation: A reply to Hans P. Krings. *Target*, 4, 1, 97-103.
- Have ten, P. (2001). *Sequential structures in doctor-patient interaction: ethnomethodology and history*. Paper read at the conference <Structure and Emergence of professionalized «Praxis»>, J. W. Goethe-Universität, Frankfurt, Germany, September 26-28, 2001, <<http://www.pscw.uva.nl/emca/seqstruct.htm>>.
- Kerbrat-Orecchioni, C. & Plantin, C. (eds), (1995). *Le trilogie*. Lyon: PUL.
- Khalid, B. (2001). La construction des soins dans la situation d'échanges interculturels: l'exemple de la maternité. In M. Lahlou & G. Vinsonneau (eds), *La Psychologie au regard des contacts de cultures*. Limonest: L'interdisciplinaire.
- Knapp-Potthoff, A. & Knapp, K. (1987). The man (or woman) in the middle: Discoursal aspects of non-professional interpreting. In Knapp K., Enninger W. & Knapp-Potthoff, A., *Analysing Intercultural Communication*. (pp. 181-211). Berlin / New York / Amsterdam: Mouton de Gruyter.
- Knapp, K., Enninger, W. & Knapp-Potthoff, A. (eds). (1987). *Analysing Intercultural Communication*. Berlin / New York / Amsterdam: Mouton de Gruyter.
- Lacoste, M. (1980). La vieille dame et le médecin: contribution à une étude des échanges linguistiques inégaux. *Etudes de linguistique appliquée*, 37, 34-43.
- Malheiros-Poulet, M.-E. (1995). Le rôle de l'intermédiaire linguistique dans les situations de contact interculturel. In Kerbrat-Orecchioni, C. & Plantin, C. (eds), *Le trilogie*. (pp. 134-161). Lyon: PUL.
- Müller, F. (1989). Traduction en conversation bilingue. Quelques aspects de son ordre séquentiel et interactif. In Py, B. & Jeanneret, R., *Minoration linguistique et interaction*. Genève: Droz.
- Porquier, R. (1984). Communication exolingue et apprentissage des langues. *Acquisition d'une langue étrangère*, III, 17-47. Paris: Presses de l'Université de Vincennes, Neuchâtel.

Seleskovitch, D. (1985). Interprétation ou interprétariat. *Meta*, 30/1, 19-25.

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan.

Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. London / New York: Longman.