



<https://bulletin.vals-asla.ch> · e-ISSN: 2813-7973 · p-ISSN: 1023-2044

Singy, P. (2001). Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 175-192. <https://doi.org/10.5169/seals-978336>

Cet article est publié sous la licence *Creative Commons Attribution 4.0 International* (CC BY):
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



© Pascal Singy, 2001

Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services?*

Laurent GAJO

CEFOPS**; Université de Neuchâtel, Centre de linguistique appliquée, FLSH
Espace-Louis-Agassiz 1, CH-2000 Neuchâtel; laurent.gajo@unine.ch

Maria Eugenia MOLINA

CEFOPS; Université de Lausanne, BFSH2, CH-1015 Lausanne;
maria-eugenia.molina@ling.unil.ch

Myriam GRABER & Andreina D'ONOFRIO

CEFOPS

This article aims at a better understanding of the communication between care-givers and migrant patients in relation to several services (medicine, surgery, obstetrics, emergency, geriatrics and psychiatry). Efficiency of different communication strategies is examined through a linguistic analysis of interviews and effective interactions. Among these strategies, the practical and theoretical issues of the cultural mediation are particularly focused.

1. Introduction

Cet article s'inscrit dans une recherche interdisciplinaire visant une meilleure compréhension de la (mal)communication entre soignants et patients migrants et, au-delà, de la communication en milieu hospitalier et du rôle spécifique de l'infirmier. La question est posée d'emblée dans ses enjeux aussi bien pratiques que théoriques, et est abordée dans des regards croisés entre linguistes, ethnologues, infirmiers et travailleurs sociaux. La dimension linguistique sera toutefois saillante ici.

La revue *Soins infirmiers*, dans son numéro 8/2000 comprend un dossier «Soins aux migrants», qui montre bien la relative nouveauté de cette problématique pour les infirmiers et son importance croissante. On y souligne que la non-maitrise et/ou le non-partage de la langue peut amener au moins des effets de filtre, mais aussi parfois des erreurs de diagnostic et de traitement, comme le dit Mader (2000):

* 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 (subside 5348.1 FHS) et des fonds privés dans le cadre de l'action Do-Re (programme fédéral pour encourager la recherche HES).

** Centre de formation des professions de la santé de langue française du Canton de Berne, rte de Sonvilier 3, CH-2610 St-Imier, site de la HES «santé-social».

- des soins inappropriés et de moindre qualité, ce qui peut retarder la guérison, empêcher le patient de trouver les moyens en lui afin de dépasser la crise qu'il vit;
- une incompréhension du patient de par sa différence, la famille peut se sentir mal acceptée et être dans l'impossibilité d'accompagner le patient.

Mais ce dossier montre aussi les orientations dominantes de la recherche et des outils actuels, portés davantage sur l'interprétariat et la médiation culturelle (Weiss & Stucker, 1998; Bischoff & Loutan, 1998; Lambert, Stoll, Singy *et al.*, 1999) que sur la prise en charge spécifique et directe de l'infirmier en face de patients migrants (Schäublin, 1997). Or, si l'on considère en effet que l'amélioration de la communication avec les patients migrants comporte, d'une part, un enjeu pour l'action thérapeutique elle-même et, d'autre part, un enjeu pour la relation avec le malade dans toute sa vie hospitalière, il faut que le personnel soignant soit directement impliqué dans cette communication. Il ne s'agit toutefois pas d'être en faveur ou en défaveur de l'outil «médiation culturelle», mais de l'interroger dans une double nuance:

- du point de vue de l'infirmier, lui-même parfois considéré comme un médiateur entre le patient et le monde hospitalier; on remarque aussi une forte prise de conscience des milieux soignants par rapport au rôle central de la communication dans leurs pratiques (*cf.* Zegelin, 1997; Journiac, 1996);
- du point de vue de la diversité des services.

Sur ce deuxième plan, certaines recherches ont montré par exemple que la traduction et la médiation culturelle s'avéreraient parfois contre-productives, surtout en psychiatrie (*cf.* Marcos, 1979) et en maternité (*cf.* Billiez, 1981), par des effets de lissage ou de déformation du discours. En revanche, le recours à la langue étrangère ou seconde pour le patient, moins confortable que l'utilisation de sa première langue, aurait des effets positifs, car non seulement il l'intègre aux pratiques locales, mais surtout lui demande un effort bénéfique à la compréhension et à la prise de contact avec la réalité de sa pathologie (*cf.* Del Castillo, 1970).

Notre recherche, à visée essentiellement qualitative, se base sur deux types de données:

- des entretiens semi-dirigés: ils regroupent chacun trois à quatre participants et varient selon deux axes, les services impliqués (médecine, chirurgie, maternité, urgences, psychiatrie, gériatrie) et les acteurs socio-professionnels concernés (infirmiers, médecins, «paramédicaux», médiateurs culturels et patients); la douzaine d'entretiens ainsi constitués a

donné lieu à enregistrement et transcription et permet une approche des représentations des différents acteurs dans les différents services quant à la communication soignant/patient migrant;

- des «prélèvements» d'interactions: destinés à saisir *in vivo* des situations de prise en charge de migrants à l'hôpital, ils ont été effectués variablement dans les différents services mais n'ont pas débouché systématiquement sur des enregistrements, ou du moins des enregistrements utilisables.

Dans les limites de cet article, nous nous baserons davantage sur les données «entretiens», donc sur une approche des représentations des acteurs sociosanitaires, en présentant quelques premiers constats à ce stade intermédiaire de notre recherche. Nous commencerons par analyser une anecdote, illustrant un cas «typique» d'interaction soignant/patient migrant et de ses problèmes (2). Ensuite, nous envisagerons quelques stratégies – évoquées et effectives – de résolution de problèmes de communication (3). Parmi ces stratégies, nous nous arrêterons sur la médiation culturelle (4). Après une comparaison de la distribution de ces stratégies dans les différents services (5), nous poursuivrons par un examen plus détaillé de la communication en psychiatrie (6) pour finir par une synthèse et une ouverture de la réflexion (7).

2. Problèmes d'interaction: une anecdote

Les anecdotes constituent de bons indicateurs, si ce n'est des pratiques effectives, des représentations les plus prototypiques et donc diffusées socialement (*cf.* Gajo, 2000, pour une analyse linguistique de la disponibilité sociale des représentations) dans un milieu donné sur un problème donné. Elles peuvent se dérouler spontanément ou à la demande des enquêteurs, mais contribuent dans tous les cas à donner sens à des positions argumentatives ou à des pratiques.

Sans entrer dans les détails, nous analyserons ici une anecdote où est évoqué un problème de prise en charge d'une patiente migrante. Généralement, les problèmes (d'interaction, de communication, etc.) présentés dans les anecdotes semblent se composer de deux phases. La première tend à montrer la reconnaissance du problème et, de manière plus ou moins explicite, les raisons qui ont déclenché une action. La deuxième tend à montrer la démarche de résolution (résolution, maintien, accentuation) du problème. La frontière entre ces deux phases n'est pas toujours nette, et

on assiste à des enchevêtrements, qui indexent notamment des étapes («et pis bien sûr», «et pis après») dans la démarche de résolution. Le segment qui va de «et pis bien sûr» à «son enfant» marque ainsi une sorte d'entre-deux, relevant aussi bien de la première que de la seconde phase.

Chacune de ces deux phases peut contenir des éléments qui se regroupent en:

- indices servant à identifier un comportement marqué qui, en fonction de leurs caractéristiques convergentes, peuvent aboutir à des catégories de problèmes de communication (en *italique* dans l'extrait);
- facteurs environnementaux ou externes qui interfèrent avec ces indices et tendent à orienter l'interprétation (soulignement simple dans l'extrait);
- actions réalisées suite à l'interprétation du décalage entre environnement et indices comportementaux (soulignement discontinu dans l'extrait);
- motifs évoqués explicitement pour étayer le problème, ce qui permet l'identification des références (culturelles et autres) mobilisées par les différents acteurs (soulignement double dans l'extrait).

*Il y avait une histoire*¹

- 119M (...) il y avait une histoire que j'ai trouvée en ambulatoire ouais une dame qui venait d'accoucher à Moutier elle était africaine mais j'ai oublié de quel pays ça c'était la leçon de ma vie et puis *elle ne prenait pas son enfant* et pis bien sûr l'infirmière téléphone et qui c'est qui était de piquet/ moi et hop je vais et tout ça et tout ça et pis *elle prenait pas vraiment son enfant* et pis après on s'est renseigné d'où elle venait d'un petit X en Afrique et là c'était leur culture quand l'enfant était né c'était à l'enfant de faire un effort pour entrer dans la société pour nous c'était psychotique
- 120E1 ouais ouais alors que . au fond[
- 121M [pour elle c'était bon c'était normal
- 122E1 elle attendait que l'enfant fasse rampe vers elle mhm mhm

(DOMI.1PSY.2)

Si l'interaction effective entre l'infirmière et la patiente n'apparaît pas directement ici, on en devine certains ingrédients, et notamment le rôle des cadres

1 Conventions de transcription:

Λ	intonations montante et descendante
. (2")	pauses
∴	allongement de la syllabe
[	chevauchement
OUI	mise en relief
(eu?) (eu/euh?)	transcription incertaine
X	segment non compris
E	enquêteur

interprétatifs dans l'identification des problèmes. Le conflit de cadres peut amener à catégoriser² un même comportement comme «psychotique» ou alors comme «normal», l'origine ethnique de la patiente («elle était africaine») apparaissant comme pertinente dans cette dynamique.

Le comportement observé par le soignant est marqué, inhabituel et déclenche des stratégies qui permettent de découvrir le cadre de référence de la patiente et de réagir de façon adéquate. On n'a toutefois pas accès dans cette anecdote à l'interaction verbale entre le soignant et le patient, mais on en devine les «alentours». C'est justement dans les alentours de l'interaction en face-à-face que les soignants vont souvent chercher les stratégies de résolution de problèmes, comme nous allons voir tout de suite. Ici, cette stratégie passe par la collectivisation du problème («l'infirmière téléphone», «on s'est renseigné»).

3. Stratégies de résolution des problèmes de communication avec les migrants: point de vue de l'infirmier

Sans nous arrêter plus avant sur les processus d'identification des problèmes et sur les représentations de la pertinence de la catégorie «migrants», nous allons nous contenter de saisir deux éléments autour des stratégies de résolution de problèmes de communication avec des patients migrants:

- inventaire de quelques stratégies récurrentes dans les représentations des acteurs (stratégies citées);
- décalage entre représentations et pratiques dans l'usage et le statut des stratégies (décalage entre stratégies citées et stratégies effectives).

3.1 Quelques stratégies

Les stratégies les plus citées dans nos entretiens, sans que l'on sache toujours s'il s'agit de stratégies possibles, souhaitables ou effectives, sont les suivantes (sans ordre de priorité): recours à la communication non verbale, à la reformulation, à une langue tierce comme langue véhiculaire, à des supports établis dans plusieurs langues (ex.: formulaires pour l'anamnèse), à des médiateurs (professionnels et non professionnels, individuels et collectifs), à un ordinateur traduisant.

2 Cf. Gajo & Mondada (2000) pour un examen de la catégorisation dans des interactions avec des migrants.

Nous n'allons pas ici classer rigoureusement ces stratégies à travers des typologies bien précises, mais simplement les envisager dans les trois catégories de Bange (1992). Celui-ci distingue entre des stratégies d'affrontement ou de réalisation des buts de la communication, des stratégies d'évitement ou de réduction et des stratégies de substitution. Cette dernière catégorie occupe une position intermédiaire par rapport aux deux autres. Si l'on applique ces catégories à nos données, nous pouvons ranger le recours à la communication non verbale et la reformulation dans les stratégies d'affrontement et probablement toutes les autres dans les stratégies de substitution voire d'évitement, qui semblent revêtir une importance particulière dans notre corpus.

La plupart du temps

- 173SM 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
- 174E1 hum hum
- 175SM on sait aussi heu qu'il y a une association où qu'il existe Appartenances à Lausanne . on a eu plusieurs fois l'idée/ d'appeler pour avoir un petit peu plus de données . j'crois que ça s'est pas fait à l'époque et puis après heu y a une personne justement de cette association qui est venue donner heu un cours donner une supervision puis c'est un peu comme ça que ça s'est éclairci
- 176E1 hum hum et puis pour vous . vous avez d'autres moyens d'autres heu
- 177SM on envoie souvent aussi les gens heu à Bienne là à l'aide aux victimes
- 178E1 hum hum
- 179SM ça c'est des situations qu'on rencontre fréquemment . ou alors des gens qui ont déjà été orientés par la par les policiers . ce genre de quoi X
- 180E1 hum hum
- 181SP2 nous de temps en temps les médecins ont recours à . à des . à faire des consultations en psychiatrie . même dans les soins en chirurgie ça ça . c'est pas très fréquent mais ça arrive encore . de temps en temps X c'est à peu près tout

(DOMI.1.INF)

La plupart des stratégies citées ici relèvent de la catégorie «substitution». Il ne s'agit pourtant pas de stratégies de substitution intervenant directement dans l'interaction (au sens où le serait peut-être un médiateur-interprète), mais de stratégies relevant de la délocalisation spatiale, temporelle ou individuelle de la communication. En effet, on va dans tous les cas évoqués ici vers une collectivisation du problème, considérée comme le moyen de sa résolution. Cette collectivisation peut prendre la forme d'un partage en équipe («discuter entre collègues»), d'un recours à un spécialiste («une personne [...] est venue donner heu un cours»), d'un transfert vers une autre institution («on envoie

aussi les gens heu à Bienne là à l'aide aux victimes») ou à des prises en charge interservices («faire des consultations en psychiatrie . même dans les soins en chirurgie»). Remarquons au passage que cette dernière stratégie laisse présager d'une surreprésentation des migrants en psychiatrie, ce qui s'explique peut-être entre autres par l'expertise généralement reconnue à la psychiatrie en matière de communication (nous y reviendrons plus bas).

Le fait de tenter de résoudre le problème en dehors du temps et du lieu de la communication et d'en différer ainsi l'effet sur l'interaction avec le patient migrant risque alors de mettre le soignant dans une dynamique d'évitement. C'est certainement le cas lorsque le patient est confié à une autre institution voire à un autre service, dans la mesure où le soignant en question ne reste plus du tout acteur de la prise en charge. La question se posera aussi pour le recours à un médiateur-interprète professionnel (*cf.* ci-dessous).

L'intérêt est de constater que les stratégies que nous qualifions de substitution et d'évitement ne sont pas perçues, par les acteurs interrogés, comme négatives ou simplement moins efficaces, alors que les stratégies d'affrontement restent souvent peu valorisées ou balbutiées.

On fait aussi avec ce que l'on a

148SP2 donc c'est pas ce qui est mis toujours en priorité à ce niveau-là . et nous pour les soins aigus on arrive quand même plus ou moins à . bon j'dis pas que desfois y aurait y a peut-être eu des manques par certains moments mais des fois on fait aussi avec ce que l'on a

(DOMI.1.INF)

Le recours à la débrouillardise ou aux moyens du bord est présenté ici comme une sorte de résignation, moins grave pour ce secteur de soins mais tout de même peu satisfaisante («y a peut-être eu des manques»). Ceci provient peut-être de l'idée selon laquelle on peut difficilement bien se débrouiller, et que l'on sort dans tous les cas d'un comportement professionnel en l'absence d'outils reconnus et bien établis. Cette absence peut d'ailleurs être considérée comme normale et citée sans aucune crainte de dévalorisation, comme dans l'extrait suivant: «j'ai pas pu lui expliquer parce qu'elle parlait pas l'allemand» (DOMI.INF).

On trouve pourtant des infirmiers qui soulignent l'importance de leur rôle actif dans l'interaction verbale, même lorsque celle-ci pose problème. Ils mettent alors l'accent, sans les dévaloriser, sur des stratégies d'affrontement impliquant par exemple le travail de reformulation, donc un travail en discours et sur le discours.

Faire des reformulations

189SP1 à part que d'essayer que de discuter avec la personne faire des reformulations pour voir est-ce qu'il y a pas . un problème soit de langue ou de malcompréhension et essayer d'agir selon la situation . qui peut être différente

(DOMI.1.INF)

La reformulation constitue en effet une ressource importante pour la gestion de la conversation, surtout quand celle-ci est asymétrique du point de vue linguistique. Mais les stratégies de reformulation jouent aussi un rôle central dans la consultation médicale et l'interaction thérapeutique en général (cf. Apothéloz & Grossen, 1995). En fait, il s'agit non seulement de concourir à l'identification du problème, mais surtout d'arriver à une version des faits acceptable et reconnaissable de part et d'autre.

3.2 Représentations vs pratiques

Bien que le discours des infirmiers cite une majorité de stratégies de substitution ou d'évitement tout en semblant les valoriser, leurs pratiques effectives montrent un recours fréquent aux stratégies d'affrontement, ceci probablement pour la double raison suivante: d'une part, les infirmiers ne peuvent pas compter sur la disponibilité régulière de certains moyens annexes mais, d'autre part, en tant qu'interlocuteurs privilégiés des patients, ils ne sauraient renoncer trop facilement aux buts de communication.

Electrocardiogramme

1I alors ... je dois vous faire un électrocardiogramme
2P ouais
3I c'est un examen du coeur hein

(DOMI.INT.IR)

Cette courte séquence montre une reformulation spontanée de l'infirmière qui, face à un patient allophone, en l'occurrence irakien, tend à expliciter des éléments du discours qui semblent ordinairement aller de soi. La posture du soignant est intéressante, car elle prend ici pour cible le langage de spécialité, parfois encore plus crypté (ex.: ECG), qui n'est pourtant pas sans poser problème aux autochtones eux-mêmes.

Le travail de reformulation et, plus généralement, de formulation donne au soignant les moyens de prévenir et, le cas échéant, de résoudre divers problèmes de communication.

Maladies du coeur

1I euh: est-ce que vous avez (eu/euh?) des maladies du COEUR/
2P oui

3E X
 4P (parle arabe avec son épouse)
 5I malade du [coeur/
 6P [oui pas: [XX
 7E [pas malade
 8I donc vous avez des [douleurs
 7E [mal
 [
 9P mal mal
 10I mal
 11P oui mal
 12I euh: [mais::
 13P [ici je sais pas le (coeur?) X je ne sais pas [XX
 14I [ok\ d'accord\ . mais . euh::: est-ce qu'on vous a dit que le COEUR était MALADE
 15P non . pas de malade
 16I pas de MALADIE du coeur
 17P non
 18I d'accord

(DOMI.INT.IR)

Ici, on assiste à un riche travail de reformulation et de coopération entre l'infirmière (I), son patient (P) en procédure d'admission et l'épouse (E) de celui-ci. En 1, I souligne par l'intonation le noyau de sa question («COEUR»), ce qui dénote une stratégie de prévention. Toutefois, un malentendu ou une ambiguïté se tisse autour du terme «malade». Toute la négociation va ensuite servir à passer de la formulation «est-ce que vous avez des maladies du coeur» (en 1) à la formulation «est-ce qu'on vous a dit que le coeur était malade» (en 14), qui suppose l'identification préalable (identification verbalisée et donc inscrite: «on vous a dit») d'une pathologie par une personne autorisée («on»). Le travail de reformulation s'appuie sur le glissement de «malade» à «mal» par l'intermédiaire de «douleurs».

Ce travail de co-construction du sens est sans doute très important pour l'interaction soignant/soigné et pour la réussite d'un traitement. L'affronter avec les moyens du bord ne présente ici pas de grands dangers, mais demande certainement une participation plus active des uns et des autres. Les soignants, en relation quotidienne avec leurs patients, tendent à ne pas valoriser leurs ressources ordinaires, mises en place souvent très progressivement, et à s'en remettre trop vite à d'autres ressources pour le traitement de cas apparemment non standard. Les premières analyses de prélèvements d'interactions semblent montrer ce décalage entre des représentations, qui dévalorisent les stratégies d'affrontement, et des pratiques effectives, où ces stratégies sont souvent présentes.

4. La médiation-traduction comme stratégie de substitution?

Nous essaierons ici de réfléchir plus précisément à la médiation socioculturelle en termes de stratégie de résolution de problèmes amenant certes du côté de la substitution, mais restant toutefois en principe à l'intérieur de la situation d'interaction et de la prise en charge directe du patient. L'argumentation devra distinguer entre médiation-traduction professionnelle et non professionnelle.

Le tableau suivant montre les divers arguments – et leur nombre d'occurrences dans nos entretiens – élaborés autour de la traduction non professionnelle.

Traduction non professionnelle	Nombre d'occurrences
FAMILLE:	
Inconvénients:	
– Filtre	3x
– Pudeur (si enfant traduit, pasteur)	3x
– Manque de neutralité	3x
– Traduction partielle, trop orientée	2x
– Communication indirecte	2x
– Barrière sociale	1x
– Manque de disponibilité	1x
– Difficulté à savoir ce qui se dit exactement	1x
Avantages:	
– Donne des informations utiles	3x
– Connaissance de la culture	1x
– Personne relais	1x
PERSONNEL DE L'HOPITAL (médecin, assistant social, patient, infirmier, aide-soignant, nettoyeur):	
Inconvénients:	
– Méconnaissance de la langue	1x
– Traduction incomplète	1x
– Perte de sens	1x
Avantages:	
– Personne qui fait le lien	1x
– Connaissance de la langue du patient	1x

Le recours à un membre de la famille comme traducteur présente un certain nombre d'inconvénients aux yeux des soignants. Il est en effet perçu comme un filtre, qui retiendra certaines informations pour garder la maîtrise de la situation familiale. Son manque de neutralité s'accompagne aussi d'un manque fréquent de disponibilité. De plus, il peut ériger (ou renforcer) une barrière sociale entre le patient et le soignant, ce qui brouille parfois davantage la communication. Tous ces aspects sont d'ailleurs, dans une mesure variable, attribués à toute situation de communication médiatisée par un tiers.

Si la traduction est effectuée par un enfant, la pudeur et la prudence de part et d'autre vont aussi occasionner des pertes d'informations (ex.: tentative de suicide de l'un des parents). Dans ce cas, le personnel soignant devra deviner les non-dits et «hasarder» des interprétations.

Une traduction par un membre de la famille comporte toutefois certains avantages, car cette personne peut amener des informations fort utiles notamment sur la culture, les valeurs, les habitudes du patient. Elle peut donc servir de relais et faciliter la communication, ce qui aura des conséquences sur les soins, leur qualité et leurs couts. Mais la relation en triade reste tout de même problématique (confiance, neutralité, etc.) et lourde en temps («chronophage»).

On retrouve certains de ces arguments pour la traduction effectuée par un membre du personnel de l'hôpital, mais on relèvera surtout la question du secret médical, qui lie la personne soignante mais non le tiers «quelconque». Pour les autres, il existe cependant le respect des droits du patient, comme le fait d'être compris et de comprendre, droit fondamental. Les avantages majeurs du recours à un membre du personnel se trouvent dans la connaissance qu'une telle personne a de la «culture» de l'hôpital, ce qui lui permet de servir de relais au sein même de l'institution. De plus, il s'agit de personnes souvent immédiatement disponibles.

Passons maintenant aux arguments présentés dans nos entretiens autour de la médiation-traduction professionnelle.

Traduction par le médiateur culturel	Nombre d'occurrences
Avantages:	
– Connaissance de la culture du patient	6x
– Connaissance de la culture du pays	3x
– Connaissance de la langue du patient	3x
– Formé à la technique d'entretien (meilleure qualité de l'entretien)	3x
– Meilleure compréhension pour le patient et le médecin	3x
– Personne neutre	3x
– Permet l'alliance avec le patient (confiance)	3x
– Favorise, facilite la communication	3x
– Le patient peut avoir un rôle actif dans la communication	2x
– Augmente la qualité des soins	2x
– Traduction complète	1x
Inconvénients:	
– Méconnaissance du milieu médical, des termes médicaux	2x
– Chronophage	2x
– Obligation de faire confiance à la personne qui traduit	1x

Le médiateur culturel «est un interprète qui traduit oralement ce qui est dit et qui joue un rôle capital de médiateur culturel. Grâce à ses connaissances des systèmes de valeurs, des représentations et des conceptions en jeu dans une situation, il peut jouer un rôle de passeur entre cultures» (Mader, 2000). Dans nos entretiens, il est perçu de façon plutôt positive. Son côté facilitateur se trouve notamment dans sa connaissance en communication, car il est formé aux techniques d'entretien. Ceci en plus évidemment de ses compétences culturelles et linguistiques, elles plus prévisibles. Le médiateur culturel est vraiment perçu comme ayant un rôle de médiation, de négociation dans la communication, voire de réorientation (ex.: recentrage de l'entretien). On lui reconnaît une certaine neutralité, mais le secret médical n'a pas été mentionné, comme s'il allait de soi que les médiateurs culturels soient tenus au respect de l'éthique et de la déontologie d'une profession à laquelle ils n'appartiennent pourtant pas.

Toutes ces représentations, rapportées ici dans leurs contours les plus généraux, ne rencontrent toutefois pas le même écho dans les différents services, dont nous brossons maintenant quelques tendances.

5. Qu'en disent les différents services?

Dans nos entretiens, les besoins déclarés en traduction varient sensiblement selon les services.

Pour ce qui est de la **médecine** et de la **chirurgie**, le recours à un membre de la famille ou, de préférence, à un membre du personnel ne pose pas de grand problème.

Ça se passe assez bien la plupart du temps

137SP2 eh ben la plupart du temps nous on a soit recours avec du personnel heu pour la traduction dans la maison parce qu'il y a quand même pas mal de . ici d'étrangers donc heu j'crois qu'à ce niveau-là on arrive bon dans la mesure du possible où y sont . y travaillent ce jour-là . et puis la plupart du temps ben en général y a . excusez-moi mais la plupart du temps il y a au moins un élément de la famille une personne qui . arrive à à nous traduire heu . à être l'élément l'élément de communication entre nous et la personne

138E1 vous n'avez jamais recours comme heu à des interprètes ou

139SP2 non . parce que la plupart du temps soit . des Turcs heu ben on a eu ben . du personnel à une époque . qui pouvait . y a eu aussi . Yougoslaves nous avons plusieurs personnes aussi qui . heu .. bon en anglais y a quelques membres aussi de l'équipe qui parlent l'angl- enfin dans l'hôpital l'allemand enfin je veux dire heu c'est non . en général ça se passe bon à part heu .. non c'est peut-être été une fois mais ça c'est . on n'a fait jamais venir quelqu'un

140E1 mais ça pose pas de problème que ce soit un membre de la famille ou que ce soit un membre de du personnel qui traduise ou .. est-ce que t'as pu remarquer des des . ouais sentir quelque chose par rapport à ça ..

141SP2 à une époque on avait une petite fille là c'était peut-être très particulier parce que c'était une petite fille avec un comportement très difficile . et là peut-être mais c'était la famille qui qui nous donnait enfin qui était en lien avec elle . elle aussi parlait un petit peu le français mais c'est vrai que c'était une famille problématique . et là peut-être c'était pas l'idéal . mais je la plupart du temps . ce sont quand même des hospitalisations assez courtes . et . ça se passe assez bien la plupart du temps

[...]

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

150SP1 ben heu y a le même problème qu'elle vient de 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 Turcs . par contre on a aussi d'autres problèmes que l'on rencontre aussi souvent . c'est surtout les gens qui viennent pour heu OH (alcoolisme?) chronique ou dépression

(DOMI.1.INF)

Dans cette séquence, on remarquera en passant une oscillation intéressante entre marqueurs de généricité («la plupart du temps», «en général») et marqueurs de particularité («une fois», «très particulier»), qui imprime souvent l'argumentation des soignants, tout comme celle des institutions d'ailleurs. On s'occupe du général, mais le particulier se grave dans la mémoire. On peut

alors se demander quelle position occupent précisément les migrants dans cette dynamique.

Le propre des services de médecine et de chirurgie dans la prise en charge des migrants semble toutefois être dans des hospitalisations «quand même» assez courtes, argument qui reste néanmoins fortement modalisé.

Toujours en passant, on remarquera en 150 l'effet de glissement de la catégorie «migrants» à la catégorie «alcooliques» et «dépressifs», qui explique peut-être le repli facile sur les services de santé mentale.

Jamais de la famille

- 105E1 et puis vous avez recours quant vous avez recours à un interprète vous avez recours comment et puis heu à qui par exemple
- 106SM mais je crois que c'est une association à laquelle on s'adresse et puis heu qui nous donne des coordonnées
- 107E1 hum hum et ces interprètes c'est cela ça peut aussi être de la famille ou c'est toujours ou ça peut être [XX]
- 108SM [non c'est jamais de la famille ou des gens qui sont connus par la personne même

(DOMI.1.INF)

En **santé mentale**, le recours aux interprètes est plus régulier mais n'est toutefois pas automatique (*cf.* extrait «la plupart du temps», ci-dessus). Il s'agit d'un moyen connu, mais dont on cerne mal les modalités d'accès (*cf.* modalisation «je crois» en 106). La famille ou l'entourage ne fonctionnent quant à eux jamais comme interprètes.

Le moins d'intermédiaires possible

- 147M (moi?) je pense .. je pense aussi en gynécologie des fois pour des interruptions de grossesse ou comme ça . ça peut poser vraiment des grands problèmes alors là c'est mieux d'avoir un médiateur professionnel qui vient vraiment de l'extérieur et pis qui est pas ... qui est pas connu par la famille\
- [...]
- 164N moi je pense que dans: l'absolu/ . si euh: (quand/comme?) vous le demandiez oui . quelle est la meilleure des solutions/ . je pense que la meilleure d- enfin pour moi hein la meilleure des solutions c'est qu- . il y ait le moins d'intermédiaires possible
- 165E1 mhm [mhm
- 166N [et quand il y en a pas du tout ce serait vraiment l'idéal [je pense

(DOMI.4.MMA)

Le besoin de recourir à un médiateur professionnel semble exceptionnel pour la **maternité**, sans que l'on sache pour autant quel est le profil de cette personne qui vient «vraiment» de l'extérieur. Il est vrai en tout cas que l'on y véhicule des contenus très chargés socialement, en même temps catalyseurs et inhibiteurs pour la communication. Ces contenus sont en outre variablement chargés selon la culture, et il n'est pas sûr qu'une patiente

préfère être écoutée par un ressortissant de sa propre culture (*cf.* Billiez, 1981). En maternité, on semble prôner, dans l'absolu, le moins d'intermédiaires possible. Mais le problème reste la gestion de l'écart à cet absolu.

Après ce bref aperçu, nous nous arrêtons plus longuement sur la communication et la médiation en psychiatrie, mais nous pouvons déjà renvoyer au tableau en conclusion pour une synthèse et mise en parallèle entre médiation et stratégies de communication.

6. Communication et médiation en psychiatrie: enjeux généraux et spécifiques

Dans les lignes qui suivent, nous allons nous intéresser aux singularités les plus marquantes des modes et enjeux de la communication orale en psychiatrie (*cf.* Searle, 1985), domaine, s'il en est un, où l'interaction verbale dans la relation soignant/soigné n'est pas seulement souhaitable, mais essentielle:

C'est quand même la langue

37 D c'est notre problème c'est-à-dire qu'en psychiatrie (le/notre?) véhicule de travail c'est quand même la langue... mais peut-être euh pour les autres professionnels de la santé hôpital physique un geste chez nous par exemple un geste ça peut être mal interprété .. donc c'est vrai que par notre métier donc par notre métier la langue c'est très très important

(DOMI.4.MPS)

En premier lieu, nous prendrons pour point de départ l'évidence selon laquelle, dans ce cadre, toute thérapie pensée sur le long terme et ayant pour objectif la diminution progressive des souffrances psychiques du patient est compromise en l'absence de langue commune, étant entendu que, sans compréhension mutuelle, la parole perd sa valeur thérapeutique.

En deuxième lieu, nous parlerons volontiers d'espace de communication, envisagé selon deux axes, horizontal et vertical. La vision bidimensionnelle de l'espace permet, d'une part, de mieux mesurer en termes de distance (de proximité ou d'éloignement) la relation entre patient et soignant voire la relation triangulaire soigné/tiers (traducteur ou autre)/soignant et, d'autre part, de rendre compte de l'asymétrie des positions qu'occupent les acteurs dans le champ étudié, *a fortiori* quand le moyen assurant l'intercompréhension n'est plus du tout ou partiellement efficient.

Le face-à-face de la consultation psychiatrique est une relation ritualisée, le plus souvent évoquée comme une relation à deux, protégée de la «publicité» et ayant pour cadre un espace de communication défini par les critères du

secret et de la confidentialité. Si l'on se propose d'examiner cette dyade, en demeurant sensible au statut, à la place que les deux acteurs en présence occupent dans le contexte précis de l'interaction verbale, l'on finit, assez rapidement, par entrevoir que soignants et soignés ne parlent pas depuis «le même endroit», et que les enjeux de ce type de face-à-face soulèvent une série de questionnements non seulement quant à la place que chacun des acteurs occupe dans l'interaction mais aussi des interrogations en termes de reconnaissance des discours produits par les deux types d'acteurs, sachant que ceux-ci ne partagent pas des situations d'énonciation égalitaires. Ainsi, lorsque l'interaction à deux s'étend à trois acteurs, tous les items précédemment exposés sont modifiés et mériteraient, par conséquent, d'être redéfinis («pour un tête-à-tête ce n'est plus un tête-à-tête déjà ce n'est plus une thérapie», DOMI.4.MPS). Enfin, dans ce cadre analytique, nous prêterons à la communication trois fonctions:

- établir le contact, le maintenir et aboutir à un échange;
- traduire en mots les souffrances psychiques et/ou physiques;
- soigner (présuppose les deux premières fonctions).

La confrontation patient/soignant dans un espace où les ancrages communs sont fragiles aboutit très souvent à un sentiment de frustration, qu'exprime cette soignante dans l'extrait suivant.

C'est pas évident

36 B moi je dirais que ça m'est eu arrivé et ça peut être source de malentendus ça m'est eu arrivé avec des patients qui parlaient le- d'origine yougoslave et qui parlaient un ptit peu l'allemand alors j'ai essayé de faire plus ou moins les entretiens en allemand mais j'étais ja- j'étais jamais sure de vraiment comprendre le message tel qu'ils auraient voulu m'le faire passer donc je trouve des fois .. c'est pas évident ça reste vraiment un peu à ras les pâquerettes j'trouve pour certaines j'avais du mal vraiment à aller au fond des choses quoi faut vraiment bien maîtriser la langue du patient pour euh être sûr de le comprendre vraiment moi je pense c'est quand même un obstacle et source de malentendus

(DOMI.4.MPS)

Quant à lui, le patient mesure son isolement et la distance qui lui reste à parcourir dans l'espoir d'obtenir non seulement une amélioration de la qualité de sa prise en charge, mais aussi un «remède» adapté à son symptôme. En ce sens, pouvoir dire son mal, être écouté et entendu représente non seulement son principal objectif mais aussi le moyen de sa guérison.

Les thérapeutes rencontrés au cours du recueil de données tentent de choisir d'ordinaire des stratégies d'affrontement voire de «légère» substitution pour contourner l'impression de vacuité dans l'espace qu'ils partagent avec le

patient migrant. Le plus souvent, soucieux de protéger la confidentialité inhérente à leur pratique, ils recourent à des «palliatifs» (dessins, gestes, langue véhiculaire) où le «faire tout seul» semble être privilégié. Ce n'est qu'en deuxième lieu qu'ils disent faire appel à l'aide d'un tiers. Appelés à se prononcer sur la nouvelle configuration de la relation thérapeutique, les psychiatres rencontrés livrent, au cours des différents entretiens, une vision pour le moins hétérogène de la relation triangulaire. Néanmoins, ils s'accordent à penser que celle-ci n'est opérationnelle que sur le court terme.

Court terme

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...

(DOMI.4.MPS)

Cette séquence montre en outre que la rapidité de l'intervention du tiers est liée au mode de traduction, le mot à mot. On peut lire derrière ce mode une représentation de la langue en termes de répertoire d'étiquettes, représentation largement dénoncée par la linguistique moderne, qui voit toujours la langue comme un filtre de la réalité. C'est pourquoi le tableau ci-dessous comporte, sous «médiation», une catégorie «médiation symbolique», qui concerne le recours à une autre langue.

En matière de stratégies de communication, au vu des observations effectuées sur le terrain, nous serions tentés de dire que la substitution, du point de vue du soignant, c'est la déclaration d'intention, alors que l'évitement en est le résultat. En effet, le rapport à l'altérité ne serait tolérable pour les deux acteurs qu'en termes d'évitement. Ainsi, quant à lui, le patient contourne une partie de ses appréhensions exacerbées par son sentiment d'insécurité à l'égard de l'univers hospitalier en général et psychiatrique en particulier, en surinvestissant le rôle du médiateur culturel. Dans d'autres cas³, le médecin de même origine géographique peut également occuper, au plan des représentations des distances socio-économiques, une place de proximité en étant associé à un tiers aidant (voire à un compatriote) lui décodant les arcanes du réseau médical. Ce sentiment d'abolition de la distance entre le thérapeute et le soigné, facilitée par un phénomène d'identification pourrait, en

3 Cf. transcription de l'entretien avec un psychiatre de même origine que ses patients et exerçant dans la langue de ses compatriotes (DOMI 1 PSY 2).

théorie, créer les conditions idéales de l'alliance thérapeutique et jeter le ciment de l'espace transférentiel.

Par la substitution voire l'évitement, le soigné migrant s'épargne une confrontation trop violente aux écarts linguistiques, culturels et sociaux perceptibles dans le milieu médical. Le soignant s'en sert quant à lui pour gérer les tensions liées à l'altérité ainsi qu'aux « mailles » laissées dans sa pratique.

Parmi ces stratégies, nous nous arrêtons maintenant un moment sur la place que le médiateur culturel ou le tiers non formé occupe dans l'espace de communication. En effet, ses frontières se modifient avec la présence de ce troisième acteur, porteur de nouveaux enjeux. Quel est son impact dans la relation? Est-il réellement perçu par les thérapeutes, à l'instar des patients migrants, comme un réducteur d'asymétrie, un guide interculturel réduisant les écarts linguistiques et culturels entre patients et soignants? Peut-il s'en tenir à une traduction « mot à mot », dès lors qu'il est sollicité pour traduire des mots qui, à leur tour, traduisent un monde de souffrances difficiles à mettre en paroles? Le recours à la médiation en cours de consultation n'est pas présentée par l'ensemble des soignants en psychiatrie comme une évidence. Ainsi, la plupart d'entre eux produisent un discours ambivalent. Celui-ci se caractérise avant tout par leur préférence pour une forme de médiation mécanique.

Appareil électronique

PSY 3 mais si l'idéal pour moi ça serait certainement un appareil électronique de traduction où on sait qu'il n'y a pas de tabou relationnel X et là admettre et ce qui est dit et noter y a pas d'interprétation

(DOMI. 1.PSY)

Cette dernière remplace idéalement toute forme de médiation humaine, ressentie comme un parasite de la dyade.

Double tranchant

105 C déjà si justement elle a une formation si l'interprète a une formation il risque déjà de faire sa p'tite cuisine en interprétant avant de retranscrire (rires de A) dans l'autre langue plus on est formé plus on a tendance à interpréter

106 B c'est juste aussi c'est à double tranchant je dirais un peu

(DOMI.4.MPS)

Le soignant semble percevoir la présence d'un tiers comme une menace de désordre s'immisçant dans sa pratique. De fait, celui-ci fait émerger, à bien des égards, une série d'interrogations concernant l'espace thérapeutique (relation d'asymétrie avec le patient, vision verticale des rapports entre les différentes positions sociales). De plus, sa présence active en tant que

vecteur de communication éveille auprès du soignant en psychiatrie des craintes directement liées à la perte de contrôle de son rôle et au partage de l'exclusivité de son savoir.

Du métier

102 B pis assez neutre j'pense tout en ayant quelques notions des notions de base de psychiatrie X comme pis comme on doit lui faire confiance sur c'que la personne dit faut pas non plus qu'elle interprète c'que la personne dit faut que ça soit assez vrai pour qu'ensuite le médecin en face l'infirmière ou le thérapeute puisse après euh faire son travail: de manière objective quoi (acquiescements généraux) il faut faire attention aux interprétations de quelqu'un qui serait pas du tout du métier quoi

103 C justement c'est le plus grand risque déjà d'interpréter

(DOMI.4.MPS)

D'une part, cet extrait met l'accent sur la préférence, de la part des psychiatres, pour un médiateur professionnel et, d'autre part, il illustre dans leur discours la prégnance de leur souci de maîtrise de la négociation du sens⁴ («des notions de base de psychiatrie», «pas **du tout** du métier»). Le discours constitue à la fois un instrument de pouvoir et, quand il n'est pas partagé, un obstacle à la communication. Le confier à autrui permet certes d'éviter l'obstacle, mais risque en même temps d'enlever du pouvoir au soignant. La solution consiste certainement à ramener la résolution des problèmes de communication à l'intérieur même de la communication première et ordinaire à l'hôpital. Mais encore faudrait-il mieux connaître les modalités et les éventuelles spécificités de cette communication, et être prêt à y intégrer le rôle de tout nouveau partenaire socioprofessionnel.

7. Éléments de synthèse

Comme nous l'avons dit en introduction, il ne s'agit pas de se prononcer pour ou contre le recours au médiateur culturel, mais de l'envisager dans une constellation d'autres moyens et de le mettre à l'épreuve des services. Les soignants sont conscients de l'existence effective ou possible de divers moyens, mais tendent malheureusement à dévaloriser trop rapidement leurs propres stratégies de «bricolage», correspondant dans notre typologie à des stratégies d'affrontement.

Le fait d'envisager de façon nuancée et plus ciblée l'effet de la médiation culturelle permet, tout en restreignant certainement le champ d'application, de mieux en montrer la pertinence et de la renforcer à long terme.

4 Cf. notamment Grossen (1992).

Médiation, stratégies de communication et services

Les différents services paraissent s'orienter variablement par rapport à l'utilité du médiateur-interprète professionnel, et donc par rapport aux stratégies à privilégier dans la prise en charge de la communication avec les migrants. Nous rendons compte de ces tendances dans le tableau suivant.

	Non-médiation	Médiation			
Type de médiation	Relation duelle	Médiation symbolique	Médiation non profess.	Médiation profess.	Tiers machine
Exemples	Communic. non verbale	Langue véhiculaire	Membre de la famille	Médiateur culturel formé	Ordinateur traduisant
Type de stratégies	Affrontement		Substitution	Évitement	Évitement
Type de service	Maternité		Médecine Chirurgie	Santé mentale	Santé mentale Maternité

Dans ce tableau, nous envisageons différents cas de figure, idéalement sur un continuum entre non-médiation et médiation. Plus on va vers la droite, plus la médiation est forte, organisée. Le cas de l'ordinateur est intéressant, car il revient en quelque sorte à un cas de non-médiation, du moins dans le discours des soignants, qui le perçoivent comme un outil non parasitant, transparent. En termes de stratégies, on glisse progressivement de l'affrontement à la substitution voire l'évitement à mesure que le soignant sort de la relation duelle. Quand il ne fait que recourir à une langue véhiculaire comme l'anglais ou l'espagnol, on peut considérer qu'il reste dans l'affrontement. Le problème se corse cependant avec l'apparition d'une tierce personne, qui pourra à notre sens aussi bien correspondre à une stratégie de substitution qu'à une stratégie d'évitement. Plus la communication se «décalera» de la relation soignant/patient, plus elle se «délocalisera», plus on pourra parler d'évitement. Dans ce cas, la résolution du problème s'effectuera en parallèle et échappera au couple d'acteurs premier. Dans une conversation à trois, le jeu reste subtil entre deux configurations possibles de l'espace d'interlocution: une triade ou alors deux dyades parallèles. Si le recours à un membre du personnel ou de la famille permet de rester assez facilement dans la triade – le tiers est un adjuvant du soignant et ne fait qu'intervenir ponctuellement dans «sa» communication –, il n'en va pas de même pour le médiateur professionnel, qui concourt plutôt, aux dires de certains praticiens, à organiser un second réseau de communication, plus parallèle qu'intégré au premier. Mais peut-être la situation en double dyade n'est-elle pas toujours la plus mauvaise.

Représentations de la communication

L'examen de la communication entre soignants et patients migrants ne fait pas, comme nous l'avons vu, que nous donner les clés d'un meilleur ciblage des moyens à déployer pour mieux prendre en charge cette catégorie de patients. Il permet aussi de mettre sous la loupe certains aspects du fonctionnement de l'interaction verbale à l'hôpital et dans les différents secteurs de soins. Nous avons choisi ici de rendre compte prioritairement du point de vue des soignants, acteurs centraux dans la communication en milieu hospitalier et dans la prise en charge du patient.

Bon nombre des arguments et des comportements des soignants sont ainsi à trouver peut-être dans leurs représentations de la communication et du rôle qu'elle joue dans les soins. Ces représentations touchent au moins les dimensions suivantes:

- relations entre actes soignants et «interstices»: les stratégies citées et/ou observées sont-elles utilisées variablement dans les «tâches» soignantes (actes délimités comme tels et relevant d'une intervention reconnue et programmable) et dans leurs «à-côté»?
- relations entre soins et communication: la communication ne fait-elle qu'accompagner les soins ou alors joue-t-elle un rôle premier dans leur configuration effective?
- nature de la communication: que veut dire communiquer, mal communiquer? peut-on communiquer sans parler? peut-on communiquer sans écouter? que faut-il entendre par médiation? peut-on ne pas communiquer?

La prise en charge des migrants nous renvoie à l'extrême complexité inhérente à l'interaction verbale et, plus généralement, aux relations sociales, notamment en milieu institutionnel. La gestion de cette complexité implique nécessairement sa partielle réduction et l'émergence de zones de figement, mais il est important de s'interroger sur ce qu'on évite réellement (et au profit de quoi ou de qui) dans la communication.

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.
- Billiez, J. (1981). Des échanges inter-communautaires en milieu hospitalier. In *Langues et Migrations*. Publications de l'Université des Langues et Lettres de Grenoble, Centre de Didactique des Langues.
- Bischoff, A., & Loutan, L. (1998). *A mots ouverts, guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes*. Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de médecine communautaire.
- Del Castillo, J. C. (1970). The Influence of Language upon Symptomatology in Foreign-born Patients. *American Journal of Psychiatry*, 127/2, 160-162.
- Gajo, L. (2000). Disponibilité sociale des représentations: approche linguistique. *TRANEL*, 32, 39-53.
- Gajo, L., & Mondada, L. (2000). *Interactions et acquisitions en contexte. Appropriation de compétences discursives plurilingues par de jeunes immigrés*. Fribourg: Editions universitaires.
- 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.
- Journiac, C. (1996). L'évolution du langage infirmier, 1975-1990. *Soins*, 607, 33-37.
- Lambert, H., Stoll, B., Singy, P. et al. (1999). Réseaux de soins, migration et adaptation interculturelle à Lausanne: évolution d'une recherche action. *Sozial- und Präventivmedizin*, 44, 272-279.
- Mader, J. (2000). Etre compris et comprendre, un droit du patient/client. Fondamental. *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.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Schäublin, R. (1997). Quand la maladie permet d'exister. Accompagnement infirmier des requérants d'asile. *Soins infirmiers*, 12.
- Searle, J. R. (1985). *L'intentionnalité: essai de philosophie des états mentaux*. Paris: Minuit.
- Singy, P. (1999). L'implicite dans la relation médecin/patient: le partage en jeu. *La linguistique*, 35/2, 183-194.
- Weiss, R. & Stuker, R. (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins. Rapport de base*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Zegelin, A. (1997). Préface. In *Sprache und Pflege*. Berlin/Wiesbaden.