

Orest Weber

Migration et communication médicale



**Les difficultés de compréhension
dans les consultations centrées
sur les douleurs chroniques**



Lambert-Lucas

Un nombre croissant de patients traités par les systèmes de soins occidentaux sont des migrants de première génération avec des niveaux de connaissance variables de la langue locale. Leur prise en charge comporte des défis communicationnels importants, en particulier dans un domaine aussi sensible au plan relationnel que celui des douleurs chroniques.

Quelles formes les difficultés de langage prennent-elles dans les consultations? Quelles incompréhensions et quels malentendus surviennent-ils, avec quelles conséquences cliniques? Quels facteurs linguistiques et quels autres aspects des interactions médicales sont-ils impliqués? Dans quelles situations des interprètes sont-ils requis? Quels styles de consultation peuvent-ils favoriser une communauté de sens entre le patient et le soignant lorsque le partage linguistique est limité?

Autant de questions encore peu traitées sur la base de recherches de terrain et auxquelles le présent ouvrage donne des éléments de réponse. L'auteur restitue et commente dix-neuf consultations filmées et plus de soixante-dix entretiens de recherche menés dans un centre de la douleur et une unité de rééducation de Suisse francophone en s'appuyant sur les techniques de l'analyse de discours, de la sociolinguistique interactionnelle et de l'ethnolinguistique.

Orest Weber, linguiste, est responsable de recherche au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) au sein du Service de psychiatrie de liaison et de l'Unité de psychiatrie transculturelle Psy&Migrants. Il est docteur de l'Université de Lausanne où il est également chargé de cours. Il a réalisé ou conduit plus d'une dizaine de recherches sur divers aspects de la communication en milieu médical. Il intervient fréquemment dans la formation de cliniciens à la communication interculturelle.

Orest Weber

Migration et communication médicale :
les difficultés de compréhension
dans les consultations centrées
sur des douleurs chroniques

*Ouvrage publié avec le soutien de l'Université de Lausanne
et du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
(Département de Psychiatrie)*



© Éditions Lambert-Lucas, Limoges, 2017
ISBN PAPIER 978-2-35935-208-5
ISBN NUMERIQUE 978-2-35935-529-1

À ma mère, à mon père et à Nicolas

Préface

par Celia Roberts
(*Kings College* de Londres)

Nul ne sera surpris, en pénétrant dans un établissement médical ou hospitalier d'Europe occidentale ou centrale, de voir des patients et des professionnels de la santé venant de contextes ethniques et linguistiques très diversifiés et avec des trajectoires de formation variées. La globalisation, la recherche d'une terre d'asile et la libre circulation des travailleurs au sein de l'Europe de Schengen contribuent toutes à la superdiversité qui caractérise les sociétés contemporaines. Et bien que les cours sur la communication et sur l'approche centrée sur le patient relèvent de plus en plus des fondamentaux de la formation des professionnels de la santé, l'impact concret de cette superdiversité sur le travail en milieu médical reste relativement peu étudié.

Or tout indique que, dans beaucoup de situations cliniques marquées par la complexité, des modèles de communication simples ne fonctionnent pas. Des explications telles que « le problème est linguistique » ou « le problème est culturel » sont inappropriées dès que l'on analyse de près les interactions. Le langage ne peut de même être séparé des différences de points de vue, de la construction des relations intersubjectives et du sens de soi des patients. En d'autres termes, la langue et la culture sont indissociables et hautement sensibles au contexte. De plus, il existe bien des manières de gérer et de réparer l'échange, qui sont peu compatibles avec les modèles les plus courants de la communication.

Ce livre et la recherche qui le fonde s'inscrivent dans un nouveau courant qui questionne certains modèles communicationnels reçus et appelle, en lieu et place, de nouvelles approches basées sur la flexibilité communicationnelle. Cela a impliqué deux orientations importantes. Premièrement, il s'agissait de relever le défi de travailler dans une discipline – la sociolinguistique –, tout en entrant en partenariat avec des disciplines différentes, relevant en l'espèce de la médecine. Deuxièmement, cela supposait d'utiliser la sociolinguistique pour montrer la pertinence des petites choses – les moyens détaillés par lesquels médecins et patients gèrent l'interaction – pour comprendre des éléments situés aux niveaux plus macroscopiques de l'organisation et des retombées (outcomes) cliniques.

Prendre l'interaction sous le microscope et examiner le foisonnement de vie révélé permet au chercheur de saisir comment la compréhension, impliquant aussi les malentendus et incompréhensions, évolue dans le temps et comment

certains problèmes de communication sont résolus et d'autres non. Par le biais d'enregistrements et d'analyses rapprochées, les processus peuvent être ralentis et il devient possible de donner à l'entreprise de la communication médecin-patient le poids et le sérieux qui doivent lui revenir. Au lieu d'ignorer le problème des consultations avec des populations de patients superdiverses – en pratiquant ce qui a été appelé une médecine vétérinaire – et au lieu de présupposer des dichotomies faciles entre les migrants et les autres patients ou encore entre ceux avec et sans problèmes de langue, les analyses détaillées présentées dans ce livre montrent que certaines difficultés linguistiques spécifiques s'enchevêtrent avec beaucoup d'autres difficultés, relationnelles et communicationnelles, qui sont pour leur part identifiables dans la plupart des consultations, quel que soit le profil des patients. De même, les patients, qu'ils soient migrants ou non, résolvent les problèmes de compréhension selon des modalités largement comparables et la débrouillardise des patients – même de ceux avec une maîtrise limitée du français – doit être soulignée.

L'évolution de la compréhension dans les consultations montre aussi que l'échange est toujours situé dans une connaissance institutionnelle et relationnelle. Savoir comment gérer le soi dans un *setting* donné et connaître les procédures et habitudes institutionnelles, ainsi que les asymétries relationnelles entre experts de la santé et patients, contribue à la compréhension mutuelle ou à son absence. De ce point de vue, dans des contextes cliniques, l'analyse sociolinguistique doit être ancrée dans les préoccupations et pratiques des cliniciens et des patients. Un travail ethnographique est ainsi requis, qui décrypte les processus et recueille les valeurs des professionnels de la santé – en particulier dans le travail thérapeutique relationnel, central dans le traitement de maladies chroniques – et permet ainsi de conjuguer les perspectives d'insiders avec l'exploration linguistique détaillée de consultations pour produire une ethnographie linguistique.

L'aspect ethnographique est également essentiel pour traduire une analyse sociolinguistique détaillée telle qu'on la trouve ici dans des résultats qui soient pertinents pour la pratique. L'engagement prolongé de l'auteur auprès des consultants de la douleur montre de manière exemplaire comment il est possible de travailler avec ceux qui doivent reconsidérer et changer les pratiques existantes, si l'on veut que le système de santé réponde le plus efficacement possible aux besoins des populations de patients superdiverses. En l'occurrence cela englobe tout à la fois une nouvelle compréhension de la flexibilité communicationnelle avec les patients, quel que soit leur profil, et une nouvelle vision de la formation et de la collaboration avec des interprètes.

Ce livre s'adresse à des scientifiques travaillant sur le langage et la communication dans des contextes institutionnels, aux formateurs enseignant la communication en santé, aux cliniciens et à tous ceux qui ont un intérêt pour la communication interculturelle et la diversité des patients dans les *settings* cliniques de toutes sortes. Il nous apprend à être modestes et prudents par rapport aux différences liées à la superdiversité et il nous enseigne comment l'étude rapprochée et systématique de conversations du quotidien hospitalier peut produire des connaissances concrètes et utiles à même d'améliorer les soins aux patients.

Avant-propos

Voici huit ans que je vis avec la recherche doctorale exposée dans ces pages. Si la motivation ne m'a qu'exceptionnellement fait défaut dans cette entreprise, je le dois pour une large part au sujet traité : les difficultés de communication de patients migrants au sein du monde médical. Ce sujet m'interpelle depuis de nombreuses années dans mon quotidien de sociolinguiste en milieu médical. Une fois ma licence de Lettres obtenue, mes activités professionnelles se sont en effet rapidement focalisées sur la communication entre le système de soins et ses usagers migrants. Avant de choisir mon sujet de thèse, j'avais déjà collaboré à des recherches sur l'interprétariat en milieu médical et sur la prévention du VIH auprès de migrants d'origine subsaharienne. Avec des professionnels d'autres disciplines, j'avais également créé une unité de psychiatrie centrée sur les patients migrants, unité au sein de laquelle j'étais principalement actif dans la promotion de l'interprétariat communautaire. Ces activités posaient diverses questions auxquelles je peinais à trouver des réponses satisfaisantes dans la littérature. Je m'interrogeais en particulier sur les critères précis justifiant le recours à un interprète communautaire dans certains *settings* et situations précis, ainsi que sur les différentes raisons expliquant pourquoi les cliniciens ne font pas davantage appel aux prestations des professionnels de la traduction orale.

Soucieux d'une meilleure gestion de la diversité linguistique et culturelle des patients au sein du monde médical, j'ai ainsi décidé de consacrer ma thèse à une enquête sociolinguistique sur un terrain médical marqué par des enjeux communicationnels complexes et une présence marquée de patients migrants de première génération. En l'occurrence, mon choix s'est rapidement porté sur les consultations entre des médecins spécialisés dans la prise en charge de douleurs musculo-squelettiques chroniques et leurs patients migrants allophones (n'ayant pas, en d'autres termes, la langue officielle locale comme langue première). Par les aléas de ma trajectoire professionnelle, je m'étais en effet trouvé, dans le cadre de mes activités préalables, au sein d'un service de psychiatrie de liaison, en contact avec des cliniciens qui assuraient des interventions dans des services d'antalgie et de rééducation spécialisés dans le traitement de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Or, ces collègues soulignaient fréquemment la complexité communicationnelle et relationnelle des entretiens cliniques avec ces patients. Ils faisaient, d'une part, état de sentiments d'impuissance, d'échec et d'irritation face à la chronicité et au caractère répétitif des plaintes. D'autre part, ils rapportaient la présence de nombreux migrants allophones parmi les patients

suivis pour des douleurs musculo-squelettiques chroniques et, selon leurs observations, même les personnes soignées maîtrisant le moins bien le français n'étaient que rarement vues avec un interprète. Une investigation sociolinguistique du fonctionnement et des éventuels dysfonctionnements de la gestion de la diversité linguistique des patients migrants paraissait donc d'emblée pertinente dans un tel domaine clinique.

Le cheminement scientifique entamé à la suite de ces observations de terrain m'a conduit à travers toutes les étapes classiques d'un doctorat à dominante empirique – consultation de la littérature, enquêtes, rédaction. Comme on le verra, ce cheminement s'est inscrit dans un terrain encore peu balisé, si bien que mon travail relève, à bien des égards, davantage de la quête que de la démonstration. C'est là une des raisons majeures du choix, pour ce livre, d'un mode de présentation qui fait passablement de la place à la narration et la réflexivité. J'espère, de la sorte, faciliter l'accès aux complexités multiples de la communication médicale, tout en l'introduisant aux aspects parfois épineux de la conception et réalisation d'une enquête sociolinguistique dans un contexte de médecine spécialisée.

*

Ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans l'aide de nombreuses personnes et institutions. Ma plus profonde gratitude va, tout d'abord, aux cliniciens et aux patients anonymes qui ont participé à la recherche, ainsi qu'aux secrétaires des unités de soins formant mon terrain d'observation. Leur gentillesse, leur disponibilité et leur confiance m'ont touché et je leur dois l'essentiel de la richesse de mes données.

Je tiens ensuite à remercier les personnes qui m'ont encadré durant ce travail. Je suis reconnaissant au Pr Pascal Singy, mon directeur de thèse, pour sa confiance, pour m'avoir suivi dans mon cheminement et pour les conseils éclairés qu'il m'a prodigués aux moments décisifs. Je remercie également le Pr Peter Schulz pour un échange d'idées enrichissant dans la phase initiale du projet, ainsi que la Pr Celia Roberts, pour la préface de ce livre, ainsi que pour sa grande amabilité et son aide répétée lors de l'analyse des consultations.

Grâce aux Prs Pascal Singy, Friedrich Stiefel et Patrice Guex, plusieurs requêtes de fonds liées à cette thèse ont pu être déposées. Elles ont permis de couvrir les principaux coûts annexes du projet (interprétariat, traduction de documents, transcription initiale, etc.) et de me salarier pour une partie des mes activités. Qu'ils soient ici tous trois remerciés, de même que les institutions qui ont répondu favorablement à nos demandes : le Fonds National Suisse (FNS) de la recherche scientifique, la Société Académique Vaudoise, le Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et la Direction de l'Université de Lausanne.

Ma reconnaissance va également à toutes les personnes ayant assuré des tâches de transcription et de traduction ou d'interprétariat, soit Camille Bohner et une quinzaine d'interprètes communautaires et de traductrices qu'il m'est impossible de mentionner nommément, travaillant dans leur grande majorité au Service Intermédia (Association Appartenances, Lausanne). Je tiens également à

remercier celles et ceux qui ont contribué à la relecture et à la mise au point du manuscrit : Élise Forestier, François Villars, John Wäfler, Kelly Harrison, Laurent Langer, Sophie Paroz et Véronique Czáká.

D'innombrables personnes m'ont fait bénéficier d'idées précieuses concernant le travail clinique avec des patients migrants, les suivis de personnes souffrant de douleurs chroniques, et plus largement la conduite de recherches et la vie avec une thèse. Je pense à mes collègues du Service de Psychiatrie de Liaison et de l'Unité Psychiatrie et Migrants, à certains membres de ma famille, ainsi qu'à de très nombreux amis et connaissances. Trois personnes ont montré une disponibilité et un engagement tout particulier : Immanuel Weber, John Wäfler et Sophie Paroz. Que toutes ces personnes soient ici chaleureusement remerciées, de même que la communauté cistercienne d'Hauterive qui m'a accueilli à plusieurs reprises pour des périodes de rédaction dans un cadre inspirant.

Ma gratitude va, enfin, à mon ami Laurent Langer ainsi qu'à ma famille et à mes amis les plus proches, pour m'avoir non seulement porté, mais également supporté au quotidien durant toutes ces années.

Conventions de transcription des enregistrements

123	numéro du tour de parole
M	médecin
P	patient
... terme [terme terme]	
[terme] terme...	chevauchement
=terme...	tour de parole contigu ou interruption
ter-	mot tronqué
terme?	intonation interrogative
TERME	voix plus forte que le volume habituel du locuteur
.	pause d'une seconde ou moins
..	pause de deux secondes environ
...	pause de trois secondes environ
(12 sec.)	pause de plus de trois secondes
X	segment incompréhensible
(terme ?)	élément difficile à comprendre, doute sur l'interprétation
(euh ? / hein ?)	interprétations concurrentes
(nom du médecin)	élément anonymisé
[montre l'épaule gauche]	notation du non-verbal
[perplexe]	commentaire descriptif
[terme]	traduction française d'une autre langue

Nota : points et virgules ont été utilisés en analogie avec l'usage habituel pour faciliter la lecture.

Migration et inégalités à substrat communicationnel dans les suivis spécialisés de douleurs musculo-squelettiques chroniques : problématique

L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre les implications de la diversité sociolinguistique des patients migrants pour la qualité des soins qui leur sont offerts dans les consultations de cliniciens spécialistes des douleurs musculo-squelettiques chroniques. Dans cette visée, j'ai réalisé un état de la littérature et deux enquêtes sociolinguistiques de terrain. Ce premier chapitre expose les principaux éléments qui font l'intérêt et l'actualité d'une étude comme celle-ci. Il offre également un aperçu du plan de recherche et de l'organisation du livre qui est issu de la thèse.

1.1 Étudier la communication médicale à l'ère des *Communication Skills Trainings* (CST)

Depuis quelques décennies, les interactions entre médecins et patients bénéficient d'un intérêt croissant de la recherche et des milieux professionnels concernés, mais également du grand public. Cet intérêt se comprend aisément compte tenu des enjeux de nombreuses consultations médicales pour la qualité de vie – voire la survie – des patients. Dans l'opinion générale, les médecins ont souvent la réputation d'être des communicateurs peu avenants et peu compréhensibles. Il est pourtant indéniable que le monde médical déploie des efforts pour mieux communiquer avec ses usagers (Kelley *et al.* 2012 ; Eggenberger *et al.* 2013 ; Moore *et al.* 2013 ; Schell *et al.* 2013 ; Weiland *et al.* 2013). Le besoin des médecins d'acquérir des compétences spécifiques pour la communication clinique est aujourd'hui largement reconnu (Hargie *et al.* 2010 ; Stiefel *et al.* 2010) ; dans ce but, des enseignements spécialisés fréquemment appelés *Communication Skills Trainings* (CST)¹ ont vu le jour.

1. En français on trouve parfois, à côté du sigle CST emprunté directement à l'anglais, la dénomination *formation aux compétences* ou *aptitudes communicationnelles*. Ces formations sont souvent basées sur les ouvrages de référence de Kurtz *et al.* (2005) et Silverman *et al.* (2010).

En lien, notamment, avec ces développements au plan de la formation en compétences communicationnelles, une littérature scientifique spécialisée s'est progressivement accumulée et connaît aujourd'hui une véritable explosion (Heritage & Maynard 2006 ; Lockhart *et al.* 2007 ; Ranmal *et al.* 2008 ; Mujezinovic *et al.* 2010 ; Dwamena *et al.* 2012 ; Edwards *et al.* 2013 ; Moore *et al.* 2013). La préoccupation majeure traversant ces écrits réside dans la volonté de faire diminuer, dans les hôpitaux et cabinets médicaux, les pratiques communicationnelles fondées sur le modèle paternaliste de la relation de soin. Ce modèle traditionnel de plus en plus critiqué (v. p. ex. Heritage & Maynard 2006 ; Silverman *et al.* 2010 : 37-38) admet schématiquement qu'il incombe aux médecins seuls d'identifier et de résoudre les problèmes de santé des patients, le rôle de ces derniers se résumant à une application fidèle des instructions qui leur sont données.

En lieu et place du modèle paternaliste, les spécialistes de la communication clinique s'accordent aujourd'hui à promouvoir une médecine centrée sur le patient (Levenstein *et al.* 1986 ; IOM 2001). L'idée-force de cette approche qui est au cœur des CST revient à placer l'individu souffrant – en complément de ses pathologies et symptômes – au centre des préoccupations des professionnels et des systèmes de soins. Cette vision plus humaniste de la médecine exige, tout d'abord, une meilleure communication entre professionnels, puisqu'il s'agit de mieux coordonner les soins autour du patient individuel. Au niveau des consultations, une focalisation accrue sur les patients implique ensuite de tenir compte de leurs besoins, de leur vision et représentation du problème de santé en jeu et de leurs préoccupations². Elle exige aussi la transmission ciblée d'informations aux patients pour leur permettre de s'impliquer valablement dans les décisions et les traitements, ainsi que des témoignages d'empathie et de respect signalant aux patients qu'ils sont traités comme des personnes et non pas comme de simples « cas » ou « numéros ».

Des publications de synthèse suggèrent aujourd'hui que l'approche centrée sur le patient ne permet pas seulement d'être plus accueillant et avenant avec les usagers du système de soins, mais qu'elle influence aussi favorablement l'efficacité du travail clinique et la qualité des soins³. Ainsi, cliniciens et patients tirent, par exemple, plus de satisfaction de consultations permettant aux patients de réaliser leurs agendas communicationnels personnels et d'exposer leur vision de la situation. De plus, une communication clinique offrant plus d'occasions de participation au patient apparaît corrélée à une meilleure adhérence au traitement et, en définitive, à de meilleurs résultats thérapeutiques.

Une des richesses des études liées à l'enseignement des compétences communicationnelles en médecine réside dans leur ancrage dans une variété de disciplines, impliquant, outre la médecine, diverses sciences humaines et sociales (psychologie, anthropologie, sociologie, philosophie, etc.). Au sein de cet effort

2. On pense ici en particulier aux préoccupations des patients qui les ont incités à consulter (*presenting concerns*) qui sont, si elles ne sont pas dûment investiguées en début de consultation, couramment abordées en toute fin de rencontre, à un moment où elles ne peuvent plus être traitées de manière adéquate (Rodondi *et al.* 2009).

3. V. notamment Silverman *et al.* (2010), pour le modèle dit de Calgary-Cambridge, sans doute le plus influent dans les écoles de médecine.

de recherche pluridisciplinaire, les sciences du langage – dont relève le présent travail – se sont surtout illustrées dans quelques domaines particuliers, parmi lesquels figurent :

- des questions liées à la terminologie parfois opaque utilisée par les cliniciens (v. p. ex. Shuy 1993 ; Bourquin *et al.* 2015) et, plus largement, au fait que professionnels et usagers du système de soins n'accordent pas toujours le même sens au lexique et aux expressions courantes dans la communication médicale (v. p. ex. Singy 2004) ;
- l'analyse détaillée de la co-construction conversationnelle de certaines séquences (p. ex. séquence d'ouverture, v. Robinson 2006) ou de certaines activités (p. ex. annonce de bonnes ou mauvaises nouvelles, v. Maynard & Frankel 2006) constitutives des consultations médicales ;
- l'étude de certains items langagiers récurrents (p. ex. les questions, v. West 1983), ainsi que de leur distribution et de leurs fonctions dans les consultations ;
- l'analyse des articulations complexes des discours produits dans les consultations avec leur contexte social et institutionnel plus large, notamment avec les conditions de travail des médecins (v. p. ex. Wodak 2006) ;
- l'étude de la gestion du plurilinguisme et de la diversité sociolinguistique chez les patients issus de la migration, que ce soit dans des consultations avec interprètes (p. ex. Guex & Singy 2003) ou sans interprètes (p. ex. Roberts 2005).

C'est dans le dernier de ces cinq domaines que s'inscrit le présent projet. Il interroge la manière dont des objectifs communicationnels aussi ambitieux que ceux définis dans le cadre du modèle de la médecine centrée sur le patient (prise en compte des besoins et idées des patients, implication active dans les décisions, etc.) peuvent être atteints avec des patients migrants aux profils sociolinguistiques variables.

1.2 Communication médicale et diversification des patients en lien avec la migration

En raison de mouvements migratoires intenses à l'échelle planétaire, les systèmes de soins ont aujourd'hui la charge de populations de plus en plus diversifiées. Les migrations vers les pays d'Europe occidentale ne datent certes pas d'hier, mais, dans le cadre de la globalisation des relations internationales depuis la chute du rideau de fer, les migrants qui s'installent dans cette région du monde proviennent de pays de plus en plus éloignés et divers (Fibbi 2013). C'est là un des facteurs majeurs ayant conduit à ce que certains auteurs appellent, en référence à des agglomérations urbaines européennes, la super-diversité sociale, culturelle et linguistique (Vertovec 2007 ; Roberts 2010). Les systèmes de soins sont touchés de deux manières par la diversification progressive des populations : au plan du personnel – aspect qui n'est pas approfondi dans cette étude⁴ – et au plan des usagers.

4. S'agissant du personnel, on constate en effet que les migrants représentent aujourd'hui

S'agissant des usagers, plusieurs éléments suggèrent que leur diversité croissante en termes d'origines et, concomitamment, de profils sociolinguistiques, peut générer des difficultés considérables notamment parce qu'elle conduit à une multiplication des consultations médicales dites exolingues, c'est-à-dire marquées par un accès inégal des deux protagonistes à la langue de l'échange (Porquier 1984).

Ces difficultés sont particulièrement évidentes dans les cas où clinicien et patient ne partagent aucune ressource linguistique commune. Des ratés communicationnels sont toutefois également à anticiper avec des patients migrants engagés dans l'apprentissage de la langue locale. Certes, ces personnes s'approprient souvent assez rapidement des répertoires plurilingues répondant à leurs besoins communicationnels et identitaires les plus immédiats (Lüdi 2006), mais ces répertoires ne seront pas nécessairement suffisants pour faire face aux exigences particulières des consultations médicales.

Il est également connu que les personnes migrantes qui s'engagent dans l'apprentissage de la langue de leur pays d'accueil à l'âge adulte n'en développent que rarement une compétence quasi native. Leur maîtrise de la langue seconde tend, en effet, à se stabiliser à des niveaux de compétence intermédiaires, restant souvent marquée de manière durable par des interférences phonétiques, sémantiques, morphosyntaxiques, etc. avec leurs langues premières (Ellis 1997 : 29 ; Lüdi & Py 2002 : 109 et 142 ; Mitchell & Myles 2004 ; Birdsong 2005).

De plus, même les migrants ayant une maîtrise avancée de la langue de consultation peuvent présenter des difficultés en lien avec leurs styles de communication culturels, potentiellement peu familiers pour les médecins (par exemple certaines manières de mettre en évidence des informations centrales ou de présenter un problème, v. Roberts *et al.* 2005). Plus largement, les patients migrants (de tous profils linguistiques) risquent davantage que les autochtones d'ancrer leurs discours et interprétations dans des savoirs sociaux ou culturels d'arrière-plan (Gumperz 2001) peu compatibles avec ceux actualisés par les cliniciens, ce qui peut alors mettre en échec un véritable échange. Je pense ici en particulier aux décalages possibles entre clinicien et patient, au plan des conceptions des maladies, de leurs causes et de la manière dont elles doivent être traitées (Kleinman *et al.* 1978). Un autre domaine sensible réside dans les idées, de part et d'autre, sur les fonctions respectives des systèmes de santé officiels et alternatifs, ainsi que sur les rôles précis revenant aux professionnels, aux patients et éventuellement à d'autres acteurs (proches, réseaux communautaires, etc.) dans la prise en charge d'un problème de santé (Helman 2006).

dans de nombreux pays un réservoir de main-d'œuvre intéressant pour les structures de soins. De ce fait, ces structures connaissent une diversité linguistique et socioculturelle croissante, qui pose une série de questions organisationnelles et sociolinguistiques importantes : Comment mettre en valeur la ressource que représente la diversité sociolinguistique du personnel pour les institutions ? Comment aider les cliniciens migrants à acquérir rapidement une maîtrise optimale de leur langue de travail ? Comment prendre en compte les différences entre les éventuelles formations reçues par les migrants à l'étranger et celles dispensées dans leur nouveau pays de travail ?

Les risques liés à des différences de visions entre cliniciens et patients migrants sur ces points centraux apparaissent d'autant plus marqués que, dans les consultations médicales, la « voix » de la médecine semble souvent laisser peu de place à celle du monde ordinaire (angl. *voice of the life world*, v. Mishler 1984), y compris dans des situations où médecins et patients sont proches au plan sociolinguistique. On peut ainsi s'attendre à ce que le point de vue des patients migrants soit tout particulièrement marginalisé, avec tous les préjudices que cela peut impliquer en termes de qualité des soins. Il est de plus fort probable que les migrants les moins qualifiés et formés (p. ex. ouvriers et personnels de maison originaires d'Europe du Sud et d'ex-Yougoslavie) rencontrent, à cet égard, bien davantage de difficultés que les personnes issues de la migration qualifiée (personnel académique, employés de multinationales, fonctionnaires d'organisations internationales, etc.).

1.3 Les réponses du système de soins à la diversité liée à la migration : interprétariat et compétences cliniques transculturelles (CCT)

Les difficultés de communication susceptibles d'apparaître avec certains usagers migrants n'ont bien évidemment pas échappé aux systèmes de soins des pays occidentaux. Surtout depuis le début des années 1980, des mesures institutionnelles ont progressivement été prises pour permettre aux cliniciens de mieux soigner les patients migrants.

La principale de ces mesures tient sans doute dans le développement de l'interprétariat professionnel dans le domaine médical. En Europe, les pays nordiques ont vu la création des premiers services d'interprétariat professionnel pour la médecine dès la fin des années 1960, suivis par d'autres états – dont la Suisse – entre 1980 à 2000 (Métraux *et al.* 2003). Le recours aux interprètes professionnels a connu une progression importante depuis lors, mais tant les hôpitaux que les médecins installés continuent à s'appuyer également sur les proches des patients et les membres plurilingues du personnel pour assurer une partie des traductions (Bischoff *et al.* 2006 ; Greenhalgh *et al.* 2006 ; Meyer *et al.* 2006 ; Pöchhacker *et al.* 2008).

Plus récemment, des activités de formation en compétences cliniques transculturelles⁵ (CCT) ont également vu le jour, que ce soit dans le cadre de cours ou de séminaires ou dans celui de conseils ou de supervisions ponctuels ou réguliers promulgués par des anthropologues médicaux ou des cliniciens spécialisés dans les suivis de migrants⁶. Les publications disponibles montrent que les contenus et pratiques d'enseignement des CCT – loin d'être unifiés – ont

5. Dans le monde anglo-saxon, la désignation la plus courante de ces compétences est (*clinical*) *cultural competence / competency* (v. p. ex. Betancourt *et al.* 2003 ; Betancourt 2006 ; Qureshi *et al.* 2008 ; Surbone 2010 ; Evans *et al.* 2012 ; Casillas *et al.* 2014), alors que les termes de *compétences (cliniques) transculturelles ou interculturelles* prédominent dans la littérature francophone (v. p. ex. Gajo *et al.* 2005 ; Althaus *et al.* 2010) et germanophone (v. p. ex. Peintinger (éd.) 2011).

6. À cet égard, on peut citer les exemples des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et de l'Hôpital universitaire McGill à Montréal, qui disposent tous deux d'une consultation transculturelle offrant des conseils ciblés aux équipes cliniques.

connu une évolution certaine au cours des dernières décennies. Selon Betancourt *et al.* (2003), le domaine était largement marqué par une approche de type catégoriel dans ses débuts, qui visait la transmission d'informations relatives à une ou plusieurs « communautés » migrantes (p. ex. les croyances relatives à la santé et les valeurs relationnelles des Latino-Américains). Cette approche, critiquée pour sa propension à confirmer ou générer des stéréotypes⁷, cède depuis quelque temps la place à une autre vision que Betancourt appelle *cross-cultural*, généralement désignée en français comme transculturelle. Il la circonscrit comme suit :

“A newer approach focuses on the process of communication and trains providers to be aware of certain cross-cutting cultural and social issues and health beliefs that are present in all cultures. The focus is on the individual patient as teacher and on developing important attitudes and skills for providers. For example, curricula of this type have focused on identifying and negotiating different styles of communication, decision-making preferences, roles of family, sexual and gender issues, and issues of mistrust, prejudice, and racism, among others. Ultimately, some balance of cross-cultural knowledge and communication skills seems to be the best approach to cultural competence education and training.” (Betancourt *et al.* 2003 : 299)

Pour paraphraser Betancourt, posséder des compétences cliniques transculturelles revient à savoir centrer sa communication sur le patient dans sa singularité. Mais cela suppose, avec des patients issus de contextes culturels différenciés sensiblement de ceux des cliniciens, que ces derniers soient préparés à gérer les problématiques particulières susceptibles de découler de ces décalages.

Cette idée fait parfaitement écho à la manière dont la diversité sociale, culturelle et linguistique est abordée dans la littérature généraliste sur les *Communication Skills Trainings* (CST) en médecine. Celle-ci privilégie également des soins centrés sur la relation et sur la personne soignée pour répondre adéquatement aux besoins de patients se distinguant du médecin au plan socioculturel (Roter & Larson 2002 ; Silverman *et al.* 2010 : 288). Cette même littérature souligne toutefois aussi que certains aspects méritent une attention particulière dans les processus communicationnels en situation multiculturelle et plurilingue (Silverman *et al.* 2010), et ces aspects recoupent largement les suggestions faites par Betancourt, par exemple dans la citation ci-dessus. Que la perspective didactique soit celle des CCT ou des CST, tous les spécialistes de la communication clinique insistent également sur l'importance de recourir à des interprètes avec les patients ne maîtrisant pas la langue de consultation. Quelques auteurs soulignent de surcroît la nécessité, pour les cliniciens, d'apprendre à travailler avec des interprètes durant leur formation (p. ex. Seeleman *et al.* 2011).

Si l'essentiel des éléments communs des écrits des CCT et des CST à propos de la communication médicale avec des patients migrants allophones m'ont de prime abord paru convaincants, trois points majeurs dans cette littérature m'ont interpellé et ont joué un rôle central dans l'orientation donnée à cette étude.

7. Parmi les articles qui critiquent l'utilisation de la culture comme statique et ethnicisée dans les CCT et dénoncent certaines dérives en termes de stéréotypes au sein de ce courant, on peut citer Kleinman & Benson (2006), Willen *et al.* (2010) et Jenks (2011).

Premièrement, j'ai été frappé dans la littérature consacrée aux CCT et aux CST par le manque de références à des recherches empiriques ayant analysé des interactions cliniques effectives impliquant des patients sociolinguistiquement diversifiés pour des raisons de migration⁸. Ce constat a stimulé ma curiosité quant à l'état actuel de la recherche dans ce domaine.

Deuxièmement, la manière dont les spécialistes des CCT et des CST (Betancourt *et al.* 2003 ; Silverman *et al.* 2010 : 290) abordent le recours à des interprètes m'a interloqué. En effet, selon ces derniers, un interprète est requis lorsque se présentent des barrières linguistiques, mais sans définition de critères précis. Le choix apparaît ainsi comme simple, alors que, d'un point de vue de sociolinguiste, je voyais d'emblée quatre dimensions au moins à prendre en compte :

- (1) le niveau de maîtrise de la langue de communication chez les patients migrants
- (2) les exigences en termes de ressources linguistiques partagées (en fonction, notamment, de l'importance et de la complexité de l'entretien)
- (3) l'existence et la portée de stratégies discursives autres que le recours à un tiers traduisant pour communiquer avec des personnes allophones (v. p. ex. questions de vérification de la compréhension, reformulations, stratégies non verbales par gestes ou dessin, etc.)
- (4) les souhaits des patients en matière d'interprétariat⁹.

De mon point de vue, l'évaluation du besoin d'interprète paraissait donc *a priori* bien plus complexe que ce que laissent entendre les recommandations de la littérature des CCT et des CST. Cette réflexion a attisé mon intérêt pour les cas limites en matière de recours à un interprète. Je me demandais, entre autres, si des éléments empiriques ne pourraient pas venir nuancer utilement les discours normatifs dans ce domaine¹⁰.

Troisièmement, je relevais, dans la littérature, des contributions consacrées à l'enseignement des CCT dans des disciplines médicales spécifiques, principalement en psychiatrie (p. ex. Kleinman 2000 ; Baubet 2003 ; Moro 2003), mais également dans une sous-spécialité somatique comme l'oncologie (Surbone 2006)¹¹. Ces efforts d'ajustement contextuel me semblaient *a priori* judicieux,

8. L'ouvrage collectif autrichien édité par Peintinger (2011) représente, de ce point de vue, une exception. Il contient un article de Florian Menz consacré aux consultations médicales de patients ayant une maîtrise limitée de l'allemand, qui cite plusieurs études observationnelles de consultations de migrants.

9. On notera que cette dimension est mentionnée par Silverman *et al.* (2010 : 290), mais pas par d'autres auteurs, Betancourt *et al.* (2003) par exemple.

10. J'ai découvert par la suite que des modèles plus affinés pour le recours à différents types d'interprètes dans des entretiens cliniques préexistaient à ma recherche (p. ex. Bischoff *et al.* 2006). Ces modèles reposent toutefois principalement sur les idées et perceptions des différents acteurs concernés (surtout les cliniciens), et non sur l'analyse d'entretiens cliniques effectifs.

11. Cette tendance s'est encore renforcée depuis le début de mon étude. Les CCT ont récemment fait l'objet de publications relatives à la médecine dentaire (Gregorczyk &

ne serait-ce qu'en vertu des écrits linguistiques qui attestent de différences marquées, d'une spécialité médicale à l'autre, au plan des logiques d'action communicationnelles (pour une synthèse, v. Barton 2006). Il m'a dès lors paru indiqué de cibler à mon tour mon étude sur un domaine précis du travail clinique, également dans l'objectif de générer des connaissances d'une pertinence optimale pour le terrain. Pour des raisons initialement conjoncturelles¹², mon choix s'est porté sur les suivis spécialisés de patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques dans des unités d'antalgie et de rééducation.

1.4 Douleurs musculo-squelettiques chroniques : des approches en évolution

Les douleurs chroniques – dont les douleurs musculo-squelettiques (dos, articulations, nuque, etc.) représentent le type le plus répandu – figurent parmi les problèmes de santé les plus fréquents amenant des patients à consulter un médecin et leur prévalence ne cesse de progresser. En Europe, environ une personne sur cinq souffre de douleurs chroniques (Breivik *et al.* 2006) et ces dernières portent souvent lourdement atteinte à leur qualité de vie (p. ex. Bjornsdottir *et al.* 2014). Les douleurs persistantes vont aussi fréquemment de pair avec des affections psychiques, en particulier avec des états dépressifs et anxieux (Allaz 2003 : 27). Elles se caractérisent, enfin, par un coût social et économique élevé : parmi les personnes souffrant de douleurs chroniques qui habitent dans des pays européens, 21 % rapportent une incapacité totale de travailler et 19 % une perte d'emploi en lien avec leurs douleurs (Breivik *et al.* 2006).

Les causes de douleurs musculo-squelettiques chroniques sont généralement multiples et difficiles à identifier. Ces douleurs se distinguent de ce point de vue très nettement des douleurs aiguës. Pour ces dernières, la médecine occidentale tend en effet à rechercher les causes au niveau des zones perçues comme douloureuses par les patients ou des nerfs impliqués dans le ressenti douloureux. Les médecins ne voient traditionnellement pas les douleurs aiguës comme une maladie en soi, mais comme des symptômes de lésions ou maladies sous-jacentes qu'ils essaient d'identifier et de guérir (Le Breton 1995 : 27-29). Mais lorsque le vécu douloureux devient chronique, le lien entre symptôme et lésion se complexifie, car les données biomédicales ne suffisent très souvent pas à livrer une explication satisfaisante de sa nature et, surtout, de son intensité (Allaz 2003 : 19). Pour une médecine focalisée sur les aspects anatomo-physiologiques, ces douleurs deviennent alors une problématique insoluble qui finit par questionner la portée même des approches somatiques.

Les difficultés des sciences médicales à intégrer les douleurs chroniques dans leurs cadres conceptuels sont clairement perceptibles dans l'évolution des classifications des maladies. Jusqu'à une date récente, les cliniciens utilisaient diverses désignations officielles pour parler de douleurs musculo-squelettiques

Baillet 2008), à la gastroentérologie (Shields *et al.* 2009), à la chirurgie générale (Butler *et al.* 2011) et cardiovasculaire (Hancock & Hancock 2010), aux soins de fin de vie (Evans *et al.* 2012) et à l'oncologie adulte (Quinn *et al.* 2011).

12. Ce choix était principalement lié à mon réseau professionnel (v. *supra*, Avant-propos).

devenues maladie chronique ou cause d'invalidité (Allaz 2003 : 71-78 ; Métraux *et al.* 2003), désignations souvent aussi péjoratives que stigmatisantes (par exemple « sinistrose » ou « syndrome transalpin », en référence à l'origine italienne de certains patients souffrant de douleurs chroniques). Mais en termes de nomenclature officielle, ce n'était guère que dans les typologies des troubles psychiatriques que l'on trouvait des étiquettes diagnostiques concernant les douleurs chroniques, notamment celles de « somatisation » (plaintes somatiques multiples et variables pendant au moins deux ans ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable, accompagnées d'un refus persistant d'accepter l'avis médical et d'une altération du fonctionnement social et familial) et de « syndrome douloureux somatoforme persistant » (douleur intense non entièrement expliquée au plan biomédical et survenant dans un contexte de conflit émotionnel et/ou psychosocial) (Le Goff-Cubilier & Bryois 2006). Cette psychiatrisation des douleurs chroniques au sein des taxinomies médicales traditionnelles entraine souvent en tension avec la perception des patients – qui recherchaient et identifiaient les causes de leurs douleurs dans le corps et non dans leur psychisme – et s'avérait dès lors largement contreproductive en termes d'alliance thérapeutique (Dominicé-Dao 2004). C'est là une des principales raisons qui ont conduit à la création de nouvelles catégories diagnostiques, qui traitent certains types de douleurs chroniques comme des syndromes propres, tels le syndrome douloureux chronique ou la fibromyalgie (Allaz 2003).

La transition vers cette nouvelle manière de catégoriser les maladies traduit également une attention accrue pour la personne souffrante dans sa globalité et une conception des douleurs chroniques comme remontant à des causes multidimensionnelles : parallèlement à diverses dimensions biologiques, les spécialistes soulignent l'importance d'une série de dimensions psychologiques (Melzack 1997 ; Guzman *et al.* 2002 ; Allaz 2003 : 33-50) et sociales (Guzman *et al.* 2002 ; Allaz 2003 : 51-60) qui viennent moduler le vécu douloureux des patients. Cette optique médicale élargie sur les douleurs chroniques trouve également des arguments forts dans les résultats récents des recherches en neurosciences. Ces résultats expliquent en effet mieux que par le passé des connexions possibles entre vécu affectif ou émotionnel, mémoire et douleurs (Berna & Desmeules 2009), ouvrant par exemple des pistes neurobiologiques prometteuses pour comprendre des liens entre événements biographiques traumatisants et douleurs chroniques fréquemment observés dans la clinique (Allaz 2003 ; Radat 2003 ; Rougemont-Bücking 2013).

En termes d'approches thérapeutiques, ce paradigme multidimensionnel trouve sa contrepartie dans le développement de modèles de prise en charge pluridisciplinaires et bio-psycho-sociaux (Tauben 2012). Ces modèles reposent tous sur l'idée que, pour traiter efficacement des douleurs chroniques, il s'agit avant tout d'intégrer, dans un plan ajusté à chaque patient et discuté avec ce dernier, des prestations offertes par un médecin généraliste et/ou divers spécialistes (médecins et non-médecins) : antalgistes, médecins rééducateurs, neurologues, neurochirurgiens, physio- et ergothérapeutes, psychiatres ou psychologues, etc. (Allaz 2003 : 97-113 ; Tauben 2012). La littérature sur les douleurs musculo-squelettiques atteste tout particulièrement de l'efficacité de programmes de rééducation pluridisciplinaires intensifs (Guzman *et al.* 2002),

comprenant au moins trois éléments : une réévaluation des traitements antidouleurs, un programme d'exercices physiques soutenu et des techniques psychologiques (p. ex. cognitivo-comportementales) de gestion de la douleur et du stress (Schatman 2012).

En ce qui concerne la relation clinicien-patient, les concepts prédominant actuellement chez les experts des douleurs chroniques semblent largement se recouper avec ceux développés en lien avec d'autres maladies chroniques, telles le diabète, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, etc. (p. ex. Holman 2005). De nombreuses publications (p. ex. Wagner *et al.* 1996 ; Tuzun 2007 ; Delon & Mackinnon 2009) soulignent en effet qu'une fois la chronicité d'un problème douloureux établie, le mode relationnel devrait idéalement évoluer d'un traitement géré par le clinicien vers un traitement largement géré par le patient (*self-managed care*), dans le cadre d'une collaboration partenariale entre clinicien et patient. Dans cette conception particulière de la clinique centrée sur le patient, le rôle des cliniciens revient alors d'une part à accompagner le patient dans les difficultés qu'il traverse en raison de la chronicité au niveau identitaire (acceptation de la maladie et d'une image de soi modifiée, v. Kleinman *et al.* 1992), relationnel (avec les proches, les employeurs, les autres cliniciens, etc.) et social (cas de perte ou aménagement contraint de l'activité professionnelle, demande de prestations d'assurance, etc.). L'autre fonction majeure du clinicien consiste à conseiller le patient, y compris en l'orientant de manière judicieuse vers d'autres spécialistes. En puisant dans son savoir professionnel, le clinicien est également en charge d'éduquer le patient en lui transmettant les savoirs et savoir-faire (patient education) qui lui sont nécessaires pour gérer sa maladie de manière plus autonome et efficace (Brauchbar *et al.* 2011 : 13). Dans une optique de capacitation du patient (*patient empowerment*), ce dernier est notamment censé connaître les facteurs (tant biomédicaux que psychosociaux) qui influencent ses douleurs et savoir doser ses médicaments.

1.5 Défis communicationnels des interactions cliniques centrées sur les douleurs musculo-squelettiques chroniques

On comprendra que ces modèles cliniques contemporains de la chronicité impliquent des tâches communicationnelles complexes, tant au plan de l'échange d'informations (p. ex. pose de diagnostic, discussion du traitement, formation du patient) qu'au plan relationnel (p. ex. accompagnement dans l'acceptation de la chronicité). Or, dans le cas précis des douleurs musculo-squelettiques chroniques, plusieurs éléments laissent entrevoir des difficultés communicationnelles particulières – en comparaison avec d'autres maladies chroniques – qui risquent de faire obstacle à la réalisation de ces tâches communicationnelles.

Premièrement, les douleurs n'ont la plupart du temps pas d'existence tangible en dehors du récit du ressenti subjectif, au contraire, par exemple, de maladies repérables grâce à des valeurs sanguines. Décrire le ressenti douloureux de manière précise et convaincante représente ainsi un défi communicationnel décisif pour les personnes vivant avec des douleurs chroniques qui souhaitent que leur souffrance soit prise en considération. À cet égard, plusieurs travaux issus des sciences humaines mettent notamment en évidence un sentiment d'im-

puissance argumentaire chez les patients (Baszanger 1995), certains pouvant même imputer à la douleur un effet destructeur sur leur capacité de parole (Scarry 1985). Les cliniciens semblent également mis en difficulté par la subjectivité et la relativité foncière des plaintes de patients souffrant de douleurs chroniques. En atteste le développement d'outils de mesure spécifiques (échelles de douleurs, questionnaires) en vue de systématiser leur pratique et leurs diagnostics, de mieux suivre l'évolution des douleurs dans le temps et de conduire des recherches dans le domaine (Melzack 1997)¹³.

Deuxièmement, des enjeux relationnels complexes se profilent dans les nombreux cas où des douleurs chroniques sont inexpliquées (ou mal expliquées) au plan biomédical. C'est en raison de ces enjeux que les suivis de douleurs chroniques ont pu être qualifiés de « clinique du malentendu » (Consoli 2003). Sans explication médicale convaincante, le patient peut en effet se sentir incompris, non reconnu dans sa souffrance, traité en simulateur et remis en question dans le « rôle de malade » qu'il a endossé – parfois de longue date – face à ses proches, son employeur, ses assurances sociales, etc. (Parsons 1975 ; Allaz 2003 : 95-105). De plus, accepter l'absence d'explication biomédicale pour des douleurs chroniques implique souvent, pour les patients, le deuil d'une résolution complète et rapide de leur problème douloureux. Ils peuvent alors percevoir la médecine biologique – possiblement investie de toute-puissance dans leur imaginaire initial – comme en échec et être ébranlés dans leur confiance à l'égard des cliniciens. Il va sans dire que ces situations sont également éprouvantes pour les cliniciens qui personnifient cet échec (surtout en cas d'identification personnelle forte avec le noyau biomédical de leur métier).

Enfin, et en complément des facteurs de complexité déjà soulevés, certaines difficultés communicationnelles et relationnelles du travail clinique avec des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques peuvent être liées à la forte représentation de migrants de première génération parmi les patients. C'est là – on l'aura compris – l'aspect central de mon travail.

1.6 Clinique des douleurs musculo-squelettiques chroniques et migration

Les études épidémiologiques disponibles indiquent qu'un vécu migratoire figure parmi les principaux facteurs de risque de douleurs musculo-squelettiques chroniques (McBeth & Jones 2007 ; Cimmino *et al.* 2011). Plusieurs éléments peuvent être convoqués pour éclairer ce constat. D'une part, les probabilités de développer des douleurs chroniques sont accrues chez toutes les personnes ayant un bas revenu, un bas niveau de formation et une activité professionnelle non qualifiée et il est notoire que les migrants sont surreprésentés dans ces groupes (Cimmino *et al.* 2011). D'autre part, la fréquence accrue de douleurs chroniques

13. Les deux outils les plus largement répandus sont une échelle d'intensité globale de la douleur perçue par le patient et le questionnaire de la douleur de McGill avec ses 49 items permettant de saisir de manière standardisée les principales dimensions du ressenti douloureux (intensité, qualité et localisation de la douleur). Pour un aperçu de ces outils et d'autres du même type, v. Mannion *et al.* (2007), Strand *et al.* (2008), Chaffee *et al.* (2011), Tauben (2012).

chez les migrants peut aussi s'expliquer par la qualité de leur prise en charge au sein des systèmes de soins. Les traitements proposés semblent en effet globalement moins adaptés et moins efficaces avec les patients migrants qu'avec les patients autochtones (v. p. ex. Kopp *et al.* 1996 ; Sabbioni & Eugster 2001 ; Sleptsova *et al.* 2009). Cette dernière explication pose la question des obstacles susceptibles de restreindre l'efficacité des traitements et celle des inégalités dans l'accès aux soins qui s'ensuivent. Les obstacles en question peuvent se situer à divers plans (p. ex. coûts des traitements, absence de couverture d'assurance), mais cette recherche se concentre plus particulièrement sur le plan communicationnel.

On peut admettre, à propos de cette dimension communicationnelle, que les échanges dans les suivis de douleurs chroniques sont probablement limités en large partie par les mêmes facteurs que la communication médecin-patient migrant dans d'autres domaines de la médecine : un partage limité de ressources linguistiques utilisables, des habitudes ou styles communicationnels divergents et une non-congruence des savoirs d'arrière-plan mobilisés pour produire et interpréter les discours (v. *supra*, section 1.2). Certains de ces facteurs de complexité transversaux sont toutefois susceptibles d'être particulièrement problématiques dans la clinique des douleurs chroniques. Ainsi, on l'a dit, nombre d'experts soulignent l'importance, s'agissant de cette clinique, d'un partenariat clinicien-patient (v. *supra*, section 1.4). À ce propos, il a été montré que parmi les patients souffrant de douleurs chroniques, ceux qui disposent d'une littératie en santé limitée (capacité restreinte à comprendre et à faire bon usage d'informations de santé) tendent globalement à se caractériser par une vision plus paternaliste de la relation de soins (Galesic 2011). Or, on sait que les personnes migrantes de première génération sont fortement représentées parmi les personnes à littératie en santé limitée (Nutbeam 2000 ; Schulz 2005 ; Glassman 2008). Il paraît donc plausible que les migrants soient plus nombreux parmi les adeptes de modèles relationnels médecin-patient attribuant l'essentiel des responsabilités aux cliniciens. Leur modèle relationnel risque ainsi d'entrer en tension avec celui plus partenarial de certains médecins.

Une autre source potentielle de difficultés de communication se profile au plan des idées respectives des cliniciens et des patients sur la manière dont une personne souffrante est supposée accueillir et interpréter ses douleurs et comment il lui convient de les exprimer. Car, si l'universalité des douleurs comme catégorie sensorielle est attestée, les attitudes à l'égard des douleurs, les significations qu'elles prennent et les comportements qui lui sont associés (p. ex. légitimité de se plaindre, auprès de qui et comment chercher de l'aide) sont en revanche acquis dans le cadre de la socialisation de chaque individu dans sa famille, sa vie sociale, son travail, etc. (Le Breton 1995). Dès lors, il n'est pas étonnant que certaines variations culturelles aient pu être constatées dans la perception, l'interprétation, l'expression et la gestion de la douleur (p. ex. Bates *et al.* 1993). Au plan des pratiques cliniques, le principal problème communicationnel lié à cette variabilité semble résider dans l'émergence, chez certains cliniciens, de stéréotypes ethniques ou culturels qu'ils appliquent de manière indifférenciée à tout un groupe (Le Breton 1995 : 136-139). Des cliniciens peuvent en particulier être amenés à banaliser ou minimiser les douleurs de

certains patients sur la base de leur appartenance à une communauté qu'ils imaginent prompt à « exagérer » l'expression de la douleur.

Un risque de cumul de problèmes de communication et/ou de compréhension se profile donc dans le cadre de consultations spécialisées de patients migrants souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Dès lors, un certain nombre de questions se posent : Quels types de problèmes concrets se manifestent dans les interactions et avec quel impact ? Quelle est la part des facteurs proprement linguistiques dans ces difficultés et quels autres facteurs interviennent ? Dans quelles situations serait-il particulièrement utile de bénéficier de l'aide d'un interprète professionnel ? Autant de questions qui m'ont orienté vers une recherche de terrain centrée sur la nature concrète des difficultés de communication dans les consultations avec des patients migrants souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques et ayant divers niveaux de maîtrise de la langue de consultation. Avant de passer au libellé exact de mes interrogations de départ, un certain nombre d'éléments relatifs à la situation en Suisse romande – cadre linguistique et géopolitique immédiat de mon travail – doivent toutefois encore être livrés.

1.7 Situation en Suisse romande

Une série de statistiques démographiques, linguistiques et sanitaires confirme la pertinence générale de mener, en Suisse romande, une recherche sur la communication et la diversité sociolinguistique en lien avec les suivis spécialisés de patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques. En Suisse, la part de la population issue de la migration est actuellement de 35 %¹⁴, alors que le taux de résidents de nationalité étrangère se monte à 24 %¹⁵. La seconde de ces valeurs ne cesse de progresser depuis plus de cinq décennies¹⁶. La présence de personnes migrantes se concentre particulièrement dans les régions urbaines. En attestent par exemple les taux d'étrangers élevés, en comparaison nationale, des deux cantons romands (autrement dit francophones) largement urbanisés que sont Genève (41 %) et Vaud (32 %)¹⁷. De plus, la population étrangère est de plus en plus variée en termes d'origines : dans le canton de Vaud, par exemple, 16 % de la population étrangère résidente¹⁸ sont constitués de citoyens de pays extra-européens et 11 % de citoyens de pays européens qui ne sont membres ni de l'Union Européenne ni de l'AELE. Ce dernier groupe est principalement formé de personnes de nationalité serbe ou kosovare, mais il compte également de nombreux ressortissants d'Afrique, d'Asie et d'Amérique. Parmi les étrangers

14. Il s'agit d'une donnée de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) pour 2012, qui comprend les migrants de première et de deuxième génération, y compris ceux qui ont acquis la nationalité suisse. Cette donnée résulte d'un sondage non annuel d'introduction récente, raison pour laquelle elle n'est pas disponible pour les années suivantes.

15. OFS pour 2013, disponible en ligne.

16. OFS pour 1950-2012, disponible en ligne.

17. OFS pour 2013, disponible en ligne.

18. Ce chiffre ne comprend pas les demandeurs d'asile, les personnes bénéficiant de permis de séjour de courte durée et les sans-papiers.

citoyens de pays de l'Union Européenne, les Portugais sont le plus fortement représentés parmi les habitants du canton de Vaud (avec 23 % de la population étrangère vaudoise), suivis des Français (17 %), des Italiens (12 %) et des Espagnols (6 %).

Cette diversité d'origines marquée va de pair avec une forte pluralité linguistique. Les indicateurs disponibles sur ce point dénotent en particulier l'existence d'une population non négligeable susceptible de rencontrer des difficultés pour communiquer en français avec leurs médecins. En effet, 15 % de la population adulte de Suisse romande ne mentionnent pas du tout le français comme langue principale (dans un contexte permettant d'indiquer jusqu'à trois langues principales)¹⁹.

Dans le cadre spécifique des hôpitaux et cabinets médicaux, le profil linguistique des patients ne fait que très exceptionnellement l'objet de recensements systématiques. Quelques indications parlantes sont toutefois disponibles. Ainsi, une enquête (Hudelson 2012) conduite durant quatre mois aux admissions des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) montre que seuls 60 % des plus de 38 000 patients recensés indiquent le français comme langue maternelle²⁰. Au total, 74 langues maternelles différentes étaient déclarées. Les langues les plus fortement représentées (hormis le français) étaient le portugais (9.8 %), l'espagnol (6.6 %), l'italien (4.9 %), l'anglais (3.8 %), l'allemand (2 %) et l'albanais (1.8 %). Environ un patient sur 12 (8 %) disait ne pas parler le français du tout et 4.6 % des patients ne parlaient ni français, ni anglais. Tous ces chiffres montrent l'importance, pour les institutions sanitaires de Suisse romande, d'apporter des réponses pratiques appropriées à la question de la diversité sociolinguistique des patients.

Un indice majeur montre que, dans bien des domaines de la médecine, des mesures concrètes dans ce sens ont déjà été prises. Il s'agit des prestations que les services d'interprétariat communautaire professionnels réalisent dans les hôpitaux²¹. Ces volumes de prestations ont littéralement explosé au cours des dernières années. Les budgets globaux d'interprétariat des hôpitaux cantonaux vaudois et genevois ont aujourd'hui largement dépassé le million de francs suisses annuel, ce qui équivaut à plus de 10 000 heures d'interprétariat communautaire par an pour chacun de ces deux établissements (OFSP 2013 ; Weber 2014). Pour l'heure, les prestations d'interprétariat tendent toutefois à être demandées principalement par les départements de psychiatrie, de médecine générale ou communautaire, de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie (p. ex. Weber 2014). Les services susceptibles d'offrir des soins spécialisés à des patients migrants souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques (orthopédie, antalgie, rhumatologie, neurochirurgie, etc.) ne semblent, en revanche, que peu recourir à des prestations d'interprétariat communautaire.

19. SCRIS pour 2012, disponible en ligne.

20. Dans cette enquête, une seule langue maternelle pouvait être enregistrée.

21. Pour les volumes de prestations d'interprétariat demandés par les hôpitaux, v. OFSP (2013). Les frais d'interprétariat des médecins pratiquant en cabinet ne sont, pour l'heure, pas remboursés par les caisses maladie, raison pour laquelle les médecins installés y recourent peu.

Au plan régional, ce dernier constat interroge évidemment la portée des stratégies et pratiques développées par les spécialistes des douleurs musculo-squelettiques chroniques pour communiquer avec les patients migrants peu à l'aise dans la langue de consultation, dont tout indique à prime abord qu'ils ne sont pas rares (même si des données précises sur ce point font défaut pour les hôpitaux suisses romands). On sait en effet qu'en Suisse 16 % des habitants souffrent de douleurs chroniques (Freisens 2005) et une enquête téléphonique montre que les migrants originaires de pays du Sud et de l'Est déclarent bien plus fréquemment souffrir de douleurs de dos²² que les personnes autochtones d'âge comparable (OFSP 2007). De plus, les personnes bénéficiant de rentes d'invalidité en lien avec des syndromes douloureux sont elles aussi plus fréquentes parmi les personnes migrantes (Weiss 2005 : 99).

S'agissant plus spécifiquement de la part de migrants qui font montre de difficultés linguistiques lors de consultations centrées sur des douleurs chroniques, on mentionnera également une étude conduite à Bâle (Ruppen *et al.* 2010)²³. Selon l'évaluation d'un médecin-chercheur ayant interviewé les patients d'une clinique de la douleur, la communication est extrêmement difficile, voire impossible avec 7 % des patients (tous issus de la migration) en raison de leur niveau de maîtrise limité de l'allemand. De plus, il s'est avéré qu'en comparaison avec le restant des consultations, celles impliquant ces patients (très) peu à l'aise en allemand sont, en moyenne, plus courtes de dix minutes et cela indépendamment de la présence ou non d'un interprète. Ces résultats ne portent, certes, pas directement sur la situation en Suisse romande, mais suggèrent que des difficultés linguistiques liées à la migration risquent aussi de se présenter et de peser défavorablement sur l'accès des patients aux soins.

Face à ces chiffres et résultats, il peut sembler regrettable que parmi les 26 recherches conduites, entre 2004 et 2009, dans le cadre du Programme National de Recherche (PNR 53) « Santé musculo-squelettique – douleurs chroniques » du FNS, aucune ne se soit intéressée aux profils sociobiographiques (migration, etc.) et sociolinguistiques des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques, ni au déroulement de la communication dans les consultations médicales ou à la gestion de la diversité sociolinguistique des patients dans ce cadre²⁴. Le fait même qu'un tel programme voie le jour est en revanche révélateur d'un intérêt sociétal et politique croissant pour ce domaine. Le programme a d'ailleurs conclu ses travaux en soulignant que « de nouveaux efforts sont nécessaires pour renforcer la prévention, améliorer la rééducation et éviter des traitements thérapeutiques inadéquats » (FNS 2009), appel auquel je souhaite donner suite dans cette recherche.

S'agissant toujours du contexte institutionnel helvétique, on notera encore que l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) finance depuis 2002 un pro-

22. Les douleurs dorsales représentent la forme la plus fréquente de douleurs musculo-squelettiques, tant aiguës que chroniques (Picavet & Schouten 2003).

23. Cette étude est citée ici parce qu'elle est unique dans son genre en Suisse.

24. Le PNR 53 a, en revanche, financé un projet testant deux formes différentes de programmes de rééducation avec interprètes pour patients turcophones en Suisse alémanique (Sleptsova *et al.* 2009).

gramme national « Migration et Santé » qui vise à améliorer l'état de santé de la population migrante et son comportement en la matière en Suisse (OFSP 2007). Ce programme soutient notamment le renforcement structurel de l'interprétariat communautaire en face à face et par téléphone, ainsi que des développements stratégiques dans les hôpitaux du réseau Swiss Hospitals for Equity (appelé Migrant Friendly Hospitals jusqu'en 2014), se profilant comme des pôles de compétence nationaux pour la gestion de la diversité. Parmi ces établissements figurent les hôpitaux universitaires des cantons de Vaud et de Genève.

Dans l'ensemble, le climat institutionnel au plan national et régional autour des questions de la santé des migrants et de la santé musculo-squelettique apparaît donc dynamique et stimulant. Ce constat m'a conforté dans l'espoir que de nouveaux savoirs scientifiques empiriques sur la problématique communicationnelle qui se joue à l'intersection de ces deux questions seraient susceptibles, à terme, de rencontrer un certain intérêt auprès des milieux engagés sur ces thématiques et d'avoir un impact sur la clinique.

1.8 Théories de la communication : adoption d'une perspective sociolinguistique

L'objectif initial assigné à mon travail de thèse est de documenter et de mieux comprendre l'impact sur les interactions médecin-patient de la diversité linguistique des patients migrants dans le cadre de consultations spécialisées sur des douleurs musculo-squelettiques chroniques. L'approche que j'ai adoptée est résolument sociolinguistique : elle vise à étudier l'utilisation du langage dans son contexte social et à mettre en évidence des interrelations – si possible pertinentes pour la pratique – entre certains faits de langage et certains faits de société. En l'occurrence, j'admettais d'emblée que le langage représente, dans le contexte des consultations étudiées, un instrument primordial du lien social, mais qu'il peut aussi, de par son rôle dans certaines difficultés de communication, fonctionner comme un facteur d'exclusion et/ou de discrimination sociale (Gumperz 1982 ; Coupland *et al.* 1991 ; Bourdieu 2001). J'ai ainsi postulé comme hypothèse générale de recherche que, dans les *settings* spécialisés sur les douleurs musculo-squelettiques chroniques, des difficultés de communication médecin-patient liées à la diversité des patients au plan sociolinguistique défavorisaient certaines catégories de migrants au plan de l'accès aux soins et de la qualité des soins. La sociolinguistique m'offrait une gamme intéressante d'outils méthodologiques (p. ex. méthodes qualitatives pour étudier les pratiques et stratégies communicationnelles rapportées par les acteurs de terrain ; méthodes d'analyse d'interactions) et théoriques (par exemple pour l'approche des difficultés de compréhension lors des consultations) me permettant d'évaluer le bien-fondé global et d'affiner les termes d'une telle hypothèse.

Au vu de mes interrogations initiales, le choix de cette perspective sociolinguistique sur les interactions cliniques apparaîtra probablement évident à la plupart des linguistes. Il en ira par contre autrement de nombreux cliniciens accoutumés à voir traiter la communication soignant-soigné dans le cadre de modèles de la communication issus de la psychologie, tout particulièrement lorsqu'il est question de douleurs chroniques. Dans l'univers médical, il est en

effet fréquent, lorsque l'on s'intéresse à la dimension éducative ou participative de la communication soignant-soigné de se référer à la littérature cognitivo-comportementale issue de la psychologie behavioriste ou à la psychologie sociale (p. ex. Man 2007 ; Weiland 2013). L'idée d'une communication clinique centrée sur le patient s'apparente de près, quant à elle, aux principes fondamentaux de l'approche non directive développée par Roger, qui fait la part belle à l'écoute attentive et à l'empathie (Silverman *et al.* 2010). D'autres théories psychologiques encore proposent diverses connexions conceptuelles entre communication intersubjective, psychisme et douleurs chroniques. La théorie systémique admet, par exemple, qu'au sein de systèmes communicationnels familiaux plus ou moins dysfonctionnels, certaines personnes peuvent être collectivement désignées comme malades et que des douleurs chroniques médicalement inexplicables peuvent figurer parmi leurs maux psychosomatiques (Seneau-Levesque 2012). La logique psychanalytique, pour sa part, interprète fréquemment les douleurs chroniques comme des symptômes à valeur défensive, autrement dit comme des sortes de stratagèmes inconscients permettant aux sujets de tenir à distance des conflits intrapsychiques ou des stress et d'éviter ainsi de se voir confrontés à des aspects (par exemple à des traumatismes) qui les feraient souffrir davantage encore que les douleurs ressenties dans le corps (p. ex. Guex 1986, qui parle à cet égard de douleur anti-souffrance). Dans cette logique, les douleurs sont interprétées comme des comportements signifiants – autrement dit comme une sorte de moyen de communication au sens très large – qui échappent au contrôle du sujet tout en rendant visibles des éléments centraux de son fonctionnement intrapsychique.

Si j'ai décidé, pour la durée de ce travail, de mettre entre parenthèses ces approches psychologiques au profit d'une étude sociolinguistique intensive, c'est en partie parce que je craignais d'aboutir à des télescopages théoriques problématiques en tentant d'intégrer des concepts et notions psychologiques et sociolinguistiques. Mais je tenais encore davantage à me libérer du système de pertinence psychologique, issu du monde de la clinique et largement connu en son sein, pour pouvoir ancrer mon travail dans un système de pertinence local, directement dégagé des pratiques et discours relevés sur le terrain – auprès des patients aussi bien que des cliniciens – et pour éviter d'aborder d'emblée ma problématique avec un certain médicocentrisme.

1.9 Questions de départ

Compte tenu des résultats – limités – de mes premières recherches de littérature, j'ai décidé de traiter l'hypothèse générale de recherche susmentionnée (effets discriminatoires de la situation sociolinguistique des patients migrants sur la communication clinique) dans une logique exploratoire laissant une large place à l'induction. Je visais en effet moins à démontrer la validité de cette hypothèse qu'à en affiner les termes. Un de mes buts était d'identifier et de théoriser des obstacles communicationnels typiques, spécifiques, rencontrés avec les patients migrants au sein de consultations spécialisées centrées sur des douleurs musculo-squelettiques chroniques. Simultanément, je cherchais à développer et à tester des outils conceptuels et méthodologiques en prévision de futures enquêtes

permettant de tester mon hypothèse générale de recherche sur une base empirique large.

Dans un premier temps, mon travail s'est assigné pour objectif de produire des éléments de réponse à cinq questions de départ relevant de deux questionnements étroitement connectés :

(1) Questionnement autour des difficultés de communication :

(a) Relève-t-on des difficultés de communication avec des patients migrants allophones ayant divers niveaux de maîtrise de la langue locale et quelles sont ces difficultés ?

(b) Ces difficultés se distinguent-elles des éventuelles difficultés de communication rencontrées avec des patients francophones natifs ?

(c) Les différences entre les difficultés relevées avec les patients migrants allophones et celles relevées avec les patients francophones natifs sont-elles susceptibles d'expliquer des inégalités aux plans de l'accès aux soins et de la qualité des soins ?

(2) Questionnement autour des pratiques facilitant la communication :

(a) Quelles sont les pratiques et stratégies communicationnelles mises en œuvre par les cliniciens et les patients en lien avec la maîtrise plus ou moins limitée de la langue locale chez les patients migrants (recours à des interprètes professionnels et non professionnels, utilisation d'autres langues, autres pratiques ou stratégies de facilitation tels que le dessin, la métacom-munication, etc.) ?

(b) Quelle est la portée de ces pratiques et stratégies ?

1.10 Posture de recherche

Deux principes largement partagés par les sociolinguistes de terrain (p. ex. Cameron *et al.* 1992 ; Blanchet 2012) ont marqué les modalités selon lesquelles je désirais approcher mes questions de recherche : connexion rapprochée avec le terrain d'étude et réflexivité.

(1) Connexion avec le terrain : je me suis engagé dans ma recherche doctorale avec le désir de produire de nouvelles connaissances au contact direct des personnes qui participent usuellement aux interactions que je m'apprêtais à étudier. Ce choix impliquait notamment que je me donne, dès les premières phases du projet, la possibilité d'entrer en contact avec des acteurs de terrain et de les associer dans une certaine mesure à l'élaboration même de la recherche. Il s'enracinait notamment dans les travaux de Gumperz et de Cicourel. Gumperz (1982 ; 1999) insiste sur l'importance, pour arriver à générer des interprétations pertinentes et valides concernant des difficultés interactionnelles dans les échanges interculturels en milieu professionnel, de bénéficier de connaissances ethnographiques de « l'écologie communicationnelle » qui les englobe. Spécialiste des interactions verbales en milieu médical, Aaron Cicourel (1991 ; 1993) souligne, pour sa part, l'apport précieux – voire incontournable – de travailler tant sur des données naturelles de consultations (qui peuvent être analysées de manière minutieuse) que sur d'autres données qui donnent accès

(a) au cadre structurel ou organisationnel dans lequel s'inscrivent les interactions cliniques et (b) aux perspectives des participants sur les échanges. Il montre par exemple comment des contraintes organisationnelles et bureaucratiques qui n'apparaissent pas ouvertement dans les interactions (p. ex. le rôle joué par les médecins aînés supervisant plus ou moins consciencieusement les médecins en formation) influencent profondément le déroulement et les résultats cliniques des consultations.

(2) **Réflexivité** : La réflexivité consiste, pour un chercheur en sciences humaines et sociales, à porter un regard critique sur son propre travail, en l'espèce en intégrant délibérément sa propre personne dans son objet d'étude. Cette notion a été théorisée par des spécialistes de nombreuses disciplines, dans l'espace francophone notamment par le sociologue Pierre Bourdieu (1992) et le sociolinguiste De Robillard (2007). La réflexivité invite le chercheur à une prise en compte de sa relation personnelle à l'objet d'étude et de son inscription dans des traditions culturelles, sociales et institutionnelles, toutes susceptibles de formater son regard et ses interprétations. Un autre aspect clé de la réflexivité réside dans l'attention, tout au long d'une recherche de terrain, à l'incidence de la présence du chercheur sur le terrain d'observation. Pratiquement, les retours réflexifs sur ma pratique de recherche ont été assurés grâce une prise de notes de recherche dès les stades initiaux (recensant principalement mes questionnements et mon vécu relationnel) et grâce à l'examen critique de mes choix, démarches et interprétations, dont résultent des parts substantielles des chapitres méthodologiques et de la conclusion de ce livre.

1.11 Travaux réalisés et contenu de l'ouvrage

Trois grandes phases de travail ont suivi la formulation du sujet de thèse et des questions de départ : deux principalement centrées sur des enquêtes et une troisième consacrée à des analyses complémentaires et à la rédaction finale du document. La chronologie et les activités clés de ces phases sont schématisées dans le tableau ci-après, de même que les chapitres qui rendent compte de ces activités.

Phases	Périodes	Activités	Chapitres
I	2007-2009	État de la littérature Enquête A	2 3, 4, 5
II	2008-2012	Enquête B (projet FNS)	6 à 14
III	2012-2015	Analyses complémentaires et rédaction du mémoire	tous

Tableau 1 : Phases des activités et chapitres du livre

Durant la Phase I, une recherche systématique de la littérature a été conduite. Parallèlement, une première enquête (enquête A) a été effectuée sur un terrain

formé d'une unité d'antalgie et d'une unité de rééducation, toutes deux insérées dans le réseau hospitalier de Suisse romande²⁵. La conjonction de ces deux démarches devait me permettre d'approfondir mes connaissances de ce que Gumperz (1999) appelle « l'écologie communicationnelle » des consultations étudiées, en me familiarisant progressivement avec les enjeux interactionnels et relationnels les plus prégnants dans les *settings* spécialisés dans les douleurs musculo-squelettiques chroniques. J'attendais également de cette phase de travail qu'elle m'aide à affiner mon questionnement en vue de l'enquête B, dans le souci, entre autres, d'inscrire au mieux les futurs résultats dans la construction collective, au sein de la communauté scientifique, de savoirs empiriques sur la communication médicale. Enfin, l'enquête A devait initier des collaborations durables avec des cliniciens du terrain et évaluer quels types d'investigations et de méthodologies seraient mobilisables et déontologiquement appropriées dans le cadre de l'enquête B.

L'état de la littérature était directement orienté par mes questions de départ. Il a couvert les travaux empiriques publiés dans trois domaines, à commencer par celui de la gestion de la diversité sociolinguistique des patients liée à la migration dans les consultations spécialisées sur des douleurs musculo-squelettiques chroniques. Immédiatement connexe au premier, le second domaine tenait dans les enjeux ou difficultés de la communication clinique avec des patients (non nécessairement migrants) souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Le troisième domaine touchait aux enjeux ou difficultés de la communication clinique avec des patients migrants (non nécessairement avec des douleurs chroniques), ainsi qu'aux pratiques ou stratégies facilitant la communication avec des patients migrants allophones. L'état de la littérature ainsi établi a permis de dégager les dimensions communicationnelles et relationnelles particulièrement sensibles émergeant des recherches antérieures. Il fait l'objet du chapitre qui suit immédiatement cette partie introductive.

Quant à l'Enquête A, elle a été réalisée par le biais d'entretiens de recherche avec huit cliniciens, ainsi qu'avec huit patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques de divers profils sociolinguistiques. Les thèmes investigués étaient à nouveau directement liés aux questions de départ, à savoir, d'une part, les difficultés ou enjeux de communication dans les consultations avec des patients migrants allophones et des francophones natifs, et, d'autre part, les pratiques ou stratégies développées pour gérer la diversité sociolinguistique liée à la migration du côté des patients.

La mise en regard des résultats de la recherche de littérature et de l'enquête A a fait apparaître de nombreux points de concordance, mais également quelques divergences intéressantes. Sur la base des résultats de ces deux démarches, j'ai décidé de resserrer le focus de l'enquête B sur les difficultés de compréhension – autrement dit, sur les malentendus et incompréhensions – survenant dans des consultations sans interprète avec des patients ayant divers niveaux de maîtrise du français (v. *infra*, section 7.4.1). L'enquête A fait l'objet des chapitres 3 à 5 de ce livre.

L'idée de l'enquête B (phase II) était prioritairement de comprendre, toujours pour le même setting, mais pour des situations impliquant des patients avec des

25. Je ne livre pas davantage de précisions afin de garantir l'anonymat des participants.

niveaux de français variés, quelles difficultés de compréhension s'y produisent et comment elles influencent la qualité de la communication médecin-patient, notamment au plan des possibilités, pour chacun des protagonistes, de réaliser son agenda²⁶ dans les consultations et d'accéder au point de vue de leur vis-à-vis sur le problème de santé du patient et ses solutions possibles ou souhaitables.

À cette fin, des données de divers types ont été produites, à commencer par 19 enregistrements vidéo de consultations. De plus, le médecin et le patient de chaque vidéo ont participé à des entretiens semi-directifs de *feedback* immédiatement après la consultation filmée, puis, plusieurs mois plus tard, à des entretiens d'autoconfrontation (suivi du ou des cas et discussions d'extraits vidéos). Ces entretiens servaient notamment à la récolte d'indices permettant d'évaluer si les agendas des participants ont pu être réalisés et dans quelle mesure ces mêmes participants ont pu s'accorder sur le problème de santé du patient et les solutions possibles ou souhaitables ou au moins prendre connaissance du point de vue de leur interlocuteur sur ces questions. Le terrain de recherche était le même que lors de l'enquête A.

Au plan théorique, des critères typologiques pour catégoriser les malentendus et incompréhensions identifiés ont initialement été empruntés à une étude de Bremer *et al.* (1996) sur la négociation de la compréhension dans des entretiens entre locuteurs natifs et non natifs, puis adaptés pour mieux répondre aux particularités de ma recherche. Les critères typologiques finalement retenus sont liés aux causes des difficultés de compréhension, au contexte (séquence thématique) dans lequel les difficultés s'inscrivent, à leur identification par les participants et le chercheur, aux stratégies déployées pour les prendre en charge, aux résultats de ces tentatives de prévention ou de réparation et aux objectifs communicationnels menacés ou contrecarrés. L'approche globale des interactions verbales se fondait sur une série de postulats et concepts clés de l'analyse du discours (p. ex. Maingueneau 1996 ; Gee 1999 ; Roberts & Sarangi 2005) : l'organisation séquentielle des événements de discours (en l'espèce des consultations médicales), la fonction métadiscursive du langage (possibilité de reformuler, commenter les discours, etc.), les principes de cohérence et de pertinence, les risques liés à l'inférence de sens implicite et, enfin, la prise d'égards dans la relation interpersonnelle grâce à la figuration (angl. *face work*)²⁷. L'investigation des agendas ainsi que celle des divergences de vues et des problèmes d'accès au point de vue de l'interlocuteur s'est inspirée de travaux précurseurs dans des approches autres qu'interactionnistes des sciences humaines et sociales en médecine (v. *infra* sections 6.2.2 et 6.2.3).

En termes d'analyses, les consultations filmées et retranscrites ont été soumises à un décryptage systématique des difficultés de compréhension (malentendus et incompréhensions) et ces difficultés ont été caractérisées grâce à des critères typologiques arrêtés. Sur cette base, un tableau nuancé des difficultés de compréhension et de leur gestion a pu être dressé. Ce tableau fait appel, d'une part, à des quantifications descriptives et, de l'autre, à l'élaboration et à l'affine-

26. Il s'agit des objectifs que les protagonistes veulent réaliser dans les consultations et des préoccupations qu'ils désirent aborder (v. aussi *infra*, début de la section 6.2.2).

27. Pour les définitions v. *infra*, section 6.2.3.4.

ment de typologies et à l'illustration des différents critères par des extraits de transcriptions commentés. Les conséquences relationnelles et cliniques des difficultés de compréhension ont été cernées, au plan des interactions cliniques elles-mêmes, par le biais de l'identification des objectifs communicationnels contrariés par ces difficultés. Pour chaque consultation, j'ai ensuite dégagé, en la mettant en relation avec les *feedbacks* de ses protagonistes, comment les difficultés de compréhension relevées dans l'entretien clinique peuvent être connectées avec des problèmes dans la réalisation des agendas personnels des participants. Les liens entre malentendus ou incompréhensions dans les consultations et divergences de vues (au sens large) sur le problème de santé et ses solutions ont eux aussi été éclairés grâce à la mise en regard des résultats de l'analyse des interactions médecin-patient avec ceux tirés d'une analyse de contenu ciblée des données de *feedback*. Les entretiens d'autoconfrontation, de par leur dimension de suivi des cas, ont permis de cerner certaines répercussions cliniques ou sociales à moyen ou long terme des difficultés de compréhension identifiées et de soumettre à validation certaines interprétations réalisées durant les analyses.

Étant donné que mon focus prioritaire repose sur les effets discriminants des faits de langue pour les migrants face au système de soins, les difficultés des compréhensions non résolues ont, en tant que source potentielle de limitations dans l'échange et de troubles relationnels, bénéficié d'une attention particulière. À quelques exceptions près, toutes ont fait l'objet d'une illustration et d'une discussion détaillée (une table de tous les extraits de consultations discutés se trouve en fin de ce livre). Les malentendus et incompréhensions résolus ont, quant à eux, principalement été analysés pour mieux comprendre par contraste ce qui dysfonctionne ou fait obstacle dans les cas où la résolution ne peut être réalisée.

Les aspects théoriques et méthodologiques de l'enquête B font l'objet des chapitres six et sept de cet ouvrage, alors que les six chapitres suivants sont consacrés à la présentation de divers ensembles de résultats tirés de cette enquête. Ouvrant directement sur les conclusions et perspectives (chapitre 15), l'avant-dernier chapitre de ce texte (chapitre 14) est, quant à lui, consacré à quelques cas (en l'espèce tirés de l'enquête B) qui débordent le cadre d'analyse ou questionnent mon hypothèse générale de recherche.

Acquis et lacunes de la recherche préexistante

À l'instar de toute étude scientifique, l'une des premières étapes de ma thèse a consisté à établir un état des acquis et lacunes de la littérature disponible en lien avec ma problématique. Ce chapitre décrit les modalités et les résultats de ce volet de mon travail. Sa première section contient notamment des options importantes qui ont été prises lorsqu'il s'agissait de définir les notions clés de mon questionnement pour pouvoir les utiliser dans les bases de données bibliographiques, choix qui ont ensuite marqué de leur empreinte l'ensemble du projet. Les sections consacrées aux résultats de ma recherche de littérature démontrent non seulement la pertinence générale de mon travail, mais me permettent également d'introduire un certain nombre d'écrits, idées et outils conceptuels qui ont marqué ma réflexion et ma pratique de recherche.

2.1 Objectifs de la recherche de littérature, définitions initiales et choix des mots clés

Ma recherche de littérature est partie des deux questionnements de départ de la recherche. À propos de la communication dans les suivis spécialisés de patients migrants souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques, ces questionnements portent, en premier lieu, sur la nature et l'impact des difficultés communicationnelles qui surviennent avec les patients migrants en lien avec leur diversité sociolinguistique ; et, en second lieu, sur la nature et l'efficacité d'éventuelles pratiques ou stratégies mises en œuvre pour faire face à la diversité sociolinguistique liée à la migration chez les patients. Concrètement, il s'agit de voir quels éléments de réponse sont déjà disponibles dans la littérature sur ces sujets. À cette fin, trois types de publications sont prises en compte :

- la littérature existante sur d'éventuelles difficultés communicationnelles, dans les consultations spécialisées dans les douleurs musculo-squelettiques chroniques, qui sont liées à la diversité sociolinguistique des patients migrants, ainsi que sur les pratiques mises en œuvre pour prévenir ou surmonter ces difficultés ;
- les publications renseignant plus généralement :

- sur les enjeux particuliers et les difficultés de la communication clinique avec des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques ;
- sur les difficultés de la communication clinique avec des patients migrants, ainsi que sur les pratiques préventives ou réparatrices face aux difficultés en question.

Afin d'orienter ma recherche de publications de manière pertinente, un certain nombre de termes et notions centrales de mon questionnement ont dû être définis et un ensemble de mots clés déterminés. Voici les choix initiaux effectués à ces deux niveaux pour cinq termes et notions (pour une vision synthétique, v. tableau 2) :

- (1) *Douleurs musculo-squelettiques chroniques* : En conformité avec la définition de l'IASP (*International Association for the Study of Pain*)¹, je définis la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ». Toute douleur est donc subjective et relève avant tout du ressenti du patient. Toujours en accord avec l'IASP, je définis comme chroniques des douleurs évoluant depuis trois mois au moins et devenant récurrentes. Par douleurs musculo-squelettiques, j'entends toutes les douleurs qui affectent des composants de l'appareil musculo-squelettique (aussi appelé locomoteur), à savoir les os, muscles, tendons, ligaments, cartilages, nerfs et tissus conjonctifs (Moncur 2006). Les patients qui sont atteints d'une pathologie organique terminale ou grave sortent de mon champ d'étude. La littérature suggère en effet que les enjeux de la gestion de la douleur chronique dans le cadre de ce type de pathologies (soins palliatifs, oncologie, etc.) comportent des aspects spécifiques débordant mon questionnement. Au stade des recherches de littérature, il était toutefois difficile d'opérer d'emblée avec des mots clés très spécifiques, au risque de passer à côté de toute une littérature pertinente. J'ai finalement utilisé comme critère de recherche « douleur chronique » (angl. *chronic pain*) et exclu manuellement les études portant spécifiquement sur des douleurs oncologiques, sur les soins palliatifs ou sur des douleurs ne relevant pas de l'appareil musculo-squelettique.
- (2) *Suivis ou consultations spécialisés* : Par *suivis ou consultations spécialisés*, j'entends des relations ou contacts thérapeutiques avec des professionnels de la santé qui ne pratiquent pas des soins de premier recours et auxquels les patients sont usuellement adressés par d'autres cliniciens. À ce stade, mon intérêt s'étendait à tous les cliniciens, qu'ils soient médecins (p. ex. rhumatologues, neurologues, neurochirurgiens, orthopédistes, anesthésistes), physiothérapeutes, psychologues ou ergothérapeutes. Sur ce point aussi, j'ai pratiqué une certaine souplesse dans ma sélection de publications, en retenant également celles où il est question plus largement des interactions cliniques avec des patients souffrant de douleurs (musculo-squelettiques) chroniques, interactions dont certaines pouvaient impliquer des cliniciens de premier recours (médecins généralistes, infirmiers de pratique avancée, etc.). Dans mes recherches, je n'ai concrètement utilisé aucun mot clé particulier pour

1. <http://www.iasp-pain.org/index.aspx> (consulté le 15.03.14).

les bases de données médicales (où tout ce qui a trait à la communication, concerne en principe une activité clinique au sens large). Dans les bases de données en sciences humaines, je me suis en revanche servi des mots clés « médecine » (angl. *medicine*) et « médical » (angl. *medical*). J'ai ensuite relevé au cas par cas, parmi les publications retenues, celles portant sur des *settings* spécialisés.

- (3) *Difficultés de communication et pratiques ou stratégies facilitant la communication* : Ces notions n'ont pas été définies avec précision à ce stade. J'avais conscience, grâce notamment à l'ouvrage collectif *Miscommunication and Problematic Talk* (Coupland *et al.* 1991), de la diversité des approches possibles du caractère raté ou réussi, respectivement difficile ou facile de la communication dans des contextes institutionnels – médicaux, entre autres (West & Frankel 1991) – et j'attendais précisément de l'état de littérature et de l'enquête A qu'ils m'orientent vers l'une de ces approches. Pour mes recherches dans les bases de données bibliographiques, j'ai utilisé les mots clés « communication » (angl. *communication*) et « miscommunication » (angl. *miscommunication*).
- (4) *Migrant* : Pour des raisons liées à ma problématique – en l'espèce, le rôle central que jouent les éventuelles difficultés à consulter dans une langue seconde –, j'ai choisi de travailler avec une acception restreinte de ce terme en me concentrant exclusivement sur les migrants de première génération. Dans le cadre de mon travail, je désigne donc comme migrants les personnes ayant vécu une part importante de leur enfance (et donc reçu leur socialisation linguistique primaire) dans un pays autre que celui actuel de résidence, et dont les deux parents, ont également été socialisés à l'étranger². Les mots clés utilisés dans les recherches étaient « migration » (angl. *migration*), « migrant » (angl. *migrant*), et « immigré » (angl. *immigrant*). Les publications ainsi trouvées ne portent évidemment pas toutes sur la première génération. En vérité, il est souvent difficile de saisir, dans les écrits consultés, la définition exacte retenue par les auteurs pour « migrant » ou « migration ». Cependant, au vu des exemples et des problématiques traités, ils semblaient toujours inclure *a minima* les migrants de première génération.
- (5) *Diversité sociolinguistique (à substrat migratoire)* : Ma vision de la diversité sociolinguistique englobe tant la diversité des niveaux de maîtrise de la langue locale chez les personnes issues de la migration que celle des normes ou habitudes socioculturelles et connaissances d'arrière-fond impliquées dans la communication (v. *supra*, section 1.2). C'est la raison pour laquelle, à côté de « diversité », le mot clé « interculturel » (angl. *intercultural* ou *cross-cultural*) a également été utilisé dans mes recherches.

2. Cette définition recoupe celle utilisée par l'OFS pour la saisie du statut migratoire des habitants.

Termes ou notions	Critères ou définitions retenus pour l'étude	Mots clés retenus pour la recherche de littérature
(1) Douleurs musculo-squelettiques chroniques	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs depuis au moins trois mois - Douleurs affectant les muscles, tendons, ligaments, nerfs au niveau des articulations des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que la colonne vertébrale - Absence de pathologie terminale (p. ex. cancer) 	Douleur chronique (<i>chronic pain</i> ³)
(2) Suivis ou consultations spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> - Soins autres que de premier recours - Patients envoyés par d'autres cliniciens 	Pas de mot clé particulier pour les bases de données médicales ; pour les bases des données en sciences humaines : médecine (<i>medicine</i>) ou médical (<i>medical</i>)
(3) Difficultés de communication et pratiques facilitant la communication	Non encore défini à ce stade	Communication (<i>communication</i>) ou miscommunication (<i>miscommunication</i>)
(4) Migrants / migration	= migrants de la première génération : <ul style="list-style-type: none"> - Ont passé une part importante de leur enfance dans un autre pays ; - Leurs deux parents ont été socialisés dans un autre pays 	Migration (<i>migration</i>) ou migrant (<i>migrant</i>) ou immigré (<i>immigrant</i>) ou diversité (<i>diversity</i>)
(5) Diversité sociolinguistique (à substrat migratoire)	= diversité des : <ul style="list-style-type: none"> - Niveaux de maîtrise dans la langue locale (langue seconde pour les migrants allophones) ; - Normes socioculturelles et connaissances d'arrière-fond impliquées dans la communication 	ou interculturel (<i>intercultural</i>) ou <i>cross-cultural</i>)

Tableau 2 : Définitions initiales et mots clés pour les recherches bibliographiques

3. Je mets en italique les mots anglais utilisés dans les moteurs de recherche.

Les mots clés ainsi définis ont été utilisés dans diverses bases de données, spécialisées tant dans les sciences médicales au sens large (*Medline*) que dans les sciences du langage et de la communication (*Francis, Linguistic Bibliography online, Linguistics and Language Behavior Abstracts, MLA International Bibliography (Proquest), Periodicals Archive Online, Periodicals Index Online, Romanische Bibliographie Online Datenbank, Translation Studies Bibliography*). Des recherches de monographies et ouvrages collectifs ont été réalisées dans le catalogue collectif RERO (Réseau des bibliothèques de Suisse romande) et sur Internet (*Google Scholar*). Ces recherches, réalisées en plusieurs étapes principalement entre 2006 et 2008, reflètent l'état des bases de données en 2008. L'évolution des publications dans mes principaux domaines d'intérêt a toutefois été suivie tout au long de mon travail. Plusieurs travaux ultérieurs importants sont notamment mentionnés dans la présentation des résultats de l'enquête B et dans la conclusion.

L'exposé des résultats de ces recherches débute par la présentation de quelques travaux particulièrement proches de mes questions initiales (2.2). Suivra une seconde section sur les études des interactions cliniques de médecins spécialistes avec des patients souffrant de douleurs chroniques (sans accent particulier sur la diversité des patients) (2.3). La dernière section se consacre plus largement aux études qui abordent les interactions cliniques sous l'angle de la diversité à substrat migratoire du côté des patients (sans accent particulier sur les suivis spécialisés de douleurs chroniques) (2.4).

Dans toutes ces sections, je m'efforcerai, par souci de transparence sur les sources des informations rapportées, de distinguer deux grands types d'études :

- (1) études ciblées (principalement) sur les représentations et pratiques rapportées d'informateurs → Études des représentations et pratiques rapportées ;
- (2) études fondées (principalement) sur l'observation directe de la communication clinique → Études observationnelles.

2.2 Communication, clinique spécialisée sur les douleurs chroniques et diversité sociolinguistique chez les patients migrants

Dans un premier temps, il s'agit ainsi de voir quels auteurs traitent de la communication dans des *settings* médicaux spécialisés sur les douleurs chroniques sous l'angle de la diversité sociolinguistique à substrat migratoire chez les patients. Au-delà des résultats de ces recherches, on s'intéressera également aux approches théoriques et méthodologiques retenues.

En l'espèce, j'ai trouvé, au moment de ma principale recherche de littérature, une seule étude réunissant tous les critères susmentionnés. Cette publication (Bates *et al.* 1997) pose la question d'éventuelles différences culturelles dans le traitement et les perceptions (des patients et des cliniciens) des douleurs chroniques dans des centres de la douleur inscrits dans deux contextes socio-culturels différents : la Nouvelle Angleterre (Nord-Est des USA) et Porto Rico (île hispanophone et culturellement latino-américaine appartenant au Commonwealth des USA). Dans la clinique de Nouvelle Angleterre, trois groupes de patients sont en outre comparés : Anglo-Américains, Polonais et Latino-Améri-

cains. Parmi le dernier groupe, la plupart des patients sont des migrants hispanophones de première génération, souvent avec une maîtrise (très) limitée de l'anglais.

Méthodologiquement, l'étude repose sur une documentation intensive de cas cliniques (entretiens de patients, observation de consultations). De plus, les chercheurs ont interviewé les cliniciens et observé diverses interactions hors-consultation dans les deux centres de la douleur (colloques, échanges informels, etc.). Il s'agit donc d'une étude combinant des éléments d'observation directe (approche observationnelle) avec des éléments centrés davantage sur les représentations et pratiques rapportées des personnes impliquées dans les consultations.

S'agissant de la dimension linguistique, les auteurs rapportent que les migrants latino-américains en Nouvelle Angleterre rencontrent souvent des problèmes de communication avec les représentants du centre de la douleur, en raison de l'absence d'interprètes ou du recours à des enfants pour traduire. De surcroît, les patients ayant une maîtrise limitée de l'anglais – écrit, en particulier – se voient apparemment souvent exclus d'offres de soins et de soutien, notamment dans le domaine psychosocial (tests psychologiques pouvant déboucher sur des suivis, mesures de réinsertion professionnelle).

Du point de vue culturel, l'étude de Bates *et al.* (1997) soutient que les patients latino-américains (tant en Nouvelle Angleterre qu'à Porto Rico) se caractérisent par des manifestations plus expressives de leurs douleurs que les Anglo-Américains. Les patients issus de la communauté polonaise tendraient, quant à eux, à adopter une attitude particulièrement stoïque, valorisée par le personnel du centre de la douleur en Nouvelle Angleterre. Ce personnel perçoit, à l'inverse, comme « excessivement émotionnelle » l'expressivité de certains patients latino-américains face à la douleur et tend à relativiser l'intensité de leurs douleurs. Ces réactions de cliniciens contrastent clairement avec celles des collaborateurs du centre de la douleur à Porto Rico, qui jugent appropriées les plaintes expressives chez leurs patients et essaient de prêter une attention plus soutenue aux personnes qui manifestent ainsi leurs douleurs. Les deux sites observés se distinguent par ailleurs au plan de la vision prévalant à propos des liens entre corps et psychisme et à propos de la relation thérapeutique. Sur le site portoricain, l'équipe se profile par une approche holistique de la personne souffrante, les cliniciens s'intéressant notamment activement à leurs émotions, aux proches, au travail, à la situation économique, etc. Elle applique également un modèle relationnel très personnalisé, dans lequel les cliniciens endossent fréquemment des rôles d'*advocacy*, surtout en prenant la défense des patients face à des employeurs ou assurances sociales. En Nouvelle Angleterre, en revanche, même si le personnel se dit acquis à un modèle clinique holistique et pluridisciplinaire, leurs pratiques témoignent d'un dualisme corps-psychisme prononcé, qui semble largement partagé, voire renforcé par les usagers du centre. Ces derniers expriment en effet surtout de la méfiance face aux initiatives psychosociales des cliniciens, qu'ils perçoivent comme un signe de ce que leur clinicien a cessé de croire à la « réalité » de leurs douleurs. Le modèle relationnel en Nouvelle Angleterre semble, de plus, marqué par une idée du professionnalisme qui oriente les consultations vers des contenus essentiellement biomédicaux.

Études des représentations et pratiques rapportées	Études observationnelles
Critères : études de la communication clinique centrées sur les douleurs (chroniques) et sur la diversité sociolinguistique des patients (migrants)	
<p>Bates <i>et al.</i> 1997 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Problèmes de communication et inégalités d'accès aux soins liés à la maîtrise limitée de l'anglais de certains patients d'origine latino-américaine consultant un centre de la douleur du Nord-Est des USA – Variation culturelle, entre groupes ethniques de patients et entre centres de la douleur situés dans des contextes culturels différents, aux plans suivants : <ul style="list-style-type: none"> • rapport à la douleur et à son expression, • rôle attribué aux cliniciens, • vision de la relation corps-psychisme, • vision de la relation entre problème de santé et contexte psychosocial. 	
	<p>Études montrant des variations sociales ou culturelles dans l'expression de douleurs chroniques selon des critères de :</p> <p>« race » : Américains blancs vs Afro-Américains (Shuter & Miller 1982)</p> <p>genre : hommes vs femmes (Menz <i>et al.</i> 2002 ; Menz & Lalouschek 2006)</p>

Tableau 3 : Communication clinique centrée sur les douleurs et sur la diversité sociolinguistique des patients

Cette étude permet la formulation d'hypothèses intéressantes à propos d'une éventuelle variation culturelle tant dans l'expression des douleurs par les patients, que dans les approches, perceptions et pratiques du côté des professionnels. Elle pose également le problème de l'existence, dans le contexte étudié, d'inégalités de traitement liées au profil linguistique et culturel des patients, ainsi que de mesures de soutien ou de compensation pour éviter ces inégalités. Cependant, un aspect de l'étude me paraît particulièrement discutable. Il relève de la transparence de l'étayage empirique des constats avancés. L'article n'explicite en effet que rarement si les auteurs se réfèrent, pour leurs constats, à des observations directes réalisées sur le terrain ou à des propos recueillis chez des cliniciens et/ou patients. De ce fait, la présence de certains biais culturalistes ne peut être exclue pour cette recherche.

Sans embrasser toutes les dimensions de mon questionnement initial – comme le fait l'étude de Bates *et al.* (1997) – deux autres recherches frappent encore par une proximité marquée avec mon champ d'investigation. Elles s'intéressent toutes deux à la diversité des patients selon des critères autres que migratoires ou ethniques et aux liens possibles de cette diversité avec l'expression de douleurs (en l'espèce non nécessairement chroniques) dans la communication en contexte clinique. Ces études présentent des résultats en faveur de l'hypothèse selon laquelle certains types de patients se distingueraient

par des styles d'expression et de description des douleurs plus tranchés et, *a priori*, plus à même de mobiliser les cliniciens : les Blancs en comparaison avec les Afro-Américains dans le contexte étasunien (Shuter & Miller 1982) ; et les hommes en comparaison avec les femmes dans le contexte autrichien (Menz *et al.* 2002 ; Menz & Lalouschek 2006).

Au final, ces études proches du champ exact de ma recherche confirment pour l'essentiel certaines intuitions et/ou connaissances générales que j'avais déjà en m'engageant dans le projet, sans pour autant leur donner une assise empirique particulièrement solide. Au vu de ce bilan (pour une synthèse, v. tableau 3), on comprendra mon intérêt à consulter également certains travaux publiés dans deux champs de recherche immédiatement connexes au mien, à savoir : (a) les études des interactions cliniques de médecins spécialistes avec des patients souffrant de douleurs chroniques ; et (b) les recherches portant sur les interactions cliniques sous l'angle de la diversité à substrat migratoire des patients.

2.3 Études des interactions cliniques de médecins spécialistes avec des patients souffrant de douleurs chroniques

Les études empiriques consultées à propos des interactions cliniques de médecins spécialistes avec des patients souffrant de douleurs chroniques s'intéressent en priorité aux représentations que les acteurs concernés ont de ces interactions et à leurs pratiques rapportées. Les études dont les résultats principaux sont tirés de l'observation directe des interactions sont, en comparaison, très peu nombreuses. Ces deux ensembles d'études – études des représentations et pratiques rapportées d'une part, et études observationnelles de l'autre – seront successivement abordés sous les angles de leurs principaux centres d'intérêt et résultats (pour un aperçu des points essentiels retenus, v. tableau 4, page 46). Par souci de lisibilité, les études avec une partie observationnelle mais principalement ciblées sur les représentations et pratiques de participants seront assimilées à ce dernier ensemble d'études et les études avec une dominante observationnelle seront traitées comme observationnelles même si elles s'intéressent également aux représentations et pratiques rapportées.

2.3.1 Études des représentations et pratiques rapportées

Le tournant du millénaire marque un cap dans l'essor de l'investigation des représentations et pratiques rapportées concernant l'interaction et la relation clinique dans la prise en charge de douleurs chroniques. Du point de vue des centres d'intérêt de recherche, ces études peuvent être ramenées à deux grands ensembles. Les études relevant du premier ensemble se penchent de manière très générale sur les difficultés et besoins communicationnels (Goldman 1991 ; Dewar *et al.* 2003 ; McDonald 2008), voire encore plus largement sur les catégories de sens autour desquelles s'articulent les comptes-rendus de patients et/ou de cliniciens à propos de leurs interactions relatives à des douleurs chroniques (Eccleston *et al.* 1997 ; Walker *et al.* 1999 ; Werner & Malterud 2003 ; Haugli *et al.* 2004 ; Kenny 2004 ; Lundh *et al.* 2004 ; De Lima & Trad 2007 ;

Clarke & Iphofen 2008). Le deuxième ensemble d'études se consacre, quant à lui, à des aspects plus pointus des perceptions des acteurs impliqués dans les suivis, notamment la satisfaction des patients (McCracken *et al.* 2002 ; Hirsh *et al.* 2005 ; Laerum *et al.* 2006) et les idées des patients et cliniciens quant à ce qui définit les bonnes pratiques cliniques dans le domaine des douleurs chroniques (Bullington *et al.* 2003 ; Laerum *et al.* 2006 ; De Lima & Trad 2007 ; McDonald 2008).

Les résultats des études centrées sur la *perspective des patients* souffrant de douleurs chroniques soulignent diverses problématiques, dont certaines ont déjà été abordées dans l'introduction (v. *supra*, sections 1.4 et 1.5). Dans une partie de ces recherches (Goldman 1991 ; Dewar *et al.* 2003), les patients rapportent en particulier des difficultés à trouver des soins accessibles, efficaces et acceptables en termes relationnels. À propos de ce dernier aspect, d'autres études rapportent notamment le sentiment, chez les patients, de ne pas être entendus, vus et crus dans leur souffrance (Haugli *et al.* 2004 ; De Lima & Trad 2007 ; Clarke & Iphofen 2008), notamment en raison de l'invisibilité des douleurs qui les rend difficiles à communiquer et pourrait ainsi suggérer aux cliniciens qu'elles sont imaginaires. Selon De Lima & Trad (2007) et Clarke & Iphofen (2008), l'absence – apparemment fréquente – d'un diagnostic acceptable pour les deux parties semble encore renforcer le sentiment des patients de ne pas être pris en charge sérieusement. Pour leur part, Werner & Malterud (2003) mettent en évidence la tendance de patients souffrant de douleurs chroniques à décrire leurs interactions avec des cliniciens comme une lutte pour conserver leur estime de soi et leur dignité tout en rendant visibles et réelles leurs douleurs pour le clinicien, lutte supposant apparemment un équilibre subtil entre démonstrations de force et de faiblesse, de santé et de maladie, d'affirmation et d'abandon de soi (Werner & Malterud 2003). Et une autre étude (Walker *et al.* 1999) de suggérer que, dans le domaine des douleurs chroniques (de dos, en l'occurrence), les luttes pour faire reconnaître ces douleurs ne peuvent être déconnectées du contexte social plus large des consultations médicales : bien des patients se sentent en effet pris au piège de tout un « système » aux multiples ramifications médicales, sociales et légales, qui, bien qu'officiellement destiné à aider les patients, génère de fait beaucoup d'impuissance et de colère chez ces derniers.

Dans le domaine de la satisfaction de patients souffrant de douleurs chroniques avec leurs consultations médicales, deux études (McCracken *et al.* 2002 ; Hirsh *et al.* 2005) suggèrent que les facteurs communicationnels au sens large (le sentiment d'avoir eu une évaluation complète, d'avoir reçu des explications complètes, et d'être d'accord avec le clinicien) figurent parmi les principaux prédicteurs du degré de satisfaction des patients. Les seuls autres prédicteurs de satisfaction sont la réduction de la douleur ou de l'anxiété suite au traitement, ainsi que le sentiment que le traitement a facilité les activités du quotidien.

Études des représentations et pratiques rapportées	Études observationnelles
Critères : études de la communication clinique centrées sur les douleurs (musculo-squelettiques) chroniques, <u>sans</u> prise en compte de la diversité sociolinguistique des patients	
<p>Enjeux/objectifs potentiellement sensibles des interactions, tels qu'ils ressortent des récits/interviews de patients et cliniciens :</p> <p>– pour les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • garder sa dignité tout en rendant visibles les douleurs (Werner & Malterud 2003), • faire reconnaître les douleurs (Dewar <i>et al.</i> 2003), • négocier un diagnostic acceptable (De Lima & Trad 2007 ; Clarke & Iphofen 2008), • obtenir un traitement efficace (Goldman 1991 ; Dewar <i>et al.</i> 2003), • obtenir de l'aide face à un « système » incapacitant (assurances, employeurs, médecine) (Walker <i>et al.</i> 1999) ; <p>– pour les cliniciens (Bullington <i>et al.</i> 2003 ; Laerum <i>et al.</i> 2006 ; De Lima & Trad 2007 ; McDonald 2008) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • reconnaître la souffrance des patients, • montrer de l'empathie, • éviter les suspicions, • rassurer les patients (exclure cancer, etc.), • donner des explications et instructions claires (Laerum <i>et al.</i> 2006), • déconstruire les attentes irréalistes (Thomson 2008), • gérer sa propre impuissance face au patient (Lundh <i>et al.</i> 2004) ; <p>– pour les deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • montrer que l'on n'est pas responsable de l'apparition et du maintien des douleurs (Eccleston <i>et al.</i> 1997), • amener l'autre à s'engager dans la relation thérapeutique et dans le traitement (Bullington <i>et al.</i> 2003 ; De Lima & Trad 2007). 	<p>Plusieurs études linguistiques sur l'expression ou la description de douleurs (chroniques ou non) montrent que les douleurs sont traitées de manière variable d'une langue à l'autre (ex. Halliday 1998 ; Baumgartinger <i>et al.</i> 2002 ; Brünner & Gülich 2002 ; Overlach 2008), mais :</p> <p>– le plus souvent comme</p> <ul style="list-style-type: none"> • un processus impliquant la personne qui souffre ou certaines parties de son corps comme sujet, objet, etc. • une « chose » que l'on possède • un acteur personnalisé ou dépersonnalisé <p>– l'utilisation de métaphores est fréquente.</p>

Tableau 4 : Communication clinique centrée sur les douleurs musculo-squelettiques chroniques

Les études consacrées à la *perspective des cliniciens* sur leurs interactions avec des patients souffrant de douleurs chroniques ont porté au jour d'importantes frustrations, liées à l'efficacité des traitements mis en place. D'une étude à l'autre, ces frustrations peuvent faire l'objet d'explications différentes, notamment en termes de responsabilité propre et de responsabilité du patient. Les physiothérapeutes interrogés dans une étude ethnographique (Thomson 2008) expliquent ainsi les résultats thérapeutiques insatisfaisants avec certains de leurs patients principalement par le manque de volonté de ces derniers, leurs attentes irréalistes, leurs résistances et leur incapacité à transposer dans le quotidien ce que les cliniciens leur ont appris. On trouve, en revanche, un ton différent dans des entretiens de médecins généralistes (Lundh *et al.* 2004), qui se qualifient eux-mêmes de *helpless helpoholics* face à de nombreux cas de douleurs chroniques, soulignant – à côté de l'inconstance de certains patients – leur propre manque de connaissances et d'outils efficaces, ainsi que leur impuissance.

La question des responsabilités dans l'apparition et le maintien des douleurs est également au centre des résultats d'une étude qui a *croisé les points de vue des patients et des cliniciens* sur les douleurs chroniques (Eccleston *et al.* 1997). Celle-ci identifie des craintes importantes, de part et d'autre, de se voir blâmé pour les douleurs et une tendance à repousser ce blâme loin de soi, sur l'autre notamment.

Les études s'intéressant aux visions de cliniciens expérimentés (Bullington *et al.* 2003 ; De Lima & Trad 2007 ; McDonald 2008) et de patients (Laerum *et al.* 2006 ; McDonald 2008) sur les bonnes pratiques cliniques dans le domaine des douleurs chroniques mettent en évidence trois idées essentielles. La première veut que les cliniciens soient au bénéfice de connaissances biomédicales solides et actualisées, notamment sur les dernières évolutions dans le domaine des techniques de gestion de la douleur (antalgie, médication) (McDonald 2008). Deuxièmement, les bonnes approches cliniques sont envisagées comme un processus permettant au patient de passer du chaos à l'ordre, grâce à un clinicien qui le conduit de la pose du diagnostic, à travers une phase de conscience accrue de soi, vers la prise de responsabilité propre dans un projet thérapeutique réaliste (Bullington *et al.* 2003 ; De Lima & Trad 2007). La troisième idée, centrale dans toutes les recherches investiguant les représentations de professionnels de la santé et de patients sur les bonnes pratiques cliniques (Bullington *et al.* 2003 ; Laerum *et al.* 2006 ; De Lima & Trad 2007 ; McDonald 2008), veut que le clinicien soit au bénéfice de compétences communicationnelles particulièrement développées. À cet égard, patients et cliniciens expérimentés semblent se retrouver autour d'un socle de compétences communicationnelles requises : montrer du respect et de l'empathie ; valider la souffrance des patients et éviter les suspicions ; offrir une écoute authentique et chercher à comprendre la situation du patient ; donner aux patients des explications compréhensibles leur permettant de s'impliquer au mieux dans le traitement. Les cliniciens expérimentés interviewés par Bullington *et al.* (2003) ajoutent encore à cette liste une flexibilité et une créativité nécessaires pour accompagner les patients dans leurs recherches de nouvelles significations à donner à leurs douleurs et pour percevoir quand et comment il est indiqué d'aider les patients à faire des liens entre leurs douleurs et certains éléments sensibles de leurs biographies (traumatismes, par exemple). Les cliniciens souffrant eux-mêmes de douleurs chroniques interrogés par Mc-

Donald (2008) sont les seuls à insister sur l'importance, pour une bonne approche clinique des douleurs chroniques, d'entrer également en contact avec la communauté (proches, employeurs, assurances, etc.) dans laquelle s'insère le patient. Pour leur part, les patients lombalgiques chroniques vus par Laerum *et al.* (2006) complètent l'inventaire des compétences attendues des cliniciens par trois aspects supplémentaires : savoir rassurer les patients (notamment sur l'absence d'une pathologie grave pouvant expliquer les douleurs) ; prendre en compte les avis et préférences des patients ; et leur donner des instructions claires.

2.3.2 Études observationnelles

En 2008, la communication entre cliniciens et patients souffrant de douleurs chroniques avait fait l'objet d'un nombre très limité d'études observationnelles. Les connaissances tirées de ces travaux apparaissaient d'autant plus fragmentaires qu'aucune recherche n'avait alors, à ma connaissance, analysé de manière intensive et systématique des consultations centrées sur des douleurs chroniques. Toutes les études observationnelles recensées dans le domaine de la douleur relevaient en effet de l'un des deux types suivants :

- Type 1 : Études prenant pour objet des consultations concrètes de patients souffrant de douleurs chroniques, mais n'analysant pas de manière intensive ou systématique l'interaction ;
- Type 2 : Études analysant de manière intensive ou systématique des interactions cliniques traitant de douleurs, mais non nécessairement chroniques.

Parmi les travaux du type 1, on peut mentionner deux publications d'un projet de recherche sur la prise de décision partagée entre médecin et patient (Bieber *et al.* 2004 ; Müller *et al.* 2004). Ce projet démontre l'impact, sur les pratiques, d'un module de formation à la prise de décision partagée pour médecins spécialistes s'occupant de patients souffrant de fibromyalgie⁴. L'impact de la formation est mesuré sur la base du nombre et de la nature des révisions apportées aux décisions de traitement initialement prises. Cette recherche montre notamment que les patients considérés par les médecins comme « difficiles » en termes d'interaction médecin-patient, font moins souvent usage de la possibilité de modifier des décisions de traitement initiales que les autres. Vu que le déroulement détaillé des consultations ne bénéficie que d'une attention très limitée (même si une partie des consultations font l'objet d'une observation directe avec prise de notes (Müller *et al.* 2004)), l'étude nous apprend au final peu de choses sur la nature des problèmes d'interaction rencontrés avec ces patients dits difficiles.

Parmi les études du type 2 (études analysant de manière intensive ou systématique des interactions cliniques traitant de douleurs, mais non nécessairement chroniques), on mentionnera, à côté des études déjà citées à propos des effets de genre et d'ethnicité dans l'expression de douleurs (Shuter & Miller 1982 ; Menz *et al.* 2002 ; Menz & Lalouschek 2006), une enquête analysant des discussions de prescriptions d'antidouleurs perçues comme frustrantes par les

4. La fibromyalgie est une maladie caractérisée par un état douloureux musculaire chronique (myalgies diffuses) étendu ou localisé à des régions du corps diverses, qui se manifeste notamment par une allodynie tactile (douleur déclenchée par un stimulus qui est normalement indolore) et une fatigue persistante.

médecins. Cette étude (Eggly & Tzelepis 2001) montre que les discussions en question sont marquées par de nombreuses stratégies interactionnelles qui attestent d'une lutte pour le contrôle relationnel⁵. Pour ce qui nous occupe ici, il faut toutefois noter que cette étude ne dit pas si les négociations analysées portent sur des douleurs aiguës et/ou chroniques. De plus, les cliniciens enregistrés sont des internistes en formation et non des spécialistes des douleurs chroniques.

On trouve également, dans les études du type 2, toute une série de contributions descriptives des sciences du langage sur l'expression et la description de douleurs, ainsi qu'un certain nombre de travaux d'autres disciplines⁶ ayant le même objet. Parmi toutes ces recherches, aucune ne s'intéresse à l'évocation ou la description de douleurs dans des consultations traitant spécifiquement des douleurs chroniques. Ces recherches reposent en effet toutes soit (a) sur l'analyse d'entretiens cliniques où diverses douleurs – aiguës et chroniques – sont exprimées ou décrites (Shuter & Miller 1982 ; Ehlich 1985 ; Baumgartinger *et al.* 2002 ; Menz *et al.* 2002 ; Menz & Lalouschek 2006 ; Overlach 2008), soit (b) sur l'analyse de corpus composites formés de toutes sortes de textes oraux et écrits (y compris presse, littérature de fiction, etc.) (Gaston-Johanson & Allwood 1988 ; Halliday 1998 ; Brünner & Gülich 2002 ; Marmaridou 2006 ; Terkourafi & Bali 2007). Toutes ces études s'intéressent aux ressources linguistiques – lexicales, syntaxiques, rhétoriques, etc. – effectivement mobilisées ou simplement disponibles dans une langue donnée pour exprimer ou décrire des douleurs. Elles suggèrent que, si chaque langue a son propre système pour décrire les ressentis douloureux, il existe aussi certaines similitudes interlinguistiques. Ces études relèvent aussi la fréquence – virtuellement dans toutes les langues – de métaphores et de comparaisons pour rendre compte des sensations de douleur. Si l'intérêt de ces travaux pour la recherche fondamentale en linguistique et pour des études comme la mienne est indiscutable – ne serait-ce que parce qu'elles suggèrent que des migrants pourraient, par exemple, utiliser des métaphores qui sont usuelles dans leur langue première mais pas celle du médecin – leur apport immédiat pour le travail clinique est moins évident.

2.4 Études des interactions cliniques sous l'angle de la diversité sociolinguistique des patients migrants

L'essentiel des études recensées qui approchent les interactions cliniques sous l'angle de la diversité sociolinguistique chez les patients migrants s'intéressent aux représentations et pratiques rapportées des acteurs de terrain, les travaux observationnels apparaissant rares en comparaison (pour un aperçu des principaux éléments retenus, v. tableau 5). Ma restitution des approches et résultats trouvés débute à nouveau par les études des représentations et pratiques rapportées pour se tourner ensuite vers les études observationnelles.

5. Les stratégies observées comprennent par exemple les ordres ou instructions, l'expression explicite d'un désaccord ou le fait de produire des raisons.

6. On notera que dans la plupart des publications, la discipline des auteurs n'est pas clairement identifiable. Ceci explique également pourquoi je n'ai pas retenu le critère de la discipline pour structurer l'état de la littérature.

Études des représentations et pratiques rapportées	Études observationnelles
Critères : études de la communication clinique centrées sur la diversité sociolinguistique des patients, <u>non</u> sur les douleurs (musculo-squelettiques) chroniques	
Travaux nombreux sur les <i>settings</i> cliniques avec interprètes, traitant des spécificités de ces <i>settings</i> : rôles dans la triade, répartition du pouvoir, problèmes de fidélité de la traduction, réticences à inclure des interprètes chez certains patients et cliniciens, etc.	
Les interprètes identifient des domaines particulièrement problématiques pour la compréhension entre cliniciens et patients migrants : les idées divergentes sur le problème du patient ; les attentes divergentes face à la consultation ; et des styles de communication verbale ou non verbale divergents (ex. Hudelson 2005)	
<p>Les patients migrants (comparés aux non-migrants) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – font parfois état de barrières de langue, de discriminations ethniques ou raciales, de problèmes d'accès aux soins dus à leur statut légal (ex. Napoles-Springer & al. 2005 ; Garrett & al. 2008 ; Singy & Guex 2008), – attendent souvent les mêmes informations médicales que les autres patients (ex. Borde <i>et al.</i> 2002 ; Perron <i>et al.</i> 2003 ; Singy & Guex 2008). <p>Les cliniciens (ex. Hudelson 2006) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – font parfois état de barrières de langue, de croyances de santé et d'habitudes culturelles (ex. ponctualité) des patients qui compliquent le travail clinique, – tendent à voir la présence de migrants récents parmi leurs patients comme un facteur de difficulté, – associent la clinique auprès de populations diversifiées à un cumul de problèmes psychosomatiques et de demandes jugées non médicales. 	<p>Anthropologie médicale (ex. Kleinman <i>et al.</i> 1978 ; Helman 1995) : Variation culturelle dans les modèles explicatifs profanes des maladies et influence culturelle sur les « langages de détresse » (présentation du problème).</p> <p>Meeuwesen <i>et al.</i> 2007 ; Schouten <i>et al.</i> 2007 : En comparaison avec les patients autochtones, participation moindre des migrants non occidentaux dans les consultations et tendance des migrants à moins revenir sur des éléments problématiques (désaccords, incompréhensions, etc.).</p> <p>Roberts <i>et al.</i> 2003 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les malentendus clairement identifiables se concentrent dans les consultations (sans interprètes) des patients les moins à l'aise dans la langue de consultation. – Causes de malentendus côté patients : <ul style="list-style-type: none"> • prononciation, accentuation, • intonation et mise en discours, • grammaire, vocabulaire et manque d'informations contextuelles, • et surtout : style de présentation de soi et du problème, – Inventaire des stratégies de prévention ou de réparation. <p>Gajo & al., (2005) : diversité et impact positif des stratégies des cliniciens facilitant la communication exolingue</p>

Tableau 5 : Communication clinique avec patientèle diversifiée sur le plan sociolinguistique

2.4.1 Études des représentations et pratiques rapportées

Les études des représentations et pratiques rapportées sur les interactions entre cliniciens et patients migrants étaient déjà très nombreuses au moment de mes premières recherches de littérature et il ne peut être question ici d'en rendre compte de manière exhaustive. Je m'en tiendrai à l'évocation de quelques études consacrées à la description et à l'évaluation d'entretiens cliniques par des patients migrants, des cliniciens et des interprètes.

L'interprétariat en médecine représente un champ problématique ayant fait l'objet d'études diverses. Celles-ci mettent notamment en évidence l'ambivalence de bien des cliniciens et patients migrants face à la présence d'interprètes professionnels, parce que, contrairement à leurs attentes, les interprètes professionnels ne peuvent être des « machines à traduire » (attente répandue chez les cliniciens), pas plus que des avocats inconditionnels de la cause des patients (attente répandue chez les patients) (p. ex. Weber 2003 ; Angelelli 2004 ; Greenhalgh *et al.* 2006). Quant aux interprètes eux-mêmes, ils font notamment part du sentiment que les cliniciens sont souvent insuffisamment préparés à travailler dans des *settings* triadiques plurilingues (p. ex. Weber & Molina 2003). Une autre publication de Hudelson (2005), montre enfin que les interprètes intervenant régulièrement en médecine ont également des idées très précises à propos des difficultés de compréhension mutuelle entre cliniciens et patients. Ils en identifient trois causes principales : les idées divergentes entre médecin et patient sur le problème du patient ; les attentes divergentes face à la consultation ; et des styles de communication verbale ou non verbale divergents.

Selon plusieurs études centrées sur le point de vue des patients sur les consultations cliniques, de nombreux migrants semblent se retrouver sur quelques facteurs spécifiques jugés problématiques pour la qualité de leurs rencontres avec des cliniciens (Napolis-Springer *et al.* 2005 ; Garrett *et al.* 2008 ; Singy & Guex 2008) : les problèmes linguistiques ; la discrimination ethnique ; les problèmes liés au permis de séjour. D'autres études auprès des migrants soulignent, quant à elles, l'importance des attentes des patients en matière d'informations médicales et d'engagement des cliniciens auprès des patients eux-mêmes et de leurs proches (Borde *et al.* 2002 ; Perron *et al.* 2003). Les attentes en matière d'informations médicales semblent largement comparables à celles des patients non migrants, ce qui va apparemment à l'encontre des idées de certains cliniciens (Perron *et al.* 2003).

Les études centrées sur les représentations et pratiques rapportées des cliniciens s'intéressent, quant à elles, principalement aux évaluations que les cliniciens portent sur leurs propres compétences en vue de prendre en charge des populations de patients diversifiées en termes de langue et de culture, ainsi qu'aux éléments qui rendent le travail clinique avec ce type de patients plus difficile (ou éventuellement aussi plus facile).

Parmi les nombreuses études consacrées aux difficultés perçues par les cliniciens en lien avec les prises en charge de patients appartenant à des minorités issues de la migration, je mentionnerai à titre illustratif une enquête genevoise, qui me semble bien refléter les éléments rapportés également par d'autres travaux, tout en adoptant une approche particulièrement intéressante.

Cette étude qualitative (Hudelson 2006) est basée sur des entretiens en profondeur avec des médecins généralistes en formation (et subsidiairement sur de l'observation participante). Elle a choisi de ne pas demander aux cliniciens quelles sont leurs difficultés avec les patients migrants, mais de les interroger librement sur les difficultés de leur travail dans une polyclinique qui est, en l'occurrence, fréquentée en majorité par des patients issus de la migration. L'étude montre que les médecins en formation ayant participé à l'étude font, certes, état de barrières linguistiques et culturelles (p. ex. difficulté à obtenir des réponses simples à des questions simples). Mais, de leur point de vue, ces difficultés sont étroitement liées aux deux autres difficultés majeures de leur pratique en polyclinique de médecine générale : devoir faire face à de nombreux cas cliniques avec une composante psychosomatique importante et à un cumul de demandes identifiées comme plus sociales que médicales (certificats dans la procédure d'asile, questions de logement, etc.). Dans certains *settings* cliniques, les professionnels semblent ainsi voir les difficultés liées à la diversité sociolinguistique des migrants comme inséparables d'une difficulté plus générale : la distance séparant leur quotidien professionnel au contact de patients avec des problématiques complexes de leur idée de ce que serait la « vraie » médecine, idée acquise dans une formation fortement marquée par une vision technocratique et biomédicale.

2.4.2 Études observationnelles

Tout indique que c'est à l'anthropologie médicale que nous devons les premières recherches impliquant une observation directe de consultations de patients migrants. Cette discipline s'appuie en effet de longue date sur l'observation participante dans la clinique – y compris interculturelle – pour montrer à quel point la médecine et plus largement tout ce qui a trait à la maladie et à la santé, est marqué par des valeurs, normes et idéologies culturelles et sociales. Nombre d'études, synthétisées par exemple par Kleinman *et al.* (1978) et Helman (1995), témoignent ainsi de la coexistence, dans les consultations médicales – de patients migrants aussi bien que non migrants – de différents modèles explicatifs de la maladie et de la santé. Elles démontrent également qu'une prise en compte insuffisante du modèle explicatif des patients peut mettre en échec le travail clinique, l'idéal étant, de ce point de vue, un mode de consultation prévoyant une exploration du modèle explicatif du patient, une présentation du modèle explicatif médical et la négociation d'un modèle explicatif partagé (Kleinman *et al.* 1978). À l'égard des modèles explicatifs des patients, les études anthropologiques soutiennent généralement que certains repères culturels des sociétés d'origine ou des communautés immigrées locales des patients migrants peuvent marquer considérablement la manière dont ils perçoivent la maladie, la santé, la médecine officielle et les autres ressources thérapeutiques (guérisseurs, médecines alternatives, etc.) du pays d'accueil. De même, des facteurs culturels semblent parfois influencer certains des comportements des patients migrants dans leurs interactions avec des cliniciens, notamment leurs « langages de détresse », autrement dit la manière dont ils manifestent leur souffrance et leur besoin d'aide (Helman 1995 : 135).

En regardant de plus près les exemples classiques d'études en anthropologie médicale rapportés ou cités par Kleinman *et al.* (1978) et Helman (1995), on réalise toutefois que l'observation de consultations médicales interculturelles sert principalement à mettre en évidence des exemples de divergence de perceptions entre médecins et patients, expliqués, dans le cas d'espèce, en termes culturels. Le fonctionnement même des interactions médecin-patient migrant, les difficultés concrètes de négociation de sens et les stratégies mises en œuvre pour mieux arriver à se comprendre n'occupent généralement qu'une place marginale dans ces études⁷.

Quant aux études ayant véritablement pris pour objet le processus interactionnel des entretiens cliniques de patients migrants, elles portent pour la plupart sur des consultations avec interprètes (professionnels ou non). Avant 2008, seuls quelques travaux s'étaient attachés à l'analyse détaillée de consultations non traduites de patients consultant dans une autre langue que leur langue première.

Les recherches observationnelles sur les consultations avec interprètes soulignent que les interventions effectives des interprètes ne se limitent de loin pas à un transfert littéral des propos d'une langue à une autre. Dans ces recherches, les interprètes sont souvent décrits comme des coordinateurs de l'interaction occupant une place centrale dans la résolution de malentendus et dans la construction interactionnelle d'un sens partagé, notamment grâce à des apports ciblés d'informations contextuelles (De Pury 1998 ; Wadensjö 1998 ; Davidson 2002). Par ailleurs, d'autres recherches observationnelles mettent en évidence divers problèmes de fidélité de la traduction. Ces recherches montrent par exemple que certains tiers assurant la traduction (souvent non professionnels) effectuent un tri (*gatekeeping*) dans les propos des patients, et dans ce processus de sélection des éléments traduits, les besoins – supposés – de l'institution médicale et de ses représentants l'emportent souvent sur ceux du patient (Davidson 2000 ; Drennan & Swartz 2002 ; Traverso & Yanaprasart 2002 ; Leanza 2004 ; Bot 2005). À l'égard de ces limites en termes de fidélité, quelques recherches ont toutefois démontré l'aptitude des interprètes professionnels formés à assurer un interprétariat plus conforme au discours original que d'autres personnes plurilingues effectuant des traductions orales (proches de patients, collaborateurs des structures de soins)⁸.

Comme annoncé, on ignore en revanche presque tout (c'était du moins le cas en 2008) des consultations des nombreux patients migrants qui, pour diverses raisons, se servent d'une langue seconde plus ou moins bien maîtrisée pour parler avec leurs cliniciens. Les quelques rares publications antérieures à 2008 traitant de ces consultations adoptent des approches qui se laissent schématiquement répartir autour d'un pôle extensif ou procédural (*v. process analysis* chez Heritage & Maynard 2006) et d'un pôle intensif ou interactionnel.

7. La situation semble toutefois évoluer. En atteste par exemple un article largement programmatique de l'anthropologue Le Breton (2013) qui milite en faveur d'une approche résolument interactionnelle des entretiens cliniques.

8. V. sur ce point les revues de Flores (2005) et de Karliner *et al.* (2007).

À proximité du *pôle extensif et procédural* se situent deux publications liées au même projet de recherche interdisciplinaire réalisé aux Pays-Bas (Meeuwesen *et al.* 2007 ; Schouten *et al.* 2007). Ce projet, centré sur un *setting* de médecine générale, compare des consultations de patients migrants non occidentaux avec des consultations de patients néerlandais de souche. Les interactions cliniques ont été filmées et soumises à différentes analyses, dont : un codage du processus communicatif selon le *Roter Interaction Analysis System (RIAS)*, typologie classant les interventions des participants en fonction de leur contenu ou fonction, ex. « demander de l'information médicale » ou « donner du soutien » ; une analyse des moments où l'agenda de la consultation est négocié ; une analyse de la structure séquentielle (agencement des phases classiques des consultations). La qualité de la compréhension mutuelle a été investiguée par des questionnaires remplis par les médecins et les patients à l'issue de la consultation.

Les publications de ce projet de recherche mettent en évidence trois résultats principaux. Les analyses des consultations au RIAS suggèrent, d'une part, qu'en termes de temps consacré, les médecins s'investissent davantage dans la transmission de contenus médicaux (comportement instrumental) avec les patients migrants non occidentaux, alors qu'ils s'engagent davantage dans le relationnel et l'empathie (comportement affectif) avec les patients néerlandais de souche (Meeuwesen *et al.* 2007). Ces mêmes analyses au RIAS montrent aussi que les patients non occidentaux participent moins activement – posent moins de questions, font moins de remarques et suggestions, etc. – dans les consultations que les patients néerlandais de souche⁹ (Schouten *et al.* 2007). Enfin, du point de vue du déroulement plus macroscopique de la consultation (négociation de l'agenda et agencement des phases de la consultation), celles impliquant des patients migrants non occidentaux sont presque toutes « traditionnelles » ou « coopératives », y compris lorsque la compréhension mutuelle entre soignant et soigné s'avère au final faible. En comparaison, les consultations avec les patients néerlandais de souche apparaissent en partie plus « conflictuelles », certains n'hésitant pas à freiner activement le cours de la consultation ou à revenir à une autre phase de celle-ci pour pouvoir reparler d'un point problématique (Meeuwesen *et al.* 2007). Ces études ne se penchent toutefois pas en détail sur la genèse et le traitement interactionnel d'éventuels malentendus et incompréhensions susceptibles d'expliquer, par exemple, pourquoi des problèmes de compréhension mutuelle relevés et négociés durant la consultation peuvent ou non être gérés avec succès par les participants.

Il en va autrement de deux recherches linguistiques, parues en 2003 et 2005, qui se situent plus à proximité du *pôle intensif et interactionnel* des approches observationnelles. Une étude londonienne, tout d'abord, a filmé des consultations aléatoirement choisies au sein de polycliniques de médecine générale visitées par des patients très diversifiés au plan des origines (Roberts *et al.* 2003 ; Roberts *et al.* 2005). Les films tirés de ces consultations ont ensuite été soumis à une analyse discursive focalisée sur les malentendus. Cette forme particulière de

9. On notera toutefois, que dans tous les groupes (migrants et non-migrants), le niveau de participation des patients varie surtout en fonction directe de l'ampleur du comportement affectif du médecin.

miscommunication a pu être repérée dans un peu plus d'une consultation sur trois (Roberts *et al.* 2005). Plus de deux tiers de ces consultations avec malentendus concernent des patients ayant une maîtrise limitée de l'anglais (évaluation des chercheurs), alors que ces patients représentent un cinquième de l'échantillon. La partie proprement qualitative et intensive de cette étude met tout d'abord en évidence quatre causes principales de malentendus inhérentes au discours des patients : (1) la prononciation et l'accentuation au niveau du mot (p. ex. accent tonique mal placé au sein d'un mot) ; (2) l'intonation et le rythme (p. ex. mises en évidence prosodiques contre-productives, car non conformes aux habitudes en la matière de l'interlocuteur) ; (3) la grammaire (p. ex. absence de marques de temps ou de personne dans les verbes), le vocabulaire (p. ex. confusion de mots comme « *next* » et « *last* », « *he* » et « *she* ») et le manque d'informations contextuelles ; (4) le style de présentation de soi et de ses problèmes (p. ex. introduire plusieurs sujets à la fois ou commencer par parler d'abord de l'automédication plutôt que des symptômes)¹⁰.

Le travail de Roberts *et al.* (2003 : 14-17) identifie également une série de stratégies permettant aux cliniciens de prévenir, réparer et gérer les malentendus dans leurs consultations avec les patients peu à l'aise en anglais. Il distingue quatre grandes catégories de pratiques facilitatrices : favoriser la participation du patient (p. ex. en le laissant parler) ; rendre la consultation prévisible (p. ex. métacommunication sur ce qui va venir) ; rendre la consultation plus transparente (p. ex. reprendre (*re-run*) des sujets déjà abordés qui avaient soulevé des difficultés) ; être empathique, montrer de l'engagement (notamment en « s'accordant » avec le style particulier de chaque patient) et tenir compte des risques pour les patients de perdre la face dans le cadre de la prévention et de la réparation de malentendus (p. ex. ne pas corriger trop frontalement). Selon ces auteurs, les catégories utilisées pour prévenir les malentendus sont aussi celles qui permettent de les réparer.

Les stratégies des cliniciens facilitant l'intercompréhension dans des consultations avec migrants ont également fait l'objet d'une étude dans le contexte helvétique (Gajo *et al.* 2005). D'un point de vue linguistique et interactionnel, cette étude s'intéresse à la signification concrète et pratique qu'« avoir des compétences transculturelles » peut prendre dans le quotidien professionnel hospitalier. Elle met en évidence le caractère largement coopératif et didactique des rencontres cliniques avec des migrants francophones de langue seconde (consultations dites « exolingues »). Sur la base de la diversité et de la fréquence des stratégies de réparation et de prévention de problèmes de compréhension

10. Une des publications issues de ce même projet (Roberts *et al.* 2004) s'intéresse en particulier aux séquences d'ouverture des consultations, montrant que les patients qui parlent une variété britannique de l'anglais suivent généralement une manière « ordonnée » de se présenter en début de consultation (présentation des symptômes, présentation du contexte, positionnement affectif ou épistémique) et se servent à cette fin d'outils discursifs récurrents (p. ex. métacommunication, présentation d'un « soi moral »). À l'inverse, les séquences d'ouverture des patients ayant des backgrounds non anglophones ou parlant des variétés d'anglais d'outre-mer ne se conforment souvent pas à ces routines discursives, ce qui rend leur traitement interactionnel plus long et plus complexe pour les deux parties.

(stratégies facilitatrices de la communication exolingue), cette étude affirme que les cliniciens, s'ils tendent à se sentir démunis face à la communication avec certains patients migrants, disposent en réalité de bien des outils interactionnels efficaces. Les stratégies identifiées par Gajo *et al.* (2005) sont :

- l'emphatisation prosodique (accentuation d'éléments importants ou difficiles),
- l'itération (répétition de certains items),
- la reformulation (avec enrichissement sémantique ou par simple jeu sur les paradigmes de synonymie, souvent avec la participation active du patient),
- les procédés jouant sur la linéarité syntagmatique (bouleverser l'ordre habituel des constituants afin de rendre saillants certains éléments)¹¹,
- le travail morpho-grammatical spécifique (p. ex. passation d'une même unité significative de base par plusieurs formes des paradigmes nominaux et verbaux),
- la proposition ou demande de traduction à un tiers et la proposition d'écrire certaines informations.

En comparaison avec la typologie de Roberts *et al.* (2003), celle de Gajo *et al.* (2005) apparaît plus proche de la « mécanique fine » de l'interaction et d'une négociation très locale de la compréhension. Leur approche permet en revanche moins bien de prendre la mesure de l'impact des difficultés de compréhension – en particulier non résolues – aux plans cliniques et relationnels.

2.5 Bilan de la recherche de littérature

Je me suis engagé dans cet état de la littérature à partir d'un double questionnement à propos des *settings* spécialisés dans le traitement de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Celui-ci portait à la fois (1) sur la nature et l'impact des difficultés communicationnelles qui surviennent avec les patients migrants ayant une maîtrise plus ou moins limitée de la langue locale et (2) sur la nature et l'efficacité des éventuelles pratiques ou stratégies mises en œuvre pour gérer la diversité sociolinguistique à substrat migratoire chez les patients.

Face à ce double questionnement, les éléments de réponse directs – étayés par des études consacrées à la fois aux douleurs chroniques et à la gestion de la diversité sociolinguistique chez les patients migrants – sont pour ainsi dire inexistantes. À ma connaissance, une seule étude s'est intéressée à la communication médecin-patient dans des *settings* spécialisés sur les douleurs chroniques sous l'angle de la diversité résultant de la migration avant que je n'entame ma recherche doctorale¹². Cette étude étasunienne (Bates *et al.* 1997) montre que les migrants latino-américains qui ont une maîtrise limitée de

11. À propos des dislocations et autres clivages syntaxiques permettant de constituer des *topics* discursifs, v. Berthoud (1996).

12. On notera toutefois que j'ai pris connaissance, vers la fin de ma recherche, des résultats d'un autre projet consacré à la gestion de la diversité sociolinguistique liée à la migration dans la communication médecin-patient dans des *settings* spécialisés sur les douleurs chroniques (Menz 2013 ; Sator 2013 ; Sator & Gülich 2013). Ce projet sera évoqué en conclusion (v. *infra*, section 14.3).

l'anglais se disent fréquemment exclus de certaines offres de soins et de soutien. Elle suggère également que l'expression des douleurs et les idées concernant la signification et le traitement des douleurs chroniques varient en fonction de la « culture » des personnes impliquées, et cela autant chez les patients que chez les cliniciens. Pour des raisons méthodologiques et théoriques, la signification exacte et les fondements empiriques de ce constat demeurent toutefois peu clairs.

Les recherches préalables dans deux champs d'investigation immédiatement connexes au mien livrent, en revanche, de nombreuses pistes de réponse possibles ou probables à mes questionnements de départ. Il s'agit des investigations de la communication médicale avec des patients diversifiés en termes sociolinguistiques pour des raisons de migration (mais pas spécifiquement centrés sur les douleurs musculo-squelettiques chroniques) et des investigations de la communication spécialisée avec les patients souffrant de douleurs chroniques (mais pas nécessairement issus de la migration).

Par analogie avec les résultats des autres recherches sur la communication avec des patients migrants dans une diversité de *settings*, on peut admettre que dans les consultations spécialisées sur les douleurs musculo-squelettiques chroniques de patients migrants avec divers niveaux de maîtrise dans la langue locale :

- les malentendus sont probablement plus nombreux lorsque les patients sont peu à l'aise dans la langue de consultation, et cela pour des raisons se recoupant au moins en partie avec celles observées par Roberts *et al.* (2005) en médecine générale ;
- les cliniciens disposent sans doute de stratégies facilitant la communication exolingue, stratégies qui se recoupent probablement en partie avec celles utilisées par les cliniciens observés dans d'autres *settings* médicaux par Roberts *et al.* (2003 : 41-54) et Gajo *et al.* (2005 : 47-57) ;
- la présence d'interprètes représente probablement une des stratégies les plus efficaces avec les migrants les moins à l'aise dans la langue de consultation, mais conduit sans doute aussi à des difficultés de communication particulières (notamment en termes de fidélité de la traduction), à des négociations complexes des rôles respectifs, à des réticences des cliniciens à ouvrir l'espace thérapeutique à un autre professionnel (lorsqu'il s'agit d'interprètes formés), etc. ;
- les difficultés de communication avec les migrants allophones conduisent peut-être à leur exclusion de certains types de prestations (Bates *et al.* 1997) ;
- les patients migrants (non occidentaux) participent probablement moins activement aux interactions que les patients d'origine locale, orientant notamment moins les consultations vers des aspects sur lesquels médecin et patient sont en désaccord ou peinent à se comprendre (Meeuwesen *et al.* 2007 ; Schouten *et al.* 2007).

De plus, compte tenu des résultats dégagés par l'ensemble des études de la communication clinique avec des patients souffrant de douleurs chroniques, on peut admettre que les éventuelles difficultés communicationnelles avec les patients migrants sont particulièrement lourdes de conséquence si elles touchent

à certains enjeux et objectifs sensibles de la communication clinique dans le champ de la douleur chronique. On pense principalement aux enjeux et objectifs suivants :

- reconnaître la souffrance des patients,
- rassurer les patients qui craignent une pathologie grave,
- donner des explications claires et un diagnostic acceptable pour le problème douloureux,
- négocier les responsabilités dans l'apparition et le maintien des douleurs,
- soutenir le patient dans sa lutte avec le « système » (médecins, employeurs, assurances sociales),
- informer et éduquer les patients pour les amener à s'impliquer dans le traitement et la prévention.

Mon recensement de la littérature montre aussi qu'en 2008, les recherches observationnelles disponibles à propos du fonctionnement concret des consultations étaient fort rares, tant dans le domaine des douleurs chroniques que dans celui de consultations avec patients migrants, *a fortiori* dans celles sans traduction par un tiers. En termes de complémentarité avec les études existantes, la réalisation d'une étude observationnelle apparaît donc particulièrement indiquée, d'autant plus que la littérature consultée comporte déjà quelques travaux susceptibles de servir de modèles ou source d'inspiration. Les études de Roberts *et al.* (2003) et de Gajo *et al.* (2005) ont en effet toutes deux approché, dans une perspective linguistique centrée sur des données interactionnelles, des *settings* médicaux impliquant des patients linguistiquement diversifiés pour des raisons de migration. Elles offrent d'intéressantes pistes théoriques et méthodologiques en vue du design de mon enquête dans le domaine de la clinique spécialisée dans les douleurs musculo-squelettiques chroniques.

Grâce à l'important corps de recherches des représentations et pratiques rapportées évoquées dans les pages qui précèdent, la littérature disponible en 2008 dans les domaines susmentionnés m'offre aussi une base de comparaison utile – une sorte de discutant virtuel – pour éclairer les résultats de l'enquête A conduite en parallèle avec l'état de la littérature. On ne s'étonnera donc pas de voir réapparaître un certain nombre de références déjà citées dans mes commentaires et interprétations des résultats de la première enquête de terrain.

Interviewer des médecins et des patients sur leurs pratiques en consultation : aspects méthodologiques de l'enquête A

L'enquête A, première phase de recherche empirique, a été mise en place et, pour une large part, réalisée en parallèle avec l'étude bibliographique initiale. Elle fait l'objet du présent chapitre et des deux suivants. Elle consiste en 16 entretiens d'une grande richesse avec des acteurs de terrain, entretiens qui représentent un apport essentiel de cette recherche et ont marqué de manière décisive la suite des travaux (enquête B). Un bilan de l'ensemble des observations tirées de l'enquête A se trouve à la fin du chapitre 5 (section 5.3).

Si c'est aux aspects méthodologiques de l'enquête A qu'est consacré le présent chapitre, on soulignera d'emblée que son contenu ne se limite pas à l'énumération d'indications techniques concernant la récolte et l'analyse des données de cette première phase de recherche (quand bien même ces indications y trouvent évidemment leur place). Il recèle également toute une série d'autres éléments décisifs pour comprendre le contexte dans lequel s'inscrit le processus de recherche constitutif de cette thèse dans son intégralité, de même que l'ensemble de ses résultats. C'est en effet dans le cadre de la mise en place de l'enquête A que j'ai été amené à prendre plusieurs décisions fondamentales (p. ex. définir le terrain de recherche), que j'ai découvert avec quelles catégories de personnes il était possible d'entrer en contact sur le terrain de recherche et que j'ai commencé à saisir quelles sont les difficultés pratiques et relationnelles à anticiper lors de ces rencontres. Cette enquête m'a, en particulier, confronté aux premières réactions de cliniciens et de patients face à l'apparition, dans l'univers médical qu'ils fréquentent, d'un chercheur non-médecin s'intéressant à leur échanges communicationnels et à la gestion de la diversité sociolinguistique des patients au sein des interactions cliniques. À cet égard, les prises de position des interviewés face à la planification d'une seconde enquête (la future enquête B) prévoyant l'enregistrement vidéo et l'analyse de consultations sur le même terrain se sont révélées particulièrement intéressantes.

3.1 Objectifs de l'enquête A

Conformément à mon plan de recherche initial (v. *supra*, sections 1.9 à 1.11), l'enquête A visait quatre objectifs :

- (1) Produire des données locales permettant de prendre en compte, dans l'affinement de mon questionnement de recherche, les expériences, avis et préoccupations des personnes directement concernées par ce questionnement (cliniciens et patients) ;
- (2) Dégager les dimensions centrales de l'écologie communicationnelle (Gumperz 1999) dans laquelle s'inscrivent les consultations à l'étude, en vue notamment de mieux fonder de futures analyses de données d'entretien naturelles¹ ;
- (3) Comprendre quels types d'investigations et de méthodologies sont mobilisables et appropriées en termes déontologiques sur le terrain (en vue, aussi, de futures demandes d'autorisation à des commissions d'éthique) ;
- (4) Mettre en place une collaboration durable avec les cliniciens du terrain en vue de l'enquête B.

J'ai décidé de m'acquitter de ces tâches en recueillant des informations ciblées sur la manière dont les personnes souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques et les cliniciens spécialisés qui les traitent envisagent :

- les enjeux et difficultés communicationnels centraux de leurs consultations cliniques,
- la communication dans des consultations impliquant des migrants allophones,
- l'éventualité d'une recherche observationnelle dans les consultations qui les réunissent.

À cette fin, des données empiriques ont été produites sur un terrain défini, puis soumises à analyse. Sont présentées, dans les sections à venir, quelques précisions concernant la production des données, le choix du terrain et les procédures d'analyse qualitative.

3.2 Choix de l'entretien exploratoire pour la production des données

Pour la production des données de l'enquête A, je me suis principalement appuyé sur des entretiens exploratoires individuels conduits avec des cliniciens et des patients. Cet outil méthodologique a fait ses preuves dans le cadre d'enquêtes exploratoires en sciences humaines et sociales visant à la formulation de questions de recherche pertinentes du point de vue local et/ou sociétal (Blanchet & Gotman 2001 ; Quivi & Van Campenhout 2006). Les entretiens exploratoires permettent aussi d'associer activement les personnes du terrain à la réflexion du chercheur, ce qui favorise souvent l'établissement d'un rapport de confiance².

1. Il s'agit de données conversationnelles qui se produisent sans être suscitées par le chercheur (en l'espèce de consultations médicales).

2. Par exemple dans Singy *et al.* (2008 : 23-24).

Dans le contexte de mon enquête A, l'entretien exploratoire présentait un avantage supplémentaire par rapport à une exploration par observation directe. Il m'apparaissait en effet moins problématique d'obtenir le consentement de participants – aux yeux de qui j'étais un inconnu – pour un entretien en face à face portant sur des thèmes connus à l'avance et leur laissant le contrôle sur leurs réponses, plutôt que de devoir les convaincre de me laisser assister à leurs entretiens cliniques sans véritable contrôle sur le matériel de notes constitué par mes soins pendant et après les séquences d'observation³.

3.3 Définition du terrain de recherche initial

Dans les phases initiales d'une étude, la définition d'un terrain d'investigation est rarement chose aisée, car le chercheur n'a généralement qu'une connaissance partielle des critères de délimitation possibles et des implications concrètes qu'auront les différentes options qui s'offrent à lui dans ce domaine. Dans mon cas, je tirais initialement l'essentiel de mes informations sur la clinique spécialisée dans le traitement de patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques d'échanges informels avec des cliniciens d'un service de psychiatrie de liaison⁴. Ces cliniciens, qui sont appelés à intervenir dans une grande diversité de *settings* hospitaliers, m'ont désigné deux types d'unités comme particulièrement concernées par les suivis de patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques : les unités d'antalgie (ou centres de la douleur) et les unités de réhabilitation en rhumatologie et en orthopédie. Sur la base de ces indications, j'ai fixé les limites institutionnelles de mon terrain à deux unités : une unité d'antalgie (Centre de la douleur) et une autre de rééducation du rachis⁵, impliquant tant l'orthopédie que la rhumatologie. Les unités que j'ai contactées se trouvent toutes deux dans le réseau hospitalier de Suisse romande. Je me réservais la possibilité de revenir sur la définition du terrain suite à l'enquête A.

3.4 Critères de sélection des personnes à interviewer

Au sein du terrain ainsi délimité, j'avais l'intention de m'en tenir à des entretiens avec tous les médecins et un nombre comparable de patients. Je craignais en effet d'être débordé par l'hétérogénéité des pratiques si je m'attachais également aux interactions cliniques d'autres professionnels et aux interactions non cliniques (p. ex. entretiens patients-secrétariats, discussions formelles et informelles entre cliniciens).

3. Une dernière raison de mon choix de la technique de l'entretien pour réaliser l'enquête A avait trait à ma propre trajectoire professionnelle. Celle-ci m'a en effet permis, avant même le début de ma thèse, d'acquérir une solide expérience dans la conduite d'entretiens semi-directifs. J'étais en revanche largement inexpérimenté dans l'observation directe (p. ex. observation participante) et dans l'analyse d'interactions naturelles enregistrées. Commencer par des entretiens me permettait donc d'aller rapidement à la rencontre du terrain dans des conditions favorables au travail d'investigation.

4. La psychiatrie de liaison se charge des prestations psychiatriques et psychologiques aux patients suivis ou hospitalisés dans une structure hospitalière somatique. Elle offre aussi un soutien ou des supervisions aux équipes cliniques en difficulté.

5. Nom scientifique de la colonne vertébrale.

Les médecins actifs sur le terrain d'étude relevaient de quatre spécialités que sont l'anesthésie (Centre de la douleur), l'orthopédie (Unité de rééducation du rachis), la rhumatologie (Unité de rééducation du rachis) et la psychiatrie (psychiatres de liaison du Centre de la douleur et Unité de rééducation du rachis). Il s'est avéré qu'à l'Unité de rééducation du rachis, deux psychologues réalisent des activités très semblables à celles des psychiatres, raison pour laquelle j'ai décidé de les solliciter au même titre que les médecins psychiatres. Tous les cliniciens de ces catégories ont été invités à participer à un entretien. Les patients à interviewer devaient m'être signalés par les médecins somaticiens des deux unités du terrain. Le choix des patients était orienté par trois critères :

- (1) Unité de recrutement : représentation relativement équilibrée des deux unités du terrain ;
- (2) *Background* migratoire : quelques patients sans vécu migratoire ; une majorité de patients avec vécu migratoire ;
- (3) *Background* linguistique des patients avec vécu migratoire : diverses langues premières et divers niveaux de maîtrise du français⁶

Toutes les personnes interviewées étaient appelées à faire état de leur consentement de participation en signant un formulaire *ad hoc*.

3.5 Production des données

Les entretiens de l'enquête A ont été conduits selon des guides d'entretien distincts pour les patients et les cliniciens. Les entretiens avec les cliniciens ont été intégralement semi-directifs (Blanchet & Gotman 2001) : les interviewés étaient invités à s'exprimer directement sur quelques thèmes clés de mon questionnaire, mes interventions se limitant en principe à des questions de relance et d'élucidation en cas d'incompréhension (pour les difficultés rencontrées à cet égard, v. *infra*, section 3.8.4). Les entretiens avec les patients contenaient également une partie semi-directive comparable, mais débutaient par une partie narrative plus libre où les patients étaient invités à raconter leur histoire médicale⁷. L'objectif de ce double mode de questionnement était la récolte d'un matériel discursif aussi riche et pertinent que possible en lien avec les dimensions et sous-dimensions suivantes, choisies en conformité avec les objectifs de l'enquête A :

6. À cet égard, des limites m'ont toutefois été fixées faute d'interprètes pour cette phase de la recherche, qui a été conduite sans financement.

7. Il s'agissait plus précisément, pour les patients, de commencer par exposer les éléments qui les ont amenés à consulter le service. Les modalités d'investigation différenciées pour médecins et patients s'expliquent par deux raisons principales. D'une part, j'avais observé par le passé que les patients sont particulièrement à l'aise dans les récits d'expériences personnelles, alors que les médecins, en raison entre autres de la diversité des patients qu'ils voient, sont plus à même de porter d'emblée un regard d'ensemble sur une problématique ayant trait à leur *setting* de travail usuel ; les formats de questionnement différents en début d'entretien devaient donc permettre de commencer avec chaque groupe par une tâche pour laquelle les interviewés étaient susceptibles de se sentir compétents, ce qui favorise l'acceptabilité et la productivité des entretiens de recherche (Blanchet & Gotman 2001). D'autre part, le mode d'investigation plus synthétique avec les cliniciens me permettait de prendre en compte leurs contraintes d'agenda.

Dimensions	Sous-dimensions	Guide cliniciens	Guide patients
1. Perception de la communication dans les consultations en général	1.1 Objectifs que les participants disent poursuivre dans leurs consultations	Question directe	Partie narrative + Question sur les attentes
	1.2 Objectifs que les participants imputent à leurs interlocuteurs	Question directe	Partie narrative
	1.3 Difficultés rapportées en lien avec certaines consultations	Question directe	Question directe
	1.4 Facteurs de satisfaction / insatisfaction et de succès / échec à propos des consultations	Question sur succès / échecs	Partie narrative + Question sur les qualités des bons médecins
2. Perception de la communication dans des consultations impliquant des migrants allophones	2.1 Groupes de migrants allophones et niveaux de maîtrise du français	Question directe	Migrants : Questions sur la biographie et le profil linguistique
	2.2 Limitations ou dysfonctionnements (supposés) spécifiques / typiques	Question directe	Migrants : Question sur les difficultés (v. 1.3) Tous : Question projective sur autres personnes
	2.3 Pratiques / stratégies développées ou envisagées pour faire face à la diversité linguistique des patients	Question directe	Question directe
3. Future recherche observationnelle (enquête B)	3.1 Idées de questions pour une recherche observationnelle	Question directe	Pas investigué
	3.2 Faisabilité / acceptabilité d'une recherche observationnelle (vidéos de consultation, entretiens <i>post hoc</i> , tests de langue pour les patients)	Question directe	Questions sur une participation personnelle hypothétique

Tableau 6 : Les dimensions et sous-dimensions à investiguer et leur traitement dans les guides d'entretien

3.6 Analyse des données

À quelques passages près, les entretiens – tous enregistrés sur support audio – ont fait l’objet d’une transcription intégrale⁸, mais visant un rendu simple des propos tenus⁹. Ce type de transcription m’apparaissait approprié pour une analyse focalisée prioritairement sur le niveau thématique. Pour chaque entretien de patient allophone, une séquence de quelques minutes choisie au hasard a toutefois fait l’objet d’une transcription plus détaillée, tentant notamment de consigner les particularités de leur parler : prononciation de syllabes s’écartant de manière significative des habitudes du français régional local, schèmes d’accentuation non usuels, chevauchements ou interruptions, etc. Cette démarche est entrée dans l’évaluation du niveau de maîtrise du français des patients (v. tableau 8).

La seconde phase de l’analyse des entretiens comportait deux volets. Le premier tenait dans des lectures répétées des transcriptions d’entretiens (et, subsidiairement, des notes de terrain). Ces lectures m’ont permis de dégager, librement et en considérant les entretiens dans leur globalité, toutes sortes d’observations, dont certaines ont nourri la suite de mes réflexions. C’est notamment dans le cadre de cette approche que j’ai tenté d’identifier quelques aspects fondamentaux dans la manière dont les personnes soignantes et soignées parlent d’elles-mêmes et de leurs expériences, démarche qui a abouti à la partie consacrée aux éléments du contexte plus large des entretiens cliniques (v. *infra*, section 4.1).

D’autre part, j’ai utilisé le logiciel d’analyse qualitative Atlas.ti¹⁰ pour inventorier systématiquement les indications recueillies en lien avec chacune des dimensions et sous-dimensions d’investigation (v. tableau 6). Pour chaque sous-dimension, ces indications ont été regroupées en thèmes et parfois en sous-thèmes. Pour deux séries de sous-dimensions¹¹, des thèmes transversaux communs particulièrement pertinents ont pu être identifiés. Dans ce cas, j’ai décidé de renoncer à la description détaillée des indications en lien avec chaque sous-dimension (p. ex. objectifs, difficultés, satisfaction, etc.) à la faveur d’un traitement global des thèmes transversaux (p. ex. enjeux communicationnels), avec leurs sous-thèmes (parfois à plusieurs niveaux d’analyse). C’est l’arbre thématique ainsi établi (tableaux 9, 11 et 12) qui a servi de structure à la partie de la présentation des résultats tirés de cette analyse systématique.

8. Des passages digressifs ou à faible densité informative ont été résumés.

9. Sans attention pour les particularités phonétiques et prosodiques du discours, pas plus que pour l’agencement des tours de paroles (chevauchements, etc.).

10. <http://www.atlasti.com/features.html> (consulté le 20.08.14).

11. Il s’agit de : « objectifs », « difficultés », « facteurs de satisfaction / insatisfaction et de succès / échec » ; et « groupes de migrants allophones / niveaux de français » et « limitations / dysfonctionnements (supposés) spécifiques / typiques avec les migrants allophones ».

3.7 Garantie de l'anonymat

Bien que je ne précise pas, dans ce document, dans quel ou quels hôpitaux de Suisse romande les données de l'enquête A ont été collectées, plusieurs catégories de lecteurs potentiels disposent de cette information (mes collègues directs, les collaborateurs des unités participant à l'étude, etc.). Or, les équipes des unités en question sont de taille modeste, ce qui rend aisé, pour toute personne qui les connaît bien, l'identification des participants si leur genre, leur spécialité et leur unité de rattachement sont mentionnés¹². Pour assurer l'anonymat aux participants issus de la clinique, je n'avais donc d'autre choix que de « gommer » certains aspects de leurs identités dans la présentation des résultats. En l'espèce, je me référerai aux cliniciens (hommes ou femmes) systématiquement au masculin¹³ et je désignerai les médecins de l'unité de rééducation comme « spécialistes en rééducation » (sans préciser s'ils sont orthopédistes ou rhumatologues). J'ai dû renoncer au gommage du genre dans une citation thématissant précisément l'incidence du genre sur les consultations. L'anonymat de la personne est toutefois garanti, aucune autre indication ne permettant de l'identifier.

Compte tenu de l'importance des populations de patients fréquentant les unités du terrain d'étude, des précautions analogues n'étaient pas requises à leur sujet. On ne s'étonnera donc pas de voir des mentions de « patientes », mais jamais de « cliniciennes » lorsque je fais référence aux personnes interviewées.

3.8 Entretiens réalisés : indications liminaires

Plusieurs éléments liminaires relatifs aux entretiens effectivement réalisés dans le cadre de l'enquête A – recrutement, organisation et conduite des interviews – méritent d'être relevés. Ils sont, d'une part, révélateurs d'aspects centraux du contexte dont sont issus les résultats de l'enquête A (p. ex. profils des participants). D'autre part, mon expérience de terrain au cours de l'enquête A – et tout particulièrement le bilan de ce qu'il a été possible ou impossible, facile ou difficile de faire dans le cadre de cette investigation (respecter plus ou moins fidèlement mes critères de sélection des interviewés, me conformer plus ou moins strictement à mes guides d'entretien, réaliser la procédure d'analyse projetée, etc.) – a en toute logique pesé de manière non négligeable sur ma façon de concevoir l'enquête B au plan méthodologique. Enfin, la prise en compte de ces différentes limitations et difficultés est essentielle pour la dimension réflexive de ma recherche, raison pour laquelle je ne me contente généralement pas de les lister, mais tente aussi d'avancer des pistes explicatives les concernant.

12. Il n'y avait au sein de l'unité de rééducation du rachis faisant partie du terrain qu'une seule femme médecin et un seul rhumatologue.

13. Le choix du masculin générique français m'a semblé la moins mauvaise solution. Un recours au féminin – d'autant plus défendable que les femmes sont majoritaires parmi le personnel clinique – pouvait inciter certains lecteurs à attribuer tous les propos aux femmes présentes dans les équipes.

3.8.1 Collectif d'enquêtés

Durant les derniers mois de l'année 2007, j'ai pu interviewer tous les médecins et psychologues du terrain d'enquête, à deux exceptions près. Les cliniciens non interviewés étaient un médecin somaticien (anesthésiste) du Centre de la douleur et le psychiatre de liaison de l'Unité de rééducation du rachis. Tous deux venaient de prendre leur nouveau poste et n'étaient pas encore prêts à parler de leur pratique. Cette lacune me paraissait acceptable, car j'ai pu interviewer les deux autres médecins anesthésistes du Centre de la douleur, ainsi que les deux psychologues expérimentés de l'Unité de rééducation du rachis, qui m'ont parlé de manière détaillée de leurs propres pratiques et de la place du psychiatre de liaison dans le dispositif.

Le tableau 7 livre quelques caractéristiques clés du collectif de cliniciens interviewés, notamment leurs profils institutionnels et professionnels, leur genre et leur âge. On remarquera la présence non négligeable, au sein de ce collectif, de personnes ayant migré à la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte¹⁴ et ayant le français comme langue seconde (même s'ils en ont tous une maîtrise quasi native).

<i>Spécialités (Unités)</i>		<i>Background migratoire</i>	
Anesthésie (unité d'antalgie)	2	Avec vécu migratoire	4
Orthopédie et rhumatologie (unité de rééducation)	3	Sans vécu migratoire	4
Psychiatrie et psychologie (psychiatrie de liaison)	3		
<i>Sexe</i>			
Femmes	5	Français quasi natif	4
Hommes	3	Français natif	4
<i>Âge</i>			
Minimum	34	Français	4
Maximum	61	Autre langue latine	2
		Langue germanique	2

Tableau 7 : Cliniciens interviewés durant l'enquête A (N=8)

Les patients de l'enquête A ont été interviewés au début de l'année 2008. Comme prévu, le nombre de patients inclus a été calqué sur celui des cliniciens : huit patients pour huit cliniciens. Tous les patients interviewés souffraient de douleurs musculo-squelettiques chroniques¹⁵. Cinq d'entre eux étaient des

14. Dans un cas, il s'agit d'une migration interne à la Suisse.

15. Les douleurs des patients interviewés se situaient au niveau de diverses articulations et de divers muscles, et elles impliquaient toujours à un degré ou un autre la colonne

migrants allophones avec des niveaux de maîtrise du français allant de basique ou moyen à très bon (des précisions sont fournies dans le tableau 8 et les notes de bas de page qui s'y rapportent). Ils étaient tous de langue première albanaise ou portugaise¹⁶. Les trois patients interviewés restants étaient des locuteurs natifs du français ayant grandi en Suisse romande¹⁷. En plus d'une synthèse de ces éléments, le tableau suivant contient également des indications relatives au genre et à l'âge des patients interviewés :

<i>Lieu de recrutement</i>		<i>Background migratoire</i>	
Unité de rééducation	5	Avec vécu migratoire	5
Unité d'antalgie	3	Sans vécu migratoire	3
<i>Sexe</i>		<i>Maîtrise du français</i>	
Femmes	5	Français basique ou moyen ¹⁸	1
Hommes	3	Français bon ¹⁹	2
		Français très bon ²⁰	2
		Français natif	3
<i>Âge</i>		<i>Langue première</i>	
Minimum	26	Albanais	2
Maximum	57	Portugais	3
		Français	3

Tableau 8 : Patients interviewés durant l'enquête A (N=8)

3.8.2 Prise de contact

Au plan pratique, la prise de contact avec les interviewés s'est avérée aisée. J'ai d'abord contacté les cliniciens par téléphone, parlé brièvement de mon idée de recherche et demandé un rendez-vous pour un entretien. La totalité des cliniciens sollicités me connaissaient personnellement ou collaboraient avec l'un de mes responsables hiérarchiques ou collègues directs. Ce facteur a certainement facilité l'obtention de leur accord pour cette première rencontre. Avec les patients,

vertébrale. Chez deux patientes les douleurs avaient commencé plus de quinze ans auparavant, la durée minimale depuis l'apparition des douleurs étant de trois ans.

16. Il s'agit de deux communautés migrantes importantes en Suisse romande (v. *supra*, section 1.7).

17. De ces trois personnes, deux avaient des parents ayant migré à l'âge adulte. Ces deux interviewés parlaient aussi la langue de leurs parents, mais considéraient le français comme leur langue première ou maternelle.

18. Français suffisant pour une conversation basique, mais avec de fréquentes et évidentes difficultés d'expression et de compréhension.

19. Français courant avec un accent prononcé et certains moments de difficultés expressives manifestes.

20. Français quasi natif avec un léger accent et de rares formes non standard.

les premiers contacts passaient, en revanche, systématiquement par l'un des médecins somaticiens du terrain. Ces derniers me transmettaient les coordonnées des patients contactés, suite à quoi j'appelais ces patients pour répondre à leurs éventuelles questions et pour leur demander confirmation de leur participation (pour l'impact possible de ce mode d'entrée en contact, v. *infra*, section 3.8.4). À ma connaissance, tous les patients contactés par les médecins sont entrés en matière pour l'entretien de recherche et la totalité des patients qui m'ont été référés ont ensuite donné leur accord en vue d'un entretien et se sont présentés au rendez-vous fixé.

3.8.3 Durée et locaux

La quasi-totalité des entretiens réalisés ont dépassé le temps annoncé lors de la prise de contact : ils étaient de 45-60 minutes chez les cliniciens (contre 30-45 minutes annoncées), et généralement de plus de 60 minutes chez les patients (contre 45-60 minutes annoncées). Deux entretiens avec des patients ont même duré plus de 120 minutes et ont été réalisés en deux séances. Le dépassement du temps d'entretien s'explique par l'engagement remarquable de tous les participants interviewés.

Les entretiens se sont déroulés dans des bureaux de consultation. J'ai en effet vu les patients dans des locaux ayant été mis à ma disposition par les unités somatiques où les patients en question étaient suivis (pour l'impact possible de ce choix de locaux, v. section 3.8.4).

3.8.4 Difficultés lors de la conduite des entretiens

Comme le prévoit le principe même de l'entretien semi-directif, les différents thèmes préfixés n'ont pas toujours été traités dans l'ordre prévu par le guide. Il est en effet usuel dans ce type d'interview que des éléments de réponse à certaines questions surviennent dans le cadre des réponses à d'autres questions, ce qui permet parfois à l'intervieweur de ne pas y revenir (s'il juge qu'il a recueilli suffisamment d'informations) ou alors d'approfondir ces mentions spontanées, soit dans l'immédiat, soit en différé (Blanchet & Gotman 2001). Cependant, dans une partie des entretiens de l'enquête A, le cours pris par l'échange m'a confronté à des difficultés particulières.

Dans quelques entretiens avec des médecins somaticiens, ces derniers se sont, dès le début de la présentation de mon idée de recherche, engagés avec beaucoup d'enthousiasme dans une discussion sur les choix théoriques et méthodologiques d'une enquête future qui, pour moi, n'avait encore que des contours très généraux. J'étais ainsi contraint de renvoyer ces questions à plus tard, non sans en ressentir une certaine gêne, probablement liée à ma peur de ne pas répondre aux attentes de ces médecins (eux-mêmes engagés dans des recherches) en tant que chercheur. Il est possible de voir ces moments de complication dans les entretiens comme des indices d'un décalage entre médecins et chercheur au plan des idées sur la manière dont une recherche doit se présenter. On peut toutefois aussi y voir une tentative des médecins, peu à l'aise dans la position d'enquêtés, de reprendre le contrôle sur le processus de recherche et de réintégrer leur rôle accoutumé de locuteur qui dirige l'interview

et pose les questions (sur ce point, v. *infra*, section 7.2.4.1, car des difficultés similaires sont également survenues dans le cadre de l'enquête B).

Avec les patients, ma principale difficulté tenait au fait que certains d'entre eux parlaient d'un très grand nombre de médecins et autres professionnels de la santé dans leurs entretiens. Il m'était dès lors impossible de les interroger de manière détaillée sur leurs expériences avec chacun d'eux et j'étais contraint à poser des priorités dans le feu de l'action. Mon premier choix allait alors à une investigation ciblée des contacts avec les cliniciens de mon terrain d'enquête, mais les patients en parlaient généralement peu et, surtout, en termes exclusivement élogieux. Les patients ne connaissaient pour la plupart pas très bien les cliniciens du terrain, ce qui peut expliquer cette tendance dans le discours. Mais le recours aux médecins du terrain pour l'entrée en contact avec les patients et l'utilisation de locaux hospitaliers pour la tenue des entretiens ont très probablement aussi pesé d'un certain poids sur l'éclairage sous lequel les patients dépeignent ces consultations. Pour problématiser la communication clinique avec les patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques malgré ces limites, j'ai généralement choisi, durant mes entretiens avec les patients, d'approfondir tout particulièrement les expériences avec les cliniciens hors-terrain avec qui la communication ou la relation semblait avoir été la plus problématique (y compris d'ailleurs, avec ceux qui ne sont pas des « spécialistes » des douleurs chroniques, médecins généralistes en particulier).

Avec un des patients – en l'espèce un homme francophone de langue première né en Suisse – je n'ai pas eu la possibilité de réaliser l'entretien de recherche comme prévu pour des raisons relevant très probablement d'un trouble psychiatrique majeur. La partie narrative de cette rencontre était particulièrement chaotique et mes questions d'élucidation conduisaient généralement à une confusion accrue. Dans la partie plus structurée, le discours du patient paraissait souvent proche de mes questions mais ne livrait que très rarement de véritables réponses, même après de multiples tentatives de clarification (au final, l'interview a dépassé deux heures). Pour des raisons de faisabilité, j'ai exclu cet entretien de l'analyse. Cette expérience m'a toutefois été utile, car elle m'a sensibilisé à l'existence de facteurs autres que sociolinguistiques – en l'occurrence la facette discursive de troubles psychiques – qui peuvent complexifier considérablement l'interaction avec certains patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Elle m'a aussi conduit à exclure de l'enquête B les patients souffrant de troubles psychiatriques dont les médecins estimaient qu'ils rendent la participation à un entretien de recherche problématique.

Toujours pour les rencontres avec les patients, une de mes préoccupations initiales était liée à la maîtrise du français de mes interviewés. Pour me faire une idée de la diversité linguistique des patients et de l'impact de cette donnée sur leur vécu en milieu médical, j'avais opté pour des entretiens avec toutes sortes de migrants non francophones voyant leur médecin spécialiste sans interprète. Or, vu que je n'avais pas la possibilité de recourir à des interprètes pour l'enquête A (conduite sans financement), je prenais le risque de me voir confronté à des difficultés de compréhension avec certains patients. Au final, mon groupe d'interviewés issus de la migration ne comprenait toutefois qu'une seule personne dont la maîtrise du français était limitée au point de nous mettre, l'un et

l'autre, régulièrement en difficulté dans l'échange. Dans cette rencontre, il s'est assez rapidement avéré que le patient parlait bien mieux l'allemand que le français, ce qui nous a permis de poursuivre dans cette langue où l'intercompréhension était relativement bonne. L'expérience des premières minutes de cet entretien m'a toutefois sensibilisé à l'importance de bénéficier de prestations d'interprétariat au cas où l'enquête B m'amènerait à interviewer des patients (potentiellement) peu à l'aise en français.

Si les difficultés effectives rencontrées avec les patients migrants de l'enquête A en raison de leur maîtrise du français étaient ainsi limitées dans les faits, j'ai perçu un malaise récurrent dans les séquences où il s'agissait de thématiser avec ces mêmes migrants les particularités de leur situation linguistique. Les patients migrants insistaient alors souvent lourdement sur leurs efforts passés et/ou présents pour apprendre le français, ainsi que sur leur choix de ne pas recourir à des interprètes. Dans un contexte sociopolitique helvétique où les migrants sont de plus en plus souvent stigmatisés – notamment dans les médias – comme mal intégrés aux plans linguistique et culturel, je considère comme probable que mes enquêtés issus de la migration se conformaient, en mettant en avant leur engagement dans l'apprentissage du français et leur autonomie linguistique, à une forme de désirabilité sociale. Il s'agit évidemment de tenir compte de ce risque dans l'interprétation de leurs propos.

Dimension	Sous-dimensions	Thèmes
3. Future recherche observationnelle (enquête B)	3.1 Aspects qui pourraient être traités par des recherches sur la communication sur le terrain d'étude	Questions/hypothèses Attentes sur les processus Attentes sur les <i>outputs</i>
	3.2 Conditions de faisabilité ou d'acceptabilité d'une éventuelle recherche observationnelle	Démarches faisables : vidéos, entretiens <i>post hoc</i> Démarche irréalisable ou difficilement réalisable : tests de langue

Tableau 9 : Grille thématique pour la dimension
« future recherche observationnelle »

3.9 Informations collectées expressément en vue de l'enquête B

Figurent également dans ce chapitre méthodologique les indications essentielles tirées de l'enquête A en vue de la mise en place et de la réalisation pratique de l'enquête B (dimension 3 des protocoles d'entretien de l'enquête A, v. *supra*, section 3.5). Comme le montre la seconde colonne du tableau 9 ci-dessous, les informations récoltées en préparation de l'enquête B étaient de deux ordres. J'investiguais d'une part les attentes et réactions face à l'idée d'une recherche observationnelle sur la diversité linguistique et les interactions cliniques dans les unités du terrain. D'autre part, je tentais de rassembler des éléments utiles concernant la faisabilité de différents modes de production de données sur le terrain. Les principaux thèmes abordés en lien avec ce double questionnement

figurent dans la troisième colonne du tableau 9 et sont détaillés dans ce sous-chapitre.

3.9.1 Attentes et réactions face au projet d'une recherche communicationnelle sur la diversité linguistique

Mon investigation des attentes et réactions des interviewés face à l'idée d'une recherche communicationnelle sur la diversité linguistique dans le domaine des suivis spécialisés des douleurs musculo-squelettiques chroniques présente un certain déséquilibre. Les soignants se sont en effet bien plus longuement exprimés sur cet aspect que les soignés. Ce déséquilibre s'explique en partie par le fait que je n'ai pas posé aux derniers de questions directes sur ce point, de peur que ce type de questionnement ne leur paraisse incongru et ne nous mette en difficulté. Mais, comme on le verra, les patients se sont prononcés indirectement – et en l'espèce favorablement – sur l'idée générale d'une recherche communicationnelle dans le cadre de mes questions sur la faisabilité d'une telle recherche. Les cliniciens, quant à eux, ont parlé de l'idée d'une étude, sur leur terrain, consacrée au thème « communication et migration » à deux moments distincts de l'entretien : tout au début, lorsque je leur exposais les grandes lignes de mon travail, et à la fin, lors des questions spécifiques en vue d'un futur volet de recherche observationnelle.

La plupart des cliniciens n'ont pas exprimé d'idées concrètes sur le type de questions ou d'hypothèses dont une recherche communicationnelle sur la diversité linguistique dans leur périmètre d'action pourrait ou devrait traiter. Deux exceptions sont à signaler parmi les médecins de l'Unité de rééducation du rachis, qui souhaitaient qu'une telle étude démontre, pour l'un, la nécessité d'un accès facilité à l'interprétariat dans son unité et, pour l'autre, le fait que certains migrants devraient suivre davantage de cours de français pour être mieux intégrés au plan linguistique. D'autres cliniciens ont par ailleurs laissé entendre qu'ils verraient d'un bon œil une recherche qui étairait de manière empirique une partie des impressions et hypothèses qu'ils formulent eux-mêmes (notamment dans le cadre même de l'enquête A) à propos de leurs consultations avec des migrants et des non-migrants. Ces personnes n'ont toutefois pas précisé lesquelles de leurs idées ou hypothèses il s'agirait spécifiquement de traiter.

En revanche, les cliniciens semblaient avoir quelques attentes concrètes sur la forme que devrait prendre le processus d'une future recherche communicationnelle sur la diversité linguistique et les interactions cliniques, ainsi que sur les outputs finaux d'une pareille démarche. En termes de processus de recherche, deux personnes ont souligné l'importance, pour les cliniciens, que la démarche entreprise leur procure des espaces de discussion et de réflexion sur leur clinique, espaces dont ils disaient manquer dans leur quotidien. En termes d'*outputs* de recherche souhaités, les éléments suivants ont été mentionnés : des instruments ou guides pratiques pour la communication ; des clés de décodage pour le non-verbal chez les migrants ; et des articles permettant aux médecins de réfléchir à leur pratique et de l'améliorer.

Une seule crainte a été formulée en vue d'une future recherche communicationnelle sur la diversité linguistique et les interactions cliniques. Elle portait

sur les futures analyses ou interprétations, en vue desquelles un médecin a tenu à rappeler que chaque relation médecin-patient est unique et qu'il fallait éviter de projeter des généralités sur des cas particuliers.

3.9.2 Perspectives de production de données sur le terrain (faisabilité)

Les entretiens menés dans le cadre de l'enquête A donnaient dans leur ensemble à penser qu'une étude observationnelle intensive serait possible sur le terrain étudié, même si un certain nombre de préoccupations, d'hésitations et de doutes ont été exprimés. Concernant l'enregistrement vidéo ou audio de consultations, les cliniciens ont tous donné leur d'accord de principe, mais plusieurs d'entre eux m'ont signalé que, de leur point de vue, l'enregistrement de premières consultations avec des nouveaux patients n'était pas indiqué, car potentiellement délétère pour la mise en place d'un bon lien thérapeutique. Pour le reste, les cliniciens considéraient tous que, même si quelques refus étaient à prévoir, de très nombreux patients seraient certainement prêts à se laisser filmer si les médecins le leur demandaient. Les patients ayant participé à l'enquête A confirmaient largement cette impression, puisqu'ils assuraient presque tous que, le cas échéant, ils accepteraient qu'une caméra retrace une de leurs consultations. Deux personnes migrantes disaient toutefois qu'elles devraient encore réfléchir. Parmi elles, une insistait sur l'importance pour elle que l'usage d'un éventuel enregistrement de consultation soit réservé exclusivement à mes recherches.

L'idée de reparler ultérieurement de la consultation dans le cadre d'entretiens *post hoc* avec les cliniciens et patients (que ce soit à chaud, immédiatement après celle-ci, ou à froid, dans le cadre d'une phase plus tardive de l'analyse) a également rencontré un écho favorable. Quelques cliniciens ont toutefois profité de leur réponse sur ce point pour rappeler qu'ils sont très occupés et que tout devrait être entrepris pour que la charge de travail liée à ces entretiens *post hoc* demeure maîtrisable (durée et fréquence raisonnable). Ils considéraient en revanche que les patients seraient probablement disponibles et disposés, et cette appréciation est confirmée par les patients interviewés : aucun des patients donnant son accord hypothétique à être filmé ne s'opposerait en effet à participer à des entretiens *post hoc*.

En revanche, les avis étaient divisés à propos de la faisabilité d'éventuels tests de langues formalisés en vue d'établir le niveau de français des patients. Plusieurs cliniciens considéraient que parmi leurs patients issus de la migration, les personnes susceptibles de mal percevoir un tel test seraient probablement nombreuses. Ils craignaient en particulier que des migrants ayant encore une maîtrise limitée du français après bien des années en Suisse ne se sentent humiliés ou menacés par ce type de tests. Un clinicien avançait aussi l'hypothèse que pour certains migrants un test de langue pourrait rappeler ceux pratiqués dans le cadre de la naturalisation (procédure administrative pour obtenir la nationalité suisse) et un autre envisageait même que le chercheur pourrait, de ce fait, être perçu comme un espion des autorités. Des préoccupations d'ordre pratique liées notamment aux cas d'illettrisme parmi les patients ont également été avancées. Cela étant, parmi les patients migrants ayant participé à l'enquête A, personne n'a explicité un refus pour le cas hypothétique où un test de langue

lui serait demandé dans le cadre d'une étude. Un certain malaise lors des réponses à cette question hypothétique était toutefois palpable (et plusieurs disaient que certains de leurs compatriotes seraient probablement fermés à ce type d'investigation).

Échange d'informations, engagement relationnel et reconnaissance : enjeux communicationnels centraux pour les participants

Si le chapitre qui précède est consacré à divers aspects méthodologiques liés à l'enquête A, les chapitres 4 et 5 livrent, quant à eux, l'essentiel des résultats de l'analyse libre et systématique de cette première série d'entretiens réalisés avec des cliniciens et des patients. Le chapitre 4 se focalise sur l'éclairage que les personnes interviewées donnent de leurs pratiques en termes de communication clinicien-patient, indépendamment de la question des difficultés spécifiques ou typiques liées à la gestion de la diversité sociolinguistique chez les patients issus de la migration. Il débute par des éléments clés révélés par les participants à propos du contexte dans lequel s'inscrivent les pratiques communicationnelles cliniques entre les professionnels médicaux spécialisés dans le suivi de douleurs chroniques et leurs patients. Il enchaîne sur les enjeux communicationnels qui se dégagent des discours des participants en lien avec les pratiques communicationnelles en question.

Les propos de cliniciens et de patients traitant plus spécifiquement de la clinique auprès de patients migrants allophones feront, quant à eux, l'objet du chapitre 5.

Dans ces deux chapitres, mon propos est presque toujours illustré d'extraits des transcriptions du corpus d'enregistrements audio¹ qui figurent en note de bas de page. Ces extraits illustrent les principales catégories et sous-catégories de contenus décrites et donnent accès aux termes dans lesquels elles ont été abordées par certains interviewés.

4.1 Éléments du contexte plus large des interactions cliniques

Cette première section de résultats cherche à faire émerger des entretiens menés avec les patients et les cliniciens durant l'enquête A quelques éléments récurrents et/ou saillants de leurs récits qui me sont apparus déterminants pour com-

1. J'ai sélectionné, parmi les illustrations possibles, les plus éloquentes et les plus facilement compréhensibles en dehors du contexte plus large de l'entretien.

prendre les aspects communicationnels plus pointus qui seront abordés par la suite. Même si, en termes d'organisation chronologique de l'enquête, les cliniciens ont été interviewés avant les patients, je commencerai par quelques aspects centraux tirés des récits de la maladie et des soins récoltés auprès des personnes soignées. La raison de ce renversement tient dans le fait que ces discours de patients livrent d'emblée au lecteur des points de repère décisifs pour s'orienter dans l'univers expérientiel, institutionnel et relationnel dans lequel s'inscrivent les consultations spécialisées centrées sur des douleurs musculo-squelettiques chroniques.

4.1.1 Propos de patients : la vie avec des douleurs chroniques et la quête de soins

Les propos qui suivent reposent principalement sur l'analyse libre et verticale – entretien par entretien et non pas question par question ou dimension par dimension (Blanchet & Gotman 2001 : 97-98) – des propos des patients. Il s'est agi dans cette analyse holistique, par la lecture répétée des transcriptions, de dégager les catégories principales que les personnes utilisent pour parler d'elles-mêmes et de voir comment elles mettent en mots leurs expériences (dans le monde médical et ailleurs). Pour éviter les redondances, j'ai toutefois volontairement renoncé à approfondir ici les aspects qui seront traités dans les résultats tirés de l'analyse structurée des interviews et en réalité une grande partie des observations qui suivent reposent sur les parties narratives des rencontres avec des patients.

Un premier constat qui s'est rapidement imposé à moi en considérant le discours des patients est que celui-ci relève très souvent simultanément du récit et de la *plainte*². Tout en me parlant de leur maladie, de leur cheminement personnel et de leurs expériences avec le système de soins, les patients expriment leurs souffrances et la difficulté de leur vie. De manière remarquable, certains patients interviewés ont d'ailleurs opéré des mouvements de positionnement métadiscursif par rapport à l'aspect plaintif de leurs propos. En l'occurrence il s'agissait de mouvements de distanciation, les patients affirmant à un point ou un autre de l'entretien ne pas aimer les plaintes – ni les leurs, ni celles des autres – et soulignant leur capacité à souffrir en silence dans leur quotidien.

Lorsque les patients interviewés me parlent de leurs douleurs, celles-ci sont principalement abordées sous deux angles : comme ressenti douloureux à proprement parler ; et comme facteur invalidant. Les propos sur le *ressenti douloureux* occupent une place très variable d'un entretien à l'autre. Certains patients ne l'évoquent que très succinctement, alors que d'autres en produisent des descriptions détaillées. Les auteurs de ces descriptions mentionnent divers types de sensations, notamment des brûlures, des points, des picotements, des tensions et des crampes. Ils recourent également à des comparaisons du type : « comme si on m'arrachait les doigts et les bras », « comme des coups de couteau », « comme des aiguilles » ou « comme des décharges électriques ». Au plan

2. Un inventaire des aspects des récits de patients souffrant de douleurs chroniques identifiant leurs discours comme des « plaintes » se trouve notamment chez Kugelmann (1999).

linguistique, on peut noter une certaine tendance à désigner les douleurs par le pronom « ça » (p. ex. « ça picote », « ça fait des tachycardies », etc.). Parfois elles sont aussi présentées comme des agents prenant contrôle des corps : elles bloquent des dos ou des nuques, font lâcher des genoux, suscitent des évanouissements, etc. Ce sentiment de perte de contrôle sur le corps et plus largement sur la vie semble encore accentué par la variabilité imprévisible des douleurs dans le temps. Tous ces procédés de description se retrouvent également ailleurs dans la littérature consacrée aux ressources linguistiques mobilisables pour rendre compte de douleurs (en l'occurrence pour des langues autres que le français), notamment chez Ehlich (1985), Hallyday (1998), Overlach (2008) et Reisigl (2010). À cet égard, mes entretiens avec des patients francophones natifs ou très à l'aise en français frappent par une diversité d'expression marquée en comparaison avec les descriptions des patients ayant une maîtrise plus limitée de la langue de l'entretien.

Les *aspects invalidants* du vécu douloureux prennent une place saillante dans la plupart des entretiens de patients. Parmi les aspects rendus impossibles ou difficiles par les douleurs, on trouve les activités apparemment les plus élémentaires et essentielles de la vie, comme dormir, marcher, travailler ou s'occuper de ses enfants. Tous les patients parlent spontanément d'effets invalidants, alors que seul une partie d'entre eux parlent de leurs ressentis douloureux à proprement parler sans y être explicitement invités.

Au-delà de l'évocation du ressenti douloureux et des effets invalidants, les patients interviewés utilisent l'essentiel de la partie narrative initiale pour raconter et décrire d'autres aspects de leur vie depuis l'apparition des douleurs. Dans plusieurs entretiens, cette apparition faisait d'ailleurs figure de rupture biographique, séparant nettement une vie avant la douleur, parfois décrite comme un temps où tout allait bien, et une vie avec la douleur, où tout (ou presque) est devenu problématique. Parfois l'apparition d'un ressenti douloureux est mise en lien avec des événements importants des biographies personnelles (grossesse et accouchement, vécu de guerre) sans toutefois que ces événements ne soient présentés explicitement comme des causes des douleurs. La vie des patients après cette rupture est présentée comme difficile et lourde au plan du bien-être psychique, de la vie sociale, de l'occupation professionnelle et de la quête de ressources et d'aide (médicale entre autres).

Les patients rapportent pour la plupart une péjoration durable de leur *bien-être psychique* (ils parlent surtout de dépression ou de « déprime » et de « baisses de moral »), qu'ils présentent avant tout comme une conséquence de leurs douleurs et de la dégradation générale de la vie qu'elles entraînent. Dans plusieurs entretiens, ce sont surtout les difficultés à trouver des soins efficaces qui sont décrites comme déprimantes et/ou anxiogènes. Vu l'incapacité de la médecine à les guérir, plusieurs patients se disent notamment envahis de peurs d'avoir un problème grave qui n'aurait pas encore été découvert ou que l'on chercherait à leur cacher, par exemple un cancer ou une dégénération de la colonne pouvant entraîner une paralysie irréversible des jambes.

D'autre part, la plupart des patients interviewés font part d'une évolution négative de leur *situation sociale* depuis l'apparition des douleurs chroniques. La perte totale ou partielle de la capacité de travail semble à cet égard jouer un rôle

central. Suite à la perte de leurs revenus habituels, plusieurs patients disent s'être trouvés confrontés à des démarches auprès d'assurances sociales (surtout de l'assurance invalidité), démarches vécues comme lourdes, maltraitantes et humiliantes parce que leur conférant le sentiment d'être traités comme des tricheurs ou simulateurs en puissance. Au final, la plupart des interviewés font état de problèmes financiers plus ou moins importants. Plusieurs d'entre eux rapportent aussi une perte des liens sociaux, qu'ils expliquent soit par l'absence de moyens financiers nécessaires aux loisirs et sorties, soit par les douleurs elles-mêmes, leur conférant l'impression d'être de mauvaise compagnie ou alors de devoir sourire et porter un « masque ».

Le rapport de certains patients avec leur *occupation professionnelle* apparaît particulièrement complexe. Plusieurs d'entre eux considèrent en effet que leur travail est en partie responsable de leurs douleurs ou au minimum contre-indiqué, du fait notamment des mouvements répétitifs ou du port de charges qu'il implique. Mais ces mêmes patients soulignent aussi l'importance, à leurs yeux, de pouvoir continuer à travailler et expriment parfois un fort attachement au travail qu'ils ont l'habitude d'effectuer (même s'ils le considèrent néfaste par ailleurs).

Au final, les récits des patients les donnent à voir comme des *personnes cernées de multiples obstacles* qui se renforcent mutuellement : l'absence d'une solution médicale efficace pèse négativement sur le « moral » et empêche la réinsertion professionnelle ; l'inactivité conduit à la précarité matérielle qui, à son tour, affecte le « moral » ; les « baisses de moral » et l'angoisse renforce les douleurs, etc. De ce point de vue, mes observations montrent une certaine proximité avec celles de Walker (1999) qui relate comment des personnes souffrant de lombalgies chroniques se décrivent comme prises au piège d'un système. Mais selon les dires des patients interviewés, ceux-ci déploient de gros efforts pour éviter de se retrouver totalement acculés : presque tous disent, d'une manière ou d'une autre, lutter pour débloquer leur situation.

En l'espèce, la *lutte* de trois patients de l'Unité de rééducation du rachis souffrant de douleurs de très longue date paraît surtout orientée vers des traitements et des soutiens au sens large leur permettant de mieux supporter un ressenti douloureux dont ils ne pensent plus pouvoir se défaire totalement (psychothérapies, ergothérapie, exercices, espace d'expression et de discussion avec des médecins etc.). Pour ces patients, on peut identifier des indices clairs d'une certaine acceptation de la chronicité. En revanche, chez les quatre autres patients (dont trois sont issus du Centre de la douleur), la lutte semble surtout orientée vers des solutions chirurgicales, antalgiques (injections) et/ou médicamenteuses permettant de supprimer ou de guérir les douleurs. Parmi ces patients-là, certains disent ne pas hésiter à entrer en conflit avec des professionnels de la santé lorsqu'ils ont le sentiment que tout le possible n'a pas été entrepris à cette fin. En termes d'adaptation du patient à la chronicité de son problème de santé (v. par exemple le modèle de Gabe *et al.* 2004 : 78, cité d'après Lalouschek 2010), avec ses 3 stades : *coping*, stratégies, *lifestyle*), ces quatre derniers patients ne sont de toute évidence pas dans une logique d'acceptation d'une vie avec une condition chronique.

Dans les diverses formes de luttes menées pour améliorer leur situation, les patients disent s'appuyer sur plusieurs types de *ressources*, en premier lieu sur leurs propres forces et motivation, ainsi que sur leur famille proche (conjointes ou partenaires, parents, enfants adultes, etc.). Plusieurs personnes interviewées mentionnent aussi le rôle précieux d'internet, offrant à la fois aux patients des informations utiles et la possibilité d'entrer en contact avec d'autres personnes souffrant de problèmes similaires.

S'agissant de l'apport des cliniciens, le tableau est contrasté. La plupart des patients interviewés font état d'un ou plusieurs médecins ou psychologues représentant une ressource centrale à leurs yeux. Au plan linguistique, il est frappant de voir que les patients parlent souvent des interventions de ces cliniciens en se servant d'un « on » qui suggère l'existence d'un binôme médecin-patient uni dans la lutte contre la douleur (p. ex. « on a fait un bloc », « on essaie les physios et tout »). Les personnes recourant à ces types de formulations semblent ainsi s'associer au travail des cliniciens et faire en quelque sorte corps avec eux. On remarquera toutefois que dans certains cas, ces cliniciens au rôle décisif aux yeux des patients ne sont apparus dans leur vie qu'à une date relativement récente. Dans ces cas, les cliniciens semblent surtout importants pour les patients en raison des attentes considérables dont ils les investissent (davantage encore en cas d'impression positive à l'issue des premières rencontres). À l'inverse, tous les patients font également état de conflits et/ou tensions avec des cliniciens, par exemple dans le contexte de démarches auprès d'assurances sociales. De nombreux aspects de consultations jugées tendues et/ou inefficaces apparaîtront dans la section 4.2 et dans le chapitre 5.

Les expériences directes des patients interviewés avec les unités cliniques du terrain d'étude sont en général relativement récentes. Ils ont pour la plupart déjà eu plusieurs consultations dans l'unité où ils ont été recrutés pour l'entretien de recherche, mais aucun patient n'y recourt de manière régulière. Les usagers du Centre de la douleur disent tous s'y être présentés avec l'attente d'une suppression ou au moins d'un soulagement substantiel de leurs douleurs par des techniques anesthésiques (surtout des injections). Ils y ont tous été adressés par d'autres médecins (même si l'un des patients dit avoir dû se battre pour cela). Aucun d'entre eux n'a rencontré le psychiatre de liaison attiré du Centre de la douleur. À une exception près, les personnes suivies à l'Unité de rééducation du rachis ont également toutes été adressées par d'autres médecins, principalement dans l'idée de demander à un spécialiste de la rééducation s'il voyait des pistes encore inexplorées ou sous-exploitées permettant au patient de réduire les douleurs et/ou de mieux vivre avec elles. Dans l'ensemble, les usagers de cette unité semblent avoir des attentes moins précises qu'au Centre de la douleur : ils souhaitent principalement voir si les médecins peuvent encore leur proposer de nouvelles solutions (leurs attentes concordent donc, de ce point de vue, avec celles des médecins envoyeurs). Parmi les quatre patients de l'Unité de rééducation du rachis, trois suivaient un programme de rééducation structuré (d'une durée de deux ou trois semaines) au moment de l'entretien. Dans le cadre de ce programme ils voyaient régulièrement le médecin spécialiste en rééducation du rachis (au moins un entretien individuel par semaine) et ils ont tous rencontré une fois au moins l'un des psychologues et/ou psychiatres de liaison attirés de l'Unité de rééducation du rachis.

	Unité de rééducation du rachis	Unité d'antalgie (Centre de la douleur)
(1) Professionnels	Médecins rhumatologues Médecins orthopédistes Physiothérapeutes Ergothérapeutes Psychologues Secrétaires Médecin psychiatre (sur appel)	Médecins anesthésistes Infirmières Secrétaires Médecin psychiatre (sur appel)
(2) Patients	Généralement adressés par d'autres médecins Avec douleurs musculo-squelettiques liées à la colonne vertébrale, le plus souvent chroniques	Généralement adressés par d'autres médecins Surtout avec douleurs musculo-squelettiques chroniques, mais aussi avec douleurs postopératoires, oncologiques, etc.
(3) Prestations principales	Évaluation et suivi orthopédique ou rhumatologique de patients souffrant de douleurs (souvent chroniques) liées à la colonne vertébrale Organisation d'examens dans d'autres spécialités Prescription de physiothérapie (à l'extérieur du service) et prescription de médicaments Programmes de rééducation pluridisciplinaires hospitaliers et ambulatoires (impliquant médecins, psychologues, ergo- et physiothérapeutes) Évaluation et début de suivi psychiatrique ou psychologique	Évaluation et suivi de patients souffrant de douleurs (souvent chroniques) avec pour objectif la gestion de ces douleurs Actes médicaux pour soulager les douleurs (principalement injections) et prescription de médicaments antalgiques Évaluation et parfois suivi psychiatrique

Tableau 10 : Le terrain d'enquête : profils des deux unités

4.1.2 Propos de cliniciens : les unités, leurs prestations et leurs logiques d'action

En conformité avec les options méthodologiques prises, la phase initiale des entretiens avec les cliniciens interviewés était bien plus brève et structurée que celle avec les patients. En guise de présentations, les cliniciens ont surtout parlé des activités de leurs unités, ainsi que des différents groupes de professionnels qui y sont en fonction. Ils ont également décrit les modalités selon lesquelles les

patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques sont pris en charge dans les unités.

Le tableau 10 ci-dessus rend compte du profil qu'ils esquissent des deux unités du terrain, en termes (1) de professions représentées, (2) de mode d'entrée des patients et (3) des principales prestations offertes.

Comme on le constatera à la lecture du tableau, ces deux unités ont en commun d'évaluer et de suivre principalement des patients qui souffrent de douleurs musculo-squelettiques chroniques et qui leur sont adressés par d'autres médecins (à l'instar de ce qui se passe dans la plupart des services et unités spécialisés). Elles bénéficient également toutes deux de prestations régulières de psychiatres ou psychologues de liaison.

Une des différences entre les unités se situe, en revanche, au plan des professions représentées : outre les spécialités médicales divergentes (anesthésie vs orthopédie et rhumatologie), on relève en effet davantage de pluridisciplinarité à l'Unité de rééducation du rachis qu'en antalgie. D'autres différences se profilent au plan des prestations offertes et des logiques d'action. Elles justifient d'entrer un peu plus avant dans le discours des cliniciens à propos de leurs activités.

Selon les médecins et psychologues interviewés, le travail de l'unité de rééducation du rachis consiste principalement à aider des patients souffrant de douleurs chroniques à s'engager et/ou à progresser dans un processus de récupération fonctionnelle, qui vise à élargir le spectre et le volume de leurs activités. L'effet final escompté est d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des patients. En règle générale, le but des suivis n'est ainsi pas de supprimer les douleurs, mais d'arriver à ce que les patients vivent mieux avec elles, ce qui peut, selon les cliniciens, favoriser une diminution du ressenti douloureux à terme. Un des objectifs concrets des cliniciens de l'unité de rééducation est notamment la reprise d'une activité professionnelle après une phase d'incapacité de travail prolongée.

Les prises en charges à l'Unité de rééducation du rachis débutent généralement par une ou deux consultations médicales longues (durant souvent une heure, voire davantage) sur la base de laquelle les médecins évaluent la nécessité d'autres examens, puis ils définissent les mesures de rééducation à proposer au patient. S'agissant de ces mesures, le concept de l'unité mise sur une approche holistique et pluridisciplinaire (médecine, psychologie, physiothérapie, ergothérapie) réservant une place importante à l'éducation et l'information du patient. Des programmes de rééducation hospitaliers ou ambulatoires sont notamment proposés aux patients. Ces programmes articulent divers enseignements théoriques, des séances d'ergo- et de physiothérapie, d'autres approches corporelles et des entretiens psychologiques individuels et/ou en groupe³. Parfois des évaluations et des débuts de suivi psychiatrique/psychothérapeutique sont aussi proposés aux patients en dehors ou dans le prolongement de ces programmes.

D'après les dires des cliniciens interrogés, l'Unité de rééducation du rachis occupe classiquement une position en fin de chaîne des soins pour les personnes

3. V. *supra* section 1.4 sur les programmes intensifs de rééducation pour personnes souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques et leur efficacité.

souffrant de douleurs chroniques. Le sentiment des cliniciens d'intervenir « en bout de course » – pour reprendre les termes d'un des médecins – est manifestement un facteur de difficulté important de leur travail. Du fait, notamment, des tensions préalables fréquentes avec des assurances (maladie, accident ou invalidité) et avec d'autres médecins, certains cliniciens de l'unité de rééducation rapportent le sentiment de devoir suivre des cas « dépassés », où il trop tard pour encore obtenir des résultats positifs avec les patients.

Pour les médecins du Centre de la douleur (antalgie), la question centrale est de comprendre comment mettre à profit les techniques anesthésiques aujourd'hui disponibles pour soulager des douleurs chroniques. Pour y répondre, les spécialistes en antalgie disent d'abord procéder à une investigation, avec les patients, de leur ressenti douloureux et du contexte plus large de leurs douleurs, afin de comprendre quels traitements antalgiques par actes anesthésiques (principalement injections) ou par voie médicamenteuse pourraient leur être bénéfiques. Dans certains cas, ils utilisent aussi des techniques anesthésiques à des fins diagnostiques : en endormant certaines structures (généralement de la colonne vertébrale), ils tentent d'identifier le rôle qu'elles jouent dans les douleurs des patients. Mais si l'approche et les outils diffèrent clairement de ceux de l'Unité de rééducation du rachis, les objectifs de fond des antalgistes semblent être en partie les mêmes : permettre aux patients d'aller mieux, de gagner en autonomie et, selon le cas, de reprendre un travail.

Chacun à sa manière, les antalgistes interviewés font part d'une certaine solitude face à la complexité d'une partie de leurs situations cliniques et face au poids de la souffrance de certains patients. Ils soulignent, à ce propos, l'importance de pouvoir collaborer avec d'autres professionnels, notamment avec le psychiatre de liaison intervenant dans l'unité.

À en juger selon les propos des psychiatres et des psychologues de liaison, leurs activités sur le terrain varient quelque peu en fonction de leur profession exacte (médecin psychiatre ou psychologue) et de leur unité d'intervention. Deux activités apparaissent communes à tous : l'évaluation du fonctionnement psychique des patients qui leur sont présentés avec, le cas échéant, la pose d'un diagnostic psychiatrique, ainsi que l'initiation de suivis psychothérapeutiques pour certains patients demandeurs, en vue d'une transmission ultérieure possible à un autre psychothérapeute. Tous décrivent leur travail comme fortement orienté vers les besoins des médecins somaticiens, qu'ils désirent aussi aider à comprendre pourquoi les patients avec certains profils (voire pathologies) psychologiques ou psychiatriques ont des manières particulières de fonctionner, dans leur quotidien aussi bien qu'au sein de l'espace clinique. Les médecins psychiatres de liaison actifs dans les deux unités sont, par ailleurs, sollicités pour donner leur avis sur l'opportunité de prescrire des médicaments tels des antidépresseurs, anxiolytiques, etc. L'activité des deux psychologues travaillant à l'Unité de rééducation du rachis, apparaît, quant à elle, principalement centrée sur la préparation et l'animation de groupes psychologiques qui s'inscrivent dans les programmes de rééducation pluridisciplinaires. Les psychologues en question voient chacun des patients en entretien individuel en préalable à la prise en charge groupale pour faire connaissance et leur expliquer le fonctionnement et les finalités de l'approche. Des entretiens individuels supplémentaires peuvent

avoir lieu durant le programme sur demande du patient ou parce que le psychologue estime que des questions sont à clarifier (médication, sens de l'approche groupale, etc.). Dans certains cas avec une composante sociale prééminente, les psychologues proposent aussi la mise en place d'un suivi par l'assistant social de la psychiatrie de liaison.

En résumé, on peut dire, à propos des trois grands groupes de professionnels impliqués dans l'enquête A (médecins antalgistes, médecins spécialistes en rééducation et psychiatres ou psychologues) que :

- les trois groupes sont confrontés à des populations de patients différentes mais se recoupant largement, notamment de par la présence dans les deux unités du terrain de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques liées à la colonne vertébrale ;
- les activités de l'Unité de rééducation du rachis semblent particulièrement focalisées sur l'évaluation puis l'accompagnement et l'information ou éducation des patients, alors qu'au Centre de la douleur, c'est l'application de techniques anesthésiques à des fins antalgiques qui représente le cœur de la pratique ;
- les psychiatres ou psychologues n'interviennent de loin pas chez tous les patients des deux unités et leur logique d'action est surtout celle de consultants pour les médecins somaticiens.

Ces divers éléments relatifs au contexte des consultations étant présentés, reste maintenant à exposer et discuter les observations tirées de l'analyse systématique du corpus de l'enquête A. Ayant opéré avec des catégories aussi convergentes que possible pour l'analyse des entretiens de patients et de cliniciens, cette analyse permet dans une certaine mesure de croiser leurs perspectives sur les interactions cliniques. Seront tout d'abord traités leurs points de vue sur les enjeux communicationnels majeurs des entretiens cliniques (section 4.2) ; leurs regards sur les consultations de patients migrants allophones font l'objet d'un chapitre distinct (chapitre 5).

4.2 Enjeux communicationnels des entretiens cliniques

Pour rappel, le matériel sur lequel reposent les résultats concernant les enjeux communicationnels tient dans les propos des interviewés sur des interactions cliniques mentionnant des difficultés, ainsi que des facteurs de succès, d'échec, de satisfaction et d'insatisfaction⁴. Il s'est avéré que deux dimensions thématiques subordonnées traversent l'entier de ce matériel : une première relative à l'échange d'informations et une seconde qui se rapporte à la relation thérapeutique (v. tableau 11).

4. Ces mentions peuvent avoir lieu aussi bien dans le cadre des questions investiguant directement les objectifs, difficultés, succès ou échecs, satisfactions ou insatisfaction qu'en dehors de ces questions (v. *supra*, section 3.6).

Dimension	Sous-dimensions	Thèmes	Sous-thèmes
1. Perception de la communication dans les consultations en général	1.1 Objectifs poursuivis 1.2 Objectifs imputés aux interlocuteurs 1.3 Difficultés 1.4 Facteurs de satisfaction ou d'insatisfaction et de succès ou d'échec	Échange d'informations	Investigation des douleurs : - douleurs - contexte des douleurs Explications médicales pour détromper, motiver, rassurer et prévenir
		Relation clinicien-patient	Composantes de bonnes relations : - écoute des cliniciens - engagement des deux parties - qualités personnelles des cliniciens Divergences de vues entre clinicien et patient : - origine et réalité des douleurs - traitement

Tableau 11 : Grille thématique pour la dimension 1

En ce qui concerne l'idée, annoncée dans le titre de cette section et des suivantes, d'un croisement des regards des patients et des cliniciens, on aura à l'esprit que ces deux ensembles d'interviewés n'ont pas seulement des perspectives différentes du fait de leurs rôles respectifs dans les institutions de soins, mais qu'ils parlent aussi souvent de *settings* différents. De ce point de vue, il ne s'agit donc pas d'un croisement de regard au sens strict du terme. Si les cliniciens parlent, dans leurs entretiens, presque exclusivement du terrain d'étude à proprement parler, les patients s'expriment, quant à eux, surtout sur leur vécu de *settings* cliniques extérieurs au terrain (v. *supra*, section 3.8.4). Mais les propos de patients sur les consultations vécues informent de manière oblique sur « l'écologie communicationnelle » englobant les consultations centrales à mon étude. Compte tenu des éléments qu'ils thématisent comme étant importants ou problématiques pour eux, il y a en effet tout lieu de penser que la plupart des sources de satisfaction, de frustration, de colère, etc., mentionnées par les patients ne divergent pas radicalement d'un *setting* clinique à l'autre. De plus, les patients ne cessent de comparer entre elles les prestations relationnelles et communicationnelles des différents cliniciens qu'ils ont rencontrés dans leur trajectoire de soins, ce qui montre bien qu'ils les évaluent sur la base de critères constants. De ce point de vue, l'idée d'un « croisement de regards » me paraît donc défendable, quand bien même l'intersection de ces regards ne se situe pas toujours exactement au plan des consultations cliniques du terrain au sens strict.

Chaque fois que cela paraissait pertinent, j'ai en revanche pris soin de signaler les éléments présentés par les patients comme touchant des *settings* extérieurs au terrain d'étude.

On notera encore un point relatif à la structure et à la forme de la présentation des résultats. J'ai décidé, pour éviter des redondances inutiles, d'aborder tout ce qui a trait aux consultations impliquant des migrants – variabilité des niveaux de maîtrise de la langue locale, certaines spécificités culturelles, etc. – dans le chapitre 5, entièrement consacré à cet aspect. En revanche, ce que les propos sur ces consultations particulières révèlent sur les enjeux communicationnels généraux propres aux *settings* étudiés est déjà pris en compte ici-même.

4.2.1 Dimension 1 : l'échange d'informations

Lorsque les personnes interviewées parlent des rencontres entre patients et cliniciens sous l'angle de l'échange d'informations, leurs propos se centrent schématiquement sur deux pratiques prototypiques : l'investigation, par les cliniciens, des douleurs du patient et de leur contexte ; et les explications que les cliniciens livrent aux patients. Les propos que les différents groupes d'interviewés tiennent sur ces deux pratiques donnent une image éloquente de leurs perceptions du versant informatif de la communication dans les consultations.

4.2.1.1 Investigation des douleurs et de leur contexte : des objectifs ambitieux et variables

Pour tous les cliniciens interrogés, la récolte d'informations sur les douleurs et leur contexte auprès des patients représente une part décisive des pratiques communicatives durant les consultations. Les priorités dans cette récolte d'informations apparaissent toutefois pondérées différemment dans les trois groupes de cliniciens rencontrés (antalgistes, spécialistes en rééducation du rachis, psychiatres ou psychologues de liaison).

Ce sont principalement les médecins de l'unité d'antalgie qui soulignent l'importance de pouvoir investiguer dans le détail les douleurs à proprement parler : leur qualité, leur localisation, leur intensité, leur évolution dans le temps, etc. Ils rapportent ce besoin tant pour les consultations, que pour les retours par téléphone qu'ils demandent à leurs patients suite aux injections pour en évaluer les effets. Pour ces médecins, l'accès à des indications précises sur les douleurs ressenties s'avère apparemment souvent difficile, les patients – monolingues et plurilingues – n'étant souvent pas en mesure de parler avec suffisamment de précision ou de « subtilité linguistique » de ce qu'ils ressentent⁵. Ce manque d'indications précises sur les douleurs semble peser négativement sur la faculté des médecins à aider leurs patients. Un médecin établit également un lien entre la

5. « Déjà les faire parler de leurs douleurs, ils disent : "j'ai mal, débrouille-toi." Et nous devons forcer la personne à être claire, sur la douleur. Et ça c'est un problème. Parce que les gens n'ont pas l'habitude. [...] nous sommes obligés de les forcer à être plus clairs, de nous dire comment elle est. D'un côté, de l'autre, comment elle est la nuit. [...] Comment ils la décrivent, et il y a un certain nombre de subtilités linguistiques : Est-ce que c'est comme un coup de poignard ? Est-ce que c'est une brûlure ? Une décharge électrique ? Est-ce que ça grésille ? Ça fourmille ? »

qualité de la relation avec les patients et l'ampleur des informations disponibles sur la douleur, laissant entendre qu'une bonne relation avec le patient favorisera l'obtention d'informations plus fournies⁶.

S'agissant du contexte dans lequel s'inscrivent les douleurs des patients, tous les cliniciens semblent s'y intéresser et tenter d'offrir aux personnes qu'ils soignent un espace où elles peuvent le thématiser en mettant les douleurs en lien avec d'autres éléments de leur vécu. Certains médecins disent à cette fin « tout reprendre à zéro » avec les patients, afin de garder une certaine « fraîcheur » par rapport au dossier médical et aux idées des confrères qui leur ont transmis le cas. En termes de motivation pour cette partie de l'investigation, les médecins somaticiens expliquent généralement qu'ils ont besoin de connaître le contexte des douleurs pour mieux identifier les objectifs et possibilités de traitement.

Plusieurs somaticiens qualifient d'ailleurs de problématiques – car incomplètes – les consultations d'investigation lors desquelles la personne prise en charge n'arrive pas à s'ouvrir à son médecin sur le contexte⁷. Il en est de même pour les psychiatres et psychologues de liaison, chez qui l'investigation de la vision du patient sur le contexte de ses douleurs représente de toute évidence un des objectifs essentiels du travail (à côté, on l'a dit, de l'évaluation de la personnalité et du fonctionnement psychique du patient, ainsi que de la pose de diagnostics psychiatriques).

Les aspects pertinents du contexte des douleurs ont été décrits avec plus ou moins de précision par les différents sous-groupes de cliniciens. Les médecins du service d'antalgie ont fait état de besoins plutôt généraux dans ce domaine, centrés sur l'histoire des douleurs, la perte qu'elles représentent pour le patient et ses attentes les concernant.

Les besoins d'informations des médecins de l'Unité de rééducation du rachis apparaissent, quant à eux, plus pointus, et comprennent notamment les aspects suivants :

- Inscription des douleurs dans le parcours de vie ou l'histoire personnelle ;
- Histoire médicale ;
- Situation familiale ;
- Situation professionnelle et sociale ;
- Activités habituelles des patients et activités devenues impossibles (travaux ménagers, sport, loisirs, vie sexuelle, etc.).

6. « Quand on arrive à construire quelque chose dans une relation avec un patient, c'est aussi là où on obtiendra peut-être plus d'informations [...] Les consultations les plus difficiles c'est, que ce soit lié à la langue ou pas, les patients qui nous disent : "j'ai mal, j'ai mal, faites quelque chose", mais qui ne sont pas capables de décrire ces sensations qui sont dans leur corps, [...] Et avec ce peu de matériel que le patient apporte, c'est aussi plus difficile de comprendre ce qui se passe, et de comprendre la façon dont on pourra les aider. »

7. À propos des sentiments d'échec ou de réussite après les premières consultations : « Mais c'est vrai qu'il y a certaines fois où les gens ils restent, j'allais dire bornés, mais c'est peut-être plutôt réservés, peu ouverts. Mais c'est vraiment rare, donc ces fois il faut les faire revenir une deuxième fois. »

Les cliniciens du Service de psychiatrie de liaison disent s'intéresser aux mêmes aspects contextuels que les médecins de l'Unité de rééducation du rachis, tout en évoquant certaines quêtes ciblées d'informations, visant notamment les éléments traumatiques dans le passé des patients et les symptômes psychiatriques (anxiété, dépression, etc.)⁸.

Une partie des patients (tant du Centre de la douleur que de l'Unité de rééducation du rachis) font écho au discours des cliniciens sur l'investigation des douleurs et de leur contexte. Cet écho s'avère principalement positif, dans le sens où ils apprécient quand les cliniciens leur offrent la possibilité de parler de manière détaillée de leur ressenti douloureux et des liens entre leurs douleurs et d'autres aspects de leur vie.

L'éclairage que les patients interrogés portent sur leurs difficultés à décrire leurs douleurs dans les consultations diffère toutefois de celui des cliniciens en antalgie, qui problématisent notamment le manque de moyens expressifs assez subtils chez certains patients. Les patients, quant à eux, soulignent avant tout des difficultés d'un autre ordre, en l'espèce celles de faire comprendre, en tant que personne confronté à un vécu douloureux chronique, sa souffrance à ceux qui ne connaissent pas ce type de vécu et qui ne peuvent dès lors véritablement se le représenter. Pour ces patients, ces difficultés de compréhension touchent de toute évidence aussi bien des cliniciens que des non-cliniciens. Les patients sont donc d'autant plus enthousiastes lorsqu'ils ont le sentiment que des médecins s'intéressent de près à leurs douleurs et comprennent en profondeur leur ressenti et vécu douloureux⁹.

Quant à l'investigation du contexte des douleurs durant les consultations, lorsqu'un espace est offert aux patients pour parler de divers aspects de leur vie en lien avec les douleurs – voire pour tout « reprendre à zéro »¹⁰ –, cet espace est

8. Pour certains psychiatres ou psychologues, le fait, par exemple, qu'un patient soit centré sur son ressenti douloureux au point de ne plus être en mesure de « se reraconter » sa vie face au clinicien, prive les consultations psychiatriques ou psychothérapeutiques d'une part notable de leur sens et donne aux professionnels le sentiment d'être « dénigrés » dans leur domaine d'expertise.

Q : « Est-ce que pour toi il y a des consultations qui sont plus ou moins difficiles ? C'est quoi qui fait la difficulté pour toi, dans les consultations ? » R : « Les gens qui sont vraiment, vraiment centrés sur leurs douleurs. Qui ne sont pas du tout ouverts à se reraconter leur vie, par exemple. Quand ça c'est possible, pour moi ça allège la consultation et ça lui donne du sens. Il y a des gens qui sont tellement fermés, que, voilà, pendant une heure ils vont me parler de leur douleur et là j'aurai l'impression, vraiment, de servir à rien, et puis je me sens un peu dénigré, aussi dans ces consultations-là. »

9. « Maintenant je me sens tout à fait comprise, spécialement au service d'antalgie. On peut leur décrire une douleur et ils peuvent la comprendre. À l'époque, vous parliez de douleurs et on vous parlait de problèmes psychiques. On avait l'impression d'être jugé, comme quelqu'un de mal dans sa peau, mal dans sa vie ou dépendant aux médicaments, ou quelque chose comme ça. »

10. « La première fois que j'ai été chez le Docteur X [médecin de l'Unité de rééducation du rachis], j'ai beaucoup aimé. Il est très sympa. Il est très, très ouvert. Il fait beaucoup, il a demandé beaucoup de choses, expliqué et tout ça, j'ai beaucoup aimé. Je dis, c'est vrai que lui il me demandait des choses que ma doctoresse [généraliste de la patiente], elle m'a pas demandé [...]. » Q : « Mhm. Quoi par exemple ? » R : « Par exemple, depuis que j'ai

manifestement apprécié. Ils considèrent comme précieux de pouvoir livrer des informations de première main aux médecins. Personne ne fait état de questions indiscretes ou inutiles qui leur auraient été posées et mêmes les investigations ciblées relatives à la vie sexuelle sont reçues favorablement. En revanche, plusieurs patients se plaignent de situations survenues à l'extérieur du terrain d'enquête, où ils avaient suspecté leurs cliniciens (somaticiens aussi bien que psychiatres ou psychologues) de leur poser des questions visant à démontrer que leur problème douloureux est « dans leur tête »¹¹. Nous reviendrons sur cet aspect (section 4.2.2.2).

4.2.1.2 Détromper, motiver, rassurer, prévenir : les multiples visées des pratiques explicatives

Dans les discours des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête A, les explications données par les spécialistes sont présentées comme un enjeu central de la clinique auprès de personnes souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Tant chez les cliniciens que chez les patients, l'apport didactique et informatif des entretiens cliniques est clairement présenté comme une facette décisive des rencontres.

Chez les cliniciens, l'importance accordée à leurs propres explications semble changer considérablement d'un domaine clinique à l'autre (rééducation, antalgie, psychiatrie de liaison) et les accents en termes d'informations et connaissances à transmettre semblent également variables. Plus que tous les autres cliniciens, les médecins de l'unité de rééducation du rachis mettent en avant les tâches explicatives de leur activité clinique. Ces médecins se profilent en effet tous comme des cliniciens dont l'une des missions principales est, grâce à des explications accessibles, d'amener leurs patients à acquérir une compréhension plus juste de leur problème douloureux. Ils cherchent à faire voir aux patients leurs douleurs comme potentiellement plurifactorielles (problèmes de colonne, problèmes de déconditionnement musculaire, stress psychologique, etc.) et à contrecarrer ainsi les éventuelles explications unifactorielles erronées préalablement fournies par d'autres médecins ou d'autres cliniciens non-médecins¹². Concrètement, les spécialistes en rééducation font par exemple mention de confrères montrant aux patients sur des IRM des lésions et autres déformations qu'ils leur présentent comme la cause unique ou principale de leurs douleurs,

été opérée, euh, pour la vie sexuelle avec mon mari, j'ai des problèmes. [...] Le docteur X m'a demandé, si j'ai du plaisir, des choses comme ça. Parce que comme je me suis fait opérer ça me faisait mal, ou comme ça. Et moi je l'ai lui expliqué, qu'est-ce qui se passait. »

11. V. note précédente.

12. « On leur raconte un tas de trucs tout faux. Ils passent entre les chiropraticiens, les ostéopathes et tous les psychopathes que vous voulez, hein, et ils ont des idées complètement faussées. Et le problème pour nous c'est d'essayer de les remettre en place. Le gros problème c'est quand on leur a dit une fois dans une IRM qu'il y a une hernie discale. Alors là c'est le couperet qui tombe, c'est l'échafaud, c'est fini, c'est terminé. Et là il faut revenir en arrière pour leur expliquer qu'une IRM n'est pas la vérité. Donc je passe beaucoup de temps à faire de l'information. Et c'est peut-être finalement le premier but. Parce qu'une fois qu'ils ont compris ça, si réellement ils ont compris, ils vont adhérer à un programme de rééducation, quel qu'il soit. »

monstration qui a alors souvent pour effet d'installer les patients dans l'idée qu'à part une intervention chirurgicale ou antalgique sur la colonne, rien ne pourra les aider. Ils attirent également l'attention sur les effets iatrogènes¹³ négatifs de « mots » utilisés par les cliniciens, qui peuvent favoriser la chronicisation des douleurs¹⁴. Dans ce contexte, les médecins de l'unité de rééducation disent notamment se servir d'explications pour tenter de réduire les peurs des patients d'avoir une pathologie grave telle un cancer ou un risque de paralysie subite et définitive (après, disent-ils, avoir consciencieusement exclu l'existence d'un tel risque)¹⁵. Selon les médecins rééducationnistes, le but sous-jacent à toutes ces explications est donc, *in fine*, de rassurer les patients, mais également de les amener à s'impliquer plus activement dans le traitement et, plus spécifiquement, de leur faire comprendre la nature et l'intérêt de prises en charge de rééducation pluridisciplinaires¹⁶. À côté de ces explications à visée motivationnelle, les médecins actifs en rééducation du rachis disent aussi expliquer aux patients les limites probables des traitements proposés, par exemple en attirant leur attention sur le fait que leurs douleurs ne disparaîtront sans doute pas totalement¹⁷.

En comparaison avec les spécialistes en rééducation du rachis, les médecins du Centre de la douleur font bien moins référence à des séquences didactiques dans leurs consultations. Lorsqu'il est question d'explications, il s'agit en premier lieu d'informations relatives aux traitements antalgiques proposés, à leurs limites et à leurs risques¹⁸. Ce n'est, semble-t-il, qu'occasionnellement que

13. On parle d'*iatrogénèse* en cas de conséquences néfastes sur l'état de santé d'un patient de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé.

14. « Je crois que nous médecins, enfin soignants, on est passablement iatrogènes, par nos mots. Et ça c'est quelque chose sur lequel j'appuie beaucoup. [...] j'ai deux-trois cas superbes. Y avait une jeune femme qui était victime d'un accident sur l'autoroute. Elle sort de sa voiture, la police arrive : "Vous voulez aller à l'hôpital ? — Non, non, c'est bon." Quand elle arrive à l'hôpital, première chose que l'infirmière qui l'accueille dit : "Mais vous êtes venue à pied ? Pas avec l'ambulance ?" Alors tout de suite elle s'est dit : "C'est grave". Alors moi je la revois deux ans après, avec des douleurs horribles, elle avait un corset, [...] ces mots-là ont déclenché quelque chose. »

15. « Ces gens souffrent d'un tel déficit d'information, ils ont tellement d'idées fausses [...] que la plupart du temps la consultation se passe d'abord à essayer de faire le tour et de bien dépister le problème, déjà du point de vue anamnestique et du point de vue du status, c'est-à-dire d'avoir affaire à une lombalgie mécanique pure, donc, banale, non... et de leur dire : "Ne vous en faites pas, vous serez jamais dans une chaise roulante à cause de ça". C'est leur crainte majeure. "C'est pas un cancer", etc. »

16. V. la fin de l'extrait cité n 12.

17. « Alors tout de suite d'emblée je leur dis : "Écoutez, enlever la douleur je ne vais pas arriver, mais on va travailler sur la fonction, et si la fonction s'améliore, la douleur va diminuer, hein, et ça prend du temps." Ça c'est les messages primaires. Les gens qui ont des grandes attentes : "Le docteur m'a dit qu vous étiez spécialiste", ouais ça, ça passe encore, mais quand ils me disent : "Vous faites des miracles", [...] j'ai quelques patients qui disent ça, et je dis : "Non, non, non, non, j'ai besoin de vous, donc on va faire ça ensemble, mais sans votre participation on n'arrivera à rien." »

18. « Parce que dans les informations qu'on peut donner aux patients, si on propose une piqûre, on doit aussi informer le patient des risques qu'il encourt, du fait que je ne peux pas lui donner de garantie qu'il n'aura plus de douleurs après, et puis ça, je trouve impor-

les médecins du Centre de la douleur s'engagent dans des explications visant à rassurer des patients qui craignent des pathologies graves et/ou pour faire prendre conscience aux patients de l'importance de prendre leurs responsabilités dans les traitements.

Quant aux psychiatres et psychologues de liaison, lorsqu'ils parlent d'explications, il s'agit toujours, pour eux, de faire comprendre aux patients pourquoi ils ont été envoyés chez un psychiatre ou un psychologue et quel sera l'objectif du travail conjoint projeté.

En lien avec leurs tâches explicatives, plusieurs cliniciens disent parfois douter de leur portée, se demandant par exemple dans quelle mesure les patients comprennent réellement leurs explications sur le caractère multifactoriel des douleurs ou sur les risques associés aux traitements antalgiques. Face à ces doutes, certains cliniciens tentent apparemment de s'assurer de la compréhension des patients par des questions de vérification ciblées. D'autres rapportent qu'ils essaient de recourir à un langage aussi simple que possible et/ou à des explications imagées (impliquant par exemple la comparaison avec des machines de chantier pour faire comprendre à des personnes familières du monde de la construction le fonctionnement de certaines articulations)¹⁹.

Les patients interviewés durant l'enquête A parlent, eux aussi, abondamment de l'importance qu'ont, à leurs yeux, les explications des spécialistes. Pour la plupart des patients, apprendre des éléments nouveaux sur leurs douleurs, leur origine et les possibilités de traitement disponibles figure parmi les objectifs centraux de leurs consultations auprès de cliniciens spécialisés. Plusieurs patients se remémorent d'ailleurs des consultations qu'ils ont beaucoup appréciées en raison, précisément, de l'ampleur et de la qualité des explications reçues²⁰. Dans ce contexte, les propos rassurants de médecins excluant des risques de cancer ou de paralysie sont tout particulièrement mis en valeur²¹. Dans leur ensemble, les patients interviewés semblent satisfaits du niveau de complexité des explications qui leur sont livrées : ils disent toujours finir par les comprendre, parfois au prix de quelques demandes de précisions ou de reformulations simplifiées²².

tant qu'il puisse recevoir cette information-là avant. »

19. « J'aime bien les comparaisons mécaniques, alors effectivement comme c'est souvent des patients qui sont du secteur primaire ou secondaire, enfin, des manuels, y a des comparaisons qu'ils comprennent tout de suite. Quand il y a la communication linguistique. Un Portugais, un Espagnol ou un Italien à qui je parle de *silentbloc*, de pneu ou de frein, il comprend tout de suite. Il n'y a pas besoin de lui faire un dessin. [...] un Kosovar, c'est un peu différent déjà, parce qu'ils ont moins, c'est plus agricole comme culture. ».

20. À propos d'un neurochirurgien que la patiente apprécie : « Cela m'a beaucoup aidée à aller de l'avant et surtout à comprendre vraiment ce que j'ai et à supporter un peu mieux les douleurs, parce que c'est vrai que si on ne sait pas vraiment ce qu'on a, si les médecins ne prennent pas le temps de dire à leurs patients, de prendre les radios, les photos d'IRM ou je ne sais pas comment on dit ça, et à expliquer ce qu'il y a, c'est vrai que pour une patiente ou un patient ce n'est pas évident. »

21. « Et pour finir j'ai compris qu'il y avait rien de grave. Là j'ai compris quand j'suis venu la première fois dans la consultation avec le Dr X [médecin du Centre de la douleur], là j'ai compris qu'il n'y avait rien de méchant, parce qu'il a su me rassurer. Quand il a consulté les scanners et puis tout ça, quand il a lu l'historique du problème. »

22. Pour la situation des patients migrants primo-arrivants, *a priori* particulièrement

4.2.2 Dimension 2 : la relation clinicien-patient

Lorsque les patients et les cliniciens rencontrés lors de l'enquête A parlent des échanges communicationnels dans les consultations, il est très souvent question d'aspects que l'on peut qualifier de relationnels. Les interviewés racontent souvent comment les personnes « sont » les unes avec les autres, comment cela « se passe » entre elles, etc. Au vu des différentes facettes des discours sur le relationnel que l'on rencontre dans le corpus, deux grandes thématiques se distinguent, en fonction, notamment, de l'évaluation globale – positive, mitigée ou négative – portée sur les relations. Pour rendre compte de la manière dont les interviewés parlent de « bonnes relations » entre clinicien et patient (effectives ou virtuelles) je décris, dans un premier temps, les composantes de telles relations, tels qu'elles ressortent des entretiens de l'enquête A²³. Ce n'est qu'ensuite que je me centre sur les évaluations mitigées ou négatives des interviewés, principalement sur les descriptions de tensions et de ruptures²⁴. Dans le cas qui m'occupe, ces évaluations mitigées ou négatives apparaissent toujours liées de près ou de loin à des désaccords ou divergences de vues entre cliniciens et patients, désaccords ou divergences auxquels la seconde partie sera dès lors dédiée.

4.2.2.1 Composantes de bonnes relations thérapeutiques

L'étude des facteurs de satisfaction et de succès thématiques dans les entretiens de l'enquête A le montre : tant pour les cliniciens que pour les patients, établir et maintenir une relation thérapeutique de qualité est essentiel. Chez les cliniciens, il est aussi souvent question, à propos de bonnes relations, de l'importance de la confiance²⁵. La plupart des interviewés des deux groupes livrent spontanément des indications quant aux composantes qui favorisent, de leur point de vue, l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité.

Pour les cliniciens, tout indique qu'un facteur crucial pour l'établissement et le maintien de bonnes relations thérapeutiques réside dans l'engagement des deux personnes impliquées dans un suivi. À cet égard, la plupart des cliniciens soulignent l'importance de leur propre capacité d'écoute et, plus largement, de l'attention qu'ils arrivent à porter aux patients, à leur souffrance, idées, préoccupations, etc. Plusieurs cliniciens affirment qu'à cet égard, leur propre comportement non verbal (posture, gestualité, regard, etc.) joue un rôle non

exposés à des problèmes de compréhension, v. *infra*, sections 5.1.2 à 5.1.4.

23. La base empirique de cette section est formée par les séquences catégorisées comme « succès » ou « satisfaction » (lors du codage dans Atlas.ti) qui se distinguent par une composante relationnelle.

24. La base empirique de cette section est formée par les séquences catégorisées comme « difficultés », « échecs », « insatisfactions » (lors du codage dans Atlas.ti) qui se distinguent par une composante relationnelle.

25. « Les sentiments de réussite c'est, bon, j'ai l'impression, que c'est surtout quand on arrive à construire quelque chose dans une relation avec un patient. C'est aussi là où on obtiendra peut-être plus d'informations, et je pense, que, s'il y a un sentiment de confiance de part et d'autre, c'est plus réconfortant et c'est plus constructeur, et pour le patient et pour nous. »

négligeable. Quelques professionnels parlent aussi de moyens verbaux de montrer aux patients qu'on les prend au sérieux, par exemple en reprenant avec eux l'intégralité de l'histoire de leurs douleurs²⁶ et en se faisant ainsi par soi-même une idée du cas plutôt que de suivre immédiatement les suggestions des médecins qui ont adressé les patients²⁷. Dans la même optique, certains médecins disent photocopier tous les documents apportés par les personnes qui viennent en consultation (pièces concernant les patients personnellement, informations tirées d'internet, etc.)²⁸. À propos des patients, plusieurs cliniciens insistent sur le fait qu'une bonne relation thérapeutique présuppose également un engagement et/ou une collaboration de la personne soignée. À cet égard, les intuitions et impressions subjectives des cliniciens semblent jouer un rôle important. Certains d'entre eux affirment notamment ne pas hésiter, lorsqu'ils prennent des décisions de traitement, à se fier à leurs intuitions sur les capacités du patient à s'engager dans le processus et la relation thérapeutique (ils parlent souvent de « collaboration » ou « d'implication »)²⁹.

Les composantes de bonnes relations thérapeutiques mentionnées par les patients sont de deux types. Premièrement, ils rejoignent les cliniciens pour souligner l'importance de l'écoute et de l'engagement de ces derniers³⁰, et ils apprécient en particulier lorsqu'ils permettent aux personnes qu'ils traitent de s'expliquer librement avant de leur exposer leur point de vue et de leur faire des propositions³¹. Deuxièmement, les patients mettent l'accent sur certaines qua-

26. « Quand quelqu'un arrive avec un dossier de 30 cm de haut, je leur demande quand même de me raconter leur histoire. Je leur dis : "Je peux lire, c'est vrai, mais ça va être une interprétation chaque fois, ce ne sont pas vos mots. Hein ?" Alors quand je dis ça, les gens acceptent. »

27. « Normalement, les chirurgiens, les personnes qui nous adressent les patients plus ou moins se font une idée : "Moi je pense qu'il faudrait peut-être ceci ou cela" [...] Mais on essaie de garder une certaine fraîcheur pour dire, tiens, là il y a peut-être un point auquel on n'a pas fait attention. »

28. « C'est beaucoup, aussi, dans le symbolique. Quelqu'un qui présente par exemple des images de quelque chose, je vais toujours les photocopier, ou les documents aussi. Hein, pour faire la réception de ce qu'il m'a apporté. Même si ça n'a pas tellement d'importance [...]. Pour le patient c'est important, s'il le montre. Alors ils sont tout contents quand je leur demande si je peux photocopier. »

29. « Parce que quand j'ai devant moi une personne, je dis : "Quelle est l'impression qu'elle te fait ?" Mais, en bon et en mauvais sens. Par exemple, maintenant on a en haut [au Service d'oncologie de l'hôpital] une personne qui a un cancer du pancréas, une chose extrêmement douloureuse. Il y a des gens des fois qui se tuent pour ça. Et quand il dit : "J'ai mal", il le dit avec une tranquillité souveraine, il nous score 5 sur 10, mais vous voyez qu'il est là, qu'il ne bouge pas, et je sais qu'une autre personne me dirait 25 sur 10. Et alors j'interprète aussi ça. [...] Donc malgré toute l'objectivité que je cherche, l'autre est toujours un peu, comment dire, filtré par mon expérience. »

30. « C'est une question de volonté, de gentillesse et de vouloir prendre son patient en charge à 100 %. »

31. À propos d'un médecin du Centre de la douleur : « Il sait écouter quand je parle, par rapport à d'autres médecins où je parlais et puis, eux, ils me coupaient la parole, et ça je n'aime pas du tout, parce que je suis en train d'expliquer quelque chose, où j'ai mal quelque part, et puis on me coupe la parole, ça je n'aime pas du tout. Mais les médecins

lités personnelles des médecins qu'ils jugent décisives en matière relationnelle. Quand les patients parlent de cliniciens avec qui ils ont de bons liens – et les médecins et psychologues de mon terrain figuraient systématiquement dans cette catégorie –, ces cliniciens sont décrits comme gentils, sympathiques, ouverts, francs, clairs et prompts à faire preuve d'humour.

En résumé, les deux dimensions saillantes des discours recueillis sur les bonnes relations cliniques sont la qualité de l'engagement de part et d'autre et l'écoute de la part des cliniciens. Soignants et soignés se retrouvent manifestement sur ces deux points et rejoignent ainsi d'autres patients et cliniciens concernés par les douleurs chroniques s'étant exprimés dans d'autres études (p. ex. Bullington *et al.* 2003 ; Laerum *et al.* 2006 ; De Lima & Trad 2007)

4.2.2.2 Divergences de vues entre cliniciens et patients

Durant les entretiens, les personnes enquêtées n'ont pas parlé uniquement de suivis harmonieux et satisfaisants du point de vue relationnel. Tant les cliniciens que les patients développent tout un ensemble de discours sur des difficultés, insatisfactions et échecs liés de près ou de loin à des relations thérapeutiques. Et en l'occurrence, on l'a dit, ces discours critiques sont très clairement dominés par des questions de divergences de vues entre soignants et soignés (et, dans une moindre mesure, par des questions de manque d'écoute, surtout problématisées par les patients). Tout indique, en effet, que c'est quand les avis divergent au sein de la dyade que des tensions naissent, ainsi que des mouvements de défiance pouvant, dans certains cas, conduire jusqu'à la rupture du lien thérapeutique. L'ampleur des divergences mentionnées apparaît très variable, allant de la simple suspicion de vues discordantes jusqu'à des cas de désaccords manifestes et d'interactions cliniques ouvertement conflictuelles.

Chez les patients interviewés, les propos relatifs à des divergences de vues avec leurs cliniciens ne concernent jamais directement les médecins qui m'ont mis en contact avec eux (v. *supra*, section 3.8.4), mais d'autres cliniciens vus par le passé. Il est intéressant de constater que plusieurs personnes souffrantes interviewées parlent des divergences de vues qui génèrent des malaises, tensions ou ruptures comme d'un problème de compréhension³². À l'inverse, les cliniciens semblent plutôt parler, pour des situations de ce type, de problèmes relationnels, réservant le terme de problèmes de compréhension ou de communication à des difficultés en lien avec des obstacles à la transmission d'informations³³.

ne sont pas tous pareils : avec le Dr X ça se passe très bien. »

32. À propos du début de son expérience avec une neurochirurgienne qui lui proposait diverses interventions chirurgicales que la patiente n'était pas sûre de vouloir : « Il y a aussi eu la doctoresse X, avec elle ça a été un petit peu plus dur, parce qu'on a eu un an où elle ne m'a pas du tout compris et je ne la comprenais pas non plus. »

33. À propos de colloques où les cas de patients sont discutés : « Ce sont des colloques internes qui visent à faire le bilan des cas et à ajuster les thérapies en fonction des résultats déjà obtenus. Là, ça peut sortir que tel ou tel patient ne comprend pas, ou... là ça peut sortir, des problèmes de communication. Mais très souvent ce sont plutôt des problèmes relationnels que de réelle communication. »

Les propos des interviewés suggèrent que les divergences de vues (potentiellement) problématiques entre cliniciens spécialisés et patients portent principalement sur trois aspects : l'origine, la réalité et le traitement des douleurs. Les deux premiers aspects – origine et réalité des douleurs – sont très étroitement connectés dans les discours et seront abordés conjointement. J'évoquerai les divergences liées au traitement dans un second temps.

Par rapport aux divergences de vues sur l'origine et la réalité des douleurs, quelques patients ont rapporté des situations où des médecins contestent ouvertement la réalité de leurs douleurs, en affirmant par exemple qu'il n'y a rien sur les radiographies qui les explique.

Les personnes soignées rapportent aussi des cas où leurs cliniciens leur ont dit que, maintenant qu'ils étaient opérés, ils ne devraient plus avoir mal, ou alors qu'ils « s'écoulaient trop » et/ou que leurs douleurs étaient « dans leur tête »³⁴. Les patients concernés disent avoir mal vécu ces situations, se sentant jugés³⁵, accusés de simulation et mis à l'écart du système de soins. Certaines personnes souffrant de douleurs chroniques ont pu éprouver des sentiments analogues lorsque des médecins somaticiens les envoyaient chez des psychologues ou des psychiatres³⁶. L'ensemble de ces propos rejoignent ceux de patients interrogés dans d'autres études, qui rapportent également le sentiment de ne pas être entendus, vus et crus dans leur souffrance dans le cadre des suivis cliniques (Haugli *et al.* 2004 ; De Lima & Trad 2007 ; Clarke & Iphofen 2008).

La question de la reconnaissance médicale de la réalité de la souffrance – par le biais de l'intérêt témoigné par les médecins, les efforts entrepris pour chercher des causes, les explications médicales reçues, le nom mis sur la maladie, la quête d'un traitement, etc. – apparaît importante pour tous les patients, tout particulièrement en cas d'incapacité de travail. Selon quelques personnes qui se trouvent dans cette dernière situation, la reconnaissance médicale leur permet d'abord de mieux gérer la culpabilité que suscite le fait de ne pas être (pleinement) en mesure de travailler³⁷. Le rôle de la reconnaissance médicale des douleurs en lien avec les assurances sociales et leurs prestations est, en revanche, peu abordé. Il n'est que quelques patients qui parlent – et de manière peu explicite – de démarches infructueuses auprès de l'assurance invalidité et qui laissent entendre qu'ils ne sont pas d'accord avec les conclusions des médecins ayant fonctionné comme experts pour cette assurance³⁸.

34. À propos de ses consultations plus ou moins difficiles par le passé : « Au début c'était la galère. Je sortais détruite, démoralisée, en pleurant du cabinet médical. J'avais presque envie de me suicider. » Q : « Qu'est-ce qui s'était passé ? » R : « C'était "vous vous écoutez trop", "c'est dans la tête", "c'est psychologique"... »

35. V. la fin de l'extrait cité section 4.2.1.1, n. 9.

36. V. l'extrait cité section 4.2.1.1, n. 9.

37. À propos du moment où un médecin a posé le diagnostic de fibromyalgie : « Après on met un nom, on sait que ça existe, qu'il y a des médecins qui sont au courant. Donc, ça fait une culpabilité en moins. Parce qu'on se sent coupable quand on n'a plus la possibilité de travailler. »

38. « Ça fait quatre ans déjà, qu'on m'a proposé de faire une demande AI [Assurance Invalidité] à 50 %. Mais l'AI, elle a refusé. Il disait, le docteur qui faisait le contrôle à

Si les déficits de reconnaissance des douleurs par les cliniciens peuvent, du point de vue des patients, susciter des tensions au sein de la relation thérapeutique, ces déficits ne vont pas pour autant nécessairement de pair avec des contacts tendus ou conflictuels dans les consultations. Une personne interviewée exprime par exemple le sentiment que sa médecin généraliste, avec qui elle a un bon lien et qui la soutient face aux assurances sociales, ne la croit pas toujours pleinement quand elle lui dit à quel point elle a mal. Elle suppose notamment que c'est le caractère répété de ses plaintes qui a fini par lasser la clinicienne et exprime une certaine compréhension à cet égard.

De leur côté, les cliniciens interviewés semblent, dans l'ensemble, avoir pour principe de ne pas mettre en question la réalité de la souffrance liée aux douleurs. Il est certes dit que les douleurs ont peut-être parfois pour fonction annexe de permettre aux patients de se soustraire à certaines responsabilités (activité professionnelle, travaux ménagers)³⁹, mais sans qu'il ne soit question de simulation ou manipulation pour autant (un clinicien insiste même sur le fait que les patients en question « ne font pas exprès »)⁴⁰. En termes de désaccords sur les origines des douleurs, ce que les cliniciens qualifient parfois de « compliqué » ou « difficile » sont les relations avec des patients expliquant leurs douleurs chroniques de manière unifactorielle (v. *supra*, section 4.2.1.2), surtout lorsque des lésions de la colonne ou d'une articulation sont vues comme l'unique cause.

D'autre part, on l'a vu, lorsque les interviewés parlent de divergences de vues générant des difficultés relationnelles, ils parlent abondamment de questions de traitement. Tous les principaux types de traitements semblent susceptibles de faire l'objet de divergences de vues entre clinicien et patient, avec des implications relationnelles, à savoir :

- Les interventions chirurgicales (typiquement les opérations de la colonne vertébrale) ;
- La physiothérapie et l'ergothérapie ;
- Les gestes anesthésiques (injections) pratiqués à des fins antalgiques au Centre de la douleur ;
- Les traitements médicamenteux par voie orale (antidouleurs, antidépresseurs, anxiolytiques, etc.) ;
- Les suivis psychiatriques ou psychologiques

À entendre les patients interviewés, refuser les traitements proposés par les médecins les expose au risque de voir les relations se tendre avec ces derniers.

[nom d'une ville de Suisse romande], il disait que je n'ai pas assez de maladie pour avoir 50 % d'AI. Bon, j'ai laissé tomber. Je ne peux rien faire contre ça. »

39. « La douleur chronique devient quelque part l'expression, euh, d'une autre souffrance. On met en premier lieu cette douleur du dos, et ça excuse beaucoup de comportements : "Je ne vais pas au travail parce que j'ai mal au dos, je ne fais pas le ménage parce que j'ai mal au dos." Vous voyez, ça devient un motif, et ça prend la première place pour cacher toute une autre problématique. »

40. On relève par contre, parmi les cliniciens, des voix critiques à l'égard des pratiques de plus en plus restrictives des assurances sociales dans l'octroi de rentes aux personnes souffrant de douleurs chroniques.

Plusieurs interviewés disent avoir décliné des offres de chirurgie, de physiothérapie et de traitements médicamenteux, et une partie de ces personnes exprime le sentiment d'avoir ainsi suscité une certaine agressivité chez leur médecin⁴¹ ou des doutes sur l'intensité des douleurs ressenties.

En lien toujours avec la négociation du traitement, certains patients mentionnent encore deux autres cas de tensions ou de conflits plus ou moins larvés qu'ils qualifient parfois de « déprimants » : les situations où le clinicien n'a plus rien à leur proposer⁴² ; et les situations où un clinicien cherche délibérément à limiter l'accès du patient à certains traitements (pour d'autres études mentionnant ce type de plaintes de patients souffrant de douleurs chroniques, voir notamment Goldman 1991 et Dewar *et al.* 2003). S'agissant de ce deuxième cas de figure, on peut mentionner deux exemples : une personne qui avait le sentiment que son médecin voulait l'empêcher d'avoir accès aux injections au Centre de la douleur, et une autre qui rapporte qu'elle devait se battre pour obtenir des antidouleurs et se sentait, dès lors, suspectée d'avoir une dépendance aux médicaments.

À propos des consultations psychiatriques et psychologiques, trois patients rapportent que, lorsqu'ils ont été incités par des médecins somaticiens à voir un psychiatre ou un psychologue, ils ont suivi ce conseil bien qu'ils n'y voyaient pas d'utilité. Ils disent avoir agi ainsi dans un esprit d'obéissance, de même que pour démontrer qu'ils ne sont pas « fous » et que leur problème n'est pas « dans leur tête »⁴³. Ils rapportent tous trois avoir interrompu les suivis psychiatriques ou psychologiques ainsi entrepris par la suite, jugeant leur efficacité nulle. On notera toutefois que quatre autres personnes estiment avoir tiré un bénéfice de suivis psychothérapeutiques passés ou en cours.

Les propos de cliniciens concernant les divergences entre eux et leurs patients sur les traitements font largement écho aux préoccupations et critiques

41. À propos des liens avec la neurochirurgienne dont la patiente a refusé la proposition d'opération parce qu'elle avait trouvé ses explications peu claires : « Je n'avais plus de rendez-vous prévus pendant trois mois. Après deux mois, la doctoresse m'a appelée. Elle a dit : "Votre état empire, apparemment, et je ne comprends pas pourquoi vous ne voulez pas être opérée." Elle m'a dit ça d'une manière hard, elle m'a effrayée. Comme si c'était moi la fautive de ne pas être opérée et d'être comme ça, en fait. »

42. À propos de la fin d'un séjour pour des douleurs à la nuque dans un hôpital périphérique : « Après deux semaines, quand on vient vous dire, écoutez, on va vous garder encore trois-quatre jours, et puis si ça va pas mieux, vous rentrez à la maison. Et puis, je lui dis : "Écoutez, rentrer à la maison comme ça ? Sans solution ?" Il me dit : "Ouais, on est désolé." J'ai dit : "Ben non, je ne suis pas de cet avis-là. Donc, vous contactez [nom d'une grande ville de Suisse romande], vous contactez le [nom de l'hôpital universitaire de cette ville]. On est dans un pays où, où j'estime que la médecine elle est pas mal en avance, par rapport à d'autres pays, donc il doit y avoir une solution." »

43. « Ils m'ont fait voir par un psychiatre. J'ai accepté, pff, parce que... de toute façon je n'ai rien à cacher. Je sais très bien qu'il n'y a pas de problème au niveau de ma tête, hein, [rires] j'ai toute ma tête. Mais ils craignaient que c'était un petit peu, que je faisais plus que la réalité, en fait. Et pour finir, ils ont bien compris, qu'à la fin, vraiment, ça ne se passait pas là-dedans [montre la tête], ça se passait ici [montre la nuque]. Et puis bon, les antidépresseurs, j'ai pris un comprimé et puis, je me suis pas senti bien du tout, donc j'ai dit tout de suite stop. »

des patients. Toutefois, leurs positions et perceptions concernant ces aspects sont parfois sensiblement différentes.

Ainsi, les cas de refus de propositions de traitement par les patients sont effectivement problématisés par certains cliniciens⁴⁴, notamment en termes de « collaboration » insuffisante de patients à qui l'on reproche de ne pas « faire leur part du travail » dans le processus de soins. Les quelques manques de « collaboration » concrets décrits ont trait à la physiothérapie ou à des évaluations psychiatriques. En outre, certains cliniciens disent trouver difficiles les prises en charge de patients dont ils ont l'impression qu'ils sont venus les voir uniquement pour avoir un avis supplémentaire pour l'assurance invalidité, sans véritablement chercher des solutions pour aller mieux⁴⁵. À propos de ces cas, plusieurs médecins expriment le sentiment que la demande du patient ne fait pas réellement appel à leurs compétences.

À l'inverse, les rencontres avec des patients ayant des attentes de traitement très précises ou importantes apparaissent également complexes pour les cliniciens⁴⁶. Tous les médecins somaticiens signalent, d'une manière ou d'une autre, qu'il leur est parfois difficile de dire à leurs patients qu'ils ne peuvent rien pour eux ou que, même si des traitements peuvent leur être proposés, les effets ne seront très certainement pas à la hauteur des attentes. C'est surtout les médecins de l'Unité de rééducation du rachis qui se disent fréquemment amenés à « rabattre » les attentes de patients, à qui ils doivent expliquer que leur douleurs ne disparaîtront probablement pas et que des périodes de douleurs encore plus fortes sont possibles⁴⁷. L'importance de déconstruire les attentes irréalistes de patients est également mise en évidence par d'autres cliniciens actifs dans le domaine des douleurs chroniques interrogés par le passé (p. ex. Thomson 2008). Les médecins du Centre de la douleur problématisent, quant à eux, l'attitude de patients qui se présentent avec des exigences préétablies sur le type de traitement. Ils se disent notamment irrités par ce qu'ils considèrent comme un rapport que l'on pourrait décrire comme « consumériste » à l'antalgie,

44. « Les autres difficultés, ce sera plutôt lié aux personnalités de certains patients, qui sont à la fois demandeurs et qui refusent nos propositions. »

45. « Parfois, on voit bien qu'on n'est pas sur la même longueur d'onde, que ce qu'ils désirent n'est pas vraiment d'ordre médical et ne relève en tous cas pas des compétences du médecin. [...] on voit très bien après une heure que, si le patient est venu, c'est qu'il a une demande AI [Assurance Invalidité] en suspens ou qu'il est en refus, et c'est bien d'avoir une consultation de plus pour avoir un avis supplémentaire. Donc ce n'est pas toujours pour une amélioration médicale, mais les gens viennent aussi pour avoir une confirmation de leur souffrance, un avis de plus pour pouvoir dire ensuite, le docteur X a aussi constaté que je suis malade, donc voilà, donnez-moi mes droits. »

46. « [C'est difficile] avec des gens avec des espérances énormes, et pour finir je dois les rabattre et dire : "Non, ce n'est pas possible." D'un autre côté aussi, je suis passionné par cela. C'est aussi un défi, même si c'est une histoire qui semble perdue d'avance, d'essayer de comprendre où ça a mal tourné. »

47. En formulant les attentes des patients qui viennent le voir : « "Je veux plus avoir mal." C'est vraiment ça. Et puis moi je leur dis : "Vous aurez encore plus mal." [rires] C'est assez provocateur, mais je leur dis. »

faisant fi tout à la fois de la responsabilité décisionnelle du médecin⁴⁸, des limites de la médecine et de l'importance de la participation active du patient⁴⁹.

Quant aux psychiatres et psychologues de liaison, leurs préoccupations centrales en lien avec les idées de traitement des patients semblent être encore différentes, du fait, notamment, que les prises en charge psychiatriques ou psychologiques ne sont le plus souvent pas demandées par les patients souffrant de douleurs chroniques, mais par d'autres cliniciens. Selon les collaborateurs de la psychiatrie de liaison, cela soulève souvent la crainte, chez les patients, que les cliniciens qui les ont envoyés chez le « psy » considèrent que leur souffrance est psychologique et qu'ils n'ont dès lors pas « vraiment mal ». C'est principalement à ces craintes et à l'absence fréquente, chez les patients, de connaissances du travail réel des psychiatres et psychologues, que les collaborateurs du Service de psychiatrie de liaison imputent le désarroi et l'agressivité récurrente de leurs patients durant les premiers entretiens, dès lors perçus comme particulièrement difficiles⁵⁰.

En résumé, il apparaît que, si les divergences de vues (souvent supposées) sur l'origine des douleurs et les traitements sont si sensibles en termes relationnels, c'est parce qu'elles comportent, du point de vue de ceux qui les problématissent, une dimension de non-reconnaissance et font planer sur les rencontres cliniques le spectre d'étiquetages identitaires indésirables. Apparemment, les patients tendent surtout à voir derrière les divergences de vues gênantes avec leurs cliniciens une non-reconnaissance de la réalité de leurs douleurs et craignent d'être catégorisés comme des simulateurs. Ces craintes de patients et leurs implications relationnelles sont traitées dans plusieurs autres publications (p. ex. Eccleston *et al.* 1997 ; Cedraschi *et al.* 1998 ; Dewar *et al.* 2003 ; De Lima & Trad 2007). Pour les cliniciens, la problématique centrale semble être la non-reconnaissance de leur expertise professionnelle lorsque des patients cherchent à leur imposer des choix de traitement, ne collaborent pas avec eux en suivant

48. À propos de succès et d'échecs dans le travail : « Quand quelqu'un vient qui sait ce qu'il veut et que moi je ne le lui donne pas. Et là, c'est un insuccès mais en même temps je suis tranquille. » Q : « Par exemple ? » R : « “Je veux ça, vous me faites ça, parce que !” Et là je me fâche un peu parce que je me dis la maladie, la douleur n'est pas une marchandise, c'est une chose que, qu'on accepte et puis des fois ce n'est plus toi qui décides, mais c'est quelqu'un d'autre qui assume pour toi, et c'est le rôle du médecin. Et quand quelqu'un veut que le médecin fasse ce que lui il veut, on le ressent d'ailleurs, et d'habitude, après un certain moment on n'a plus d'intérêt commun et on se sépare. Mais, c'est plutôt rare. »

49. « Moi j'me conçois comme une aide dans leur processus de guérison, mais eux ont aussi leur pierre à apporter à l'édifice, je n'ai pas de parole ou de gestes magiques à leur proposer. Quelqu'un qui a souvent des lombalgies, on va peut-être l'aider avec des médicaments, avec un geste [injection à but antalgique], mais y aura aussi une physiothérapie à effectuer, je peux, je ne suis pas garagiste. »

50. « Autrement les autres choses qui sont difficiles, c'est quand il y a un patient qui part vraiment, euhm, très résistant par rapport à l'approche psychologique, c'est-à-dire qui est très défensif, voir agressif, par rapport à ça et qui refuse de répondre aux questions, qui renvoie les questions, qui me renvoie les questions, où il y a un refus constant d'entrer en matière. Ça c'est presque le plus difficile. »

leurs conseils, voire les sollicitent sans même souhaiter trouver des solutions pour aller mieux (pour des résultats comparables, voir notamment Thomson 2008). On peut imaginer que le souci des cliniciens de prévenir les déceptions en « rabattant » les attentes est également en partie une mesure de prévention pour pouvoir rester de « bons » experts aux yeux des patients, même si les douleurs ne peuvent être supprimées (sur l'importance pour les cliniciens de se distancier de la responsabilité de l'apparition ou du maintien de douleurs, voir aussi Eccleston *et al.* 1997).

Gestion de la diversité sociolinguistique : points de vues contrastés et nuancés sur les consultations de patients migrants allophones

Jusqu'ici, les enjeux et difficultés spécifiques ou typiques des consultations avec des patients migrants allophones ont été provisoirement écartés de ma présentation des discours des personnes interviewées. Or, de manière spontanée ou induite par mes questions, les participants de l'enquête A ont traité de nombreux aspects de leur vécu de terrain sous l'angle du rôle qu'y joue la diversité sociolinguistique en lien avec la migration. Ce chapitre présente les différents thèmes et sous-thèmes abordés par les participants dans ce contexte (pour un aperçu, v. tableau 12 en page suivante). Il informe notamment sur les prises de position sur l'impact de la diversité sociolinguistique parmi les patients : Les consultations avec des migrants allophones sont-elles vécues ou envisagées comme nécessairement difficiles ? Les difficultés sont-elles perçues comme linguistiques uniquement ou d'autres difficultés sont-elles mentionnées ? De plus, ce chapitre livre des indications sur les différentes manières des cliniciens et des patients allophones de se positionner face à la perspective de l'utilisation, en consultation, de la langue seconde par un patient qui en a une maîtrise limitée. On verra également quelle perception les participants ont de différentes stratégies de gestion de la diversité sociolinguistique dans les échanges cliniques (reformulations, questions de précisions, adaptation de la vitesse de parole, etc.). Il apparaîtra notamment qu'au sein de ces stratégies, celle du recours à la traduction par un interprète n'est pas la moins controversée.

5.1 Difficultés caractéristiques ou typiques des consultations ou suivis impliquant des patients migrants allophones

S'agissant des difficultés caractéristiques ou typiques que les interviewés associent aux suivis de patients migrants, nous verrons en préambule que leurs consultations sont vécues comme (plus) difficiles par les protagonistes, mais pas systématiquement. Puis nous passerons en revue les grandes catégories de difficultés caractéristiques ou typiques des consultations avec des migrants allophones qui sont rapportées par les interviewés, principalement par les cliniciens.

Dimension	Sous-dimensions	Thèmes	Sous-thèmes
2. Perception de la communication dans des consultations impliquant des migrants allophones	2.1 Groupes de migrants allophones et niveaux de maîtrise du français 2.2 Limitations ou problèmes spécifiques ou typiques	Consultations avec allophones pas nécessairement (plus) difficiles	
		Difficultés liées à la langue	Hypothèses sur groupes de patients migrants (plus) concernés Problèmes de compréhension Abandon d'objectifs et exclusions Lien entre difficultés de langue et tensions relationnelles Évolution du vocabulaire des patients dans le temps
		Difficultés liées aux connaissances et croyances	Connaissances médicales limitées des patients Croyances erronées des patients Évolution des connaissances des patients avec le temps
		Difficultés liées aux habitudes/règles culturelles : tabous	
	2.3 Pratiques ou stratégies développées ou envisagées pour gérer la diversité linguistique des patients	Recours à des tiers pour traduire	Cas où un tiers est (non) nécessaire Évaluation des tiers Difficultés d'organisation
		Autres stratégies	Attitude bienveillante Vérification de la compréhension Expression claire Autres langues et ressources sémiotiques

Tableau 12 : Grille thématique pour la dimension 2

5.1.1 Les consultations de patients migrants sont-elles vécues comme particulièrement difficiles ?

Lorsque l'on interroge les cliniciens sur d'éventuelles difficultés typiques ou spécifiques aux consultations de patients migrants allophones, ils se montrent très prolixes. Une part notable des mentions de difficultés « linguistiques » et/ou « culturelles » liées à la migration sont d'ailleurs survenues dès la première partie de l'entretien, consacrée au travail clinique avec des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques en général, avant même que les dimensions de la migration ou de barrières linguistiques ne soient expressément abordées. Mais toutes les consultations avec des migrants allophones ne sont clairement pas perçues comme (particulièrement) difficiles. Plusieurs cliniciens affirment qu'il y a également certains aspects de ces consultations qui rendent le travail avec les patients plus facile que dans les cas de non-migrants. La rupture biographique que représente la migration, les difficultés de la vie en Suisse et les projets de retour contrariés sont notamment cités comme exemples de sujets de discussion qui rendent les consultations avec les migrants plus intéressantes que celles avec d'autres patients souffrant de douleurs chroniques¹. Un autre clinicien rapporte également qu'avec des personnes perçues comme « difficiles », l'empathie est parfois plus facile lorsqu'il s'agit de migrants et/ou d'allophones, ces groupes bénéficiant de « circonstances atténuantes » du fait de leur déracinement et de leurs difficultés d'adaptation fréquentes².

En comparaison avec les cliniciens, les patients interviewés apparaissent beaucoup moins prompts à qualifier les consultations avec des patients migrants comme (spécialement) difficiles (ni d'ailleurs comme particulièrement faciles). En réalité, ce ne sont guère que les quelques interviewés ayant le français comme langue première qui semblent acquis à l'idée qu'il doit être plus difficile de chercher des soins pour des douleurs musculo-squelettiques chroniques lorsqu'on est migrant et que l'on a une maîtrise limitée de la langue locale. Pour leur part, les migrants parmi les patients interviewés dans le cadre de l'enquête A ne font que très exceptionnellement état de difficultés liées à leur condition de personnes venues d'ailleurs ou à leur profil sociolinguistique ou socioculturel particulier. Dans leur discours libre sur leur trajectoire de soins, les patients allophones interviewés ne rendent d'ailleurs que rarement manifeste des identités

1. Q : « Est-ce que tu as l'impression que la migration joue un rôle dans tes consultations ? » R : « Ouais, alors ça oui. Mais en soi, ça ne rend pas mes consultations plus difficiles, au contraire, parce qu'on peut aussi discuter de la difficulté d'être migrant, d'avoir dû quitter son pays, des espérances qui ont été brisées avec la maladie, parce que c'est souvent des gens qui ne peuvent plus retourner dans leur pays parce que les soins ne sont pas assez spécialisés. Donc, il me semble qu'il y a plus de matériel en fait. Peut-être pour la population suisse c'est beaucoup plus fruste, on a de la peine à pointer les choses, des fois, les facteurs de stress, des événements traumatisants, les choses comme ça. »

2. « Les migrants, c'est vrai, c'est difficile, parce que, c'est clair, il y a des problèmes de langue. Ça c'est évident. [...] Mais il y a aussi des bons Suisses ou des bons Français, qui sont à l'origine de consultations très difficiles et qui, c'est vrai, attirent moins d'empathie que les autres, parce que les autres, on peut dire, ils ont des circonstances atténuantes, ils sont totalement déracinés, ils n'ont pas réussi à s'adapter, ils ne parlent pas. »

pointant leur vécu migratoire (identités linguistiques, ethniques, nationales, etc.) et les difficultés relationnelles et communicationnelles mentionnées par les migrants ne se distinguent que peu des celles mentionnées par les autres patients. Même dans la partie de l'entretien invitant expressément les patients allophones à parler de difficultés en lien avec l'utilisation d'une langue seconde dans la communication avec leurs médecins, les patients migrants interviewés tendent dans l'ensemble à relativiser fortement l'impact de cette dimension.

L'essentiel des difficultés caractéristiques ou typiques des consultations avec des migrants allophones ont donc été mentionnées par les cliniciens. Elles peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les difficultés imputées directement au niveau de maîtrise du français des patients, souvent qualifiées de linguistiques ; celles en lien avec les connaissances et croyances relatives à la médecine au sens très large ; et celles en lien avec les habitudes et attentes communicationnelles spécifiques, notamment en matière de tabous. Les difficultés des deux derniers types sont parfois désignées par les interviewés comme culturelles.

5.1.2 Difficultés liées au niveau de maîtrise de la langue de consultation

Dans leurs entretiens, les cliniciens interrogés font abondamment mention de difficultés avec des patients migrants qu'ils attribuent à la maîtrise limitée du français de ces derniers. Le fait que ces difficultés soient souvent abordées de manière spontanée souligne encore la prééminence de l'aspect linguistique dans leur perception du travail avec des patients migrants.

Les cliniciens somaticiens interviewés estiment qu'entre 10 % et 70 % de leurs patients ont un niveau de français problématique ou franchement insuffisant pour les interactions cliniques. L'écart de cette fourchette d'estimations s'explique probablement tant par des patientèles variables d'une unité à l'autre – il semble par exemple que les personnes les moins à l'aise en français soient rarement adressées aux psychiatres de liaison pour évaluation – que par des critères d'appréciation hétérogènes s'agissant du niveau de français des patients.

Interrogés sur d'éventuels groupes de personnes migrantes qui tendraient à être moins à l'aise en français que d'autres, les professionnels interviewés ont avancé des observations diversifiées et nuancées, voire hésitantes. Lorsqu'ils formulent des hypothèses, ils en relativisent souvent aussitôt la portée. Il semble toutefois y avoir un certain accord pour dire que le niveau de français des patients migrants évolue en fonction de leur durée de séjour en Suisse, même s'il est également question de personnes installées dans la région depuis dix ou vingt ans qui ne parlent encore que peu le français. À l'occasion, ces cas semblent d'ailleurs susciter de l'irritation chez certains cliniciens, peinant à comprendre ces difficultés d'apprentissage³. Les autres catégories sociales et identitaires

3. « C'était un patient turc, qui est en Suisse depuis une vingtaine d'années, et pour lequel j'ai eu aussi un traducteur. Mais ça c'était instructif, parce que j'ai pu lui poser des questions pour essayer de comprendre comment est-ce qu'on peut vivre vingt ans dans un pays où on ne comprend pas la langue. [...] Il m'a éclairé en disant que je devais voir un Turc dans une communauté turque en Suisse. Donc le patient il ne fonctionne pas en Helvétie mais dans sa communauté. Cela m'a donné de l'information, maintenant ça ne veut pas dire que j'adhère. »

mises en lien avec la maîtrise du français sont le niveau de formation, le genre et l'origine géopolitique. Un bas niveau de formation est présenté comme un facteur influençant négativement la connaissance de la langue locale. Dans le domaine du genre, les observations des cliniciens sont très variables, attribuant tantôt davantage d'aisance en français aux femmes, tantôt aux hommes. Enfin, un certain consensus se profile autour de l'idée selon laquelle les patients migrants originaires des Balkans – Kosovars en tête – auraient tendanciellement une maîtrise plus limitée du français que les migrants d'origine ibérique⁴ et a fortiori italienne. À une reprise, l'âge est également mentionné, les patients allophones de plus de 50 ans étant pointés comme moins à l'aise en français que les personnes plus jeunes de profil comparable.

Lorsque les cliniciens problématisent la maîtrise limitée du français des patients, ils l'associent parfois directement avec des incompréhensions réciproques et avec ce qu'ils appellent des problèmes de collaboration entre patients et professionnels. Un clinicien fait par exemple mention de consultations exolingues où il a l'impression qu'il est des choses que « ni [lui], ni le patient ne comprennent », alors qu'un autre dit vivre la compréhension dans ces consultations comme « superficielle » et ne lui donnant pas un accès adéquat à l'historique, à la perte subjective et aux attentes des patients. Certains cliniciens disent aussi abandonner une partie de leurs objectifs de communication avec des migrants moins à l'aise en français, par exemple en renonçant à une investigation détaillée du vécu douloureux des patients⁵ (pour des publications ayant mis en évidence de pareils abandons, v. Vasseur *et al.* 1996 et le recueil de Faerch & Kaspar 1983). En outre, la maîtrise limitée du français semble parfois fonctionner comme motif pour exclure des patients migrants de certains traitements de réhabilitation, notamment lorsqu'ils impliquent des activités de discussion ou d'enseignement en groupe⁶.

Une partie des propos des cliniciens au sujet de la maîtrise du français des migrants s'attachent explicitement à des compétences langagières spécifiques, en l'occurrence aux deux compétences que l'on peut appeler expressive et interprétative. Au plan des compétences expressives des patients migrants, les cliniciens déplorent principalement leur incapacité occasionnelle à livrer des descriptions de douleurs suffisamment précises⁷ (aspect déjà mentionné plus

4. Il semble toutefois que la proximité linguistique entre le français et les langues maternelles des patients de pays latins peut s'avérer à double tranchant : un clinicien rapporte notamment que certains patients ibériques pêchent parfois par excès de confiance, articulant trop vite et indistinctement un français peu assuré qui en devient alors difficilement compréhensible.

5. « Il reste un gros pourcentage où il y a vraiment une limitation. Et puis à un certain moment, on se débrouille en disant : "Est-ce que tu as mal, est-ce que tu as pas mal ?" Basta. »

6. « Parce que c'est clair que, si quelqu'un débarque ici et ne parle pas un mot de français, on est très, très limités dans les traitements qu'on peut leur offrir, hein. Parce qu'une partie, c'est ces programmes [en groupe] que les gens suivent pendant trois semaines, mais qui exigent un certain niveau de français. Donc celui qui ne parle pas le français, qui ne comprend pas, ne peut pas le faire. »

7. « Les consultations les plus difficiles c'est, que ce soit lié à la langue ou non, les

haut et décrit comme n'étant pas nécessairement une exclusivité des patients allophones). Pour plusieurs cliniciens, les compétences interprétatives de certains patients migrants représentent, elles aussi, une préoccupation évidente. Lorsqu'elles sont limitées et qu'il n'y a pas d'interprète, ces compétences semblent mettre en danger l'assimilation d'informations médicales importantes par les patients. Un médecin du Centre de la douleur rapporte par exemple qu'avec certains des migrants allophones qu'il suit, la possibilité d'obtenir un consentement valable en vue des traitements lui semble limitée⁸. Ce même médecin se dit également inquiet lorsque, pour des raisons de langue, il n'est pas sûr d'avoir fait passer le message qu'il ne peut « pas donner de garantie qu'il n'y aura plus de douleurs après l'injection ». Pour ces cas, il craint que la déception potentielle des patients n'induisse ensuite une évolution défavorable.

Au sujet toujours des compétences interprétatives, certains professionnels rapportent qu'il est des thèmes qui suscitent davantage de difficultés que d'autres avec les patients allophones. De l'avis de ces professionnels, la frontière entre les éléments accessibles et inaccessibles pour ces patients passerait notamment entre le domaine du concret, peu problématique, et tout ce qui relève du ressenti plus subjectif et des émotions⁹.

Comme mentionné plus haut (section 5.1.1), les patients considèrent tous que leurs compétences de français sont suffisantes pour permettre des échanges satisfaisants avec les médecins spécialistes de notre terrain d'observation. À propos des autres *settings* qu'ils ont connus, seuls deux patients migrants sur cinq font état de quelques rares difficultés liées à des barrières linguistiques et dans un de ces cas les dernières difficultés rencontrées remontent à plusieurs années. Chez ces deux patients, les difficultés mentionnées concernaient à chaque fois des situations qui sont également marquées par des tensions relationnelles. Il s'agit d'un patient albanophone avec un français clairement limité, qui connaît bien mieux l'allemand et demande souvent à changer de médecin pour se retrouver avec des personnes pouvant le suivre dans cette langue¹⁰. Mais ce

patients qui nous disent : "J'ai mal, j'ai mal, faites quelque chose !" mais qui sont pas capables de décrire ces sensations qui sont dans leur corps, qui en restent à la terminologie de douleur pure, et puis, qu'on obtient à peu près rien de plus. »

8. « Parce que dans les informations qu'on peut donner aux patients, si on propose une piqûre, on doit aussi informer le patient des risques qu'il encourt, du fait que je ne peux pas lui donner de garantie qu'il n'aura plus de douleurs après, et puis ça, je trouve important qu'il puisse recevoir cette information-là avant. »

9. « Ben, je pense que le problème de la langue est un des problèmes qui fait que ça peut être très difficile, j'entends. [...] j'ai quand même assez souvent des patients qui ne comprennent pas ou qui comprennent très peu. [...] l'autre jour j'ai eu un patient, par exemple où ce qui était concret, il comprenait bien, [...] quand, comment, qu'est-ce que vous faites [...]. Mais dès que ça touchait au vécu, [...] aux émotions, à ce qu'il pouvait ressentir, ou comment il pouvait vivre les choses, il ne comprenait rien. Dès qu'il y avait des termes sur l'humeur, triste, anxieux, il ne comprenait plus. C'étaient des mots qu'il ne connaissait pas. »

10. À propos d'un médecin du Centre de la douleur : « Je ne sais pas comment s'appelle. Elle très gentille parce que, la première fois, quand j'ai arrivé ici, elle très gentille. Parce qu'avec elle j'ai parlé allemand. Elle m'a expliqué les radios. » Q : « Vous parlez mieux l'allemand que le français. » R : « Ouais. » À partir de quoi j'ai moi aussi opté pour l'allemand, l'échange en français étant difficile.

patient rapporte également des consultations en français, dont une, récente, dans l'une des unités du terrain d'enquête. Si, dans la consultation en question, la compréhension mutuelle était, du point de vue du patient, suffisante, ce dernier parle également d'une consultation psychologique vécue il y a peu dans une autre institution, où il avait l'impression de ne pas avoir été pris au sérieux et pour laquelle il estime qu'un interprète lui aurait été utile. L'autre patiente faisant état de problèmes linguistiques est une personne lusophone avec un très bon niveau de français, qui rapporte que, même dans son expérience relativement récente, communiquer en français avec son médecin s'est parfois avéré problématique lorsque la relation devenait tendue et le langage complexe¹¹. Cette patiente dit d'ailleurs s'être rendue chez un spécialiste au Portugal et rapporte une meilleure compréhension réciproque due à l'utilisation de la langue première (même si elle était, en revanche, peu satisfaite de cette expérience au plan relationnel)¹².

Les trois migrants restants du collectif de patients interviewés pour l'enquête A se disent, pour leur part, plus à l'aise en français pour échanger avec des médecins que dans leurs langues premières. Ceci alors même que, lors de l'entretien de recherche, deux femmes parmi ces patients avaient un français certes loin d'être basique, mais avec de nombreuses interférences avec les langues premières rendant leurs propos ponctuellement difficiles à comprendre. Leurs discours témoignaient aussi de difficultés d'expression manifestes. Le troisième de ces patients, très à l'aise en français durant l'entretien, dit quant à lui, globalement mieux maîtriser le français que sa langue première (portugais), y compris pour des contextes de communication non médicaux. Ce patient affirme toutefois que parfois, par le passé, lors de moments tendus au plan relationnel avec des médecins n'ayant plus rien à lui proposer, il en arrivait à se demander s'il s'exprimait suffisamment clairement en français¹³. Il ne met toutefois pas cette crainte en relation avec le fait que le français soit sa langue seconde. Dans son cas, on peut se demander si l'expression des doutes relatifs à

11. Q : « Est-ce qu'il y a eu des moments où vous aviez des difficultés à comprendre ce qu'ils vous disaient ? » R : « Tout au début de ma maladie, avec le Dr X [neurochirurgien], j'ai eu un moment où j'avais beaucoup de difficulté à comprendre. Parce que déjà il y avait les mots pour les maladies. Moi quand on m'a dit que c'était une spodylodèse avec arthrose, je ne comprenais rien du tout. Je n'ai jamais entendu ces mots et la façon qu'il avait de parler m'a paru un peu complexe. Alors une fois je lui ai dit : "Écoutez, je suis portugaise, si vous pouvez m'expliquer ça d'une autre façon, plus facile, ce sera mieux." [...] Il a vu que j'étais paniquée par le fait qu'il dise des trucs que je ne comprenais pas. »

12. À propos de ses motivations pour consulter un spécialiste au Portugal : Q : « Est-ce que pour vous, le fait qu'il parle votre langue, c'était un argument pour aller le voir ? » R : « Oui. Je voulais entendre les choses en portugais. Je voulais qu'il me traduise ça mieux dans ma langue, avec ses mots, les mêmes noms de maladie mais en portugais. »

13. Q : « Et dans tout ce cheminement, chez tous les médecins que vous avez vus, est-ce que ça vous est arrivé par moment d'avoir le sentiment qu'on ne vous comprend pas ? » R : « Ouais. Parce que, je pense que quand on essaie plusieurs traitements, et puis ça marche toujours pas, on se sent un peu incompris, hein. C'est clair. On se plaint, on se plaint, on se plaint et puis personne ne trouve de solution. [...] On dirait que les médecins ils sont là et qu'ils ne peuvent pas vous aider. Alors la personne elle commence à se poser des questions : "Est-ce que je m'explique mal ?" »

ses capacités d'expression reflète une véritable préoccupation liée à la langue ou s'il s'agit avant tout d'une stratégie rhétorique pour rendre compte de l'ampleur de l'impuissance et de l'accablement ressenti dans la situation en question – idée d'une impuissance argumentaire ou indescriptibilité comme topos rhétorique dans le cadre de douleurs et d'autres conditions chroniques qui se retrouve aussi ailleurs dans la littérature, ex. Baszanger (1995), Gülich (2005) et Blasch *et al.* (2010).

À l'exception du patient qui maîtrise le moins bien le français, tous soulignent qu'au cours de leur trajectoire de soins, ils ont appris beaucoup de « mots » pour des réalités médicales et que ces nouvelles ressources lexicales qu'ils n'ont pas nécessairement dans leur langue première leur sont utiles pour communiquer au sein du système de soins¹⁴. Dans certains cas, la consultation de sites internet sur la santé semble jouer un rôle important dans l'apprentissage de termes spécialisés en français¹⁵. Il est à noter que cette idée d'une expertise médicale croissante se traduisant par un développement des ressources lexicales personnelles est également avancée par les francophones natifs du collectif de patients interrogés lors de l'enquête A.

S'ils ont, on le voit, plutôt tendance à relativiser leurs propres difficultés linguistiques dans des entretiens cliniques, la plupart des patients migrants interviewés font, en revanche, mention d'autres personnes migrantes allophones confrontées à ce type de problèmes. Parfois, leurs propos sur ces personnes ne sont d'ailleurs pas dénués d'une tonalité critique ; ainsi chez cette interviewée qui fait état de membres de sa communauté souffrant de douleurs, qui arrivent à dire « j'ai mal » mais sans pouvoir apporter davantage de précisions en français. À plusieurs reprises, c'est du conjoint – mari ou femme – du patient qu'il est question lorsque les migrants interviewés parlent de difficultés de compréhension en lien avec des contenus médicaux. Quelques personnes disent de leur conjoint qu'il ne comprend pas toujours les explications médicales qu'elles tentent de leur rapporter en revenant des consultations. Un patient laisse toutefois entendre que ces difficultés sont moins liées au profil linguistique allophone des conjoints qu'au caractère opaque de la terminologie médicale pour quiconque n'est pas familier des hôpitaux et cabinets médicaux. D'autres personnes souffrant de douleurs chroniques disent encore accompagner leurs conjoints chez le médecin, soit pour assurer la traduction, soit pour les aider de manière plus ponctuelle à comprendre leur médecin et à se faire comprendre par ce dernier.

14. Q : « Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir des explications un peu compliquées ? » R : « Oui, bien sûr, ça arrive. [...] Alors des fois quand je vois la doctresse, des fois je demande qu'elle m'explique autrement et puis elle m'explique d'une autre manière et j'arrive à comprendre quand même aussi, hein. [...] je lui dis : “Vous pouvez m'expliquer d'autre manière, d'autre façon comme ça pour que je apprendre” et elle me explique. »

15. Q : « Donc même quand vous avez eu ce gros pépin de dos, comme vous dites, vous n'avez pas pensé que ça pourrait être pratique pour vous [d'aller consulter avec quelqu'un pour traduire] ? » R : « Non, du tout. Parce que je m'intéresse à beaucoup de choses, surtout au niveau de la santé, je vais beaucoup sur internet, des sites médicaux, [...] j'essaie de m'instruire, quoi, d'apprendre certains mots, j'aime ça. » Q : « Et là, vous allez en français ou en portugais, sur ces sites ? » R : « En français. Je pourrais aussi aller en portugais, mais je vais en français, ouais. »

5.1.3 Connaissances limitées et croyances erronées des patients

Dans le discours des cliniciens, les faibles connaissances médicales préalables d'une partie des patients issus de la migration sont souvent présentées comme un facteur qui rend les consultations difficiles et nuit à l'impact des suivis. Il est notamment dit que les lacunes dans ce domaine font obstacle aux objectifs didactiques des consultations, dont on a vu qu'ils sont perçus comme centraux par certains cliniciens, notamment à l'Unité de rééducation du rachis (v. *supra*, section 4.2.1.2). Un médecin parle par exemple d'un fond culturel d'anatomie et de conception d'image corporelle nécessaire pour pouvoir intégrer les informations reçues¹⁶.

D'autres difficultés évoquées par les cliniciens sont liées non plus à une absence de connaissances médicales de base chez les patients migrants, mais à des représentations ou croyances que les cliniciens estiment erronées ou irréalistes. Ces représentations des migrants sont tantôt présentées comme propres à la « culture » d'origine des migrants, tantôt comme une conséquence de leur faible niveau d'instruction. Certains cliniciens insistent sur le fait que ces croyances ne sont pas l'apanage des migrants, mais qu'elles sont simplement plus fréquentes dans cette population. Les principaux champs problématiques évoqués sont au nombre de trois. Premièrement, on relèverait, chez les patients migrants, une certaine tendance à une vision mécanique des douleurs, allant de pair avec une image du médecin comme réparateur disposant nécessairement d'une solution au problème en question¹⁷. Deuxièmement, il est fait mention de cas de rejet « culturel » d'approches psychologiques, rejet qui s'inscrirait notamment dans le contexte de croyances religieuses valorisant la pensée positive¹⁸. Enfin, certains suivis de migrants semblent problématiques en raison d'une compréhension erronée du système d'assurance – notamment des domaines de compétence respectifs des assurances maladie et accident – qui peut

16. « Pour le succès du traitement d'un problème de colonne, la bonne, mais la très bonne compréhension est nécessaire. Je veux dire par là qu'il ne suffit même pas que les gens parlent la langue ou qu'ils aient un interprète. Il faut qu'ils aient [...] un fond culturel d'anatomie et de conception d'image corporelle qui leur permette d'intégrer ce qu'on leur dit. Donc, c'est pas qu'une question de langue en fait, c'est aussi une question de niveau d'instruction. [...] Les patients qui arrivent à acheter un kilo de pommes de terre à la [nom d'une chaîne de supermarchés suisses] mais qui n'arrivent pas à comprendre ce que signifie par exemple le travail musculaire, même en prenant des comparaisons comme : "C'est le bras hydraulique d'un bulldozer", enfin des trucs qui sont relativement proches de la vie courante, qui arrivent pas à intégrer ça, c'est l'échec. »

17. V. l'extrait cité section 4.2.2.2, n. 49 ; il s'agit d'une réponse à ma question sur les difficultés autres que linguistiques avec des patients migrants.

18. « Euhm, mais je pense justement aux Africains [...] parce que il y a parfois des difficultés de culture, j'ai l'impression. [...] Avec les quelques personnes africaines que j'ai eues, il y avait comme ça des croyances très fortes, religieuses ou autres, qui empêchaient un peu d'entrer en matière, [...]. Un des thèmes c'est : "Tout va bien, moi j'ai confiance, ça va s'améliorer, ça va aller mieux, Dieu est avec moi. Je ne risque rien, et pourquoi vous me posez toutes ces questions ?" »

déboucher sur des confusions majeures, rendant difficile la compréhension mutuelle avec leur médecin¹⁹.

Pour leur part, les patients sont, on l'a dit, peu prolixes sur d'éventuelles difficultés liées à l'impact des connaissances, croyances ou représentations sur les interactions avec des cliniciens. Si, comme on l'a vu plus haut, les personnes souffrantes interviewées thématisent parfois des difficultés relationnelles en lien avec des idées divergentes sur les douleurs, leur origine, leur réalité et leur traitement (notamment sur la place du psychologique), les migrants parmi ces personnes ne présentent jamais ces divergences de vues comme ayant une origine culturelle ou comme liées à leurs origines étrangères ou leur condition de migrants (v. *supra*, sections 5.1.1 et 5.1.2). Ils se limitent à problématiser un manque d'adaptation du discours de certains médecins – en l'occurrence actifs en dehors du terrain d'étude – à leur niveau de connaissances (et ils ne sont d'ailleurs pas les seuls à le faire : les non-migrants partagent cette critique). De plus, comme on l'a vu en lien avec les propos des patients (migrants et non migrants) sur leur lexique français, plusieurs d'entre eux relativisent ce problème en rapportant une réduction progressive du décalage initial de connaissances grâce à l'acquisition, par les personnes soignées, d'un savoir et d'un lexique médicaux au gré de leur trajectoire de soins.

5.1.4 Habitudes et règles culturelles au plan communicationnel

Le dernier grand ensemble de facteurs de difficulté dans les consultations avec des migrants thématisés par les cliniciens a trait aux habitudes et règles communicationnelles des patients. Concrètement, il est surtout question de thèmes difficiles ou impossibles à aborder, autrement dit de tabous (Allan & BurrIDGE 2006 ; Weber *et al.* 2007, 2010). Les cliniciens interviewés semblent en effet admettre que les tabous en usage dans les communautés migrantes ont un certain impact sur les rencontres interculturelles en contexte clinique. Deux thèmes difficiles à traiter avec certains patients migrants ont été mentionnés : leurs émotions et leurs douleurs. Pour les deux thèmes en question, il se trouve des cliniciens pour émettre l'hypothèse que l'impact de ce type d'interdits varie en fonction du genre des personnes concernées, avec notamment des tabous accentués en cas de non-concordance de genre au sein de la dyade²⁰.

19. Un clinicien explique par exemple qu'il est spécialement difficile de faire comprendre le système d'assurances sociales helvétique à des migrants qui viennent de pays où celles-ci fonctionnent différemment et où une douleur « d'un gars qui soulève trente kilos en porte-à-faux et qui se fait mal » est par exemple reconnue comme une maladie professionnelle, contrairement à ce qui se passe en Suisse.

20. « Je pense, parfois, que pour certains patients hommes venant de certaines cultures, et des pays de l'Est entre autres, que ça ne doit pas être évident de se retrouver face à une psychologue femme qui leur pose plein de questions sur leur vie privée. C'est des gens qui n'ont pas l'habitude de parler d'eux, des gens qui n'ont pas l'habitude de parler de leurs émotions, de ce qu'ils ressentent, de comment ils se sentent. Et de le faire face à une femme, j'ai parfois l'impression, avec certaines personnes, que c'était un peu humiliant, ouais, où ils me regardaient un peu de haut, que ce n'était pas une situation qui était très acceptable et très naturelle pour eux. »

Il est aussi question de migrants aux styles conversationnels consensuels. Ont été évoquées l'importance, dans certaines cultures africaines, de « faire plaisir » à l'interlocuteur et la nécessité d'en être conscient pour éviter des malentendus.

Chez les patients, on ne relève aucune mention de difficultés de communication qui découleraient d'habitudes ou normes conversationnelles divergentes entre le soignant et soigné. Une seule personne évoque au passage un trait qu'elle voit comme caractéristique ou typique du comportement communicationnel des membres de sa communauté, mais dont elle se distancie à titre personnel : certains Portugais font part de leurs douleurs avec davantage de théâtralité que les Suisses (elle dit que ces Portugais « font un film »).

5.2 Stratégies facilitant la compréhension avec les patients migrants n'ayant pas le français comme langue première

Face aux diverses difficultés rapportées à propos des consultations de patients migrants n'ayant pas le français pour langue première, les participants de l'enquête A esquissent une série de stratégies permettant de limiter l'ampleur et l'impact de ces difficultés. Compte tenu de la place qu'elle occupait lors des entretiens en raison d'un questionnement spécifique de ma part, la stratégie du recours à l'aide de tierces personnes pour traduire dans les consultations (interprètes professionnels, personnes plurilingues issues des proches du patient ou du personnel de l'institution de santé) fait à elle seule l'objet de la première section de cette partie. La seconde section sera consacrée aux autres stratégies avancées.

5.2.1 Interprétariat

L'interprétariat – autrement dit la traduction orale consécutive de discours oraux – est souvent évoqué par les cliniciens interrogés comme une solution possible lors de consultations difficiles pour des raisons de langue. Mais dans les faits, les cliniciens semblent peu recourir à la traduction, même avec des patients ayant une maîtrise limitée de la langue de consultation. Les rares tiers sollicités pour traduire semblent de surcroît le plus souvent recrutés parmi les proches des patients²¹. Simultanément, les interventions de tiers chargés de l'interprétariat sont surtout présentées comme un facteur de complexité. À propos de l'interprétariat professionnel, plusieurs cliniciens affirment par ailleurs que l'hôpital manque de moyens pour financer ce type de prestations²².

21. Il n'a été question de tiers issus du personnel plurilingue de l'hôpital qu'à une seule reprise et la collaboration avec des interprètes professionnels paraît elle aussi exceptionnelle.

22. « Donc, et c'est vrai que pour cet effort [explications détaillées aux patients], on aurait besoin d'interprètes. De temps en temps les gens viennent avec leurs familles. Mais ce n'est pas la même chose. Parce qu'il y a des choses que tu ne vas pas raconter accompagné par ton épouse ou un cousin : j'ai eu quelques cas d'adultère ou d'inceste, mais c'est clair que si le mari est assis à côté, je sentais qu'il y a quelque chose qui passait pas. Donc, essayer de faire venir quelqu'un, mais c'est déjà plus compliqué. Et les moyens à disposition, hein, qui va payer un interprète ? »

Au plan de leurs évaluations des expériences passées avec l'interprétariat, les cliniciens enquêtés sont nombreux à exprimer des insatisfactions face à la traduction par les membres de la famille, enfants en tête. Ils soulignent, à son propos, deux aspects problématiques pour la fidélité de la traduction : de forts tabous sur la sexualité et les affects introduits ou renforcés par les interprètes non professionnels issus des proches²³ ; et le contrôle que certains proches cherchent à exercer sur les patients en distordant ou censurant les propos lors de la traduction²⁴. Aussi, ces inquiétudes relatives à la fiabilité de l'opération traduisante semblent-elles occuper une place centrale parmi les raisons qui incitent certains cliniciens à rechercher la collaboration d'interprètes professionnels ou issus du personnel hospitalier²⁵. Mais ces cliniciens font également état d'autres motivations. Dans certaines situations, ils semblent par exemple apprécier la faculté d'interprètes professionnels et d'interprètes volontaires de l'hôpital à se montrer empathiques avec les patients, ainsi qu'à fournir au clinicien des informations concernant les cultures d'origine et de diaspora (en Suisse) des migrants²⁶.

Dans leur ensemble, les cliniciens paraissent toutefois en proie à une certaine ambivalence (également rapportée pour d'autres *settings* chez Weber (2003) et Angelelli (2004)) face, précisément, à ces mêmes professionnels de l'interprétariat : tout en soulignant l'importance de la traduction, ils rapportent aussi des expériences insatisfaisantes, des craintes, voire de la méfiance. Certains professionnels de l'interprétariat sont par exemple perçus comme exerçant un pouvoir délétère dans les consultations, notamment parce qu'ils sont en position « d'interpréter » les dires des patients, alors que ceux-ci sont privés de tout contrôle à l'égard de l'activité traduisante²⁷.

23. « J'en ai deux ou trois comme ça, c'est le couple, un où c'est Madame qui parle à peu près intelligiblement le français et Monsieur qui n'y comprend rien, alors évidemment c'est deux fois plus long. Et puis on ne sait jamais très bien comment c'est traduit, tout ça. [...] Le pire c'est les enfants. En âge scolaire, quand il faut commencer à entrer dans les détails de la vie intime des gens et c'est leur fille ou leur fils qui traduit. »

24. « Des fois c'est difficile, parce qu'on comprend, on sait qu'on dit une chose à l'interprète et puis l'interprète fait de ce que tu lui dis ce qu'il veut. [...] Quand je parle, à un Kosovar qui doit traduire à ses parents, qu'est-ce que je dis, une chose, un mot, en français ou bien en italien ou bien en allemand ou bien en anglais, lui, qui est fils des gens qui sont maintenant dépendants de lui, fait ce qu'il veut. »

25. « C'est clair que quand j'ai un traducteur professionnel, là je suis certain, ou au moins j'espère, que ça a passé. Mais quand c'est la famille, qu'est-ce qui a été sélectionné, jugé bon à transmettre, je n'en sais rien, hein. »

26. Un médecin rapporte notamment une situation où un interprète formé a pu lui expliquer pourquoi certains membres de sa communauté peinent davantage à apprendre le français que d'autres. V. l'extrait cité section 5.1.2, n. 3.

27. « Mais j'ai une certaine méfiance face à ces professionnels de l'interprétation. Ils n'interprètent pas seulement les mots, mais on a l'impression que c'est aussi l'intention qu'ils interprètent. Et puis moi j'ai un peu de peine. Personnellement je trouve que ces professionnels, ils ont, ça c'est peut-être mon interprétation, mais ils ont un pouvoir, et puis de ce pouvoir-là, ils font ce qu'ils veulent. Tandis que devant nous on a des pauvres diables, la plupart du temps. Des fois j'ai vécu ça. »

Enfin, les professionnels médicaux font également état de difficultés organisationnelles faisant obstacle à la collaboration avec des interprètes, notamment lors des premières consultations. À cet égard, ils déplorent l'absence de toute information préalable concernant le niveau de français des patients au moment de la première consultation. L'idée de précautions particulières à prendre avec certains patients dont la susceptibilité pourrait être heurtée par l'introduction d'un interprète a également été avancée. Du point de vue de ces cliniciens, il s'agit dès lors de ne pas hésiter à expliquer au patient le bénéfice de la présence de l'interprète pour toutes les parties impliquées²⁸.

S'agissant des propos des patients sur l'interprétariat professionnel ou non professionnel, ceux-ci sont dans l'ensemble plutôt laconiques, en raison, sans doute, de leur maigre expérience des consultations traduites. Aucun des cinq migrants allophones interviewés ne dit avoir bénéficié de l'aide d'un interprète professionnel en milieu médical et une seule personne fait état de consultations traduites par des proches plurilingues, en l'occurrence lors d'une consultation unique tout au début de son séjour en Suisse romande.

Comme l'on pouvait s'y attendre compte tenu des propos des interviewés allophones relatifs à d'éventuelles barrières linguistiques dans leurs consultations avec des cliniciens (v. *supra*, section 5.1.1), les patients migrants, même peu ou moyennement à l'aise en français, n'expriment généralement pas de besoins d'interprétariat. Certains disent d'ailleurs au contraire que la présence d'un tiers traduisant ne ferait que « compliquer » et plusieurs personnes ont profité de la partie de l'entretien consacrée à l'interprétariat pour souligner leur autonomie en matière de communication dans les consultations, acquise en partie parce qu'elles ont rapidement osé se confronter aux interactions cliniques (et à d'autres interactions institutionnelles) sans aide extérieure²⁹. Plusieurs patients affirment d'ailleurs être eux-mêmes en mesure d'assurer des traductions orales pour d'autres personnes de leur communauté³⁰. Seuls deux personnes mentionnent des situations ponctuelles où elles auraient éventuellement désiré un interprète. Il

28. « J'ai un peu l'idée que quelqu'un se sentirait peut être blessé parce qu'ils se disent : "Bon moi je vis ici depuis vingt ans, j'ai toujours travaillé, et maintenant on me met en entretien avec un interprète." [...] ça pourrait être un moment où il se sent un peu, presque critiqué. Peut-être après avoir expliqué pourquoi on fait ça, que c'est pour qu'on profite tous les trois mieux de cet entretien, que lui il aura l'occasion vraiment de s'exprimer, pour lui donner encore plus de liberté d'expression, dans sa langue maternelle. Peut-être comme ça, ils auront moins de mal à accepter. »

29. Q : « Est-ce que cela vous est arrivé de vous faire accompagner par quelqu'un pour traduire ? » R : « Non. Jamais. Et j'ai fait exprès. Parce que si on prend cette habitude-là, comme je connais beaucoup de monde qui fait ça, on n'arrive jamais à se débrouiller tout seul. Donc, même pour régler des problèmes administratifs, des papiers, j'suis toujours allé tout seul. [...] Pour mon premier permis de travail c'est ma sœur qui m'a accompagné. Et à partir de là, une fois que j'ai appris les bases du français, j'ai toujours été tout seul, tout seul, vraiment (rit). »

30. Q : « Est-ce que vous, ça vous arrive d'accompagner des personnes, de votre communauté chez le médecin ? » R : « Oui. [...] Ma mère, quand elle est malade, parce qu'elle ne comprend pas bien le français. [...] Et où je travaille, là ça m'est arrivé, qu'il y avait des gens, de l'asile ou je ne sais pas. Et il fallait qu'ils parlent en français et j'ai été traduire. »

s'agit de deux patients – un albanophone peu à l'aise et une lusophone très à l'aise en français – qui avaient déjà signalé des difficultés linguistiques, et leur souhait d'interprète se rapportait à des consultations très tendues au plan relationnel (v. *supra*, section 5.1.2).

5.2.2 Autres stratégies facilitant la communication avec les patients n'ayant pas le français comme langue première

En dehors du recours à un interprète, les personnes interviewées durant l'enquête A avancent encore d'autres moyens ou stratégies³¹ pour faciliter l'échange entre spécialistes des douleurs chroniques et patients migrants ayant une maîtrise limitée de la langue de consultation. Une partie de ces stratégies ont été thématiques suite à la question du protocole d'interview portant spécifiquement sur ce point. Mais dans bien d'autres cas, elles ont été mentionnées de manière spontanée, notamment lorsque les interviewés expliquaient pourquoi, de leur point de vue, des consultations peuvent se dérouler de manière parfaitement satisfaisante malgré une asymétrie assez marquée dans la maîtrise de la langue de communication. Les stratégies mentionnées peuvent être regroupées en quatre ensembles qui seront successivement abordés : attitude bienveillante du clinicien ; vérification régulière de la compréhension ; expression claire ; et recours à d'autres langues et ressources sémiotiques (hormis la langue locale).

C'est, en effet, à une attitude généralement bienveillante du clinicien mettant le patient à son aise qu'équivaut le premier ensemble de stratégies facilitatrices décrit par les interviewés. Plusieurs soignants soulignent en effet l'importance de réserver un bon accueil aux soignés, d'être chaleureux, cordial et non dénigrant, de signaler qu'on leur veut du bien, de prendre du temps et de ne pas montrer d'irritation face aux difficultés de langue³². Certains professionnels interviewés précisent de surcroît qu'avec des patients peu à l'aise dans la langue de consultation, les cliniciens doivent tout particulièrement s'appuyer sur le non-verbal pour créer ce climat relationnel favorable. Sont notamment évoqués l'adoption d'une posture corporelle accueillante face au patient³³ et le recours à

31. En m'inspirant de Gajo *et al.* (2005), je parlerai dans ce qui suit de « stratégies » pour faciliter la communication ou la compréhension, même si la dimension « planifiée » généralement tenue pour définitoire de tout ce qui est stratégique n'est pas toujours évidente dans les pratiques décrites. Mais compte tenu du flou inévitable sur l'intentionnalité lorsqu'on travaille avec des données comme les miennes, il m'a paru dénué de sens de tenter d'affiner davantage la terminologie sur cet aspect.

32. À propos des possibilités, pour les cliniciens, de faciliter l'échange avec des patients peu à l'aise en français : « Je pense qu'il faut se prendre beaucoup plus de temps. Que si déjà on est comme ça pressé, ce n'est pas engageant pour le patient. Et je pense qu'on peut avoir une attitude dénigrante si on ne voit pas ce que l'autre veut nous dire, et puis ça le patient, enfin, ce sont des patients qui sont très sensibles au rejet, donc ils le sentent tout de suite et ils se ferment. Donc, ouais, moi je dirais, il faut se montrer disponible, dans la tolérance, dans le ton. »

33. À propos des possibilités, pour les cliniciens de faciliter l'échange avec des patients peu à l'aise en français : « L'attitude, aussi, hein, du clinicien. On connaît tous très bien la manière d'être... tu restes bras croisés ou bras ouverts, déjà ça donne une manière pour le patient, de se dire, tiens il me reçoit, il me reçoit pas. »

une intonation bienveillante³⁴. Comme on l'a déjà vu, un médecin souligne aussi l'importance de montrer au patient qu'il est pris au sérieux en photocopiant les documents d'internet, images et autres informations qu'il apporte avec lui, afin de valoriser sa quête personnelle de connaissances et de rendre visible que l'on s'intéresse au point de vue du patient sur son problème de santé³⁵. Cet ensemble de stratégies centrées sur l'ouverture et la reconnaissance n'est pas spécifique à la clinique avec la patientèle migrante (on remarquera d'ailleurs qu'il s'agit en partie des composantes de bonnes relations thérapeutiques déjà mentionnées plus haut section 4.2.2.1). Mais dans notre enquête, ce sont les premiers éléments qui sont avancés par les cliniciens lorsqu'on les interroge sur l'amélioration de la compréhension mutuelle dans la communication médicale exolingue. Les patients migrants, pour leur part, parlent principalement de l'impact de la gentillesse, disponibilité et patience des cliniciens lorsqu'ils évoquent des facettes de leur attitude qui favorisent l'échange³⁶.

D'autre part, plusieurs cliniciens soulignent la nécessité, avec des migrants allophones, de se donner les moyens de vérifier la compréhension des patients. Outre l'utilisation de questions de vérification ciblées, ils recommandent également un style interactionnel permettant une participation active du patient³⁷. Ils insistent sur l'importance de laisser le temps aux migrants allophones en difficulté langagière, de les faire intervenir et de les inviter à arrêter l'échange en cas d'incompréhension. Les patients migrants interrogés semblent, quant à eux, considérer qu'il leur incombe principalement de signaler leurs besoins de clarification, d'explication ou de simplification, et plusieurs d'entre eux affirment le faire de manière systématique³⁸. Ils soutiennent également l'idée d'évoquer, dans le cadre d'une discussion en début de consultation ou de suivi, les risques d'incompréhension et de se concerter avec le clinicien sur la gestion d'éventuels problèmes de cet ordre.

Un troisième ensemble de stratégies mentionnées par les cliniciens est en lien avec leur propre manière de s'exprimer face aux patients. Pour les cliniciens évoquant ces stratégies, il s'agit, avec les patients allophones, de s'exprimer de façon particulièrement claire, notamment en parlant lentement et en se mettant au niveau des interlocuteurs, ce qui suppose généralement l'utilisation d'un langage simple. Plusieurs professionnels soulignent aussi l'efficacité d'explications opérant avec des comparaisons ou métaphores qui puisent dans la réalité quotidienne des patients³⁹.

34. V. la fin de l'extrait cité dans la note précédente.

35. V. l'extrait cité section 4.2.2.1, n. 28.

36. Une patiente lusophone dit par exemple que ce sont la « gentillesse positive » et la persévérance dans les reformulations du médecin qui permettent une bonne compréhension dans les consultations malgré l'accent anglais prononcé du médecin.

37. « Parce que si tu te trouves en face du patient et que tu parles, tu parles, et puis tu ne fais pas attention à ce qu'il comprend ou ne comprend pas, si tu ne le fais pas lui aussi s'exprimer sur le sujet, tu ne peux pas te rendre compte de ce qu'il comprend et ce qu'il ne comprend pas. Donc je pense que de vérifier si ce que tu dis est compris... Bon, après, des fois tu te trouves limité parce qu'il n'arrive vraiment pas à comprendre. »

38. V. l'extrait cité section 5.1.2, n. 14.

39. « J'aime bien les comparaisons mécaniques, alors effectivement comme c'est souvent

S'agissant de la façon de parler du médecin, les patients migrants rejoignent les cliniciens pour insister sur l'importance d'un débit de parole réduit. Ils n'abordent, en revanche, pas directement le besoin, pour les médecins, d'adapter la complexité de leur discours aux patients et d'utiliser des métaphores et autres comparaisons imaginées. À l'inverse des cliniciens, les patients mettent l'accent sur l'apport positif de répétitions et reformulations de la part des cliniciens, que celles-ci surviennent à l'initiative des professionnels ou suite à des demandes de patients en difficulté⁴⁰.

Enfin, le dernier ensemble de stratégies évoquées par les soignants repose sur d'autres langues et ressources sémiotiques que la langue locale. D'une part, il s'est avéré durant les entretiens, que parmi les huit cliniciens interviewés, cinq sont plurilingues (dans le sens d'une compétence quasi native dans deux langues au moins), dont quatre avec une langue première autre que le français. Chez tous ces cliniciens, le français figure parmi les langues dont ils ont une maîtrise quasi native, même s'ils ont des « accents » immédiatement perceptibles⁴¹. Plusieurs d'entre eux disent parfois recourir avec profit à leur langue première avec des patients qui connaissent mieux cette langue que le français (par exemple l'utilisation de l'italien avec des patients albanophones connaissant bien l'italien). En d'autres occasions, des professionnels interviewés font mention d'un recours plus ou moins efficace à des langues véhiculaires⁴² non locales (souvent l'allemand ou l'anglais).

Par ailleurs, il est question de stratégies basées sur des supports visuels ou écrits qui permettent de faciliter la communication avec les patients n'ayant pas le français en langue première. Les médecins de l'Unité de rééducation du rachis disent notamment utiliser des schémas représentant l'évolution normale de la colonne vertébrale vieillissante et des questionnaires sur les douleurs dans certaines langues premières de patients migrants. Ces questionnaires sont présentés comme une aide pour décrire plus précisément leur ressenti douloureux. Quelques cliniciens disent encore qu'ils font dessiner les patients et/ou insistent sur l'apport possible de la mimogestualité. Cette dernière semble parfois particulièrement investie : un médecin mentionne par exemple la possibilité de « faire des discours avec quelqu'un rien qu'en regardant comment il bouge les yeux ».

Concernant les stratégies liées aux langues et aux autres ressources sémiotiques non verbales pour la communication dans des consultations exolingues, le point de vue des patients migrants plurilingues semble différer sensiblement de

des patients qui sont du secteur primaire ou secondaire, enfin, des manuels, y a des comparaisons qu'ils comprennent tout de suite. Quand il y a la communication linguistique. Un Portugais, un Espagnol ou un Italien à qui je parle de *silentbloc*, de pneu ou de frein, il comprend tout de suite. Il n'y a pas besoin de lui faire un dessin. [...] un Kosovar, c'est un peu différent déjà, parce qu'ils ont moins, c'est plus agricole comme culture. »

40. Voir section 5.1.2, n. 14.

41. Bien que l'on ne puisse pas parler à cet égard de « stratégie », un clinicien d'origine étrangère exprime le sentiment que l'accent « étranger » marqué du clinicien rassure probablement certains patients allophones face à leur propre accent et les encourage à s'exprimer davantage malgré des difficultés marquées en français.

42. *Langue véhiculaire*, « langue qui permet la communication entre des peuples ou ethnies de langues différentes », anton. *vernaculaire* (CNRTL en ligne).

celui des cliniciens. Aucun patient issu de la migration ne mentionne en effet l'apport positif de la mimogestualité, ni davantage de dessins, schémas et autres questionnaires. En revanche, certains migrants interviewés rejoignent les médecins sur la question des langues véhiculaires, notamment le patient le moins à l'aise en français de l'échantillon, qui, on l'a vu, met à profit ses connaissances en allemand dans les consultations avec des cliniciens qui parlent cette langue. Une autre stratégie thématisée par les patients migrants consiste à se préparer aux consultations par la visite de pages internet en français, parfois dans les langues premières, pour étoffer leurs ressources lexicales⁴³.

5.3 Bilan de l'enquête A

Cette enquête consacrée aux perceptions de cliniciens et de patients à propos des consultations spécialisées centrées sur des douleurs musculo-squelettiques chroniques poursuivait quatre objectifs : contribuer à l'affinement des questionnements initiaux, informer à propos de l'écologie communicationnelle dans laquelle s'inscrivent les consultations que je serais amené à étudier par la suite, sonder la faisabilité de divers modes de production de données sur le terrain, et initier une collaboration avec les cliniciens du terrain.

Au plan des apports méthodologiques de l'enquête A, on retiendra tout d'abord que les protagonistes des consultations se montrent dans leur ensemble disposés à se laisser filmer dans leurs rencontres cliniques et s'impliquent souvent avec un engagement remarquable dans des entretiens de recherche les invitant à parler de leur expérience. Lors des entretiens de l'enquête A, les médecins et patients étaient en effet souvent prêts à livrer des informations très personnelles, notamment en lien avec les difficultés communicationnelles, émotionnelles et relationnelles vécues dans le cadre d'interactions cliniques. Mais ces mêmes entretiens de recherche contiennent également des éléments qui suggèrent, chez les cliniciens – pourtant très accueillants face à ma recherche – des tentatives (possiblement inconscientes) de garder un certain contrôle sur mon processus d'investigation. Chez les patients, j'ai relevé des indices d'une réticence à se positionner de manière critique face aux cliniciens participant eux aussi à la recherche, ainsi qu'un embarras, parmi les migrants allophones, à thématiser les difficultés communicationnelles liées aux limites de leur propre maîtrise du français. J'ai interprété cet embarras comme relevant d'une certaine forme de désirabilité sociale liée à un contexte où l'intégration linguistique insuffisante des migrants est de plus en plus stigmatisée dans l'espace public.

En vue du design de l'enquête B (analyse de consultations filmées), l'enquête A a souligné l'importance de recourir subsidiairement à des méthodologies donnant accès aux éclairages et commentaires des participants des consultations étudiées, méthodologies qui permettent par la même occasion de livrer aux cliniciens les espaces de discussion et de réflexion qu'ils appellent de leurs vœux pour cette seconde phase de recherche. De plus, il est apparu (à l'exemple, principalement, de l'interview d'un patient peu à l'aise en français, v. *supra*,

43. « Je vais beaucoup sur internet, des sites médicaux, un peu tout ça et puis j'essaie de m'instruire, d'apprendre des mots, enfin, j'aime ça. »

section 3.8.4), que les futurs entretiens de recherche, avec des personnes migrantes aux niveaux de maîtrise variables et parfois peu prévisibles de la langue locale, ne pourraient faire l'économie de ressources d'interprétariat (constat qui n'a pas manqué de créer certaines difficultés par la suite).

L'essentiel de la suite de ce bilan est consacré à la synthèse et à la mise en perspective de quelques autres observations topiques sur les discours recueillis auprès des patients et des cliniciens à propos des consultations et de leurs contextes, ainsi que de la gestion, plus spécifiquement, des consultations impliquant des patients migrants allophones.

De mon point de vue, l'apport central de l'étude A réside dans l'accès privilégié au vécu et aux expériences des patients souffrant de douleurs chroniques et des cliniciens qui les prennent en charge que m'ont permis les rencontres de personne à personne lors des entretiens de recherche. Les patients se disent pour la plupart confrontés à une grande souffrance et rapportent des luttes parfois acharnées pour éviter de se trouver totalement acculés par les difficultés multiples de leurs vies : douleurs, incapacité de travail, conflits avec des assurances, pauvreté, isolement social et mal-être psychique ou dépression. Dans les trajectoires personnelles de ces patients, certaines consultations cliniques représentent de toute évidence des moments décisifs : selon leurs dires, les entretiens cliniques sont parfois le lieu de révélations libératrices, mais plus souvent encore de conflits et de déceptions. Les cliniciens interviewés font, quant à eux, part de vécus de solitude et de découragement occasionnels face à la souffrance de leur patients et à certains cas « dépassés ». Ces perceptions de patients et de cliniciens font clairement écho aux résultats de recherches conduites ailleurs auprès de personnes souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques et des cliniciens qui les suivent (notamment à ceux de Walker *et al.* 1999 et Dewar *et al.* 2003 sur la difficulté des patients de trouver des soins et de l'aide face au système ; et à ceux de Lundh *et al.* 2004 sur le sentiment d'impuissance chez les cliniciens).

La première de mes deux enquêtes confirme aussi que les suivis spécialisés de douleurs musculo-squelettiques chroniques posent des défis importants aux deux parties impliquées (y compris lorsque ces deux parties communiquent dans leur langue première). Parmi les enjeux communicationnels décrits comme particulièrement importants et sensibles en lien avec les pratiques communicationnelles lors des consultations, on retiendra en particulier :

- (1) La description, par les patients, de leur ressenti douloureux (surtout problématisée par les cliniciens de l'antalgie, qui jugent que les patients manquent souvent de termes suffisamment différenciés) et du contexte biopsychosocial des douleurs (surtout problématisé par les psychiatres et les psychologues de liaison et les médecins spécialistes en rééducation) ;
- (2) L'obtention, par les patients, respectivement la transmission, par les cliniciens, d'explications médicales à des fins, notamment, d'éduquer ou motiver le patient, de le rassurer quant à l'absence de problèmes graves (cancer, etc.), de présenter ou discuter des traitements (consentement éclairé) et de prévenir de futures déceptions (« rabattre des attentes irréalistes », v. *supra*, section 4.2.2.2) ;

- (3) Toutes les séquences de consultations où affleurent et se négocient des aspects jugés centraux en termes relationnels, notamment (a) l'engagement des deux parties dans la relation thérapeutique et le suivi et (b) les divergences de vues sur la nature ou l'origine du problème douloureux et sur le traitement indiqué (et plus généralement ce qui est à faire dans une situation clinique donnée).

On notera que, dans leur ensemble, ces enjeux communicationnels saillants font écho à des éléments déjà thématés dans des publications antérieures et mentionnés dans l'état de la littérature (v. notamment le tableau 4). Le seul enjeu thématé dans l'enquête A dont je n'aie pas trouvé mention lors de mon travail sur la littérature réside dans les apparentes difficultés des médecins en lien avec le manque de ressources lexicales chez les patients – migrants allophones en particulier – pour décrire leurs douleurs dans le détail. On remarquera également que la conception de la relation thérapeutique qui se dégage des enjeux communicationnels thématés par les interviewés apparaît, *a priori*, relativement éloignée d'une vision patriarcale de la clinique (v. *supra*, section 1.1). Plusieurs médecins problématisent certes des attitudes consuméristes chez certains patients qui se présentent avec des attentes préétablies figées et ces mêmes médecins revendiquent une liberté décisionnelle en tant qu'expert. Mais parmi ces professionnels, aucun ne voit les patients comme des objets dont le rôle se limiterait à l'application des consignes des cliniciens. L'essentiel des cliniciens et des patients interviewés envisagent au contraire les personnes soignées comme fortement engagés dans des traitements dont ils comprennent les tenants et les aboutissants, alors que le rôle imputé aux cliniciens fait la part belle au conseil et/ou aux gestes techniques, ainsi qu'à l'accompagnement dans la trajectoire de soins et/ou à la coordination des interventions de différents autres cliniciens. Dans leur ensemble, les participants de l'enquête A manifestent donc une certaine proximité d'idées avec les principes fondamentaux d'une *approche partenariale* des maladies chroniques (v. *supra*, section 1.1).

Dans le discours des interviewés à propos des différents enjeux communicationnels des consultations, on perçoit en outre en filigrane l'importance de certains facteurs de tension et de souffrance liés à des questions de reconnaissance et de négociation d'images ou de (re)présentations de soi et de l'autre dans l'espace interpersonnel de la relation. Deux aspects apparaissent, de ce point de vue, particulièrement saillants :

- (1) L'importance, pour les patients, que la « réalité » de leurs douleurs ou de leur souffrance soit reconnue et, à l'inverse, le rejet, par les patients, des étiquettes de « simulateur » et de « profiteur » ;
- (2) L'importance, pour les cliniciens, de la reconnaissance de leurs compétences professionnelles et, à l'inverse, leur souci de ne pas décevoir les patients et/ou de ne pas se voir imputer la responsabilité pour la persistance ou l'aggravation des douleurs.

Pour ces aspects, des liens peuvent être établis avec plusieurs études antérieures, notamment avec celle d'Eccleston *et al.* (1997), qui soulignent le souci des patients souffrant de douleurs chroniques et de leurs cliniciens de se dégager de toute responsabilité et de tout blâme à l'égard des douleurs.

Concernant l'impact sur la communication clinique de la diversité sociolinguistique des patients migrants allophones, les propos des participants de l'enquête A sont à la fois nuancés (au sein des groupes d'interviewés que forment les soignés d'une part et les soignants de l'autre) et contrastés (entre patients et cliniciens). Ainsi, les cliniciens mentionnent certes des consultations où ils se trouvent limités en raison des compétences linguistiques des personnes qu'ils traitent, non seulement pour accéder à des descriptions précises des douleurs et à des détails sur le contexte psychologique et social, mais aussi pour transmettre des explications clés en vue de l'obtention du consentement et pour prévenir des risques d'échec de certains traitements. Il est également question de personnes souffrant de douleurs chroniques qui sont exclues de certaines formes de traitement en raison de leur profil linguistique. De plus, les cliniciens problématisent des difficultés culturelles de communication expliquées principalement par des connaissances limitées ou erronées chez les patients et par les habitudes communicationnelles particulières (principalement au plan des tabous) de ces derniers. On notera que lorsque les cliniciens parlent des difficultés de communication avec les patients migrants, leurs propos ne semblent parfois pas exempts de stéréotypes ethniques ou culturels (p. ex. style consensuel chez les patients africains), probablement favorisés par mes injonctions, lors des entretiens, de se prononcer sur les difficultés spécifiques ou typiques avec les migrants. D'autre part, certains cliniciens font part de jugements de valeur sur des patients migrants qui ne s'intègrent, de leur point de vue, pas assez rapidement au plan linguistique. Ce type de jugements montre que les cliniciens partagent certaines opinions et exigences actuellement très récurrentes dans l'espace public helvétique. Il pose, de plus, la question d'éventuelles retombées relationnelles et cliniques de ces moments d'irritation à substrat sociolinguistique chez les cliniciens au plan des pratiques effectives en consultation, quand bien même rien n'indique, dans les propos récoltés dans l'enquête A, que ces moments prétériorisent les patients en termes de qualité de soins.

Face aux difficultés communicationnelles relevées en lien avec les migrants, les cliniciens disent toutefois aussi disposer de toute une palette de stratégies pour arriver à interagir avec des patients par-delà les disparités linguistiques. Ils rapportent notamment qu'ils posent des questions ciblées et font parler les patients pour voir ce qu'ils ont compris. Mais les cliniciens disent aussi prendre plus de temps pour les consultations, témoigner d'une bienveillance particulière, reformuler leurs propres propos, etc. Face à l'apport de l'interprétariat dans les consultations exolingues, les cliniciens manifestent également une certaine *ambivalence* : tout en déplorant les difficultés d'accès à des interprètes compétents, ils expriment, pour certains, des critiques à l'égard de certains interprètes non professionnels mais également professionnels.

Quant aux patients migrants interviewés, ils ne mettent qu'exceptionnellement les problèmes communicationnels rencontrés en milieu médical en relation avec leur propre profil sociolinguistique d'allophones ou avec des aspects culturels. Ils semblent, de plus, encore davantage que les cliniciens, convaincus de l'efficacité des stratégies discursives disponibles pour prévenir et réparer des problèmes de compréhension, affirmant – même pour les patients parlant le moins bien le français – que ces stratégies permettent souvent des échanges

satisfaisants en termes d'intercompréhension malgré l'absence d'une traduction (quelques situations particulièrement tendues au plan relationnel faisant de ce point de vue exception). Parmi ces stratégies ils soulignent l'apport de reformulations simplifiées, par les médecins, de propos initialement trop complexes. Les patients migrants soulignent aussi l'importance, pour les allophones en train d'apprendre le français, de consulter le plus rapidement possible sans l'aide d'un interprète pour améliorer leur français médical. Plusieurs patients interviewés font d'ailleurs état d'acquis importants en termes de lexique médical et de connaissances médicales au gré de leur parcours de soins.

En mettant en regard ces divers constats, j'identifie, au final, une sorte de hiatus entre deux types d'éléments : l'importance et la complexité des enjeux communicationnels imputés aux consultations, qui sont à la fois subtils (p. ex. description des douleurs) et sensibles en termes relationnels (p. ex. reconnaissance de la souffrance du patient et de l'expertise du clinicien ; peur de part et d'autre de se voir attribuer la responsabilité de l'apparition, du maintien ou de l'accroissement des douleurs) ; et l'idée, tout particulièrement chez les patients, que ces consultations puissent malgré tout (souvent) être gérées sans problèmes majeurs en l'absence d'interprètes avec des patients migrants ayant une maîtrise limitée de la langue de consultation. Ce hiatus m'intriguait d'autant plus que j'avais eu le sentiment d'un certain malaise, chez les migrants interviewés, en lien avec d'éventuelles limites de leurs compétences de français et que je me demandais, dès lors, si ce malaise n'était pas susceptible d'affecter l'éclairage que les patients allophones portent sur la fonctionnalité de leur français dans les consultations. L'observation de ce hiatus a joué un rôle central dans mon questionnement de l'enquête B. Cette dernière se consacre en effet largement à analyser dans quelle mesure et par quels moyens des problèmes de compréhension (malentendus et incompréhensions) survenant dans des consultations effectives sans interprètes peuvent être gérés avec des patients ayant divers niveaux de maîtrise de la langue de l'échange.

6

Étudier les difficultés de compréhension dans les interactions cliniques effectives : objectifs et repères théoriques de l'enquête B

Ce chapitre à dominante théorique expose les objectifs de l'enquête B de ce travail, ainsi que les principaux repères qui l'ont fondée au plan théorique. La transparence sur ces repères est décisive, car contrairement à l'enquête A, essentiellement inductive dans son approche, l'enquête B intègre des aspects déductifs et inductifs, partant notamment d'un modèle d'analyse prédéfini pour l'identification et la catégorisation des difficultés de compréhension dans les consultations médicales (modèle qui a été révisé suite au contact des données effectives du terrain, v. *infra*, section 7.4.2). Outre son importance pour la compréhension de l'ensemble du processus de recherche, l'intérêt de ce chapitre théorique tient sans doute dans l'illustration de la manière dont des outils de théories discursives et interactionnelles qui n'ont pas été développés pour l'étude de consultations médicales endo- et, surtout, exolingues ont pu être adaptés aux caractéristiques de ce cadre clinique. Comme on le verra, l'essentiel des repères théoriques finalement retenus pour l'enquête B peuvent être rattachés au courant très large de l'analyse de discours, qui englobe également la sociolinguistique interactionnelle, dont je me suis tout particulièrement inspiré.

6.1 Objectifs et cadre institutionnel de l'enquête B

Comme le prévoyait mon plan initial, j'ai précisé les objectifs de la seconde enquête de cette thèse (enquête B) en m'appuyant sur l'ensemble de la première phase de mon travail. L'état de la littérature et, surtout, l'enquête A m'ont fourni un matériel d'une richesse qui a à la fois complexifié et facilité cette tâche.

L'état de la littérature m'a, tout d'abord, montré que la question de l'impact et de la gestion de la diversité linguistique liée à la migration chez les patients n'avait pas été traitée dans le domaine de la clinique spécialisée dans les douleurs musculo-squelettiques chroniques, du moins pas dans une perspective sociolinguistique. Les recherches préexistantes dans les domaines immédiatement connexes au mien (communication médicale sur les douleurs chroniques et communication médicale avec les patients migrants) m'ont en revanche permis d'identifier de nombreuses pistes à investiguer (v. *supra*, section 2.5). Plusieurs

points problématiques typiques de la communication avec des patients migrants observés ailleurs invitaient en particulier à une étude approfondie dans le cadre des consultations spécialisées sur des douleurs musculo-squelettiques chroniques. Parmi ces points problématiques je voyais surtout les malentendus ou incompréhensions survenant dans les consultations, la portée et les limites des stratégies de prévention ou réparation de difficultés de compréhension (et en particulier celle de la présence d'interprètes), ainsi que le niveau de participation des patients migrants dans les consultations et plus particulièrement dans les prises de décision. Grâce à l'état de la littérature, j'avais également repéré, pour la clinique centrée sur des douleurs chroniques (non nécessairement avec des migrants), des pratiques et des phases thématiques de consultations sensibles aux plans communicationnel et relationnel. Ces pratiques et phases paraissaient, à leur tour, dignes d'une attention particulière en regard de la diversité sociolinguistique chez les patients migrants et autochtones. Il s'agissait notamment des pratiques impliquées dans la (non-)reconnaissance de la douleur ou de la souffrance des patients, dans le rejet ou la prise de responsabilités pour les douleurs, dans la négociation avec des patients qui demandent l'aide d'un clinicien face au « système » (assurances, employeurs, autres médecins, etc.), mais également dans les discussions autour d'explications causales des douleurs et, plus généralement, autour de la dimension éducationnelle ou motivationnelle des entretiens.

Quant à l'enquête A, celle-ci confirme dans l'ensemble la pertinence de ces pistes de recherche tirées de l'état de la littérature. Elle a, de plus, mis en évidence un aspect encore peu thématisé dans la littérature consultée, à savoir la difficulté, en tant que clinicien, d'obtenir des descriptions suffisamment précises du ressenti douloureux ou du vécu émotionnel de la part de patients migrants allophones. Mais, comme on vient de le voir, l'enquête A a surtout mis en évidence un hiatus qui questionne le caractère véritablement problématique des difficultés de compréhension qui se produisent dans les consultations sans interprètes avec des patients ayant une maîtrise limitée du français. Certains interviewés (surtout parmi les patients) laissent en effet entendre que dans bien des situations impliquant des patients migrants (y compris très peu à l'aise en français), les stratégies de prévention et de réparation de malentendus ou incompréhensions (autres que le recours à un tiers traduisant) et les compétences linguistiques spécialisées (lexique médical, etc.) acquises par les personnes migrantes en cours de trajectoire de soins permettent une compréhension mutuelle satisfaisante même dans des cas où il existe, par ailleurs, des disparités linguistiques marquées. C'est principalement sur la base de cette dernière observation que j'ai choisi, parmi les différentes pistes d'investigation¹ envisageables pour l'enquête B, de me focaliser sur les difficultés de compréhension (malentendus et incompréhensions) dans les consultations sans interprète, et plus particulièrement sur les conséquences problématiques des cas où ces difficultés ne peuvent être résolues. Le choix de travailler sur les consultations sans interprète était principalement lié à ma volonté de me pencher sur le fonctionnement et les dysfonctionnements de la communication – et en l'espèce surtout sur les

1. D'autres pistes de recherche écartées à ce stade sont mentionnées dans la conclusion comme perspectives de recherche future (sections 14.3, 14.6 et 14.9).

difficultés de compréhension mutuelle – dans ces « cas limites » que constituent les consultations non traduites avec des patients ayant une maîtrise relativement faible de la langue de consultation. Mais le fait, rapporté par l'état de la littérature (v. *supra*, section 2.4.2), que les consultations non traduites avec des migrants ont jusqu'ici été peu analysées d'un point de vue linguistique a également pesé dans la balance.

Il est également une recherche préexistante qui a joué un rôle décisif dans ce choix, en l'espèce le travail de Roberts et de ses collègues (Roberts *et al.* 2003 ; Roberts *et al.* 2005 ; Roberts 2010) investiguant, sous l'angle de la diversité sociolinguistique des patients, les malentendus survenant dans des consultations de médecine générale à Londres (v. *supra*, section 2.4.2). Sans tomber dans le mimétisme, il m'apparaissait profitable de m'engager partiellement dans la voie tracée par ce travail fondateur. Comme on vient de le voir, mes recherches de littérature et l'enquête A suggéraient en effet que la négociation d'une compréhension mutuelle entre médecins et patients migrants pourrait, dans les consultations spécialisées centrées sur des douleurs chroniques, être marquée par des facteurs spécifiques de facilité (p. ex. plus de lexique médical chez les patients) et de complexité (p. ex. difficultés à investiguer les douleurs ou les émotions, tensions relationnelles autour de la non-reconnaissance des douleurs et des compétences médicales), lorsqu'on les compare aux difficultés de compréhension observables en médecine générale. Dans une visée de constitution cumulative, au sein de la communauté scientifique, de savoirs observationnels sur la co-construction de sens dans les contextes cliniques marqués par une forte diversité sociolinguistique, il me semblait donc utile d'apporter une nouvelle pièce à la zone même du grand « puzzle » que Roberts *et al.* (2003, 2005) venaient de compléter d'une contribution importante.

En définitive, les objectifs de l'enquête B restaient donc proches du libellé de mes questions de départ. Partant de ces interrogations, j'ai surtout restreint le focus des difficultés de communication aux seules difficultés de compréhension (malentendus et incompréhensions) et limité mon intérêt aux consultations sans interprète.

Concrètement, l'enquête B visait surtout à saisir quels types de difficultés de compréhension surviennent dans des consultations impliquant des patients migrants et autochtones avec divers niveaux de maîtrise du français. Elle cherchait également lesquels de ces types de difficultés de compréhension ne peuvent être résolus sans interprète grâce aux autres stratégies de prévention ou réparation et quel est l'impact de ces difficultés non résolues sur la qualité de la communication clinique dans ces consultations (autrement dit : S'agit-il de difficultés de compréhension réellement « problématiques » ou au contraire d'incidents bénins, voir insignifiants ?).

L'intégralité du travail empirique de cette étude a été réalisée dans le cadre d'un projet de recherche financé par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique (Subside FNS n° 100013_130027 ; requérant principal : Pr P. Singy ; co-requérants : Pr P. Guex et Pr F. Stiefel). Ce fonds de recherche a permis, outre ma propre rémunération sur une durée de 20 mois, l'engagement de ressources ponctuelles pour des tâches de transcription (Mme Camille Bohner, étudiante diplômée en linguistique), d'interprétariat (divers interprètes communautaires du service Intermedia de l'association Appartenances) et de

traduction ou vérification de l'interprétariat (interprètes communautaires d'Appartenances et deux traductrices indépendantes).

6.2 Cadre théorique

Les objectifs posés, restait à définir comment approcher les objets d'investigation d'un point de vue théorique. On se rappelle que sur ce plan, j'avais jusqu'ici pris quelques grandes options au moment d'initier la recherche, notamment en optant pour une linguistique proche du terrain et une posture de recherche réflexive (v. *supra*, section 1.10). J'avais également défini quelques termes clés de mon questionnement (douleurs musculo-squelettiques chroniques, suivi ou consultation spécialisée, migrant, diversité sociolinguistique) au moment de m'engager dans l'état de la littérature (v. *supra*, section 2.1). Puis, au cours du travail sur la littérature et lors de l'enquête A par entretiens, j'ai rencontré diverses notions et concepts qui ont marqué ma manière de penser les interactions étudiées. Mais avant de m'engager dans l'enquête B, d'importants choix théoriques restaient à faire. Ils sont explicités dans les pages à venir.

Compte tenu du caractère central des notions de difficultés de compréhension, de malentendu et d'incompréhension dans l'enquête B, il s'agira dans un premier temps de rapporter les acquis principaux de mes lectures sur leur traitement préalable en linguistique (et, plus marginalement, dans d'autres sciences humaines) et de présenter le modèle d'analyse initial adopté en la matière. Dans un deuxième temps, je présenterai deux autres approches de la qualité de la communication médicale – hormis la présence de malentendus et d'incompréhensions problématiques – qui ont joué un rôle dans ma démarche. Ce n'est qu'ensuite que j'expliciterai quelques postulats plus fondamentaux de ma manière d'approcher les interactions cliniques, postulats qui affilient cette approche à un courant de recherche au carrefour de plusieurs disciplines (Maingueneau 1996) : l'analyse de discours.

6.2.1 Malentendus et incompréhensions : définitions et modèle d'analyse initial

Parmi mes sources d'inspiration principales pour approcher malentendus et incompréhensions figurent les études de Roberts *et al.* (2003) et Gajo *et al.* (2005) déjà largement abordées (section 2.4.2). Je tenais toutefois à me faire une idée plus large de la manière dont d'autres chercheurs – n'ayant pas nécessairement travaillé sur le monde médical – ont approché ces difficultés de compréhension. Cette littérature montre que les approches des malentendus et incompréhensions sont variées, mais que l'on peut les regrouper autour de deux pôles : un pôle représentationnel et un pôle interactionnel. Dans les approches des malentendus du pôle représentationnel, l'attention se porte sur les représentations culturelles ou sociales au sens large (il est question de modèles, de catégories épistémiques, d'attentes, etc.) identifiables chez des personnes (potentiellement) concernées par une problématique commune (pour ce qui nous concerne, une maladie ou un traitement médical)². On parle de malentendu dès le moment où

2. Cette appréciation générale m'a été confirmée par les contributions au colloque « Les malentendus culturels dans le domaine de la santé » tenu à Strasbourg les 2-3 décembre

l'on constate des divergences non identifiées par les acteurs entre les représentations des uns et des autres (entre médecin et patient). Ce qui est appelé malentendu est un problème de communication en puissance, fondé sur une surestimation des convergences de vues. Dans cette ligne de recherche, on peut parler de malentendu sans nécessairement observer de problèmes dans le déroulement concret des interactions.

À l'inverse, les approches des malentendus et incompréhensions du pôle interactionnel se centrent en priorité sur la transaction ou la négociation de sens dans des séquences d'interactions communicationnelles réelles. La plupart des travaux de linguistes portant sur les difficultés de compréhension se situent du côté de ce pôle et c'est vers ces travaux-là que je me suis principalement tourné dans ma quête de modèles de recherche³.

Au sein de ces travaux ayant approché les malentendus et incompréhensions d'un point de vue interactionnel, on dénote une hétérogénéité considérable dans les termes et définitions utilisées⁴. Pour clarifier ma propre terminologie, je suis ici plusieurs auteurs majeurs ayant traité la question (p. ex. Roberts 1996a ; Laforest & Vincent 1999), notamment pour regrouper sous l'appellation de difficultés de compréhension les phénomènes de malentendu et d'incompréhension (partielle). De plus, j'admets avec Wiegand (1999) et Laforest (2003) que la caractéristique commune de ces deux types de difficultés de compréhension réside dans un décalage entre les significations que différentes personnes attachent à un même message qu'elles sont amenées à traiter dans une interaction (en tant que locuteurs, interlocuteurs, auditeurs, etc.). Je rejoins aussi de nombreux auteurs (de Heredia-Desprez 1990 ; Drummond & Hopper 1991 ; Roberts 1996a) pour admettre que les malentendus se distinguent des incompréhensions par une illusion plus ou moins durable d'un partage de sens chez l'un au moins des participant(s) de l'interaction.

Un aspect frappant des travaux des sciences du langage consacrés aux difficultés de compréhension réside dans leur propension à proposer, enrichir et discuter des ensembles de dimensions susceptibles de fonder des typologies de malentendus et d'incompréhensions⁵. Nombre d'auteurs proposent notamment

2013 et par le contenu d'un ouvrage collectif diffusé à cette occasion (Le Breton & Profita (éds) 2013). On trouve dans les chapitres de ce recueil dus à Adamiec (2013), Steudler (2013), Wolff (2013) et Coulomb (2013) des approches proches du pôle que j'appelle *représentationnel*.

3. Certains travaux linguistiques se détachent de ce courant majoritaire. Pour ne parler que des études sur la communication médicale du monde francophone, Singy (2004) développe par exemple une approche plus proche du pôle représentationnel en s'intéressant à la variation sémantique relative des termes et expressions centraux dans la prévention contre le VIH.

4. Cette hétérogénéité s'explique probablement en partie par des différences entre langues : en français *malentendu* et *incompréhension* font tous deux partie du langage courant, alors qu'en anglais seul *misunderstanding* et en allemand *Missverständnis* sont communément usités et recouvrent principalement le sens de malentendu. A en juger par les dictionnaires, le mot français *incompréhension* (défini comme « incapacité ou refus de comprendre ») semble poser des difficultés de traduction en anglais et en allemand.

5. V. notamment les contributions à un numéro du *Journal of Pragmatics* consacré au sujet (Marcelo 1999) et le recueil de House *et al.* (2003).

des typologies de causes ou origines (Schegloff 1987 ; de Heredia-Desprez 1990 ; Bremer 1996 ; Bazzanella & Damiano 1999 ; Roberts *et al.* 2005) de malentendus ou incompréhensions, faisant parfois appel aux niveaux d'analyse classiques de la linguistique (causes phonétiques ou phonologiques, lexicales, morphosyntaxiques, pragmatiques, etc). Pour leur part, les critères typologiques relatifs à l'identification et à la gestion des malentendus et incompréhensions (p. ex. Schegloff *et al.* 1977 ; de Heredia-Desprez 1990 ; Bremer & Simonot 1996a ; Bremer & Simonot 1996b ; Schegloff 2000 ; Hinnenkamp 2001 ; Roberts *et al.* 2003 ; Gajo 2005) font notamment intervenir les notions de :

- détecteurs ou symptômes des malentendus ou incompréhensions (à quoi les interlocuteurs et/ou des observateurs externes reconnaissent-ils qu'il y a une difficulté de compréhension ?)
- stratégies de prévention et/ou de réparation (par quels moyens les difficultés sont-elles traitées ?)
- dénouement (outcome) plus ou moins favorable des malentendus ou incompréhensions (le problème est-il évité ou réparé ? y a-t-il des effets destructurants sur l'interaction ?)

Face à la multiplicité des propositions disponibles en matière de typologies de malentendus et d'incompréhensions, j'ai décidé, au moment de me doter d'une grille typologique initiale pour l'enquête B, de m'inspirer de la proposition avancée par le collectif réuni autour de Katharina Bremer (Bremer *et al.* 1996), proposition que je résume dans le tableau 13. Ce même cadre théorique pour les malentendus a également servi de fondement à l'étude susmentionnée de Roberts et de ses collègues (Roberts *et al.* 2003 ; Roberts *et al.* 2005 ; Roberts *et al.* 2004 ; Roberts 2010, v. *supra*, section 2.4.2). Cette proposition de Bremer *et al.* (1996) présente d'une part l'avantage d'avoir été élaborée par un groupe de recherche soudé, ce qui garantit une bonne cohérence interne⁶. De plus, elle résulte d'un travail empirique sur des données largement comparables aux miennes, à savoir des entretiens sans interprètes entre des professionnels natifs ou quasi natifs dans la langue de l'entretien et des migrants de première génération avec des niveaux de maîtrise variables de cette langue. S'agissant des critères typologiques pour les trajectoires des difficultés de compréhension au niveau macrostructurel, j'ai complété un des critères du groupe de Bremer (réparé vs non réparé) par un sous-critère proposé par Hinnenkamp (2001) qui me paraissait *a priori* particulièrement pertinent : le retour, en fin de négociation du sens, à un status quo ante permettant le traitement subséquent du thème en cours ou, au contraire, le glissement durable, en cours de réparation, vers un nouveau thème.

6. Compte tenu de mon manque de pratique des études interactionnelles, je craignais en composant ma propre grille à partir d'éléments empruntés à diverses sources d'aboutir à un outil incohérent.

Macrostructure interactionnelle et thématique du problème de compréhension	<ul style="list-style-type: none"> • Malentendu (avec moment d'illusion d'intercompréhension) <ul style="list-style-type: none"> – Non réparé – Réparé avec retour à <i>status quo ante</i> – Réparé, mais l'incident introduit un nouveau thème • Incompréhension partielle (sans moment d'illusion d'intercompréhension) <ul style="list-style-type: none"> – Non réparée – Réparée avec retour à <i>status quo ante</i> – Réparée, mais l'incident introduit un nouveau thème
Causes des problèmes de compréhension	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes déclenchés par un élément unique identifiable (ex. élément lexical, expression) • Problèmes causés par la complexité générale du langage (ex. syntaxe complexe) • Problèmes causés par des tournures indirectes et des normes de discours implicites
Gestion des problèmes de compréhension par le locuteur n'ayant pas compris → symptômes ou signaux de difficultés	<ul style="list-style-type: none"> • Procédés implicites et non spécifiques <ul style="list-style-type: none"> – Passer outre ou ignorer un nouveau thème – <i>Feedback</i> minimal ou stratégie de l'expectative (<i>wait and see strategy</i>)⁷ • Procédés intermédiaires <ul style="list-style-type: none"> – Formation et soumission à l'interlocuteur d'hypothèses sur le sens des propos – Reprise du segment incompris • Procédés explicites et spécifiques <ul style="list-style-type: none"> – Requêtes métalinguistiques – Commentaires métalinguistiques
Gestion des problèmes de compréhension par le locuteur à l'origine de l'élément incompris → tentatives d'aide ou de réparation	<ul style="list-style-type: none"> • Répétition des propos problématiques • Reformulation des propos problématiques • Explicitation du sens par paraphrase • Paraphrase fonctionnelle • Reformulation visant à fermer le champ des interprétations possibles (ex. question fermée remplace question ouverte) • Nouveau départ

Tableau 13 : Problèmes de compréhension survenant dans des interactions : critères typologiques (modèle initial)

7. Le *feedback* minimal ou la stratégie de l'expectative (angl. *wait and see strategy*) consiste à favoriser la poursuite de l'activité discursive chez l'autre (par exemple par des « mhm », « d'accord », etc.) dans d'espoir que certaines ambiguïtés problématiques se clarifient d'elles-mêmes (Bremer *et al.* 1996). On aura compris que, dans cette acception, le terme *feedback* renvoie à un niveau d'analyse différant clairement de celui où se situent mes entretiens de recherche du même nom (« entretiens de *feedback* »).

Ce sont ces critères typologiques qui m'ont servi de principaux points de repère au moment de m'engager dans l'étude des malentendus et incompréhensions dans le cadre de l'enquête B. Comme on le verra, ma vision de ces difficultés de compréhension a ensuite évolué au contact de mes propres données de consultations, qui m'ont rapidement conduit à modifier mon modèle d'analyse.

Hormis les indications relatives aux approches, définitions et critères typologiques possibles, j'ai encore tiré de la littérature un autre constat central : la relativité de la compréhension partagée et, par conséquent, des malentendus et incompréhensions. Les chercheurs qui se sont sérieusement confrontés à ces phénomènes communicationnels s'accordent pour dire que la compréhension intersubjective autour d'un énoncé, d'un sujet de conversation, etc., n'est en réalité jamais complète, mais toujours affaire de degré (p. ex. François 1990 ; Laforest 2003)⁸. D'autre part – et c'est là un aspect qui me préoccupait même davantage – l'impact et l'importance des difficultés de compréhension peut de toute évidence varier du tout au tout en fonction des thèmes traités et des objectifs communicationnel poursuivis au moment où elles surviennent, des enjeux de l'interaction dans son entier, mais également du point de vue adopté sur celle-ci (p. ex. Coupland *et al.* 1991 ; Le Breton & Profita (éds) 2013) : si des malentendus et incompréhensions peuvent, dans certains cas, mettre en cause la réalisation de pratiques discursives cruciales pour les intérêts des parties engagés et, par conséquent, participer au fait que des groupes avec certains profils linguistiques soient systématiquement défavorisés et exclus dans certains contextes institutionnels⁹ (Gumperz 1982 ; Bremer *et al.* 1996 ; Roberts *et al.* 2005), ils peuvent, dans d'autres cas, représenter des accidents conversationnels bénins que personne ne considérerait dignes d'être réparés (Traverso 2003), voire des opportunités pour acquérir de nouvelles compétences linguistiques (Vasseur 1990 ; Gajo 2005) ou pour élaborer de nouveaux savoirs partagés (De Pury 1998 ; Le Breton 2013).

On le voit bien, tous les malentendus et incompréhensions (même non réparés) ne sont donc pas véritablement problématiques, raison pour laquelle il a fallu se doter, pour ce travail, de moyens en vue d'évaluer, pour des difficultés de compréhension concrètes, leur importance au regard des différents enjeux de l'interaction. À cet égard, les données récoltées dans le cadre de l'enquête A apparaissent précieuses. Elles fournissent en effet des indications utiles sur les objectifs et enjeux communicationnels sensibles du point de vue d'acteurs du terrain même où se déroulent les interactions. On pouvait dès lors admettre que si ces objectifs et enjeux sont affectés ou contrariés par des difficultés de compréhension (surtout non résolues), ces dernières acquièrent immanquablement une certaine importance clinique et/ou relationnelle.

Pour prendre également en compte le système de pertinence local des interactions observées (objectifs, thèmes contestés, etc.), j'ai décidé de recueillir

8. Pour ne mentionner qu'un aspect : étant donné les multiples connotations (y compris intimes) attachées aux discours, accéder au sens exact d'un message ne serait possible qu'à conditions d'accéder aux moindres recoins de la conscience et à la rigueur même de l'inconscient du sujet, ce qui est (heureusement) impossible (Kerbrat-Orecchioni 1977).

9. C'est là, on se rappelle, l'hypothèse initiale de ma recherche.

des indices en lien direct avec la situation clinique traitée dans chaque consultation, recueil d'indices que j'ai désiré orienter par une ou plusieurs définitions centrales de ce qu'est une communication médicale fonctionnelle ou, au contraire, dysfonctionnelle. Parmi le large éventail d'approches des sciences humaines et sociales en médecine s'agissant de la qualité et des dysfonctionnements de la communication dans des interactions cliniques (West & Frankel 1991 ; Ong *et al.* 1995 ; Candlin & Candlin 2003), deux me paraissaient particulièrement pertinentes et complémentaires au vu de mon objet d'étude. Il s'agit de celle centrée sur la réalisation des agendas communicationnels des participants d'une part, et de celle qui s'intéresse à l'accès de chaque protagoniste à la perspective de son vis-à-vis concernant le problème de santé du patient et les moyens souhaitables de prendre ce problème en charge d'autre part.

6.2.2 Dysfonctionnement de la communication médicale : deux approches complémentaires du décryptage des malentendus ou incompréhensions

La première de ces approches prend pour critère de (dys)fonctionnement de la communication médicale la réalisation ou non, par les protagonistes impliqués, de leurs agendas communicationnels respectifs (Campion *et al.* 1992 ; Barry *et al.* 2000 ; Meeuwesen *et al.* 2007). Il s'agit, pour être bref, des objectifs que les protagonistes veulent atteindre dans les consultations et des préoccupations qu'ils désirent aborder. Les exemples de la littérature concernent surtout les patients. Les agendas de ces derniers comprennent classiquement des éléments liés à la recherche d'informations sur tel ou tel aspect du problème de santé, à la légitimation par l'autorité médicale d'un diagnostic donné ou d'une incapacité de travail, à l'obtention ou à la mise en place d'exams ou traitements spécifiques.

La seconde approche est, quant à elle, centrée sur la compréhension que le médecin et le patient acquièrent, au travers des consultations, de leurs points de vue respectifs sur deux aspects centraux de leurs rencontres (Harmsen *et al.* 2005 ; Meeuwesen *et al.* 2007). Cette approche admet, en résumé, qu'une bonne communication médicale doit permettre à chaque protagoniste de comprendre – et, dans l'idéal, de partager – la position de son vis-à-vis concernant le problème de santé en jeu (nature ou diagnostic, causes) et les moyens d'y faire face (traitement, changement de style de vie, aide psychosociale) (Cedraschi *et al.* 1996 ; Kleinman 2000).

Ces deux approches ont été choisies parce qu'elles répondent aux dimensions centrales identifiées dans le cadre de l'enquête A. Cette dernière a en effet révélé le caractère sensible, en termes relationnels et cliniques, des divergences de vues entre clinicien et patient et des situations où l'un des protagonistes n'arrive pas à réaliser certains de ses objectifs ou à faire entendre certaines de ses préoccupations lors d'une consultation (v. section 4.2). Plusieurs publications recensées dans l'état de la littérature vont dans le même sens, mettant notamment en évidence le caractère central de la qualité de l'information des patients et de l'accord entre clinicien et patient tant pour la satisfaction des participants que pour le bon déroulement et la portée thérapeutique des consultations. Ces aspects paraissent prééminents aussi bien pour la clinique spécialisée dans les douleurs chroniques (p. ex. Cedraschi *et al.* 1996 ; McCracken *et al.* 2002 ; Hirsh *et al.* 2005) que pour celle impliquant des patients migrants (p. ex. Hudelson 2005).

6.2.3 Repères théoriques pour la co-construction de sens dans des interactions cliniques

Je me suis appuyé sur un certain nombre de concepts et d'idées de base relatives aux interactions verbales, cliniques en particulier. Ces outils ont pour l'essentiel été élaborés par des courants anglo-saxons de l'analyse des interactions et du discours.

6.2.3.1 Les consultations : des événements de communication à structure récurrente

Objet ultime de toute étude linguistique, le langage est abordé dans mon enquête comme un outil permettant (de concert avec d'autres systèmes de signes paraverbaux et non verbaux) à des personnes d'agir dans un contexte donné, et en l'occurrence principalement pour agir les unes sur les autres. À ce propos, une abondante littérature interactionniste et conversationnaliste montre que lorsque des individus interagissent, ils ne le font généralement pas de manière arbitraire et chaotique, mais en tenant compte d'un grand nombre de règles¹⁰, qui comprennent les normes linguistiques au sens strict (phonologiques, sémantiques, morphosyntaxiques, etc.) mais ne s'y limitent pas. Des règles spécifiques régissent en effet la mise en utilisation du langage en situation d'interaction et sont tantôt appelées discursives, interactionnelles, conversationnelles ou pragmatiques. Ces règles sont en partie communes à toutes sortes de conversations (p. ex. l'accord tacite voulant que les interventions des personnes se succèdent dans le temps avec une tolérance face aux chevauchements qui est plus ou moins limitée), mais elles diffèrent aussi considérablement d'un type d'interaction à l'autre. Selon les tenants de l'ethnographie de la communication et de la sociolinguistique interactionnelle, certains ensembles d'interactions peuvent être vues comme relevant d'un même type d'évènement de communication (Gumperz & Hymes 1964 : 2 ; Gumperz 1999), parce que l'on y observe des activités récurrentes, réalisées toujours selon une logique semblable et dans des contextes institutionnels relativement stables. Tel est clairement le cas des consultations médicales, qui semblent généralement constituées de séquences thématiques fortement récurrentes consacrées à des activités spécifiques (Cosnier 1993 ; Roberts & Sarangi 2002, 2005). Même si les typologies ne sont pas unifiées (p. ex. Byrne & Long 1976 ; Sarangi 2010), on peut schématiquement identifier six grands types de séquences thématiques, caractérisés chacun par certaines activités structurantes, et qui se succèdent classiquement dans l'ordre suivant :

- Ouverture
 - Salutations
 - Plainte(s) motivant la consultation ou autres motifs ou objectifs de la rencontre
- Investigation

10. Il s'agit parfois de règles au sens statistique de ce qui est normal, mais souvent aussi de règles au sens plus normatif du terme où les locuteurs ne sont pas nécessairement contraints d'adopter un certain comportement mais savent que s'ils ne le font pas, cela entraînera un certain type d'évaluation, voire de sanction, de la part des autres.

- Symptômes
- Contexte médical (histoire médicale)
- Contexte psychosocial
- Diagnostic (au sens large)
 - Labellisation de la maladie
 - Explications (souvent causales) sur la maladie
- Prescription (au sens large)
 - Proposition ou explication, discussion et prescription d'un plan de traitement
 - proposition ou explication, discussion et organisation d'autres mesures à prendre (soutien social ou psychologique, mesures préventives, style de vie, etc.)
- Clôture
 - Organisation du prochain rendez-vous et/ou des modalités d'entrée en contact
 - Salutations

À cette liste peuvent parfois encore s'ajouter un examen physique et une séquence centrée sur le pronostic.

Dans la réalisation de la quasi-totalité de ces activités, les rôles sont asymétriques, le médecin et le patient assurant des tâches différentes et largement complémentaires (Lacoste 1993b). Ce sont par exemple presque toujours les médecins qui posent les questions (Frankel 1990)¹¹. L'asymétrie de ces rôles est partiellement expliquée par la fonction d'expert du médecin, qui est consulté sur un ou plusieurs problèmes du patient (Lacoste 1993a ; Sarangi & Roberts 1999 : 34-36) et se procure, auprès de ce dernier, les informations dont il a besoin. Mais, du fait du cadre institutionnel et social plus large dans lequel s'inscrivent les rencontres entre médecins et patients, l'expertise du clinicien n'est pas le seul fondement du pouvoir et de l'autorité du médecin. Il est également d'autres facteurs de pouvoir, autorité et légitimité – théorisés par exemple par Bourdieu dans sa théorie de l'habitus et des champs sociaux – qui expliquent l'existence, parmi les patients présents dans un *setting* médical donné, de personnes particulièrement susceptibles d'entrer dans des rapports de rôles hyper-asymétriques avec leurs médecins, y compris en termes interactionnels (Bourdieu 1992 ; Massé 1995 ; Meeuwesen *et al.* 2007). Les entretiens cliniques entrent, de ce point de vue, au rang des rencontres institutionnelles ordinaires, locus par excellence de la manifestation et de la réactualisation constante des structures hiérarchiques de nos sociétés et des valeurs morales et sociales dominantes qui leur sont associées (Mishler 1984 ; Waitzkin 1991 ; Sarangi & Roberts 1999)¹².

11. Cette tendance est apparemment moins marquée durant la discussion du traitement, où les patients sont plus prompts à poser des questions au médecin que durant le reste de la consultation (Stivers 2006).

12. Les entretiens de l'enquête A contiennent des éléments qui corroborent cette vision des consultations médicales comme lieux de manifestations et de reproductions de normes

Il faut noter que, pour l'heure, la succession des séquences thématiques et les rôles asymétriques dans les consultations ont principalement été étudiés pour les *settings* de clinique aiguë (typiquement des premiers entretiens pour un problème donné en médecine générale) et c'est probablement dans ces contextes que l'on a le plus de chances de rencontrer un déroulement séquentiel proche de celui esquissé ci-dessus. Plusieurs auteurs laissent entendre que les consultations sont structurées de manière différente dans d'autres *settings* cliniques, notamment dans les entretiens de suivi (Heritage & Maynard 2006) et dans ceux de spécialistes (Barton 2006). La littérature sur la suite des séquences thématiques dans ces deux derniers types de consultations est toutefois encore insuffisante pour fournir une base solide permettant d'anticiper la structuration des consultations que j'étudie. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de prendre pour point de départ le « script » général susmentionné, tout en m'attendant à ce qu'il ne corresponde que partiellement aux interactions cliniques à analyser.

6.2.3.2 Règles conversationnelles clés pour l'étude de la compréhension

Bien que marquées par de nombreuses particularités – au premier rang desquelles figurent les séquences thématiques récurrentes et l'asymétrie des rôles mentionnées à l'instant –, les consultations médicales représentent, sous bien des aspects, des conversations comme les autres et les participants y recourent largement à des compétences de communication (Hymes 1962) acquises en dehors du monde médical. De ce fait, les consultations portent un certain nombre de traits communs aux conversations « ordinaires », par exemple dans le domaine des modalités de prise de parole (angl. *turn-taking*) et au plan des attentes que certains types d'actes de langage génèrent pour la suite de l'échange (p. ex. après une salutation on attend une salutation, après une question on attend une réponse, etc.)¹³.

Pour l'analyse des difficultés de compréhension dans les interactions – cliniques en l'occurrence – deux propriétés communes à toutes les conversations sont particulièrement importantes. La première tient dans la possibilité, essentielle pour la négociation autour du sens de certains énoncés, de produire du métadiscours (Maingueneau 1996 : 56-57), autrement dit de prendre le discours pour objet même de l'interaction. C'est sur cette possibilité du discours de revenir sur lui-même que repose l'essentiel de ce que j'ai déjà appelé, dans ce qui précède, des stratégies de prévention et de réparation de difficultés de compréhension¹⁴. Ce sont principalement deux types de productions métadis-

et de valeurs sociales. On se souviendra notamment de l'irritation de certains cliniciens face à des patients migrants qu'ils estiment insuffisamment intégrés au plan linguistique ou qui viennent les consulter avec des idées trop arrêtées sur ce que le médecin doit faire pour eux.

13. C'est surtout le courant de l'analyse conversationnelle (Schegloff 1968 ; Sacks *et al.* 1974 ; Mazeland 2006) qui s'est illustré dans la mise en évidence des règles qui font des conversations (y compris les plus informelles) des processus ordrés. Il a notamment mis en évidence les modalités préférées (principalement dans la société de classe moyenne nord-américaine) pour accomplir des activités comme prendre ou laisser la parole, réaliser une réparation conversationnelle, annoncer une mauvaise nouvelle, etc.

14. En l'occurrence, l'activité métadiscursive est au fondement de toutes les stratégies

cursives qui semblent cruciales pour la gestion de difficultés de compréhension (v. modèle inspiré par Bremer *et al.* 1996) :

- (1) Les discours métacommunicatifs à proprement parler, comprenant notamment des requêtes du type « vous pouvez me redire cela ? » ou « qu'est ce que vous voulez dire par... ? » et des commentaires métacommunicatifs du type « ce que je voulais dire, c'est ... » ou « attendez, je ne suis pas sûr d'avoir compris » ;
- (2) Les reformulations (au sens large) de propos déjà énoncés par soi-même (auto-reformulations) ou par d'autres (hétéro-reformulations), prenant notamment la forme de répétitions et reformulations avec modifications mineures des propos problématiques, de paraphrases fonctionnelles¹⁵ et de reformulations visant à fermer le champ des interprétations possibles (p. ex. une question fermée remplace une question ouverte).

La seconde propriété des conversations qui est centrale pour l'analyse et la gestion pratique des difficultés de compréhension réside dans le fait que les personnes en interaction œuvrent généralement en tenant pour acquis que toutes les parties impliquées dans l'échange respectent les principes de la cohérence et de la pertinence¹⁶. Chez les analystes des interactions et du discours, ces deux termes ont des acceptions assez proches¹⁷, même si leurs définitions sont tout sauf consensuelles¹⁸. Pour ce qui nous occupe ici, c'est principalement leur fondement commun qui importe. Celui-ci veut que les conversations usuelles (formelles et informelles) soient sous-tendues par une sorte de contrat implicite engageant les locuteurs à intervenir en s'inscrivant logiquement dans l'activité en cours (y compris pour la contrecarrer). En suivant ce principe, les participants collaborent à la cohérence du discours ou « texte » co-construit dans l'interaction, tout en produisant des interventions qu'ils estiment pertinentes compte tenu du contexte. Par pertinent, on entend alors notamment l'ajustement d'une intervention aux attentes contextuelles qu'ont créées les interventions précédentes (p. ex. apporter une réponse adéquate à une question qui vient d'être posée) et, plus généralement, l'inscription de l'intervention dans le contexte thématique (qu'elle n'apparaisse pas « hors sujet »). Ces principes de cohérence et de pertinence sont centraux pour le travail sur les difficultés de compréhension, car c'est souvent lorsque des interventions apparaissent problématiques en termes de cohérence et/ou de pertinence qu'un participant ou un observateur

avancées par Bremer *et al.* (1996), à l'exception des stratégies de *feedback* minimal (*wait and see*), d'abandon en passant outre et du nouveau départ (v. le modèle inspiré par Bremer *et al.*, *supra*, section 6.2.1).

15. Par paraphrase fonctionnelle on entend une reformulation qui, sans nécessairement avoir le même sens que la production initiale, cherche à réaliser la même action (p. ex. obtenir telle ou telle information).

16. C'est pour cette raison que, lorsque nous entendons des discours incohérents ou peu pertinents, nous commençons parfois par nous demander si ces discours auraient peut-être, à un autre niveau, une cohérence ou une pertinence qui nous aurait échappée.

17. V. p. ex. les définitions de Maingueneau (1996 : 16-18 et 61-62).

18. V. p. ex. les usages des notions de « pertinence » et « cohérence » chez Grice (1979) et Sperber & Wilson (1995).

externe (p. ex. un chercheur) repérera de possibles difficultés de compréhension. En particulier en cas de malentendu, il n'est souvent guère que ces interventions « décalées » qui rendent perceptibles les divergences de compréhensions dans la préhistoire interactionnelle plus ou moins proche.

6.2.3.3 Sens explicite et implicite dans les consultations (exolingues)

On l'a vu, les théories interactionnistes admettent que des personnes en communication construisent leurs échanges sur un fond supposé commun de règles et principes – de cohérence ou pertinence par exemple – et, plus généralement, à partir d'une vision supposée partiellement commune de la situation, des activités en cours, etc. Cette idée d'un fond épistémique commun est également tout à fait décisive pour une autre facette jusqu'ici peu évoquée des difficultés de compréhension : les inférences – possiblement divergentes – de sens implicite à partir d'un énoncé donné. Si le sens explicite est celui véhiculé directement par les formes linguistiques d'un énoncé, le sens implicite équivaut, quant à lui, à tous les éléments de sens non explicités, mais qui peuvent être inférés d'un énoncé en s'appuyant sur une certaine vision de son contexte d'énonciation (Maingueneau 1996). C'est grâce à la possibilité des interlocuteurs ou auditeurs d'inférer du sens implicite qu'il est possible, en tant que locuteur, de transmettre une multitude d'éléments de sens sans avoir à les énoncer (par exemple en les sous-entendant ou en formulant des énoncés avec des présupposés).

Sous l'angle de la compréhension mutuelle dans des consultations médicales, les parts explicite et implicite de la co-construction de sens posent des problèmes sensiblement différents. La part explicite soulève principalement la question de l'existence de ressources (verbales et non verbales) partagées qui puissent être utilisées dans l'échange, ainsi que la question du degré d'accord, entre clinicien et patient, sur le sens des ressources partagées¹⁹. On pense, à cet égard, aux termes médicaux, mais également à tout autre signe ou suite de signes susceptible d'être utilisés. L'équipe Roberts *et al.* (2003 ; 2005) a notamment mis en évidence l'implication, dans certaines difficultés de compréhension en milieu médical, d'outils prosodiques et syntaxiques de mise en évidence de mots et expressions importants, outils que les protagonistes de l'entretien clinique croyaient partagés alors que tel n'était pas le cas. Du point de vue de la part explicite du sens d'une consultation, on s'attend donc à des problèmes de compréhension dès le moment où les interlocuteurs utilisent des ressources soit non partagées, soit auxquelles ils attribuent des sens différents.

En termes de difficultés de compréhension, la part implicite de la communication pose, quant à elle, principalement le problème de la multiplicité des inférences possibles de significations implicites à partir d'un même énoncé ou d'une même séquence conversationnelle. Ainsi, un même énoncé (p. ex. « il fait chaud ici ») peut très souvent être compris de multiples manières (p. ex. comme une demande indirecte d'ouvrir la fenêtre, comme une plainte directe, ou comme une plainte indirecte ironique). En l'occurrence, les interlocuteurs s'orientent

19. Cet aspect des problèmes de compréhension en consultation a notamment fait l'objet de travaux consacrés au « jargon » médical (p. ex. Shuy 1993 ; Skelton *et al.* 1996) et au sens que des professionnels et usagers du système de soins attachent à des expressions utilisées dans certaines activités cliniques (p. ex. Singy 1997 ; Singy 2004).

généralement vers l'une des options possibles en fonction des éléments du contexte pris en compte dans l'interprétation (p. ex. l'existence ou non d'une fenêtre à proximité, les rapports plus ou moins asymétriques des interlocuteurs, la température qu'il fait dans la pièce). Les personnes impliquées dans des interactions savent dans une certaine mesure que le point de vue de leurs interlocuteurs sur le contexte influencera les interprétations des énoncés échangés. C'est pourquoi une certaine part de leur comportement communicationnel a généralement pour but – unique ou accessoire – d'amener leur vis-à-vis à sélectionner les bons cadres de références pour contextualiser les énoncés. Goffman parle à cet égard de pratiques de cadrage (*framing*) (Goffman *et al.* 1997). Dans cette perspective, des difficultés de compréhension sont souvent à voir comme la conséquence d'échecs ou de manquements dans ces pratiques de cadrage, insuffisantes ou mal comprises à leur tour. Concrètement, des malentendus fondés sur l'implicite apparaissent ainsi souvent lorsque les deux parties prennent pour acquis des éléments (des règles sociales²⁰, des types de relations, des connaissances supposées de « sens commun », etc.) qui ne sont pas partagés dans les faits (Gumperz 1999). Les malentendus de ce type sont dès lors souvent riches en information sur la manière dont les différents participants se rapportent au contexte de communication, en particulier sur leurs points de vue sur l'autre, sur les activités en cours, sur le rôle de l'autre et leur propre rôle dans ces activités, sur les connaissances préexistantes de part et d'autre, etc.

Aspect typique des *settings* exolingues, il faut encore mentionner l'existence de difficultés de compréhension impliquant tout à la fois le sens explicite et implicite. Il s'agit de cas d'énoncés qui ne sont que partiellement compréhensibles – au plan explicite –, parce que pas (intégralement) formés selon les règles linguistiques les plus usuelles (sémantico-lexicales, phonologiques, morphosyntaxiques) de la langue de communication parce que le locuteur – allophone – n'a qu'une connaissance partielle de ces règles. Pour l'interlocuteur, ces énoncés s'avèrent alors souvent hautement ambigus et il tend à se tourner vers le contexte d'énonciation pour inférer des hypothèses concernant le sens que son vis-à-vis a, le plus probablement, tenté de communiquer. Tout comme les inférences de sens implicite à proprement parler, ces inférences spéculatives sur les sens d'énoncés partiellement incompréhensibles comportent évidemment des risques non négligeables de malentendus si elles ne font pas l'objet d'une vérification auprès de l'auteur des propos difficiles à comprendre²¹.

20. Ces éléments peuvent aussi être qualifiés – et c'est le choix que fait Gumperz (1999) – de *culturels*, mais cela nécessite alors une définition précise du sens que l'on accorde à cet adjectif, ainsi qu'une grande rigueur dans les interprétations. Il s'agit surtout de résister – telle est aussi la mise en garde de Sarangi (1994) – à la tentation d'interpréter, sans fondement empirique, tout problème de compréhension entre personnes ayant des origines différentes comme remontant au fait qu'elles ne soient pas de la même « culture » ethnique ou nationale (p. ex. tel patient voit la consultation médicale de telle ou telle manière parce qu'il est congolais ou albanais et c'est pour cela qu'il y a des malentendus dans les interactions avec son médecin suisse). Pour ma part je préfère provisoirement considérer comme « sociaux » les présupposés d'arrière-fond sur lesquels les interlocuteurs s'appuient dans leurs inférences de sens implicite.

21. On peut d'ailleurs imaginer que les spéculations sur le sens explicite d'éléments

6.2.3.4 La figuration (*face work*)

Une autre dimension centrale de mon approche des interactions cliniques a trait à la manière dont les participants soignent le lien interpersonnel en montrant certains égards à leur interlocuteur (ou dont ils négligent occasionnellement de le faire). Pour l'étude de cette dimension je me suis appuyé sur la théorie de la figuration (angl. *face work*), dont les fondements ont été posés par Goffman (Goffman 1955 ; Goffman 2009 : 28-61). Cette théorie admet que les participants d'interactions sociales cherchent, à côté de la réalisation d'autres objectifs communicationnels, à éviter de perdre la face (négative ou positive) ou de la faire perdre à l'interlocuteur et de créer ainsi des tensions relationnelles. La face négative correspond « en gros à ce que Goffman décrit comme les “territoires du soi” (territoire corporel, spatial ou temporel, biens matériels ou savoirs secrets, etc.) » (Kerbrat-Orecchioni 1996 : 51). La face positive équivaut « à l'ensemble des images valorisantes que les interlocuteurs construisent et tentent d'imposer d'eux-mêmes dans l'interaction » (*ibid.*). L'idée centrale derrière cette métaphore de la figuration est que la plupart des interactions contiennent des aspects menaçant les faces des interlocuteurs et que l'on trouve, dès lors, dans presque toutes les conversations une foule de pratiques visant à prévenir, atténuer et compenser les atteintes aux faces respectives²².

À propos des consultations médicales, on peut supposer que les faces négatives sont typiquement mises à mal par des empiètements de territoires tels des gestes (notamment durant l'examen) ou des questions vécus comme intrusifs. Les atteintes les plus courantes à la face positive des interlocuteurs sont les critiques (plus ou moins directes et/ou explicites) pouvant survenir durant les consultations, ainsi que toutes les situations où une personne est contrainte à donner d'elle-même (souvent à son corps défendant) une version peu valorisante (p. ex. une personne qui doit « confesser » un problème de dépendance). La figuration relève ainsi du travail identitaire au sens large, puisque ce sont des appartenances ou des « étiquettes » identitaires qui sont assignées ou contestées, de même que le droit, en tant que personne d'un profil social particulier et/ou dans une situation particulière, à certaines formes de traitement dans les interactions.

Si je me suis intéressé de près à l'aspect de la figuration dans cette étude, c'est surtout parce que la négociation de la compréhension mutuelle dans des consultations (*a fortiori* exolingues) me semble toucher à des enjeux sensibles en termes de gestion des faces positives. Dans un contexte où les médecins voient les explications aux patients comme une tâche centrale de leur travail (v. *supra*, section 4.2.1.2), on imagine aisément que la survenue de malentendus ou incompréhensions puisse égratigner leur image positive de communicateur compétent.

partiellement incompréhensibles en raison de difficultés de langue involontaires et souvent non contrôlées sont parfois plus difficiles que celles qui se font sur le sens volontairement implicite par un locuteur qui a, en principe, estimé que son interlocuteur serait capable d'inférer les sous-entendus sur la base de ses connaissances du contexte.

22. Parmi ces activités figurent notamment la politesse interactionnelle (Brown & Levinson 1987) et la gestion du lien (angl. *rapport management*) (Spencer-Oatey 2002).

D'autre part, des patients migrants, souvent fiers de leur maîtrise du français et soucieux de mettre en valeur leur intégration linguistique (v. *supra*, section 3.8.4), peuvent voir cette maîtrise et cette intégration remises en question en cas de malentendus ou d'incompréhensions à base linguistique (Roberts *et al.* 2003). De ce fait, les séquences où un médecin corrige un patient peuvent apparaître *a priori* comme menaçantes pour la face positive des personnes soignées et, donc, délicates en termes relationnels.

6.2.3.5 Sociolinguistique interactionnelle ou analyse de discours ?

Comme on peut le voir dans les pages qui précèdent, j'ai constitué une « boîte à outils » conceptuelle ou théorique *ad hoc* pour mon étude sur les difficultés de compréhension dans des consultations spécialisées de patients souffrant de douleurs chroniques et ayant divers niveaux de maîtrise de la langue de consultation. J'ai préféré cette manière de faire à l'affiliation rapide à des courants de recherche livrant des procédures d'analyse « clé en main » (p. ex. analyse conversationnelle, sociolinguistique interactionnelle). Cela m'a permis de me laisser guider par les questions qui se posaient progressivement à moi en fonction de mon vécu de linguiste à l'hôpital, de mes lectures et de mes premiers contacts avec des personnes concernées par ma problématique. Mon approche s'illustre toutefois par une certaine proximité avec les principes et intérêts de la sociolinguistique interactionnelle (v. principalement Gumperz 1989a, 1989 b, 1999). Ce courant de recherche s'est en effet, tout comme moi, intéressé de près à la négociation de sens explicite et implicite dans des interactions au sein d'institutions – en particulier dans des contextes interculturels et plurilingues – et a également intégré dans ses analyses des concepts et notions de Goffman, parmi lesquelles la figuration. Le travail de l'équipe de Bremer (1996) – qui m'a livré le modèle initial pour mon approche des difficultés de compréhension – se revendique d'ailleurs également partiellement de la sociolinguistique interactionnelle. Pour ces diverses raisons, mon travail peut être vu comme inspiré de la sociolinguistique interactionnelle, bien qu'au plan des pratiques, il ne se soit pas conformé fidèlement à la démarche scientifique et au programme analytique que propose ce courant²³.

Ma démarche peut, de surcroît, pleinement se réclamer de l'analyse de discours. Au-delà d'une grande diversité d'approches et d'outils méthodologiques, l'analyse de discours des sociolinguistes anglo-saxons²⁴ (à laquelle je me réfère ici et dans laquelle on classe également la sociolinguistique interaction-

23. Contrairement aux instructions de Gumperz (1999), je ne me suis pas appuyé, dans ma phase initiale, sur la microanalyse de données naturelles pour générer mes questions ou hypothèses de départ, mais sur des entretiens soumis à une analyse de contenu thématique.

24. Cette précision est de mise, car l'analyse de discours représente une discipline carrefour (Maingueneau 1996) entre disciplines (linguistique, analyse littéraire, sociologie, histoire, etc.) qui est, dans l'espace francophone, souvent assimilée à l'École Française d'Analyse de Discours fondée par Michel Pêcheux, d'orientation marxiste et principalement focalisée sur les liens entre langage et idéologie dans le discours politique (Mazière 2005).

nelle), se distingue en effet par quatre grands principes de base (que l'on trouve dans des termes à chaque fois différents chez des auteurs comme Gee (1999) et Sarangi (2010)) avec lesquelles mon étude paraît clairement en accord. Ces principes peuvent être résumés comme suit :

- placer au centre de l'étude les liens complexes qui se jouent à l'intérieur des discours, ainsi qu'entre les discours et leurs contextes de production,
- contribuer à la compréhension du rôle que les discours jouent dans la construction ou le maintien de l'ordre social (plus ou moins local ou global) et notamment contribuer à la compréhension des différentes manières dont les pratiques discursives peuvent intervenir dans la discrimination de certains groupes sociaux (migrants, par exemple) dans l'accès à certains services, prestations et ressources (de santé, notamment),
- privilégier l'analyse de données discursives « naturelles » (souvent tirées de *settings* institutionnels) tout en recourant de manière transparente à des données d'autres types (entretiens de participants et de personnes clés, documents normatifs, écrits d'autres chercheurs sur le même *setting* ou des *settings* comparables) pour rendre les interprétations plus riches et mieux en asseoir la validité,
- produire des connaissances potentiellement utiles aux acteurs de terrain concernés.

La construction, pour chaque recherche, d'une boîte à outil théorique *ad hoc* (et d'une méthodologie qui lui est appariée et qui reste, dans mon cas, encore à présenter) figure également parmi les procédés recommandés pour l'analyse du discours (p. ex. Gee 1999 : 6-9 ; Roberts & Sarangi 2005). En l'occurrence, mes modèles théoriques et méthodologies puisent, de plus, dans des ressources classiquement sollicitées par des travaux anglo-saxons se réclamant de l'analyse du discours : les développements sur l'inférence de sens implicite de la sociolinguistique interactionnelle (offrant, notamment, une certaine vision du lien entre discours – ou texte – et contexte) ; les travaux pragmatiques sur la cohérence et/ou la pertinence ; et la pensée de Goffman (avec, notamment ses développements sur la figuration).

Une analyse interactionnelle de consultations prenant appui sur des données contextuelles diverses : aspects méthodologiques de l'enquête B

Une fois les objectifs de l'enquête B définis et le cadre théorique initial posé, il s'agit maintenant de présenter le plan d'investigation conçu pour réaliser ces objectifs. Je livrerai, dans un premier temps, les objectifs de l'enquête reformulés en fonction du cadre théorique adopté, avant de décrire plus en détail la production des données. Ce n'est qu'ensuite que seront détaillées les modalités d'analyse des différents types de données produites (y compris leur transcription).

La plupart de ces indications sont cruciales pour comprendre le contexte précis d'élaboration des résultats de cette seconde enquête de terrain et de cette thèse dans son ensemble. De plus, elles permettent en elles-mêmes de prendre connaissance d'une solution praticable, bien que de loin pas toujours optimale (du moins dans un premier temps), pour investiguer de manière intensive et systématique les difficultés de compréhension et leurs conséquences dans des consultations médicales. À cet égard, les modifications qui ont dû être apportées aux choix méthodologiques initiaux (choix qui étaient, on l'a vu, largement dérivés d'autres écrits théoriques et empiriques) et les difficultés que j'ai rencontrées dans mes propres interactions avec les médecins et patients (commentaires réflexifs) devraient susciter un intérêt tout particulier.

7.1 Objectifs reformulés en fonction du cadre théorique adopté

Réalisée sur le même terrain que l'enquête A, l'enquête B a consisté en une investigation sociolinguistique du discours médical tel qu'il se produit dans des interactions exo- et endolingues entre médecins spécialistes et patients migrants allophones souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques. L'étude s'est attachée aux malentendus et aux incompréhensions dans leur contexte discursif et social. Concrètement, elle visait à établir, à propos de ces difficultés de compréhension, dans quel contexte (thématique, linguistique, etc.) elles surviennent, quelles sont leurs causes et quelles sont leurs conséquences cliniques et relationnelles (en cas, surtout, de non-résolution). Sur le plan des

conséquences, il s'agissait en particulier d'éclairer les liens qu'entretiennent les difficultés de compréhension avec ces deux dimensions identifiées comme sensibles que sont (a) la possibilité pour les protagonistes de réaliser leurs agendas pré-consultation et (b) les divergences de vues au sens large sur le problème de santé du patient et les mesures à prendre.

Les objectifs assignés au projet ont appelé la conduite d'une étude intensive des pratiques langagières observables dans les consultations, ainsi que de certains discours métadiscursifs des protagonistes impliqués. En l'espèce, l'enquête a porté sur des consultations uniques impliquant exclusivement des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques et des médecins spécialistes. Elle a supposé le travail sur des suivis de personnes ayant divers niveaux de français, y compris une part de francophones natifs. Ce choix suit notamment Blanchet (2012 : 52), qui met en garde contre la tentation, pour le linguiste, de ne travailler que sur les pratiques « d'informateurs que le chercheur se représente *a priori* comme symptomatiques de ce qu'il recherche (sinon il confirme artificiellement ses idées préconçues) ».

Le plan de recherche a été soumis aux responsables cliniques des équipes impliquées, qui ont donné leur accord en vue d'une participation. Il a également obtenu l'aval des médecins responsables des services concernés et de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain compétente. Tous les patients et médecins participant à l'étude ont signé un formulaire de consentement dans une langue qu'ils comprennent.

7.2 Production des données

Les données produites dans le cadre de l'enquête B sont essentiellement d'une double nature. Elles se composent, d'une part, de consultations médicales filmées avec des migrants ayant divers niveaux de maîtrise du français, ainsi qu'avec quelques patients non migrants locuteurs natifs du français, pour comparaison. Les représentations et le vécu des patients et des cliniciens relativement aux consultations filmées étaient, quant à eux, investigués dans des entretiens semi-directifs de *feedback* et d'autoconfrontation. Hormis leur apport central pour la réalisation des objectifs de recherche, ces entretiens ont également permis de répondre au désir des cliniciens – exprimé lors de l'enquête A (v. *supra*, section 3.9.1) – de se voir offrir des espaces de discussion et d'élaboration dans le cadre de mon enquête B.

7.2.1 Enregistrement vidéo de consultations médicales

Les interactions cliniques ont généralement été filmées dans leur intégralité¹ et en l'absence d'un caméraman. Pour des raisons éthiques et d'acceptabilité pour les patients, la caméra a été positionnée de sorte à ce que l'examen physique des patients se déroule hors champ.

1. Dans les consultations en antalgie, les gestes anesthésiques pratiqués dans le prolongement immédiat de l'entretien n'ont pas pu être filmés, car ils se déroulent dans un autre local.

Malgré un risque de biais lié à la présence de la caméra, l'enregistrement vidéo représentait une nécessité pour l'étude, compte tenu du rôle souvent crucial revenant au non-verbal dans la genèse et la gestion des malentendus et incompréhensions (v. Bremer *et al.* 1996 ; Gumperz 1999 ; Hinnenkamp 2001). En pratique, la caméra a parfois suscité une légère gêne en début de consultation, mais elle semblait rapidement oubliée par la plupart des participants une fois la l'échange engagé. Quelques personnes se sont toutefois désistées de l'étude en invoquant leur réticence à se faire filmer.

7.2.2 Entretiens de *feedback*

Les entretiens de *feedback* se sont en principe déroulés le même jour que la consultation filmée. Ils s'appuyaient sur deux guides d'entretien préétablis (un pour les médecins et un pour les patients), guides qui avaient préalablement fait l'objet de séances de *monitoring* avec des cliniciens et qui avaient été pilotés avec des représentants des populations visées. Les cliniciens et les patients participant à l'étude se sont d'abord librement exprimés sur les consultations filmées, avant que ne soient investigués leurs points de vue sur le problème de santé en jeu et les mesures à prendre, ainsi que les opinions qu'ils imputent à leurs interlocuteurs en la matière. Un autre volet de l'entretien s'est intéressé de manière ciblée aux difficultés de compréhension repérées par les protagonistes. Ce volet était complété par une série de questions visant à mieux comprendre comment les protagonistes impliqués dans les interactions cliniques perçoivent leurs compétences linguistiques et communicationnelles respectives et, dans le cas des consultations exolingues, comment ils vivent le recours au français durant les consultations médicales. Afin de favoriser un échange ouvert, j'ai insisté, en début d'entretien, sur le traitement confidentiel des données recueillies et, en particulier, sur leur non-transmission à l'autre participant des consultations filmées.

Dans ce même entretien, certaines données socio-biographiques et sociolinguistiques clés concernant les patients ont été recueillies. À cette fin, un questionnaire *ad hoc* a été développé². Par ailleurs, tant les médecins que les patients ont été invités à apprécier la maîtrise du français du patient en termes libres ainsi qu'à l'aide d'une échelle à quatre degrés (il ou elle maîtrise « un peu », « moyennement », « bien » ou « très bien » le français). Les deux parties se sont aussi prononcées sur l'apport qu'aurait pu constituer, à leur avis, un interprète dans la consultation filmée. Dans les *feedbacks* des médecins, ces derniers devaient, enfin, situer le suivi de la personne filmée par rapport à leurs autres cas en termes de difficulté générale du suivi et de qualité de la relation soignant-soigné, ce qui a permis de voir dans quelle mesure l'échantillon filmé reflète, sous ces deux angles, leur pratique usuelle³.

2. Il s'agit d'un questionnaire hétéro-administré. Il contient de nombreuses questions ne concernant que les patients plurilingues issus de la migration, questions qui n'étaient bien évidemment pas posées aux autres patients.

3. Cette mesure n'a été introduite qu'après le troisième patient filmé et n'est donc disponible que pour les 16 derniers patients.

Avec les patients migrants, les entretiens de *feedback* se sont en principe déroulés en présence d'un interprète qualifié. Ce choix devait me permettre de ne pas me retrouver à mon tour confronté à des malentendus et incompréhensions liées à la maîtrise limitée du français chez les patients (v. *supra*, section 3.8.4). Le caractère systématique de la présence des interprètes s'expliquait par l'impossibilité de procéder à l'avance à une évaluation fiable du niveau de français des patients. De plus, présenter les interprètes comme des éléments fixes du dispositif de recherche semblait un bon moyen pour faire accepter leur présence à des migrants sans difficultés majeures en français. Avec ces derniers, les interprètes ne traduisaient généralement pas tout, mais constituaient une ressource parfois précieuse en cas de complications. Plusieurs patients ont toutefois refusé la présence d'un interprète (v. *infra*, section 7.2.4.2) et d'autres ne faisaient pas du tout appel à son aide, répondant directement en français aux questions posées par l'investigateur. Les entretiens de *feedback* (et d'autoconfrontation) avec les professionnels se sont en revanche passés d'interprètes ; abstraction faite de certaines particularités de prononciation, les cliniciens francophones de langue seconde participant à l'étude ont en effet tous une maîtrise du français quasi native.

7.2.3 Entretiens d'autoconfrontation

Les entretiens d'autoconfrontation avaient principalement pour objectif de récolter des informations sur la suite de l'histoire médicale du patient et de recueillir des commentaires *post hoc* des protagonistes sur des extraits résistants à l'analyse du chercheur (par exemple à l'aide de questions comme « D'après vous, qu'est-ce que le médecin – ou le patient – cherchait à vous dire dans cet extrait ? », « Qu'est-ce que vous essayiez de dire dans cet extrait ? », « Vous souvenez-vous de pourquoi vous avez ri ? », etc.). Dans certains cas, le questionnement était ciblé de manière plus directe sur la compréhension, par l'enquêté, de propos formulés par l'autre partie durant la consultation.

Au plan pratique, les guides d'entretien comportaient deux parties dont les questions variaient d'un patient à l'autre. Les questions posées dans ces parties reposaient sur l'analyse préalable des consultations et *feedbacks*, et notamment sur l'identification, en leur sein :

- de points sur lesquels il paraissait particulièrement pertinent de récolter des informations de suivi (*follow up*) (p. ex. mise en pratique de décisions précises prises durant la consultation),
- de difficultés de compréhension posant des problèmes d'analyse particuliers (p. ex. est-elle causée par un mot ou une expression inconnu du patient (sémantique) ou par un facteur situé à un autre niveau ?).

Pour un quart environ des patients, l'entretien d'autoconfrontation n'a pas pu être réalisé. Les patients en question ont notamment avancé comme raison de leur refus l'importance de la distance géographique entre l'hôpital et leur domicile. Avec les migrants, les entretiens d'autoconfrontation se sont en principe déroulés avec un interprète, sauf si ce dernier avait déjà été refusé par le patient ou s'il n'avait pas été sollicité durant l'entretien de *feedback*.

Au vu de leur disponibilité limitée (v. *supra*, section 3.9.2), les médecins ont été vus pour un entretien d'autoconfrontation unique, portant sur l'ensemble des consultations qui les impliquaient. Les commentaires post-hoc de leur part se trouvent donc plus limités que ceux recueillis auprès des patients, ce d'autant plus que les entretiens de clôture avec les médecins contenaient également un bref volet où je leur restituais certaines de mes observations tant sur leurs stratégies efficaces de gestion de la diversité que sur les limites de ces stratégies. Avec les cliniciens, ces entretiens (conduits en toute fin du travail de récolte de données) avaient ainsi également une fonction de « retour au terrain ».

7.2.4 Difficultés rencontrées lors de la production des données

Plusieurs aspects de la production des données ont fait l'objet de difficultés non négligeables. Celles-ci apparaissent largement révélatrices de l'impact de la présence du chercheur sur le terrain et du rôle que les participants lui prêtent et sont donc d'un intérêt particulier pour la dimension réflexive de l'étude. Certaines de ces difficultés concernent davantage les rapports avec les médecins, d'autres ceux avec les patients.

7.2.4.1 Difficultés liées aux médecins

Une difficulté récurrente avec les médecins consistait, lors des entretiens de *feedback* et d'autoconfrontation, à garder leur discours focalisé sur la consultation filmée et la situation spécifique du patient. Les médecins tendaient en effet à dériver vers des généralités d'un niveau comparable à celui visé dans les entretiens de l'enquête A. Dans ces développements discursifs, ils cherchaient principalement à théoriser leurs pratiques, parfois en convoquant certaines connaissances livresques sur la communication (par exemple sur l'importance du comportement non verbal dans les consultations). Mes difficultés à éviter ces « montées en généralité » dans les entretiens avec les médecins m'ont ainsi révélé un malentendu probable entre chercheur et cliniciens autour de leur demande initiale de pouvoir disposer d'espaces de discussion lors de l'enquête B (v. *supra*, section 3.9.1). Si j'ai, pour ma part, d'emblée envisagé ces échanges comme ciblés sur des consultations et des cas particuliers, les cliniciens voyaient probablement ces échanges comme partiellement théoriques.

Dans la pratique, je me voyais ainsi confronté à des difficultés fréquentes à déloger les cliniciens d'une place de co-chercheur dans laquelle je les avais moi-même installés lors de l'enquête A (notamment en leur demandant leur avis sur le design de la future enquête B). Avec le recul, j'interprète le penchant prononcé et durable des médecins pour la théorisation surtout comme un symptôme d'un certain malaise dû à la présence, sur le terrain, d'un chercheur s'intéressant de près aux consultations et aux cas cliniques. Deux explications se proposent concernant ce malaise. D'une part, les situations d'entretien les plus usuelles pour les médecins sont des consultations au sein desquelles ils endossent le rôle de celui qui pose les questions (Frankel 1990 ; West & Frankel 1991). Ils sont ainsi peu habitués à se trouver dans la position du sujet d'étude. Orienter le discours sur des aspects théoriques (y compris dans le domaine de l'étude en cours) peut dès lors représenter une tentative de sortir du rôle inconfortable ou

inhabituel d'enquête. D'autre part, mes questions sur les éventuelles difficultés de compréhension et l'opportunité d'un recours à un interprète ont probablement révélé aux cliniciens mon intérêt pour les dysfonctionnements dans les interactions analysées. Dans ce contexte, le positionnement en co-expert de la communication lors des entretiens de recherche équivaut sans doute pour les médecins à une tentative de m'amener à leur expliciter mes visées précises, voire de reprendre le contrôle d'un processus de recherche qu'ils sentent leur échapper. En définitive, ils cherchaient probablement ainsi à garder une certaine maîtrise de leurs pratiques de consultation, par exemple face au risque de se voir imposer à l'avenir davantage d'interprètes professionnels (dont l'enquête A montre qu'ils suscitent certaines craintes ou ambiguïtés). On notera que le travail de master d'une étudiante en médecine (Cottet 2013) prenant pour corpus les *feedbacks* des médecins de mon étude offre encore une autre lecture de ces mouvements de théorisation. L'auteure voit dans les moments de « montée en généralités » des indices de la difficulté des médecins à entrer dans une relation empathique avec les patients concernés.

Une autre difficulté récurrente rencontrée avec les médecins se posait lorsque certains d'entre eux tenaient des discours que je percevais comme stéréotypés ou stigmatisants sur certains patients. Parfois j'avais aussi le sentiment que des cliniciens émettaient des jugements de valeurs potentiellement injustes, par exemple en critiquant les difficultés de certaines personnes migrantes à apprendre le français. J'avais en effet acquis, pour ma part, la conviction que, chez les patients allophones peu à l'aise en français, leur maîtrise limitée de cette langue s'expliquait par des circonstances biographiques précises comme l'absence d'une formation scolaire autre qu'élémentaire, un travail manuel dans des collectifs comprenant de nombreux compatriotes et, pour plusieurs, l'isolement social et les difficultés de concentration générés par le mal-être psychique et/ou les douleurs. Il me coûtait, dans ces situations, de ne pas me départir de ma neutralité d'intervieweur et de ne pas prendre parti. Il en était de même lorsque les cliniciens critiquaient ou minimisaient (de mon point de vue) l'apport de l'interprétariat communautaire. D'un point de vue réflexif, j'imputais mes propres difficultés à rester neutre comme un mouvement d'identification avec les médecins : en effet, il me semblait plus difficile d'accepter des propos dérangeants de la part d'une personne dont je me sentais structurellement « proche » (en terme d'appartenance à un même « groupe », celui du personnel hospitalier). Par contraste, je n'ai pas rencontré ce genre de problèmes avec les patients, dont je me distancais plus aisément. Cela m'a confirmé qu'en tant que chercheur évoluant lui-même depuis plusieurs années dans un hôpital un certain sentiment d'appartenance commune avec les cliniciens de ma recherche était probablement inévitable. Ce d'autant que je m'étais considérablement investi – et globalement avec succès – dans l'établissement de liens de confiance avec les médecins. Ces liens se sont avérés d'un grand apport pour la qualité des données, mais ils impliquaient également, de ma part, une discipline particulière de prise de distance pour limiter l'impact d'aprioris et de points aveugles partagés entre médecins et chercheur. Dans mon cas, cette quête de distance était indéniablement facilitée par le caractère systématique et largement pré-formaté de mes analyses.

7.2.4.2 Difficultés liées aux patients

Avec les patients, des moments difficiles d'un premier type se produisaient lorsque ces derniers désignaient indirectement ma recherche comme propre à introduire un certain clivage entre eux et leurs médecins. Certains patients produisaient, par exemple, en pleine investigation d'aspects communicationnels concrets des consultations, des déclarations de loyauté du type « je ne peux rien dire de négatif à propos de mon docteur ». D'autres pouvaient subitement porter des évaluations positives sur des médecins tout en évoquant des divergences de vues avec ces derniers. Deux éléments – non mutuellement exclusifs – m'apparaissent susceptibles d'expliquer ce type de déclarations. Premièrement, il est possible qu'elles répondent à un besoin des patients de réaffirmer – et ne serait-ce que face à eux-mêmes – leur adhésion à des médecins avec qui tout n'est certes pas optimal, mais qu'ils n'en voient pas moins comme une ressource cruciale pour leur bien-être (voire comme leur dernier espoir). Deuxièmement, je voyais dans les marques de loyauté des patients envers les médecins un souci de ménager ou de rétablir la face positive du médecin à un moment où celle-ci était menacée (v. *supra*, section 6.2.3.4). En termes réflexifs, ces égards pris en l'absence du médecin venaient alors me rappeler mon ancrage particulier sur le terrain. Malgré les mesures de précaution méthodologiques prises (présentation comme un chercheur de l'Université et non de l'Hôpital, garantie de confidentialité, en particulier face au médecin), les patients m'associaient indubitablement au « camp » des médecins. Il n'en pouvait probablement être autrement dans un design de recherche où les médecins participaient à la sélection des patients et me mettaient de facto en relation avec eux. De plus, je relevais certainement, en tant que chercheur, de l'univers des institutions et des sciences, univers que les patients lient davantage au monde de la médecine qu'à leur propre « monde vécu » (Mishler 1984).

Toujours avec les patients, je vivais également comme difficiles les moments où des migrants n'ayant pas le français en langue première exprimaient une certaine insécurité ou culpabilité linguistique (Singy 1997 b ; Weber 1999 ; Weber 2002), autrement dit une évaluation négative sur leur propre parler en langue seconde. Ces expressions de culpabilité linguistique et autres marques de blessures de l'estime de soi linguistique de patients migrants allophones survenaient surtout dans deux situations :

- (1) dans les *feedbacks* : questions sur la compréhension mutuelle et questions sur les profils et biographies linguistiques (autoévaluation du niveau de français, mode d'apprentissage du français, domaines d'utilisation du français et de leur ou leurs langues premières, etc.),
- (2) dans les autoconfrontations : visionnement d'extraits où les patients s'estimaient en difficulté au plan linguistique.

En termes de figuration (*face work*), toutes ces situations étaient apparemment à même de menacer certaines « versions » positives que les patients auraient souhaité pouvoir donner d'eux. Le contexte sociopolitique actuel en Suisse, où les migrants sont régulièrement stigmatisés pour leur intégration linguistique insuffisante dans l'espace public, n'est probablement pas étranger à

ces réactions. Dans ce cadre, mes tentatives de juguler le malaise en portant des jugements positifs sur le niveau de langue des patients se sont avérées peu efficaces. Dans bien des cas, elles étaient probablement même contreproductives, mettant davantage encore l'accent sur mon rôle « d'évaluateur » du français des participants.

En lien étroit avec le point qui précède, un dernier aspect générant parfois un malaise avec des patients résidait dans mon choix de réaliser tous mes entretiens de recherche (*feedbacks* et autoconfrontations) avec des patients migrants allophones en présence d'un interprète communautaire. En effet, si certains patients (surtout parmi ceux qui étaient moins à l'aise en français) étaient soulagés par cette présence et que la plupart des autres s'en accommodaient sans difficulté apparente, quelques participants semblaient au contraire désagréablement surpris par la présence d'un interprète parlant leur langue première. Dans deux cas de patients avec des profils linguistiques très différents (un patient fort à l'aise en français et une patiente parlant un français qu'il m'était très difficile de comprendre, v. *infra*, sections 13.1.1 et 13.2.1) un refus explicite et clairement teinté d'irritation s'est ainsi substitué à un premier accord d'avoir un interprète, qui avait, quant à lui, été donné du bout des lèvres. Dans les deux cas, les patients semblent partiellement blessés – en termes de face positive – par ma proposition de nous adjoindre un interprète et, dans un des cas, la patiente a également fait part de peurs de ruptures de confidentialité de la part de l'interprète.

7.3 Sélection des consultations

La sélection des consultations spécialisées centrées sur des douleurs musculo-squelettiques chroniques a principalement été orientée par le souhait de constituer un échantillon varié de patients. D'autre part, la charge de travail liée à l'étude devait être répartie de manière équitable sur les différents médecins participant à l'étude.

7.3.1 Échantillon de patients

Les principaux critères de sélection des patients étaient linguistiques : il s'agissait de constituer un groupe de personnes allophones diversifiées aux plans de leurs langues d'origine et de leurs niveaux de maîtrise du français, ainsi qu'un groupe de personnes francophones natives pour comparaison. J'ai fixé ce dernier groupe à un quart environ de l'échantillon total (en principe un patient par médecin). Pour l'identification des patients allophones, les médecins avaient pour consigne initiale de repérer des patients dont le français leur paraissait susceptible de causer des difficultés de communication (mêmes mineures). En raison des statistiques linguistiques les plus récentes pour la Suisse romande (v. *supra*, section 1.7), j'ai ensuite veillé à inclure dans l'échantillon plusieurs patients portugais et ex-yougoslaves, ainsi que plusieurs patients provenant de pays extra-européens.

Hormis le souci de la diversité des niveaux de français, quelques autres précautions ont été prises dans la sélection des patients pour l'enquête B, afin

d'assurer que leur échantillon reflète, dans une certaine mesure, la population de consultants des unités. D'une part, j'ai tenté d'équilibrer approximativement l'échantillon en termes de genre et d'inclure des représentants des divers groupes d'âge. D'autre part, j'ai veillé, compte tenu de la littérature spécialisée (Allaz 2003 ; Sleptsova *et al.* 2009) montrant que les patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques sont souvent peu qualifiés en termes de formation scolaire et professionnelle, à éviter une surreprésentation de patients au bénéfice d'une éducation scolaire post-obligatoire.

Genre	Femmes	9
	Hommes	10
Âge	26-40 ans	8
	41-50 ans	3
	51-60 ans	5
	61-75 ans	3
Niveau de français ⁴	Un peu (groupe F1)	3
	Moyen (groupe F2)	6
	Bon ou très bon (groupe F3)	6
	Natif (groupe F4)	4
Pays (naissance)	Portugal	4
	Suisse	3
	Bosnie – Kosovo – Macédoine (ex-Yougoslavie)	3
	Turquie	2
	Autres pays européens	3
	Autres pays extra-européens	4
Formation	École post-obligatoire, université	2
	Professions manuelles : avec apprentissage terminé	7
	Professions manuelles : sans apprentissage terminé	10

Tableau 14 : Échantillon de patients

Comme le montre le tableau 14, mes objectifs d'échantillonnage ont pu être respectés, à l'exception de la constitution du groupe de patients francophones natifs auquel il manque un membre. Avec un des médecins, plusieurs tentatives de recrutement d'un patient de cette dernière catégorie avaient en effet encore été entreprises bien après la fin planifiée de la période de récolte des données filmées, mais des contretemps répétés (principalement des annulations de consultations par les patients peu avant la consultation prévue) nous ont finalement contraints à l'abandon.

4. Les modalités d'évaluation du niveau de maîtrise du français des patients sont expliquées à la section 7.4.1.

Pratiquement, la sélection de patients pour l'étude s'est fondée principalement sur des indications fournies par les cliniciens. C'était d'ailleurs là la principale raison m'ayant conduit à limiter l'étude aux seules consultations de suivi, car les cliniciens ne disposent généralement pas d'indications linguistiques sur les patients au moment de nouvelles prises en charge.

En termes éthiques, on notera que les considérations relatives au bien-être des personnes soignées ont systématiquement primé toute autre considération lors de la sélection des patients. D'entente avec les cliniciens, les risques de préjudices pour les patients ont été pris en compte, notamment en renonçant à l'inclusion des personnes dont la participation à l'enquête semblait susceptible de conduire à une rupture thérapeutique en raison d'un lien clinicien-patient trop problématique⁵. Pour des raisons de faisabilité, j'ai également exclu de l'enquête B les patients présentant des troubles psychiatriques susceptibles de faire obstacle à la conduite d'entretiens de recherche semi-structurés⁶.

Malgré un engagement remarquable des médecins et secrétaires des unités participant à l'étude, le recrutement des patients s'est avéré plus difficile que prévu. Quatre patients ont refusé de participer, invoquant leur réticence à être filmés. Une autre difficulté résidait dans le fait que certains des médecins de l'étude avaient des volumes de consultations limités pendant certaines phases de l'étude, alors que d'autres décidaient, dans un grand nombre de cas, de ne pas revoir une deuxième fois leurs patients avant de les envoyer chez un autre médecin. Vers la fin du recrutement, les contraintes de plus en plus strictes liées aux critères d'échantillonnage représentaient l'obstacle principal.

7.3.2 Échantillon de médecins

Comme pour l'enquête A, le collectif des professionnels médicaux pressenti pour l'enquête principale était, au départ, formé par l'intégralité des médecins spécialistes des deux unités du terrain. Certains médecins n'ont pas été retenus, soit parce que leur activité clinique sur le terrain était trop restreinte, soit parce que leur période d'engagement dans le service ne recouvrait que partiellement la phase de recrutement. Parmi les médecins non retenus pour ces raisons figurent les psychiatres de liaison actifs sur le terrain. Les cinq médecins ayant finalement participé à l'étude – deux spécialistes en antalgie et trois en rééducation – ont été sollicités pour un nombre plus ou moins équivalent de consultations (entre trois et quatre par médecin). Tous avaient une solide expérience de la pratique clinique (douze ans d'expérience comme médecin ou plus) et quatre sur cinq étaient actifs au sein de leur spécialité depuis plus de dix ans.

7.4 Analyse des données

Conformément aux objectifs de l'enquête B schématisés dans la Figure 1 ci-dessous, le traitement des données devait tout d'abord permettre d'identifier les difficultés de compréhension (malentendus et incompréhensions) dans les consultations, puis d'établir pour toutes ces difficultés, le contexte (séquence

5. Les limites liées à ce choix sont discutées dans la section 14.6.

6. Cette décision découle notamment d'une expérience problématique avec un patient de ce type durant l'enquête A (v. *supra*, section 3.8.4).

thématique) dans lequel elles surviennent, leurs causes et leurs conséquences cliniques et relationnelles (en cas surtout de non-résolution). L'analyse devait ensuite éclairer les liens qu'entretiennent les difficultés de compréhension survenant dans les consultations avec (a) les limites dans la réalisation des agendas communicatifs des protagonistes et (b) les divergences de vues au sens large entre médecins et patients à l'issue de la consultation. Enfin, les résultats relatifs à ces trois dimensions centrales (difficultés de compréhension, agendas contrecarrés, divergences ou accès limité au point de vue de l'autre) devaient être mis en rapport avec le niveau de maîtrise du français des patients.

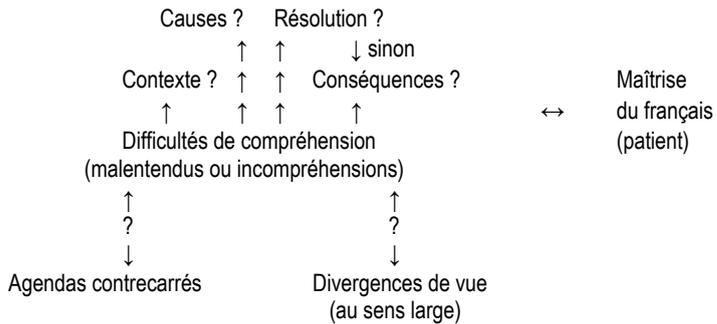


Figure 1 : Modèle d'analyse sous-jacent aux objectifs de recherche

La démarche analytique entreprise à cette fin relève de l'exploration avancée. Dans l'enquête B, il ne s'agissait en effet pas – du moins pas en premier lieu – de prouver des idées préexistantes précises. Le but était de mieux comprendre les facteurs de complexité de la communication dans les consultations étudiées, ainsi que les liens entre ces différents facteurs. En l'occurrence j'ai cherché à atteindre ce but par le biais d'un repérage systématique des difficultés de compréhension qui y surviennent et de leur analyse. Cette dernière partait d'une série de dimensions inspirées par la littérature, dimensions qui ont été partiellement redéfinies et enrichies au cours du travail. Sur la base de ces dimensions et de mes repères théoriques généraux concernant la co-construction de sens dans les interactions cliniques (v. *infra*, section 6.2.3), j'ai investigué la complexité singulière de chaque épisode discursif marqué par une difficulté de compréhension en prenant en compte ses ancrages contextuels. J'ai rédigé des commentaires analytiques libres pour la plupart d'entre eux. En m'appuyant sur le matériel ainsi accumulé au gré des analyses de consultations, j'ai progressivement consolidé, modifié ou affiné les critères typologiques permettant de catégoriser les difficultés de compréhension et les consultations selon des logiques aussi pertinentes et opérationnelles que possible. J'ai ensuite réappliqué systématiquement la grille de critères ainsi obtenus à l'ensemble du corpus.

Cette façon de procéder m'a donné accès à plusieurs types de résultats. J'ai avant tout acquis une compréhension approfondie des malentendus et incompréhensions qui surviennent dans les consultations, notamment sous l'angle de leurs causes et de leur impact clinique et relationnel. Le regroupement des difficultés de compréhension et des consultations en catégories m'a permis de rendre

compte des liens entre difficultés de compréhension et contexte sociolinguistique (profils des patients, facteurs causaux et impact possible des malentendus et incompréhensions de divers types, etc.), tant au plan qualitatif que quantitatif. Le volet quantifié de l'analyse m'a en particulier incité à m'aventurer dans quelques explorations de corrélations possibles entre divers types d'observables, corrélations qu'il s'agira dans l'idéal de consolider dans des recherches extensives sur de plus grands échantillons (ces corrélations impliquent notamment certains types de difficultés de compréhension et certains profils linguistiques de patients).

Dans les pages qui suivent, je rends compte des modalités pratiques de mon protocole d'analyse, en suivant l'ordre dans lequel les résultats de ses différents volets apparaîtront dans le texte. Je commence par la catégorisation des patients en fonction de leur niveau de maîtrise du français, avant de décrire l'identification et la catégorisation des malentendus et incompréhensions dans l'interaction médecin-patient. Les deux points suivants de cette section méthodologique sont consacrés à l'approche (a) des agendas communicationnels des protagonistes et (b) des divergences de vues et des problèmes d'accès à la vision de l'autre s'agissant du problème de santé du patient et de ses solutions possibles ou souhaitables. Je termine, enfin, par des indications concernant les différentes pratiques de transcription.

Niveaux du Portfolio européen		Groupes linguistiques
A1, A2	« découverte » et « survie »	F1 (français : un peu)
B1	« seuil »	F2 (français : moyen)
B2, C1, C2	« avancé », « autonome » et « maîtrise »	F3 (français : bon, très bon)

Tableau 15 : Niveaux de langue

7.4.1 Évaluation du niveau de maîtrise du français des participants

Comme mentionné plus haut (v. *supra*, section 7.3), lors du recrutement des patients, les impressions des médecins ont été, dans un premier temps, déterminantes pour l'aspect linguistique de l'échantillonnage. Par la suite, chaque patient allophone a toutefois également été attribué à l'un des trois groupes linguistiques (F1 = français : un peu ; F2 = français : moyen ; F3 = français : bon ou très bon) par l'investigateur (linguiste) sur la base d'observations réalisées durant l'analyse des données discursives ayant trait aux patients en question. Les critères d'évaluation sont dérivés – et, en l'occurrence, simplifiés – de l'échelle globale élaborée dans le cadre du Portfolio européen des langues (Conseil de l'Europe 2000).

Concrètement, j'ai réalisé cette évaluation après une phase de contact très rapproché avec les données des consultations et entretiens de recherche (sous leurs formes vidéo, audio et transcrite), en l'occurrence à la fin du décryptage des difficultés de compréhension. Il s'agissait donc d'un moment où les compétences expressives et interprétatives des 15 patients allophones m'étaient particulièrement bien présentes. J'ai alors pris les critères du portfolio et, en fonction des niveaux regroupés comme indiqué ci-dessus, classé les patients sans diffi-

culté majeure. J'ai terminé par consolider la classification dans le cadre d'un visionnement en continu d'extraits des 15 consultations impliquant des patients allophones.

7.4.2 Décryptage et caractérisation des difficultés de compréhension

Le décryptage des malentendus et incompréhensions survenant dans les consultations repose sur deux types d'analyses :

- (1) principalement sur une analyse détaillée (turn by turn) des consultations filmées – sous leur forme retranscrite et audiovisuelle – afin d'y déceler des difficultés de compréhension,
- (2) subsidiairement sur le repérage, dans les entretiens de *feedback* et d'auto-confrontation, des commentaires métadiscursifs mentionnant ou laissant entrevoir des difficultés de compréhension.

Dans le cadre de cette étude, ne sont répertoriées comme difficultés de compréhension que celles qui laissent des traces relativement univoques dans les discours recueillis (soit au plan de l'interaction, soit dans les *feedbacks* ou autoconfrontations). Ont également été exclus les troubles interactionnels potentiellement explicables en termes d'incompréhension ou malentendu, mais présentant une autre explication plus probable (p. ex. une réticence de l'un des protagonistes à « suivre » l'autre dans une discussion n'est pas traitée comme une difficulté de compréhension si elle semble s'expliquer par un différend préexistant plutôt que par un problème de compréhension à proprement parler).

Notons encore que parmi les 19 consultations filmées, seules 16 ont pu faire l'objet d'un recensement systématique des difficultés de compréhension. Dans les trois consultations avec les patients allophones du groupe F1, les difficultés de compréhension sont trop généralisées pour permettre l'identification et la classification d'épisodes distincts repérables comme incompréhensions ou malentendus.

Un quart des consultations ont été soumises à l'appréciation de mon directeur de thèse, ce qui a permis de confronter mes inventaires de difficultés de compréhension avec ceux constitués par un autre analyste. Les divergences de sont avérées mineures et ont fait l'objet de discussions pour tenter de clarifier encore les critères de repérage.

Une fois identifiés, les malentendus et incompréhensions étaient caractérisés en fonction des critères typologiques inspirés par la littérature (v. tableau 13), affinés durant la phase initiale de l'analyse. Sont ici présentés les critères typologiques finaux, les principales modifications étant expliquées dans les notes. Pour chaque difficulté de compréhension, il s'agissait en fin de compte de répondre aux questions suivantes :

- Résultat(s) de la réparation ou prévention de la difficulté
 - La difficulté a-t-elle pu être résolue⁷ ?

7. Le critère du retour ou non à un *status quo ante* (proposé par Hinnenkamp 2001) ne s'est pas avéré fonctionnel pour mes données. Je l'ai remplacé par un travail plus approfondi sur les objectifs communicationnels saillants potentiellement ou effectivement

- Contexte thématique
 - Dans quelle ou quelles séquences thématiques de la consultation la difficulté survient-elle⁸ ?
 - ouverture
 - discussion des symptômes
 - examen physique
 - discussion du diagnostic et des explications causales
 - discussion du traitement
 - discussion d'aspects psychosociaux
 - clôture

Deux niveaux de séquences thématiques sont identifiés : des séquences thématiques principales et, le cas échéant, des séquences thématiques enchâssées⁹.

- Cause de la difficulté
 - De quel(s) niveau(x) d'analyse linguistique relève le problème discursif qui est à la source de la difficulté de compréhension¹⁰ ?
 - de la prononciation (phonétique ou phonologie, prosodie) ?
 - de la morphosyntaxe (morphèmes grammaticaux, syntaxe) ?
 - de la sémantique (sens du lexique, d'expressions) ?
 - de la pragmatique (sens implicite, inférences discursives) ?
- Repérage de la difficulté par le chercheur

entravés par les difficultés de compréhension identifiées.

8. Par rapport aux séquences thématiques mentionnées dans la partie théorique (v. *supra*, section 6.2.3.1), j'ai réorganisé la catégorie « investigation », qui m'apparaissait trop large, en optant pour une approche plus thématique. J'ai ainsi créé une catégorie « discussion des symptômes », dans ce cas principalement consacrée au ressenti et au vécu douloureux. Ma catégorie « discussion du traitement » comprend, quant à elle, aussi bien l'histoire médicale que la discussion des traitements en cours et (potentiellement) à venir. J'ai ajouté une catégorie « discussion des aspects psychosociaux du cas » regroupant tant l'investigation de ces aspects que les conseils donnés les concernant. J'ai en effet constaté que des aspects psychologiques ou sociaux constituaient parfois de grands blocs thématiques dans les consultations filmées.

9. Tel est par exemple le cas lorsqu'une problématique psychosociale est brièvement abordée au sein d'une discussion portant sur le traitement. L'introduction de ce codage à deux niveaux a permis de résoudre de nombreux cas préalablement difficiles à attribuer à une catégorie plutôt qu'à une autre.

10. La distinction au plan des causes des difficultés de compréhension entre « élément unique », « complexité générale du langage » et « tournures indirectes » m'a paru finalement peu pertinente. Dans le cadre de consultations médicales avec des migrants, il s'est avéré difficile de juger de la « complexité générale » du langage pour les participants. D'autre part, « tournure indirecte » est trop spécifique pour désigner les causes pragmatiques des malentendus, car cela laisse entendre qu'il y a une intention de laisser certains contenus implicites dans le discours. J'ai donc décidé de revenir aux niveaux d'analyse linguistiques « classiques », utilisées dans d'autres typologies des malentendus ou incompréhensions (p. ex. Bazzanella & Damiano 1999), en décidant d'emblée de ne relever de manière systématique qu'un seul niveau d'analyse prééminent en cas de causalités multiples et d'identifier et documenter un nombre limité de malentendus ou incompréhensions particulièrement complexes, impliquant plusieurs niveaux d'analyse.

- Comment la difficulté est-elle identifiable pour le chercheur (indices discursifs)¹¹ ?
 - aux traces d'une réparation ou prévention du problème ?
 - à des traces de problèmes de cohérence ou de pertinence (intervention(s) « hors sujet », autres violations patentes de maximes conversationnelles) ?
 - à un commentaire métadiscursif signalant l'incompréhension ?
- Repérage de la difficulté par les protagonistes
 - La difficulté est-elle immédiatement repérée ou non par les protagonistes de l'échange ? Autrement dit, s'agit-il :
 - d'un malentendu (difficulté avec traces d'un moment d'illusion de compréhension) ?
 - d'une incompréhension (difficulté sans traces d'une illusion de compréhension) ?
- Stratégie(s) de réparation ou de prévention
 - Comment les protagonistes cherchent-ils à gérer la difficulté¹² ?
 - par des stratégies d'autoreformulation (p. ex. répétition, paraphrase, etc.) ?
 - par des stratégies d'hétéroreformulation (correction, soumission d'hypothèses interprétatives, etc) ?
 - par une requête ou un commentaire métadiscursif (demande d'aide ou de clarification, signal de malentendu ou d'incompréhension) ?
 - par des procédés non spécifiques (passer outre en ignorant un nouveau thème, *feedback* minimal – *wait and see* –, etc.) ?
 - Qui développe les stratégies en question ?
 - le médecin ?
 - le patient ?
- Objectif(s) communicationnel(s) saillant(s)

11. Ce critère ne figurait pas dans la grille typologique initiale. Une fois confronté aux données, des indications succinctes sur la manière dont les malentendus et incompréhensions ont été identifiées m'ont paru toutefois indispensables. Les critères typologiques retenus sont en lien direct avec mon cadre théorique concernant la co-construction de sens dans des interactions verbales (v. *supra*, section 6.2.3.2).

12. La logique de ce critère typologique a été largement simplifiée. D'une part, il a paru, à l'usage, plus intéressant de relever qui, du médecin et du patient, était le plus actif dans le développement des stratégies de gestion de la difficulté de compréhension (stratégies qui sont en réalité souvent partiellement co-construites par les deux protagonistes). J'ai en revanche abandonné une partie de la logique de la typologie initiale, en ne prenant plus pour fondement de la typologie la distinction entre la « personne à l'origine du matériel incompris » vs « personne n'ayant pas compris les propos de l'autre ». D'autre part, une typologie de stratégies simplifiée (quatre catégories, dont deux subdivisées en deux sous-catégories), inspirée par mes repères théoriques généraux sur la fonction métadiscursive du langage (*supra*, section 6.2.3.2) s'est avérée bien plus maniable dans la pratique que celle empruntée à Bremer *et al.* (1996) (dont plusieurs types ont ainsi été contractés en un seul, à savoir « procédés non spécifiques »). Dans le cadre de ce repérage, j'ai également compris qu'une seule difficulté de compréhension implique souvent plusieurs stratégies. J'ai décidé de répertorier systématiquement la stratégie initiale développée et, le cas échéant, la première catégorie de suivi.

- Quels sont les objectifs communicationnels saillants qui se jouent au moment de la survenue et de la gestion de la difficulté de compréhension¹³ ?
 - des quêtes d'informations ?
 - des objectifs de présentation de soi ou de l'autre (promotion d'une certaine « version » du patient, du médecin, de la relation, etc.) ?
 - des objectifs décisionnels (obtenir ou introduire un traitement, un examen supplémentaire, une démarche sociale ou « assécurologique »¹⁴, etc.) ?
- Lesquels de ces objectifs sont-ils mis en échec par la difficulté de compréhension ? Lesquels peuvent-ils être réalisés (éventuellement même si la difficulté n'est pas clarifiée)¹⁵ ?

On notera que, lors de l'analyse interactionnelle des consultations, je ne me suis attaché aux éléments non verbaux des consultations filmées – et plus précisément aux gestes communicatifs (Cosnier & Vaysse 1997), quasi linguistiques et co-verbaux – que dans la mesure où ils jouent un rôle dans la genèse ou la gestion de malentendus ou d'incompréhensions. J'ai, de surcroît, largement puisé dans les données et connaissances contextuelles tirées de l'analyse verticale (libre) des entretiens de *feedbacks* et d'autoconfrontation, ainsi que de l'enquête A¹⁶. Ces éléments m'ont permis de comprendre la nature et les enjeux des activités communicationnelles en cours dans les séquences d'interaction perturbées qui ont attiré mon attention. Ils m'ont, en outre, livré des informations cruciales pour saisir comment les protagonistes comprennent certains mots ou expressions potentiellement impliqués dans des difficultés de compréhension

13. Ce critère typologique, absent de la grille initiale, m'a paru essentiel pour donner une image parlante des difficultés de compréhension survenant dans les consultations. L'analyse rapprochée des objectifs communicationnels menacés ou contrecarrés m'a également permis de mieux évaluer quelles difficultés de compréhension – surtout parmi les non-résolues – s'avèrent plus problématiques que d'autres (v. notamment *infra*, section 10.2.3). Les trois catégories de cette typologie sont le résultat d'une analyse détaillée de quatre entretiens, au sein desquels j'ai tenté de répertorier les objectifs communicatifs majeurs. À cette fin, je me suis appuyé sur ma vision théorique des interactions (v. *supra*, section 6.2.3) – en me détachant volontairement de celle des séquences thématiques classiques des entretiens cliniques – ainsi que sur les résultats de l'enquête A (importance, pour les protagonistes, de l'échange d'information cliniques, de la reconnaissance et des désaccords sur les décisions). Il va de soi que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, d'où l'idée qu'un objectif serait plus saillant que les autres. Dans mon appréciation de leur saillance relative, je me suis fondé sur ma compréhension globale approfondie de chaque consultation et de chaque cas.

14. Il s'agit de démarches auprès d'assurances.

15. Ce questionnement sur les objectifs contrecarrés ou réalisés s'est substitué à la fois à l'investigation initialement prévue des « agendas » identifiables dans le cours de la consultation et à celle, également prévue par la grille d'analyse initiale, relative au retour ou non à un *status quo ante* suite à une séquence de prévention ou de résolution. L'abandon de l'investigation systématique de cet aspect est lié aux nombreux cas d'indécidabilité du retour au *status quo ante*.

16. Des illustrations figurent dans les commentaires des extraits reproduits dans les chapitres 9 et 10.

(voire s'il y a une absence totale de familiarité avec certains items lexicaux ou expressions idiomatiques).

7.4.3 Agendas communicationnels

Selon ma définition de départ, les agendas communicationnels sont à voir comme « des objectifs que les protagonistes veulent réaliser dans les consultations et des préoccupations qu'ils désirent aborder » (v. *supra*, section 6.2.2). Mon idée initiale a été dès lors de repérer ces objectifs tant dans les discours métacommunicatifs (*feedbacks*) que dans les consultations elles-mêmes. Face aux données recueillies pour les premiers patients inclus, je me suis trouvé confronté à la nécessité de redéfinir mon approche pratique des agendas, les objectifs identifiables paraissant trop nombreux et protéiformes.

J'ai retenu deux accès analytiques aux agendas communicationnels dans les interactions cliniques :

- (1) L'approche de Barry *et al.* (2000), qui se limite au relevé des agendas (définis comme l'ensemble des raisons pour consulter, préoccupations et attentes) que les protagonistes avaient au moment de s'engager dans la consultation (agendas pré-consultation)¹⁷ ;
- (2) L'approche de Champion *et al.* (1992), qui s'attache à identifier les agendas – définis comme des « affaires » (angl. *items of business*) que l'une des parties au moins souhaite voir traitées – apparaissant dans le flux même de la consultation, tels qu'identifiables dans le cours de l'interaction (agendas « en ligne »).

Il est rapidement devenu évident qu'une approche similaire à celle de Champion n'était pas viable, le nombre d'agendas « en ligne » repérés dans les consultations étant beaucoup trop important. L'analyse des agendas communicatifs – réalisés ou contrariés – des protagonistes s'est donc limitée aux agendas initiaux ou de « pré-consultation » des patients et des cliniciens (à l'instar de l'étude de Barry *et al.* 2000). Dans mon étude, les agendas initiaux ont été répertoriés *a posteriori*¹⁸ en demandant aux protagonistes, lors des *feedbacks*, quelles étaient leurs intentions en s'engageant dans la consultation.

En lieu et place d'une approche « en ligne » des agendas (comme pratiquée par Champion *et al.* 1992) j'ai investigué, dans le cadre de l'analyse des difficultés de compréhension, les objectifs de communication les plus saillants au moment de la survenue et de la gestion interactionnelle des malentendus et incompréhensions (v. *supra*, section 7.4.2).

17. Barry *et al.* (2000) recensent ces agendas chez les patients et regardent s'ils sont explicités (« *voiced* ») ou non explicités (« *unvoiced* ») dans les consultations qui ont suivi.

18. En comparaison avec ma manière de faire, recenser les agendas avant la consultation (comme l'ont fait Barry *et al.* 2000) a l'avantage de réduire les risques de voir les patients réviser leurs objectifs en fonction du déroulement effectif de la consultation. On peut toutefois aussi penser que de demander aux protagonistes l'inventaire de leurs agendas avant la consultation influence tant les agendas eux-mêmes (par exemple en leur donnant plus de clarté qu'ils n'en auraient eu sans inventaire préalable) que le cours que prend la consultation, les protagonistes pouvant chercher plus consciemment à traiter les agendas annoncés.

Pour savoir si les agendas pré-consultation répertoriés ont pu être réalisés ou non, je me suis appuyé sur deux types de données. D'une part, les protagonistes ont été invités à livrer leur appréciation sur la question lors des *feedbacks* et autoconfrontations (données perceptuelles). D'autre part, les consultations filmées ont été soumises à une analyse ciblée des pratiques communicationnelles, visant spécifiquement à établir si les agendas initiaux (par exemple obtenir l'avis du médecin sur une question, inciter le patient à reprendre la physiothérapie, etc.) semblent réalisés dans les consultations (données observationnelles). Enfin, j'ai cherché à voir pour quels cas d'agendas non réalisés (ou de réalisation douteuse) des liens avec des difficultés de compréhension non résolues peuvent être établis.

7.4.4 Problème de santé et solutions : divergences de vues et accès au point de vue de l'autre

L'investigation des divergences médecin-patient a principalement passé par l'étude des entretiens de *feedback* (et, subsidiairement, de ceux d'autoconfrontation). Il en allait de même pour les limites dans l'accès des protagonistes des consultations au point de vue de leur vis-à-vis concernant le problème de santé et ses solutions possibles. Une analyse de contenu contrastive des discours produits par les deux protagonistes d'un même suivi sur ces différents points a permis de mettre en regard leurs idées respectives en la matière, ainsi que celles qu'ils prêtent à leurs vis-à-vis. Sur cette base, sont relevés :

- Les éléments faisant l'objet de désaccords au sens strict ;
- Les indices d'un accès (possiblement) limité aux idées de l'autre, à savoir :
 - les idées erronées sur les idées de l'autre, autrement dit en contradiction avec les propos tenus par l'autre partie sur l'aspect en question ;
 - les idées unilatérales, mentionnées uniquement par l'une des parties, qui représentent autant de « taches aveugles » (éléments que l'on ne peut ou ne veut pas voir) potentielles et/ou de priorités divergentes.

Partant de ces observations, j'ai pu retourner au corpus de consultations afin d'identifier quels points de désaccord et autres divergences de vues ont été abordés et, le cas échéant, de quelle manière et avec quelles conséquences (possibles) pour l'accès au point de vue de l'interlocuteur. Enfin, il s'agit évidemment de voir plus précisément la place des difficultés de compréhension – non résolues en particulier – dans la genèse interactionnelle des divergences de vues (potentielles) subsistantes.

7.4.5 Transcription et anonymisation des données

Conformément à la littérature spécialisée sur la question (p. ex. Cameron 2001), les modalités de transcription des différents types de données discursives (consultations, *feedbacks* et autoconfrontations) ont été définies de sorte à répondre aux besoins de l'analyse¹⁹ tout en permettant l'extraction de séquences

19. Il n'existe aucun système de transcription de validité universelle. Toute transcription

illustratives d'une lisibilité satisfaisante pour des lecteurs non spécialisés dans les sciences du langage. Concrètement, deux modes de transcription ont été pratiqués : un mode détaillé pour les vidéos de consultations médicales soumises à une analyse interactionnelle *turn by turn* de la négociation de sens et un mode simplifié pour les entretiens de *feedback* et d'autoconfrontation, uniquement soumis à une analyse de contenu ciblée sur des dimensions précises (difficultés de compréhension repérées, agendas communicationnels pré-consultation, points de vues sur le problème de santé et ses solutions, etc.) et à une analyse verticale libre (v. *supra*, section 4.1.1).

7.4.5.1 Transcriptions

L'analyse des consultations était prioritairement orientée vers l'identification des difficultés de compréhension et vers la documentation des éléments discursifs (prononciation, construction du discours, interaction, non verbal, etc.) potentiellement impliqués dans la genèse de ces difficultés, ainsi que dans leur gestion et dans leur retombées cliniques et relationnelles.

Le matériel audiovisuel a été transcrit en deux temps. Lors de la transcription initiale, les termes identifiables comme des items de la langue française ont été transcrits conformément à la norme écrite usuelle du français. Les modalités de prise de parole (*turn taking* : chevauchements, tours contigus ou interruptions) et les pauses ont été systématiquement relevées. J'ai également consigné, à ce stade, les éléments du comportement non verbal indispensables à la compréhension des propos échangés (par exemple lorsque, dans une consultation, il est question de douleurs dont la localisation est montrée mais jamais nommée) et les gestes ou mimiques susceptibles d'être la seule (ou au moins la principale) trace d'une difficulté de compréhension, telles les expressions faciales de perplexité ou d'incompréhension. Dans des cas plutôt rares, certains protagonistes ont utilisé d'autres langues que le français pour s'exprimer dans la consultation (il s'agit généralement de leur langue première). Dans ces cas, leurs propos ont été transcrits dans la langue en question et traduits en français.

Dans un deuxième temps, une fois les difficultés de compréhension identifiées, les épisodes concernés ont fait l'objet d'une transcription plus détaillée. Lors de cette seconde étape, ont été documentés tous les éléments potentiellement impliqués dans la genèse, le signalement et la gestion des incompréhensions et malentendus : les éléments phoniques segmentaux (notamment les prononciations différant de l'usage « courant » du français dans sa variété régionale) et suprasegmentaux (prosodie), ainsi que les éléments du non-verbal (gestes, mimiques, proxémique). Cette analyse devait entre autres permettre d'établir l'impact, sur la négociation de sens, de styles communicationnels potentiellement liés aux habitudes discursives spécifiques des patients migrants (p. ex. modalités prosodiques particulières pour mettre en évidence des éléments de leur discours), à l'instar, notamment, de ce qui été observé par Roberts *et al.* (2003, 2005) dans d'autres consultations médicales.

Dans le choix concret des conventions de transcription, je me suis partiellement inspiré de celles utilisées par Bremer *et al.* (1996), qui ont travaillé avec

repose sur des partis pris théoriques et analytiques, puisqu'elle documente certains types d'informations relatives à un matériel sonore et visuel recueilli au détriment autres.

des données et objectifs à maints égards semblables aux miens. J'ai toutefois complété les notations qu'elles prévoient par quelques éléments spécifiques, par exemple pour permettre la saisie de deux interprétations concurrentes de formes ambiguës. Pour consigner des formes non standard ou idiosyncrasiques intervenant (potentiellement) dans des difficultés de compréhension, j'ai privilégié ce que les auteurs anglo-saxons appellent l'*eye dialect*²⁰ (Gumperz & Berenz 1993 ; Cameron 2001 : 40-43). Il s'agit d'une utilisation du système de graphie usuel d'une langue écrite – en l'espèce de l'orthographe française – pour le rendu de formes ou de prononciations non validées par la norme linguistique prescriptive (grammaires, dictionnaires) de cette langue, par exemple dans « y a pas », « pourquoi » ou « moi pas parler france ». Étant donné que mon analyse vise entre autres le rôle des particularités linguistiques du parler de migrants dans l'intercompréhension, répertorier ces déviations par rapport aux normes linguistiques de l'écrit est essentiel et doit primer sur les risques possibles de ce type de transcriptions que la littérature décrit parfois comme susceptible d'appeler des stéréotypes négatifs sur les participants cités (Gumperz & Berenz 1993 : 97). De plus, en comparaison avec les alphabets phonétiques et phonologiques moins chargés de ces risques, ce procédé offrait une maniabilité et lisibilité indispensables. Cela dit, il m'est ponctuellement arrivé de recourir à l'alphabet phonologique du français lorsque ce dernier favorisait la précision de mes analyses.

En adaptant et complétant les conventions de Bremer *et al.* (1996) j'ai veillé à conférer une cohérence optimale au système de transcription. J'ai notamment décidé que les éléments entre parenthèses figureraient systématiquement pour des segments précis de l'enregistrement (terme ou expression d'interprétation incertaine, élément anonymisé, pause) alors que les éléments entre doubles crochets représentent toujours des commentaires au sens large (y compris des traductions, des descriptions du comportement non verbal accompagnant le discours, des indications sur la prosodie, etc.). Au plan technique, la transcription des consultations a été effectuée à l'aide du logiciel de transcription et d'analyse qualitative Transana. Cet outil informatique a grandement facilité la navigation ultérieure dans les données textuelles et vidéo.

Je n'ai pas opéré d'adaptation spécifique des transcriptions en vue de la présentation d'extraits dans les chapitres qui vont suivre. Les signes de ponctuation courants donnent aux verbatim une lisibilité suffisante. De plus, compte tenu de la place centrale de certaines formes non standard dans l'émergence et la gestion des difficultés de compréhension analysées, je n'ai pas pu faire l'économie de la visibilisation de ces particularités linguistiques (prononciation, constructions syntaxiques, utilisation de mots non-standards). Tout comme dans mes transcriptions durant l'analyse, les besoins de ma démonstration l'ont donc également emporté, dans la préparation des extraits, sur le souhait possible de certains migrants filmés d'être présentés sous un jour plus favorable en termes de compétences et d'intégration linguistique. L'anonymat des patients filmés les met toutefois à l'abri de tout préjudice d'image au plan individuel.

20. « *Eye dialect* » ne semble pas connaître de traduction consensuelle en français. Parmi les propositions récemment avancées on trouve notamment *dialecte visuel* (Rudy Loock 2012).

Entretiens avec interprètes : Dans les entretiens *post hoc* avec interprètes les propos tenus dans la langue première du patient n'ont pas été transcrits²¹. Les analyses portent donc *a priori* sur les seuls propos échangés en français (en l'occurrence, donc, surtout sur les reformulations par l'interprète des propos des patients). Le matériel résultant de cette première transcription a, en revanche, systématiquement été soumis à vérification par des personnes extérieures (autres interprètes ou collaborateurs plurilingues du projet) comprenant la langue d'origine du patient. Concrètement, ces personnes ont été chargées d'écouter toutes les interventions orales des patients et de les confronter avec les traductions que les interprètes en livrent durant la consultation, afin d'en évaluer l'exhaustivité et la fidélité. Dans les cas plutôt rares où des lacunes ou décalages ont été constatés, une traduction « corrigée » des propos originaux du patient s'est vue insérée comme commentaire dans la transcription. À quelques reprises, les vérificateurs ont également été amenés à signaler des problèmes au plan de la traduction, par l'interprète, des questions et explications de l'enquêteur.

Entretiens d'autoconfrontation : De par la présence de discussions d'extraits de vidéos, les enregistrements des autoconfrontations comprennent des séquences plus ou moins prolongées où tous les participants regardent les vidéos. Pour ces séquences, le son des vidéos (déjà transcrites exhaustivement dans le cadre de l'analyse interactionnelle des consultations) n'a évidemment pas été transcrit une nouvelle fois. En revanche, les contenus thématiques principaux des extraits visionnés ont été consignés sous la forme de mots clés, afin de permettre leur repérage dans les transcriptions de consultations.

7.4.5.2 Anonymisation

Un soin particulier a été mis à la garantie de l'anonymat des participants de l'étude dans la présentation des résultats. Les mesures prises à cette fin se sont partiellement calquées sur celles de l'enquête A. J'ai en effet veillé à ce que les personnes mentionnées ne soient pas reconnaissables, y compris pour des personnes familières des unités où les consultations ont été filmées. Chez les migrants, le respect de cet impératif m'a, par exemple, amené à renoncer occasionnellement à une indication d'origine précise au profit d'indications plus génériques (p. ex. patient d'Europe de l'Est). Mais, on le comprendra aisément, les besoins d'anonymisation étaient particulièrement marqués pour les cliniciens, bien moins nombreux et actifs dans des petites unités. Ces circonstances m'ont finalement contraint à « neutraliser » le genre des médecins, qui sont tous désignés par des formes masculines dans le texte²² (pour les raisons de ce choix, v. *supra*, section 3.7).

21. Je me suis, sur ce point, écarté de mon intention initiale, qui prévoyait la transcription et traduction de l'intégralité des propos tenus en langue étrangère. Ce choix découle des observations réalisées sur les premiers entretiens de *feedback* avec interprètes, où les décalages problématiques (compte tenu de mes objectifs) entre original et traduction de l'interprète se présentent en nombre limité.

22. Le masculin a été retenu en raison de la prédominance numérique des hommes au sein du collectif concerné.

7.4.6 Articulation des étapes de l'analyse et analyse verticale des consultations

Les tâches d'analyse déjà décrites jusqu'ici se sont succédé dans un ordre imposé par la logique générale de l'étude. Cette articulation se présente schématiquement comme suit :

- Transcription initiale des consultations et *feedbacks* (réalisée par une assistante étudiante) ;
- Vérification des transcriptions (avec des interprètes pour les *feedbacks* des patients ayant impliqué un autre interprète) ;
- Analyse initiale des entretiens de *feedback* (première identification des agendas et des divergences de vues au sens large) ;
- Analyse des consultations : identification des malentendus et incompréhensions ; au moins deux analyses approfondies des consultations (lecture et visionnement en parallèle) ;
- Enrichissement ciblé de la transcription du ou des passages clés liés à chaque difficulté de compréhension ;
- Première caractérisation des malentendus et incompréhensions selon les divers critères typologiques (contexte, causes, repérage, stratégies impliquées dans la gestion, issue de la gestion, objectifs contrariés, etc.) ;
- Finalisation de l'analyse des *feedbacks* et mise en lien des inventaires tirés des *feedbacks* (agendas contrariés et divergences de vues au sens large à l'issue des consultations) avec les inventaires de difficultés de compréhension de la consultation) ;
- Évaluation de la maîtrise du français des patients ;
- Préparation (et conduite) des autoconfrontations ;
- Transcription des entretiens d'autoconfrontation ;
- Intégration des éléments nouveaux issus de l'autoconfrontation dans les analyses ;
- Caractérisation des malentendus et des incompréhensions selon les divers critères typologiques définitifs.

Une fois ces analyses effectuées pour toutes les consultations et une fois les différents inventaires (difficultés de compréhension, agendas (non) réalisés, divergences de vues, etc.) et critères de tri (p. ex. classification des patients selon leur maîtrise du français) constitués, j'ai entamé leur mise en relation tant au plan qualitatif (p. ex. élaboration de typologies de cas de figure à l'intérieur du modèle d'analyse général) que quantitatif (production de tableaux croisés). Au plan qualitatif, j'ai également repris chaque situation séparément dans une perspective holistique proche de l'étude de cas, en élaborant une fiche de cas conclusive²³. Ce faisant, j'ai surtout tenté de repérer les séquences où surviennent les véritables problèmes relationnels et/ou cliniques pour chaque

23. Cette démarche s'inspire largement de l'étude de Roberts *et al.* (2003).

situation. Cette démarche a été décisive dans la sélection et la rédaction des nombreux extraits commentés qui ponctuent la présentation des résultats et permettent au lecteur de véritables plongées dans la complexité communicationnelle, relationnelle et clinique liée aux difficultés de compréhension dans les consultations analysées. Cette approche holistique des consultations et des difficultés de compréhension m'a également grandement aidé à identifier les facteurs majeurs de complexité impliqués dans les difficultés de compréhension problématiques dans des rencontres clinique comme celles que j'ai analysées.

Les principaux résultats tirés de l'ensemble de cette démarche analytique sont présentés dans les six chapitres à venir. Dans le chapitre 8, je dresse un premier portrait des consultations filmées à partir de certaines données récoltées durant les *feedbacks* (notamment sur la situation linguistique des protagonistes et sur la qualité perçue de l'intercompréhension) et d'observations clés effectuées sur la structure thématique des entretiens cliniques. Les chapitres 9 et 10 sont consacrés à divers aspects des difficultés de compréhension relevées dans les consultations : leurs causes et le repérage par les protagonistes et le chercheur (chapitre 9) ; les stratégies plus ou moins efficaces déployées dans leur gestion (chapitre 10). Quant aux chapitres 11 et 12, ils portent sur les agendas pré-consultation contrariés et les divergences de vues (au sens large) à l'issue de la consultation, éclairés, à tour de rôle, sous l'angle de leurs liens possibles avec les difficultés de compréhension dans les consultations. Le chapitre 13, enfin, traite de quelques observations qui débordent le cadre d'analyse ou questionnent mon hypothèse générale de recherche.

Les consultations filmées dans les unités de rééducation du rachis et d'antalgie

Avant d'entrer dans l'analyse interactionnelle des difficultés de compréhension (chapitres 9 et 10), un certain nombre d'indications concernant les rencontres filmées sont incontournables en complément de celles qui précèdent (section 7.3). On précisera la durée des consultations, l'agencement de leurs séquences thématiques, l'histoire médicale des patients, la perception globale qu'en ont les médecins ainsi que les appréciations des participants relatives à l'intercompréhension et la nécessité ou non d'un interprète.

Ce chapitre de transition donne non seulement une image plus précise et plus concrète des protagonistes et du déroulement thématique des entretiens filmés mais montre également que, si l'on en juge par les évaluations des participants, le corpus des consultations enregistrées compte de nombreux échanges problématiques en termes de compréhension mutuelle, plusieurs indices permettant d'identifier la maîtrise limitée du français de certains patients comme un des facteurs majeurs de difficultés communicationnelles.

8.1 Données linguistiques

8.1.1 Langues premières des participants

Le groupe des médecins ayant participé à l'étude reflète la diversité linguistique croissante des populations cliniciennes romandes (Kaya *et al.* 2007). Sur les cinq médecins filmés, trois ont une langue première autre que le français, ces langues étant romanes dans deux cas et germanique dans le troisième.

S'agissant des patients, les langues premières des quinze migrants allophones se répartissent comme suit (les quatre autres étant francophones natifs) :

Langues	Nombre de patients
romanes	7
(portugais	4)
(espagnol	3)
slaves (bosniaque, tchèque)	2
autres (arabe, kurde, somali, ture)	4
Total	15

Tableau 16 : Langues premières des patients allophones

8.1.2 Compétences en français des participants allophones

Les trois médecins ayant des langues premières autres que le français habitent et travaillent en Suisse romande depuis une trentaine d'années au moins. Abstraction faite de quelques particularités de prononciation (accent) et de très rares formes grammaticales et lexicales non standard, leur niveau de maîtrise du français peut clairement être caractérisé comme quasi natif. Comme l'illustre le tableau 17, les attributions des patients allophones aux différents groupes recourent les appréciations livrées par les médecins et par les patients eux-mêmes. Quelques divergences sont toutefois à relever. Les médecins sont légèrement plus exigeants que le chercheur : dans quatre cas, leurs appréciations placent le patient dans le groupe linguistique immédiatement inférieur. Chez les patients, trois personnes classées en F2 par le chercheur se sont elles-mêmes classées en F1, une personne classée en F3 par le chercheur s'est classée en F2, et une personne classée en F1 par le chercheur et le médecin s'est elle-même classée en F3¹.

Répartition des patients allophones sur les groupes	Selon le...		
	chercheur	médecin	patient
F1 (français : un peu)	3	4	5
F2 (français : moyen)	6	8	4
F3 (français : bon - très bon)	6	3	6

Tableau 17 : Répartition des patients sur les groupes linguistiques

8.2 Autres données clés

8.2.1 Durée et agencement des séquences thématiques

Parmi les 19 consultations filmées dans le cadre de l'étude, sept se sont déroulées en antalgie et 12 en médecine de la rééducation. La durée totale de chaque enregistrement varie au sein d'une fourchette allant de 9'32'' à 64'18''². La

1. Pour des indications plus détaillées concernant ce cas, v. la discussion de la consultation B, *infra*, section 13.2.1.

2. On rappellera que dans les consultations en antalgie, les gestes antalgiques à proprement parler, s'inscrivant dans la suite directe d'une partie des consultations, n'ont pas pu

durée moyenne des consultations se situe à 24'46''. Cette moyenne varie toutefois sensiblement d'un groupe linguistique à l'autre (niveau de français du patient) :

Groupe F1 (N=3)	19'14''
Groupe F2 (N=6)	21'48''
Groupe F3 (N=6)	29'20''
Groupe F4 (N=4)	16'15''

Tableau 18 : *Durée moyenne des consultations*

La durée des consultations semble principalement dépendre du type d'entretien clinique réalisé. Quel que soit le *setting* ou le profil linguistique des patients, les « contrôles » sont généralement courts, alors que les consultations centrées sur la discussion d'options de traitement ou la transmission d'explications causales ou diagnostiques tendent à durer davantage. On notera toutefois que les consultations les plus longues se sont toutes déroulées en rééducation.

L'analyse de l'agencement des séquences thématiques au sein de la consultation montre que la grande majorité des entretiens cliniques filmés ne suit pas – ne serait-ce qu'approximativement – le schéma de base observé pour des consultations médicales dans d'autres domaines : ouverture – investigation des symptômes – examen – diagnostic ou explications causales – discussion du traitement – pronostic – clôture. On observe plutôt un va et vient plus ou moins soutenu entre ces grandes séquences thématiques et plus particulièrement entre discussion du traitement et investigation des symptômes. Le premier thème à être abordé est d'ailleurs fréquemment le traitement en cours. Les consultations les plus longues enchaînent jusqu'à 17 séquences thématiques principales, sans parler des séquences thématiques enchâssées parfois fort nombreuses également (exemple de séquence enchâssée : évocation ponctuelle de symptômes dans la discussion du traitement, sans que ce thème principal ne soit abandonné pour autant).

En termes de temps de parole, la discussion du traitement occupe la première place dans la majorité des entretiens cliniques (dans 13 cas sur 19). Dans quatre autres de ces entretiens, c'est l'investigation des symptômes qui prime. Une seule consultation – à visée essentiellement didactique ou informative – est dominée par des explications causales, une autre par des aspects psychosociaux, en l'occurrence essentiellement par des aspects asséurologiques. L'ensemble de ces observations sur la structure globale des consultations rejoint celles de Barton (2006) dans d'autres *settings* de médecine spécialisée (p. ex. oncologie), qui avaient notamment mis en évidence une certaine focalisation sur le traitement.

être filmés, car ils avaient lieu dans d'autres locaux. Pour la plus longue consultation (ayant duré plus d'une heure et demi au total), l'examen physique n'a pas pu être filmé pour des raisons techniques.

8.2.2 Indications clés sur l'histoire médicale et la perception globale des cas par les cliniciens

Grâce à un certain nombre d'indications concernant l'histoire médicale du patient récoltées lors des entretiens de *feedback*, il est possible de mieux contextualiser les consultations filmées dans le cadre plus large du suivi du patient. Les patients se différencient fortement en termes de durée du suivi en cours avec le médecin filmé. Huit connaissent leur médecin depuis moins d'un an (il s'agit alors généralement de leur deuxième, troisième ou quatrième consultation), cinq patients sont suivis depuis un à trois ans, alors que cette durée varie entre quatre et douze ans pour les six patients restants.

Au moment de l'entrée en contact avec les médecins filmés, la plupart des patients souffraient déjà de douleurs chroniques depuis plusieurs années. Lors de la consultation filmée, les douleurs remontent à plus de dix ans (maximum : 34 ans) chez six patients, alors que quatre patients seulement souffrent depuis moins de quatre ans (minimum : une année). Les douleurs des neuf patients restants ont commencé entre quatre et neuf ans auparavant.

Tous les patients filmés sont par ailleurs suivis par un médecin traitant qu'ils voient généralement plus souvent que le spécialiste participant à l'étude. Certains font également mention de suivis par des psychiatres et par d'autres médecins spécialistes (p. ex. neurochirurgiens, généticiens), et la plupart rapportent des contacts sporadiques ou réguliers avec des professionnels du paramédical (physiothérapeutes, ergothérapeutes, chiropraticiens, psychologues, etc.).

Par rapport à l'ensemble de l'activité clinique du médecin, le suivi du patient filmé est...	Nombre de cas
... d'une difficulté supérieure à la moyenne	4
... d'une difficulté moyenne	8
... d'une difficulté inférieure à la moyenne	4

Tableau 19 : Appréciation concernant la difficulté relative du suivi

Pour 16 patients³, les médecins ont été invités, lors de leur *feedback*, à situer le suivi du patient filmé par rapport à leurs autres patients en termes de difficulté générale au plan clinique et de qualité de la relation avec le patient. Les réponses obtenues sur la difficulté relative des cas (v. tableau 19) montrent que, pour les médecins, les suivis dans lesquels s'inscrivent les consultations filmées sont souvent d'une difficulté moyenne (dans huit cas) et que le nombre de cas perçus comme spécialement difficiles (quatre cas) s'équilibre avec celui des cas jugés spécialement aisés (quatre cas). Il est à noter que les barrières linguistiques occupent une place importante parmi les facteurs de difficulté mentionnés à propos des suivis jugés particulièrement difficiles.

3. À partir du quatrième entretien filmé.

En termes relationnels (tableau 20), il apparaît en revanche que la qualité du lien avec le patient filmé est évaluée soit comme moyenne (dans la moitié des cas), soit comme supérieure à la moyenne (dans l'autre moitié des cas) :

Par rapport à l'ensemble de l'activité clinique du médecin, la relation avec le patient filmé est...	Nombre de cas
... d'une qualité supérieure à la moyenne	4
... d'une qualité moyenne	8
... d'une qualité inférieure à la moyenne	4

Tableau 20 : *Appréciation concernant la qualité relative de la relation avec le patient*

En d'autres termes, il semble que, pour les médecins filmés, les patients inclus dans l'étude représentent des cas dont la difficulté reflète schématiquement celle de leur pratique usuelle ; mais ils entretiennent des relations plutôt plus cordiales avec les personnes filmées qu'avec le tout venant de leur patientèle. Compte tenu de certains commentaires des cliniciens lors du recrutement, on est fondé à penser que ce tableau s'explique principalement par le fait que les médecins tendaient à renoncer à l'inclusion, pour cette étude, de patients avec lesquels ils ont une relation plutôt difficile⁴.

8.3 Appréciations des participants de l'intercompréhension dans les consultations

8.3.1 Difficultés de compréhension perçues

Compte tenu de ma problématique de recherche, une donnée clé concernant les consultations filmées réside évidemment dans l'évaluation subjective globale que les participants portent sur elles en matière d'intercompréhension entre les protagonistes impliqués. Lors des *feedbacks*, médecins et patients ont été interrogés sur la présence ou non, au sein des consultations, de difficultés de compréhension. À l'analyse, les réponses données à ces questions révèlent que dans près de deux tiers des cas, les jugements du médecin et du patient à propos d'une même consultation concordent (v. tableau 21). En l'occurrence, ils se retrouvent sur l'absence de telles difficultés pour huit consultations, et sur leur présence pour quatre. Parmi les huit premières consultations figurent celles impliquant des patients francophones natifs. Dans les sept cas restants, les avis du médecin et du patient divergent quant à l'absence ou présence de difficultés de compréhension et ce sont alors plus souvent les médecins qui identifient un problème (dans cinq cas) que les patients (dans deux cas).

4. Cette sélection des « patients faciles », qui représente une des limites de mon étude (et sera reprise à ce titre dans le chapitre conclusif, v. *infra*, section 14.6) découle – au moins en partie – des exigences éthiques du protocole de recherche, prévoyant l'exclusion de tous les patients où la relation thérapeutique ne paraissait pas suffisamment solide pour pouvoir exclure une rupture médecin-patient suite à la proposition de participer à l'étude, rupture potentiellement préjudiciable pour le patient (v. *supra*, section 7.3.1).

		Selon le médecin	
		Non	Oui
Selon le patient	Non	8	5
	Oui	2	4

Tableau 21 : Regards croisés sur la présence de difficultés de compréhension dans la consultation

Il est par ailleurs à noter que l'identification de difficultés de compréhension apparaît bien plus étroitement associée au niveau de maîtrise du français des patients dans les appréciations des médecins que dans celles des patients (tableaux 22 et 23). Les médecins signalent notamment des difficultés de compréhension pour toutes les consultations du groupe F1 et pour quatre des six consultations du groupe F2. Chez les patients allophones, à l'inverse, leur niveau de maîtrise (effectif) du français semble sans véritable lien avec leur appréciation quant à la présence de difficultés de compréhension dans leurs consultations.

Difficultés de compréhension dans la consultation filmée	Profil linguistique du patient filmé	Nombre de consultations concernées
Oui	Groupe F1	3
	Groupe F2	4
	Groupe F3	2
	Total	9
Non	Groupe F2	2
	Groupe F3	4
	Groupe F4	4
	Total	10

Tableau 22 : Difficultés de compréhension dans la consultation rapportées par les médecins, en fonction du profil linguistique (effectif) des patients

Concernant les difficultés de compréhension perçues par les médecins et les patients, elles sont fréquemment appréhendées dans des termes très généraux (p. ex. « son langage est très limité »). Même si les participants donnent parfois des exemples concrets de difficultés de compréhension, il est frappant de voir que les cas de miscommunication qui se profilent comme les plus complexes dans le cadre de notre analyse ne sont souvent pas mentionnés.

Difficultés de compréhension dans la consultation filmée	Profil linguistique du patient filmé	Nombre de consultations concernées
Oui	Groupe F1	2
	Groupe F2	2
	Groupe F3	2
	Total	6
Non	Groupe F1	1
	Groupe F2	4
	Groupe F3	4
	Groupe F4	4
	Total	13

Tableau 23 : Difficultés de compréhension dans la consultation rapportées par les patients, en fonction de leur propre profil linguistique (effectif)

8.3.2 Évaluation des besoins en matière d'interprétariat

Compte tenu de ses objectifs spécifiques, l'enquête B s'intéresse uniquement aux consultations sans interprète. Les situations de patients bénéficiant d'une traduction par des interprètes professionnels, des proches ou des collaborateurs plurilingues de l'hôpital ont donc été volontairement exclues de la recherche. En revanche, tous les patients filmés, y compris ceux qui sont le moins à l'aise en français, ont « naturellement » consulté sans interprète (ou autre tiers traduisant non formé) et n'en auraient pas eu non plus lors de leur entretien médical si ce dernier n'avait pas été enregistré. Un seul entretien filmé s'est déroulé en présence d'un tiers, en l'espèce l'épouse d'un patient francophone natif.

Le fait que dans les consultations exolingues étudiées, la communication non traduite soit apparemment tout sauf exceptionnelle – y compris dans des consultations impliquant des patient moyennement et (très) peu à l'aise en français – ne signifie pas que ce type de pratiques satisfasse toujours les participants. Pour connaître les éventuelles critiques ou frustrations des populations enquêtées en lien avec l'absence d'interprètes, j'ai systématiquement invité médecins et patients à exprimer, lors des entretiens de *feedback*, leurs opinions sur l'utilité ou la nécessité d'un interprète dans une consultation du type de celle qui a été filmée.

8.3.2.1 Du point de vue des médecins

Dans la suite immédiate des consultations et sans même que je ne les y invite explicitement, plusieurs médecins laissent libre cours à leur frustration concernant l'absence d'interprètes dans leurs consultations. Quelques-uns expriment ponctuellement un désaccord ouvert avec leur hiérarchie qu'ils accusent de restreindre excessivement le recours à l'interprétariat professionnel pour des raisons financières. Schématiquement, les positions des médecins concernant la

nécessité d'un interprète lors des consultations des patients allophones filmés peuvent être restituées comme suit :

Selon le médecin, un interprète...	Nombre de cas
... aurait (peut-être) été nécessaire dans cette consultation	5
... serait nécessaire dans d'autres types de consultations avec ce patient	1
... n'est pas nécessaire avec ce patient	7
Ne sait pas	2
Total	15

Tableau 24 : Besoin d'un interprète selon le médecin

Chez les médecins, le positionnement sur l'utilité d'un interprète concorde souvent étroitement avec leur propre jugement sur la présence ou non de difficultés de compréhension. Et ce sont presque toujours les patients les moins à l'aise en français dont il est dit qu'ils devraient avoir un interprète, alors que la grande majorité (5/7) des patients du groupe F3 figurent parmi les patients n'en ayant pas besoin du point de vue des médecins.

8.3.2.2 Du point de vue des patients

Les patients sont généralement moins enclins que les médecins à considérer qu'un interprète aurait pu être utile pour une consultation comme celle filmée⁵. Plusieurs patients avec des niveaux (très) limités de maîtrise du français (deux membres du groupe F1 et un parmi les moins à l'aise en français du groupe F2) ne souhaitent par exemple pas d'interprète et ce pour différentes raisons (p. ex. volonté d'apprendre le français durant la consultation, peur d'un non-respect de la confidentialité par l'interprète). À l'inverse, les personnes qui désirent un interprète ou se posent sérieusement la question de son utilité (pour des consultations du type de celle filmée ou d'autres types) sont plutôt à chercher parmi les membres les plus compétents en français du groupe F2.

5. Lors de certains entretiens de *feedback* avec des patients des groupes F1 et F2, il s'est avéré plutôt difficile d'amener les patients à se positionner sur la nécessité d'un interprète pour leurs consultations. J'y vois principalement deux raisons. D'une part, demander un interprète dans un service qui n'en procure usuellement pas pourrait revenir, pour les patients, à reprocher indirectement à l'institution de ne pas leur fournir l'aide linguistique requise, ce qui semble difficile pour certains patients rencontrés. D'autre part, le fait qu'un interprète ait assisté aux entretiens de *feedback* a peut-être également joué un rôle, car si un patient assure, face à l'interprète, que les traductions ne leur sont pas utiles dans des consultations, cela peut laisser entendre, par analogie, que la présence de l'interprète dans l'entretien de recherche est également superflue. On notera toutefois que ces considérations interprétables en termes de figuration (*face work*) n'ont pas empêché d'autres personnes, aux profils linguistiques comparables, de prendre des positions très claires en faveur ou à l'encontre de la présence d'interprètes dans leurs consultations.

Selon le patient, un interprète...	Nombre de cas
... aurait (peut-être) été nécessaire dans cette consultation	4
... serait nécessaire dans d'autres types de consultations	2
... n'est (probablement) pas nécessaire dans les consultations	9
Total	15

Tableau 25 : Besoin d'un interprète selon le patient

8.3.2.3 Du point de vue du chercheur

Quoique juger scientifiquement de la nécessité de prendre un interprète pour une consultation ne soit pas chose aisée, même sur la base d'analyses approfondies comme celles conduites ici, il semble possible, avec toute la prudence qui s'impose, d'esquisser un certain nombre de constats. Tout indique, par exemple, que sous l'angle de l'échange d'informations fiables dans les consultations, celles impliquant des patients du groupe F1, ainsi que les deux patients les moins à l'aise en français du groupe F2, pourraient bénéficier considérablement d'une traduction professionnelle.

Il semble toutefois que la langue première du patient ait un impact certain sur ce qu'il est possible de réaliser dans des consultations avec une asymétrie marquée au plan des compétences actives en français. On voit ainsi que, dans la seule consultation du groupe F1 impliquant une patiente de langue romane, une intercompréhension relativement substantielle est possible malgré le fait que cette dernière ne parle pratiquement jamais le français durant l'entretien clinique.

Compte tenu des données récoltées, il apparaît par ailleurs que les exigences en termes de ressources communicationnelles varient d'une consultation à l'autre, notamment en fonction des contenus plus ou moins complexes abordés⁶. Ce constat n'est probablement pas sans lien avec une position récurrente chez les participants, selon laquelle un interprète pourrait profiter au patient pour d'autres consultations, plus complexes que celle filmée. La prise en compte de cette variabilité de la complexité au plan pratique (recours ou non à un interprète) s'annonce toutefois difficile, en raison, par exemple, de la volonté possible d'un patient d'aborder – y compris lors d'un simple contrôle – des contenus complexes non programmés par les médecins. L'un des constats essentiels que je tirerai des chapitres qui suivent, consacrés à la gestion interactionnelle et l'impact des difficultés de compréhension, montre en effet que la survenue et la non-résolution de malentendus et incompréhensions problématiques dans les consultations exolingues dépendent en bonne partie de facteurs de complexité autres que les compétences linguistiques de base des patients, facteurs dont on verra qu'ils sont étroitement liés aux sujets de conversation à traiter dans les interactions cliniques.

6. Cette question des éléments pertinents dans la discussion sur l'inclusion d'un interprète est également reprise au point 13.1.

8.4 Bilan tiré des données sur la situation médicale, la structure thématique des consultations, les profils linguistiques et la compréhension mutuelle (évaluations de participants)

Les consultations filmées mettent en présence des spécialistes généralement très expérimentés avec des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques aux profils variables du point de vue de leur histoire médicale – et notamment de la durée de leurs douleurs – aussi bien que de celui du degré de connaissance entre médecin et patient. Dans l'ensemble, les cliniciens perçoivent en revanche la qualité de la relation avec les patients participant à l'enquête B comme étant supérieure à la moyenne.

Les entretiens cliniques analysés sont également diversifiés en termes de durée (de moins de dix minutes à plus d'une heure) et de structure thématique. On notera que cette structure thématique est généralement très éloignée du schéma classique parfois enseigné pour les premières consultations en médecine somatique (ouverture, symptômes, examen, diagnostic ou explications causales, traitement, clôture), les consultations filmées pour l'enquête B étant souvent marquées par des allers-retours à répétition entre symptômes et traitement, les deux thèmes d'ailleurs largement prédominants en termes de durée.

Au plan linguistique, tous les cliniciens filmés ont une maîtrise native ou quasi native du français, bien que trois sur cinq n'aient pas le français comme langue première. Parmi les 15 patients allophones participant à l'enquête B, trois maîtrisent peu ou très peu le français (groupe F1). Les personnes soignées restantes se répartissent à parts égales entre une maîtrise moyenne (groupe F2) ou (très) bonne (groupe F3) du français. S'ajoutent à ces patients allophones quatre francophones natifs qui ont également participé à l'étude.

Le croisement des différents points de vue (médecin, patient, chercheur) sur la compréhension mutuelle dans les consultations a mis en évidence plusieurs constats clés. D'une part, les données de *feedback* montrent que médecins et patients identifient une part non négligeable de leurs rencontres comme empreintes de difficultés de compréhension. Il s'agit en général des consultations des patients les moins à l'aise en français – des patients du groupe F1 et des patients les moins à l'aise en français du groupe F2. On verra que ces consultations sont effectivement bien davantage marquées par des difficultés de compréhension non résolues que les autres. À une exception près (en l'occurrence une patiente parlant et comprenant peu le français qui affirme bien le maîtriser), ni les médecins, ni les patients ne semblent, par ailleurs, avoir une vision idéalisée du niveau de français des personnes soignées. Il est, enfin, plusieurs entretiens cliniques à propos desquels patient et clinicien se retrouvent pour affirmer qu'un interprète aurait été nécessaire. Mes observations sur ces entretiens suggèrent également qu'une traduction aurait eu son utilité, la maîtrise du français des patients apparaissant trop limitée pour permettre un échange clinique aisé. On verra notamment que l'une de ces consultations a donné lieu à des observations préoccupantes : le patient, déjà inquiet au sujet d'une injection qu'il devait subir, a été encore davantage alarmé par les propos du médecin, voulus rassurants mais mal compris par un interlocuteur très peu à l'aise en français (v. extrait n° 5 : « Peur d'être paralysé »).

Difficultés de compréhension résolues et non résolues : contextes d'apparition, causes et identification dans les interactions

Ce premier chapitre tiré de l'analyse interactionnelle des données de consultations – qui s'est également largement appuyée sur des données contextuelles diverses (*feedbacks*, autoconfrontations, connaissances tirées de l'enquête A) – s'ouvre sur des indications relatives aux contextes d'apparition (types de consultation en termes linguistiques, séquences thématiques) dans lesquels surviennent les difficultés de compréhension résolues et non résolues identifiées. On se concentrera ensuite sur les phénomènes linguistiques impliqués dans leur survenue (causes des difficultés) et sur leur repérage par le chercheur (indices des difficultés) et les participants (incompréhension ou malentendu).

Trouvent également leur place dans ce chapitre – et dans le suivant – un certain nombre d'extraits de consultations permettant de comprendre plus concrètement l'origine, la gestion et les retombées des difficultés de compréhension présentes dans mon corpus (avec un accent particulier sur les difficultés non clarifiées). Ces extraits sont toujours précédés d'éléments de contexte nécessaires à leur compréhension et suivis de commentaires analytiques, explicitant également les liens effectués avec les données contextuelles récoltées lors des entretiens *post hoc* et lors de l'enquête A. Dans ces commentaires, je me sers régulièrement de la numérotation des tours de parole des transcriptions¹ pour identifier les passages précis des interactions auxquels je me réfère.

9.1 Contextes d'apparition des difficultés de compréhension

Les difficultés de compréhension relevées apparaissent dans des contextes variables, en termes, par exemple, de constellation linguistique de la consultation – et plus particulièrement du niveau de maîtrise du français chez le patient – et sous l'angle des grandes sections thématiques classiques des consultations (v. *supra*, sections 6.2.3.1 et 8.2.1). C'est sur ces deux dimensions que se centrera ce sous-chapitre, qui commence toutefois par livrer des données clés sur la résolution ou non des difficultés de compréhension identifiées.

1. Les conventions de transcription figurent p. 17.

9.1.1 Répartition des difficultés de compréhension résolues et non résolues en fonction du profil linguistique du patient

Comme mentionné plus haut (v. *supra*, section 7.4.2), parmi les 19 consultations filmées, seules 16 ont pu faire l'objet d'un recensement systématique des difficultés de compréhension, en raison du niveau de compréhension mutuelle général trop précaire dans les trois autres consultations. Au sein de ces 16 consultations, 114 difficultés de compréhension ont pu être identifiées (tableau 26).

Niveau de français du patient	Consultations	Durées cumulées	Difficultés de compréhension résolues	Difficultés de compréhension non résolues	Total des difficultés de compréhension
(F1)	(3)	58 min	<i>Pas disponible</i>	<i>Pas disponible</i>	<i>Pas disponible</i>
F2	6	131 min	33 (1 toutes les 4 min)	11	44
F3	6	177 min	44 (1 toutes les 4 min)	7	51
F4	4	105 min	19 (1 toutes les 5 ½ min)	0	19
Total	16	413 min	96 (1 toutes les 4 ½ min)	18	114

Tableau 26 : Concentration des difficultés de compréhension résolues et non résolues dans les consultations en fonction des groupes linguistiques

Pour déterminer si une résolution a eu lieu, je me suis principalement fondé sur le déroulement de la consultation, en regardant si les éléments problématiques en termes de compréhension sont traités d'une manière qui suggère un règlement du problème et si l'on relève des indices, dans la suite de la consultation, qui traduisent la persistance de décalages significatifs entre les interprétations des protagonistes sur les dimensions problématiques initialement identifiées. Je me suis toutefois aussi appuyé sur les commentaires récoltés lors des *feedbacks* et des autoconfrontations, également révélateurs de divergences persistantes dans le sens accordé à des mots ou à d'autres séquences de discours constitutifs des consultations. Au final, 96 difficultés de compréhensions sur les 114 recensées apparaissent comme résolues (immédiatement ou dans la suite de la consultation en cours). Les 18 difficultés de compréhension restantes sont, en revanche, demeurées non résolues ou incomplètement résolues. La majorité de ces difficultés de compréhension non résolues – et surtout les plus problématiques d'entre elles – font l'objet de présentations et discussions approfondies dans le cadre des extraits illustratifs contenus dans les chapitres 9 et 10.

S'agissant des difficultés de compréhension résolues, elles sont relativement fréquentes dans les 16 consultations soumises à un décompte de ces difficultés (on recense entre trois et treize difficultés de compréhension résolues par consultation). Leur résolution apparaît par ailleurs sans lien évident avec le

niveau de français des patients impliqués dans les consultations. On observe, en effet, pour les trois groupes linguistiques de patients, une sorte de proportionnalité voulant que les difficultés de compréhension résolues soient plus nombreuses dans les groupes linguistiques ayant eu davantage de temps de consultation (durées cumulées). En d'autres termes, quel que soit le niveau de français des patients (moyen, bon ou très bon, natif), on relève en moyenne une difficulté de compréhension résolue toutes les quatre à cinq minutes environ.

Les difficultés de compréhension non résolues sont, quant à elles, réparties de manière bien plus inégale sur les 16 consultations ayant fait l'objet d'un décriptage systématique des malentendus et incompréhensions. L'intégralité des 18 difficultés de compréhension non résolues ont été relevées au sein de consultations de patients appartenant aux groupes F2 et F3. Parmi ces difficultés, 11 se retrouvent dans les consultations du groupe F2 et toutes les consultations de ce groupe sont concernées. Les sept difficultés non résolues restantes ont été repérées dans quatre des six consultations de patients du groupe F3. Les quatre consultations impliquant des patients du groupe F4 ne portent en revanche les traces d'aucune difficulté de compréhension non résolue. L'hypothèse d'une concentration des difficultés de compréhension non résolues dans les consultations avec les patients les moins à l'aise dans la langue de consultation gagne encore en poids si l'on considère les temps de consultation cumulés : mises bout à bout, les six consultations du groupe F2 – celles, donc, où l'on dénombre le plus de difficultés de compréhension non résolues, à savoir 11 – n'ont en effet duré que 131 minutes, contre 177 minutes pour les six consultations du groupe F3 (sept difficultés non résolues) et 105 minutes pour les quatre consultations du groupe F4 (aucune difficulté non résolue).

Dans les trois consultations de patients du groupe F1, les difficultés de compréhension sont fréquentes et c'est précisément leur caractère quasi généralisé (surtout dans deux de ces consultations²) qui a conduit à l'abandon d'un inventaire systématique des incompréhensions et malentendus pour ce groupe linguistique. On observe, dans ces entretiens cliniques, des patients et des médecins en grande difficulté au plan communicationnel qui s'efforcent tant bien que mal de saisir quelques éléments clés du discours de leur vis-à-vis. S'il arrive à l'occasion que certains éléments incompris ou douteux puissent être clarifiés par des stratégies de réparation ou clarification, tel n'est de toute évidence pas le cas pour la grande majorité des contenus incompréhensibles ou incompris. L'extrait de consultation que voici permet de prendre la mesure de ces difficultés :

Extrait n° 1 : « C'est le problème parler france »

Cet extrait provient d'une consultation en antalgie impliquant un patient d'une cinquantaine d'années, appartenant au groupe linguistique F1. Il est originaire d'une république ex-yougoslave. Il souffre de douleurs chroniques (lombalgie avec irradiations dans les jambes) depuis plusieurs

2. Dans la troisième consultation de ce groupe, la patiente se sert principalement de sa langue première pour s'exprimer, en l'occurrence l'espagnol. De ce fait, il est plus aisé pour le chercheur de comprendre ce qui se passe et l'intercompréhension entre médecin et patiente semble également meilleure que dans les deux autres consultations de patients de ce groupe, grâce notamment à un travail intensif de prévention et de réparation de malentendus.

années. Le médecin lui a administré une série d'injections contre les douleurs quelques mois auparavant. Ces injections ont conduit à un soulagement de plusieurs mois, au cours desquels le patient a vu le médecin à deux reprises pour des contrôles, sans qu'une nouvelle injection n'ait lieu.

À l'instar de la plupart des consultations en antalgie, celle dont est tiré cet extrait a pour enjeu explicite principal l'opportunité et le sens d'une nouvelle injection (pertinence clinique, importance subjective pour le patient, risques, etc.). L'extrait analysé retrace les premiers tours de parole de la consultation :

- 1 M Monsieur (nom du patient) (10 sec.) [le médecin consulte le dossier] comment allez-vous, la dernière fois que je vous ai vu, c'était (3 sec.) le 16 décembre . . et là, ça allait, euh, au mois de décembre, vous me disiez que vous n'aviez pas trop mal.
- 2 P non pas trop, ça va, ça piquer, ça, c'est le problème parler france, alors c'est moi là consulter, et là pour moi travail, et pis, un petit peu, c'est moi chercher travail, un collègue, problème de dos, pas de problème, c'est un petit peu, travail, XXX et pis là, c'est là mal, même chose premier, et pis moi, mal mal, et pis moi, réfléchir, chez le docteur, oui, non, MAIS OUI, et pis, ici, et pis après consulter (nom du médecin traitant) et pis c'est là mettre les piqûres, et pis moi arriver piquer.
- 3 M [mimique exprimant la perplexité] mmh . [ensuite]
- 4 P [ça c'est], ça c'est mal, ça c'est (où ? ou ?) problème, mal, c'est euh arriver toilettes, pas pipi, un petit peu, et pis, c'est, c'est encore plus [se touche le dos], c'est là, fini toilettes, un petit peu, ça, c'est pas beaucoup mal
- 5 M =oui, en ce moment, vous vous souvenez de ce que je vous avais donné ? [lui montre échelle pour évaluer douleur]

Dans cet extrait, tout suggère que les propos formulés par le patient suite à la question d'ouverture très large du médecin confrontent ce dernier à des difficultés de compréhension considérables. Les deux longues interventions initiales du patient comportent certes bien des éléments de contenu compréhensibles pris isolément. Ainsi, au tour de parole 2, il est par exemple question d'un problème lié au français, d'une recherche de travail, d'un collègue, de douleurs de dos, d'une réflexion, d'une consultation chez le médecin traitant et de piqûres. Mais les liens entre ces différents éléments sont difficiles à cerner, tant pour un tiers extérieur comme le chercheur, que pour le médecin³ (qui a d'ailleurs clairement signalé son embarras au moment du visionnement de cet extrait lors de l'entretien d'autoconfrontation). Chacun de ces liens entre éléments de contenu représente une difficulté de compréhension qui aurait pu faire l'objet d'une clarification et ne l'a pas fait. En effet, le médecin semble ici initialement adopter une attitude expectative (*stratégie wait and see*), dans l'espoir sans doute d'accéder à des clés de compréhension supplémentaires, mais la perplexité de son expression suite à la première tirade du patient suggère que cette stratégie n'atteint pas sa cible (3), ne suffisant pas à résoudre la difficulté de compréhension étendue qui marque ce début de consultation. Interrompu par le patient avant même d'avoir pu réorienter le cours de l'échange (3), le médecin persistera toutefois dans cette attitude le temps du tour de parole 4, mais optera finalement, au tour 5, pour une autoévaluation par le patient de son niveau de douleur grâce à l'emploi d'une échelle graduée.

Par la suite, la dynamique interactionnelle de cet entretien se caractérisera par la pose, par le médecin, d'un grand nombre de questions et par des réponses, de la part du patient, qui soulèvent un doute généralisé quant à sa capacité à comprendre les questions et, plus largement, le discours

3. Ce sont, en d'autres termes, les processus d'inférence du sens implicite qui sont ici mis en échec à un niveau très basique.

du médecin. Je reviendrai encore sur cette consultation avec un second extrait (v. extrait n° 5 : « Peur d'être paralysé »), dont la discussion permettra entre autres de voir les différents points de vue sur la pertinence de la présence d'un interprète. On notera toutefois déjà ici que le patient signale, dès sa première prise de parole dans l'échange clinique, ses difficultés à communiquer en français (tour 2 : « c'est le problème parler france »), autoévaluation qu'il réitère ensuite dans le cadre des entretiens de *feedback* et d'autoconfrontation.

9.1.2 Contexte thématique des difficultés

Pour rappel (v. *supra*, l'introduction à la section 9.1), les contextes thématiques relevés pour chacune des difficultés de compréhension identifiées correspondent aux phases ou séquences thématiques usuelles dans l'étude de la communication dans des consultations médicales que sont :

- l'ouverture,
- la discussion des symptômes,
- l'examen,
- la discussion du diagnostic et des explications causales,
- la discussion du traitement,
- la discussion des aspects psychosociaux du cas,
- la clôture.

Une catégorie résiduelle intitulée « divers » regroupe des contenus thématiques inclassables, par exemple des propos échangés sur la présente recherche et les enregistrements vidéo en cours.

Je dresserai d'abord un aperçu de la situation concernant les difficultés de compréhension résolues, avant de m'attacher aux difficultés de compréhension non résolues. Cette structuration en deux temps sera reprise pour la plupart des sections de ce chapitre et des deux suivants.

Les 96 difficultés de compréhension résolues sont réparties sur tous les types de séquences thématiques constitutifs des consultations. Elles sont plus nombreuses dans les discussions des symptômes (28/96 difficultés de compréhension résolues) et du traitement (24/96 difficultés de compréhension résolues), dans les sections thématiques, donc, qui occupent le plus de temps de parole dans les consultations (v. *supra*, section 8.2.1).

Les difficultés de compréhension résolues sont aussi relativement fréquentes dans le cadre de l'examen physique (11/96 occurrences), qui occupe, en revanche, une place plutôt marginale dans les entretiens cliniques. De manière frappante, sur les 11 difficultés de compréhension résolues apparues durant l'examen, sept concernent des patients moyennement à l'aise en français (groupe F2) et seulement quatre les patients parlant bien ou très bien le français (groupe F3) ou ayant le français comme langue première (groupe F4).

Cette dernière observation interroge, car on aurait pu penser que lors de l'examen – qui repose par définition largement sur le non-verbal – le niveau de langue du patient entrerait moins en compte. Mes données suggèrent, à cet égard, une piste explicative intéressante. On observe en effet que les difficultés de compréhension résolues recensées dans l'examen ont généralement pour origine des instructions posturales ou kinésiques du médecin (p. ex. « couchez-vous sur

le dos ») difficiles à comprendre pour les patients. À l'étude de ces instructions et de leur suivi, tout indique que l'examen physique représente, pour les médecins, une situation marquée par une certaine quiétude interprétative (Traverso 2003), vu leur possibilité de s'assurer, sur la base des postures effectivement prises, dans quelle mesure leurs instructions ont été bien comprises. Il semble que dans pareil contexte, les médecins recourent peut-être plus facilement à des pratiques susceptibles de générer des difficultés de compréhension, comme l'illustre l'extrait suivant.

Extrait n° 2 : « Stop, stop, pas trop vite »

La consultation en médecine de rééducation dont est tiré l'extrait ci-dessous implique un patient d'origine ibérique (groupe F2) installé en Suisse romande depuis trois ans environ. Dans les 35 ans, il vient de réintégrer son poste de maçon après un arrêt de travail de plus de quatre mois motivé par une lombalgie persistante. C'est la seconde fois qu'il est vu par le médecin filmé. Selon ses propres dires, le soignant avait expliqué au soigné, lors du premier rendez-vous, l'importance pour son problème de dos de renforcer sa musculature. Suite à ces explications, le patient a entrepris une activité de fitness régulière et les entretiens de *feedback* suggèrent un accord entre soignant et soigné sur l'impact favorable de cette démarche.

Le niveau de maîtrise du français du patient est qualifié de « moyen » tant par le médecin que par le patient lui-même. À en juger par son comportement verbal durant la consultation, il a des connaissances suffisantes pour comprendre et s'exprimer sur des sujets simples du quotidien, mais dans la consultation, il bute fréquemment sur des difficultés d'expression et de compréhension et son discours est émaillé d'interférences de sa langue maternelle qui compliquent parfois l'accès au sens de ses propos.

Avec une durée totale de moins de dix minutes, la consultation filmée est l'une des plus courtes du corpus. L'extrait se situe à la moitié de l'entretien clinique, à l'articulation d'une première partie, axée surtout sur la situation professionnelle et les symptômes, et d'une seconde, consacrée à la suite du traitement.

- 82 M =je vais regarder . où on en est sur la souplesse . par rapport à la première fois ah, . . alors vous allez vous mettre debout.
- 83 P d'accord.
- 84 M hein . attention . . et là, vous allez vous pencher.
- 85 P comme ça ?
- 86 M oui, en avant [mesure la distance entre les doigts du patient et le sol] . . bravo . très bien, redressez-vous là vous avez dix, la première fois c'était vingt . . donc c'est mieux, vous bougez mieux, là . vous penchez sur le côté . penchez-vous.
- 87 P ah comme ça ?
- 88 M ah oui, BIEN, BRAVO . . revenez au milieu . .
- 89 P comme ça ? [se rétablit puis entame un mouvement dans l'autre sens]
- 90 M stop, stop, pas trop vite. [rires]
- 91 P [rires]
- 92 M et de l'autre côté, allez-y (5 sec.) [mesure la distance entre les doigts du patient et le sol] bien . aussi . 22 . couchez-vous sur le dos, le dos.
- 93 P pas sur le sol ?

94 M non, non non non, vous vous mettez sur le dos.

95 P ah, comme ça, voilà.

96 M VOILÀ.

Dans cette partie de l'examen centrée sur la souplesse du patient, le médecin est clairement amené à mettre en valeur l'évolution positive du patient. Dans son entretien de *feedback*, le médecin affirme d'ailleurs que, pour lui, montrer au patient qu'il a progressé et lui exprimer sa satisfaction et son optimisme représente l'un des objectifs clés de cette consultation.

On aura noté qu'au plan de l'intercompréhension, ce début d'examen ne va pas sans un certain nombre de difficultés, qui peuvent toutefois être rapidement résolues. Après chaque instruction posturale du médecin, le patient signale en effet des doutes quant à leurs significations précises (il s'agit donc d'incompréhensions et non de malentendus), doutes qui ne surprennent guère au vu de l'importance de la part de sens implicite dans le discours du médecin. En 84 par exemple, le médecin part du principe que le patient comprendra de lui-même que c'est vers l'avant qu'il s'agit de se pencher, et en 92, que c'est sur le lit d'auscultation qu'il faut s'étendre sur le dos (alors même que le patient vient de réaliser les autres positions et mouvements à même le sol).

Face à ces doutes récurrents, le patient se sert de stratégies qui relèvent toutes de l'hétéroreformulation au sens large. À une reprise (en 93, « pas sur le sol ? »), il explicite verbalement une hypothèse concernant le sens implicite de l'instruction donnée par le médecin, hypothèse qui lui est confirmée par ce dernier. Dans tous les autres cas, il ne soumet pas au médecin des reformulations verbales de ce qu'il pense avoir compris, mais lui présente ses interprétations directement par voie gestuelle, en accompagnant ses démonstrations par la question « comme ça ? », qui revient à quatre reprises dans ce bref extrait. Pour deux instructions – en 85-86 (se pencher en avant) et en 86-87 (se pencher de côté) – cette façon de faire débouche sur de simples confirmations du médecin. Il en va autrement des instructions « revenir au milieu » (88) et « se coucher sur le dos » (92 et 94). Dans ces deux cas, le processus de réparation passe par la « correction » d'une compréhension du patient qui est ainsi désignée comme erronée. Le rire conjoint du médecin et du patient suite à la première de ces corrections (90 : « stop, stop, pas trop vite ») – qui semble liée à la non-compréhension du patient de « revenez au milieu » – suggère un besoin possible de désamorcer, au plan relationnel, le potentiel de tension ou d'embarras inhérent à cet « incident » interactionnel. Il semble donc ici que, même réparée, l'incompréhension reste une menace en puissance pour les faces (ou images) positives du patient et du médecin (*v. supra*, section 6.2.3.4), pouvant apparaître, pour le premier, comme incompetent au plan linguistique et, pour le second, comme insuffisamment clair dans ses instructions.

Pour cet extrait, il n'est pas aisé de déterminer dans quelle mesure le niveau de maîtrise limité du français chez le patient a joué un rôle dans les difficultés de compréhension et leur résolution. Il semble, *a priori*, que la plupart des doutes du patient concernant le sens des propos du médecin pourraient également survenir chez des patients francophones natifs ou quasi natifs. À cet égard, la non-compréhension, par le patient, de « revenez au milieu » fait peut-être exception. Il n'est pas exclu que le sens même des mots « revenir » et, plus probablement, « milieu » ait mis le patient en difficulté, dans quel cas le problème serait ici davantage d'origine sémantique (sens littéral de mots et expressions) que pragmatique (sens inféré de la mise en lien des discours avec leur contexte d'énonciation). Il n'a toutefois pas été possible de tester cette hypothèse auprès du patient qui n'a pas pu être revu pour l'entretien d'autoconfrontation⁴.

4. Recontacté par téléphone il s'est désisté. N'ayant plus de consultation dans l'unité de rééducation, il ne souhaitait pas refaire le déplacement depuis son domicile dans une autre région de Suisse romande spécialement pour cet entretien de recherche.

Pour ce qui concerne les difficultés de compréhension non résolues, aucune des grandes séquences thématiques de la consultation n'en est exempte. Ces difficultés surviennent souvent durant la discussion des symptômes ou l'examen (8/18), mais également durant la discussion des aspects psychosociaux (4/18), des explications causales (3/18) et du traitement (3/18). Cette diversité des contextes thématiques ressort également de tous les extraits déjà donnés et à venir pour illustrer les difficultés de compréhension non résolues.

Fait remarquable, les aspects psychosociaux (pourtant marginaux dans les consultations du corpus en comparaison avec les discussions de symptômes et de traitements) représentent l'arrière-fond thématique d'un nombre non négligeable de difficultés de compréhension non résolues. De plus, ces difficultés à thème psychosocial (surtout liées à des questions de travail et d'assurance) concernent toutes des patients parlant un français moyen (groupe F2). Avec toute la prudence qui s'impose, on peut faire ici l'hypothèse d'un risque accentué de malentendus ou d'incompréhensions non résolus lorsque des contenus psychosociaux sont abordés par des patients ayant une maîtrise limitée de la langue de consultation.

9.2 Causes des difficultés de compréhension (niveaux d'analyse linguistique impliqués)

L'identification des causes de difficultés de compréhension n'est pas chose aisée, tant les pistes explicatives possibles sont parfois multiples. Face à cette diversité, la vision adoptée ici s'attache finalement aux niveaux d'analyse linguistique auxquels se rapportent les éléments identifiés comme ayant joué un rôle dans la survenue de la difficulté (v. *supra*, section 7.4.2). De par l'inclusion de la dimension pragmatique, renvoyant à l'usage du langage dans des contextes de communication donnés et, plus spécifiquement, à l'implicite et aux savoirs et connaissances utilisés pour interpréter des discours en situation, ce modèle permet finalement de rendre compte de l'essentiel des pistes explicatives envisageables. L'option a également été prise de limiter le relevé systématique des causes de difficultés de compréhension au niveau d'analyse qui apparaît le plus évidemment impliqué dans la genèse du problème. De plus, j'ai documenté, pour rendre compte du caractère multiple des causes, quelques cas particulièrement complexes, dont l'un sera étudié plus en détail ci-dessous (extrait n° 3 : « Il était gentil le patron »). Lorsque les difficultés de compréhension se produisaient dans des consultations de patients migrants, j'ai également tenté d'évaluer dans quelle mesure des liens pouvaient être établis avec le profil d'allophones des patients concernés et, plus largement, avec leur profil socioculturel de migrant.

9.2.1 Causes des difficultés de compréhension résolues

Pour bien des épisodes marqués par des difficultés de compréhension résolues (15/96), il n'est pas possible de déterminer clairement à quel niveau d'analyse linguistique se rapporte le problème initial faisant l'objet de la réparation. Là où une telle catégorisation est possible, la majorité des éléments déclencheurs de difficultés de compréhension résolues se situent prioritairement aux niveaux pragmatique (41) et sémantique (26). Des problèmes liés à la syntaxe et à la

prononciation sont également attestés, mais ils apparaissent marginaux en termes de fréquence et ne seront pas repris plus en détail dans ce qui suit.

9.2.1.1 Niveau pragmatique

Les difficultés résolues ayant trait au domaine pragmatique sont principalement liées à la contextualisation des propos échangés. D'une part, certaines personnes (médecins aussi bien que patients) infèrent des éléments de sens implicites à partir des propos de leurs interlocuteurs, que ces derniers n'avaient manifestement pas prévus, inférences qui sont dès lors contestées et corrigées. Ainsi dans un contexte où le médecin vient d'interroger un patient francophone natif sur ses inquiétudes en lien avec sa situation et où le patient répond à la question « vous avez besoin d'un soutien ? » en disant qu'il bénéficie de l'aide sociale. Le médecin le reprend alors en lui signalant que l'aide sociale n'est pas un soutien psychologique. Il explicite ainsi l'ancrage contextuel auquel il espérait que le patient ferait appel pour décoder le sens implicite de sa question.

D'autre part, on voit de nombreuses situations où l'un des participants doute de la qualité de la compréhension mutuelle suite à des propos de l'interlocuteur lui paraissant peu pertinents ou cohérents, parce que difficiles à mettre en lien – voire en contradiction – avec le contexte d'énonciation. Il s'agit d'autant de réactions jugées inattendues, invraisemblables, « déplacées » ou « hors sujet ». Dans ces situations, les doutes survenus chez l'interlocuteur l'incitent alors à s'engager dans des stratégies de prévention ou de réparation des problèmes de compréhension qu'il suppose. Parmi ces situations figure par exemple l'expression, par une patiente lusophone du groupe F2, de son incompréhension lorsque le médecin lui demande – à des fins d'investigation – d'adopter une position dont on lui a dit qu'elle était néfaste pour son dos (en l'occurrence, se pencher en avant sans plier les genoux). Dans le cas d'espèce, la patiente voit sa première interprétation validée, mais accompagnée d'une explication du médecin lui confirmant que la position en question est bien à éviter dans les activités du quotidien.

On relève aussi quelques consultations où la manière dont les patients amènent des informations face aux demandes de leurs médecins – par exemple sans se positionner sur l'élément central problématisé – conduit les médecins en question à reformuler plusieurs fois leurs questions jusqu'à obtention des indications visées. Dans une consultation avec un patient arabophone du groupe F2, le médecin doit, par exemple, s'y prendre à plusieurs reprises pour comprendre où le patient en est du point de vue de la physiothérapie. Dans ces cas, plusieurs pistes explicatives sont possibles, parmi lesquelles une voulant que les patients manquent de ressources lexicales en français pour comprendre les questions et/ou construire leurs réponses (explication relevant du niveau sémantique abordé dans la section suivante). Mais il semble tout aussi probable qu'à un plan plus pragmatique, les patients manquent, dans ces situations, de repères pour s'orienter dans l'activité conversationnelle que le médecin cherche à réaliser et que – pour des raisons difficiles à comprendre dans le détail, même après analyse répétée des séquences interactionnelles concernées sous divers angles (prononciation, prosodie, syntaxe, etc.) – ils ne saisissent pas comment faire un usage idoine de leurs compétences lexicales (pourtant disponibles) pour livrer les informations que souhaiterait le médecin. Cette seconde piste pourrait être

rapprochée de ce que Roberts *et al.* (2003, 2005) décrivent comme des styles de présentation qui viennent compliquer la compréhension mutuelle dans ces consultations de patients migrants plurilingues même lorsque ceux-ci sont déjà relativement à l'aise dans la langue de consultation.

9.2.1.2 Niveau sémantique

Les difficultés de compréhension résolues d'origine sémantique se retrouvent essentiellement dans les consultations de patients ayant le français en langue seconde (v. tableau 27).

Profil linguistique du patient	Durées cumulées	Nombre total de difficultés résolues d'origine sémantique	Difficultés résolues d'origine sémantique par heure
F2	130'52''	10	4,6
F3	176'50''	14	4,7
F4	105'04''	2	1,1

Tableau 27 : Difficultés de compréhension d'origine sémantique selon le profil linguistique du patient

Concrètement, ces difficultés se rapportent dans leur quasi-totalité à des éléments lexicaux ou expressions qui résistent à l'interprétation ou qui finissent par susciter des doutes sur l'intercompréhension chez l'interlocuteur. Schématiquement, deux cas de figure sont à relever.

Premièrement, certains éléments lexicaux et expressions sont inconnus, incompréhensibles, douteux ou vagues pour l'interlocuteur, qui signale alors son incompréhension. Il peut s'agir d'expressions idiosyncrasiques de la part du patient (en l'occurrence toujours allophone) qui ne sont pas comprises par le médecin, comme « Extrafone » (désignation « déformée » d'un médicament qui s'appelle en réalité Efexor) ou « moi péter les pommes » (variante idiosyncrasique de l'expression « tomber dans les pommes », probablement « contaminée » par l'expression « péter les plombs »). Mais on identifie également de nombreux éléments dans le discours des médecins, relevant d'un français technique ou scientifique (p. ex. « pneumothorax », « hypermobile »), mais parfois aussi ordinaire (p. ex. « démangeaison »), que les patients disent ne pas comprendre (ou alors ne comprendre que partiellement).

Le second cas de figure se présente bien plus rarement et se traduit davantage par des malentendus (résolus, en l'occurrence) que par des incompréhensions. On y voit des interlocuteurs aux prises avec des difficultés interactionnelles liées à des divergences de vues entre les deux parties impliquées quant au sens de certains éléments lexicaux, divergences qui semblent souvent non conscientes, du moins dans un premier temps. Tel est par exemple le cas dans la consultation d'un médecin spécialisé en rééducation et d'un patient albanophone du groupe F2 : pour ce dernier, le terme de « physio » renvoie à tous types d'exercices de musculation et d'étirement, y compris ceux pratiqués seul à domicile, alors que le médecin comprend par « physio » les seules séances de physiothérapie réalisées avec un professionnel. Un autre exemple intéressant a trait à la désignation

des différents types de douleurs. Dans une consultation en antalgie impliquant un patient turc du groupe F2, on observe plusieurs tentatives de résolution plus ou moins chaotiques qui semblent découler du fait que dans la conception du médecin, les sensations d'électrisation du patient sont une « douleur » parmi d'autres, alors que, pour le patient, « douleurs » et « électrisation » sont manifestement des phénomènes clairement disjoints.

9.2.2 Causes des difficultés de compréhension non résolues

Contrairement à ce que l'on constate pour les difficultés de compréhension résolues, il n'est pas souvent aisé de déterminer avec précision quel phénomène linguistique est cause de difficultés de compréhension non résolues. De nombreux cas complexes impliquent plusieurs niveaux, notamment d'ordre pragmatique pour des problèmes de contextualisation de messages qui comportent des éléments implicites. En revanche, lorsqu'une cause unique se laisse facilement identifier, celle-ci se situe au plan sémantique.

9.2.2.1 Cas complexes

Dans quelques rares cas de difficultés de compréhension non résolues, je me suis moi-même trouvé en difficulté de comprendre ce qui se fait ou se dit – par exemple pour des raisons de bruit ou parce que les productions discursives des protagonistes, bien que clairement audibles, ne sont pas compréhensibles – ce qui rend l'analyse ardue. Dans d'autres cas, les difficultés de compréhension semblent remonter à une constellation complexe de déclencheurs relevant de niveaux d'analyse aussi diversifiés que l'articulation ou la prosodie, la syntaxe, le sens des mots et des expressions (sémantique), le sens implicite (pragmatique). L'extrait suivant exemplifie ces problèmes plurifactoriels ; il montre comment une construction d'énoncé ambiguë au plan morphosyntaxique s'articule avec une inférence risquée concernant le sens implicite au sein d'un même trouble interactionnel.

Extrait n° 3 : « Il était gentil le patron »

D'origine espagnole, la patiente parle un français relativement courant mais marqué par de nombreuses interférences de sa langue maternelle (groupe F2). Elle raconte à un médecin de l'unité de rééducation l'histoire de l'apparition de ses douleurs de dos. Elle rapporte comment, après s'être aggravées, elles ont commencé à lui donner des vertiges. Comme il ressort du début de l'extrait, elle établit un lien clair entre son mal de dos et son travail de repasseuse, puis elle rapporte que son patron l'a encouragée à prendre un congé pour se reposer.

114 P =et moi à l'époque moi travailler al pressing, peut-être c'est . le mouvement que fait [comme ça] [imite le repassage]

115 M [ouais ouais] mmh

116 P =porque le fer à repasser il pè-, il est des . deux kilos . trois quelque chose . moi dis peut-être c'est ça

117 M =ouais ouais.

118 P alors là quand commencé à donner le vertige, mon patron il me dit . comment moi de . tu dois 60 heures à récupérer . toi pris . si tu veux une semaine qu'elle n'est pas beaucoup

de . de travail, on peut savoir comment est-ce qu'il va

119 M =il était gentil le patron.

120 P oui . c'est pas dire qu'il est méchant.

121 M il a bien compris vos, vos

122 P =oui

123 M =problèmes ouais.

124 P après . c'est vrai et . deux semaines moi pris . moi aller au docteur (nom du médecin traitant) et les douleurs, elle est diminué un petit peu.

L'inférence du médecin en 119 – à savoir que le patron de la patiente avait été gentil avec elle – semble reposer sur deux éléments au moins du discours de celle-ci : (a) le médecin vient d'entendre que son employeur lui a proposé de prendre du repos et (b) la patiente mentionne qu'elle « doit des heures à récupérer ». S'agissant du second de ces points, tout indique que le médecin a retenu que la proposition de repos du patron s'inscrivait dans une période où la patiente avait déjà pris trop d'heures de congé. Cette dernière interprétation paraît en effet bien compatible avec l'idée, inférée par le médecin, d'un patron bien intentionné et compréhensif avec la patiente.

Deux éléments au moins donnent toutefois à penser que la patiente se voulait moins flatteuse à l'égard de son employeur. Le premier réside dans sa réaction immédiate : elle n'invalide certes pas explicitement l'interprétation du médecin, mais s'en distancie clairement par une reformulation qui mitige sa position : (120) « oui, c'est pas dire qu'il était méchant ». D'autre part, la patiente rapporte, dans son entretien d'autoconfrontation, que l'employeur dont il est question l'a exploitée et qu'elle avait notamment accumulé un grand nombre d'heures supplémentaires qui ne lui ont jamais été payées. La patiente a ici manifestement à cœur de préciser que, si c'est bien son patron qui lui a proposé de prendre un congé, ce congé a été pris sur du temps de vacances qui lui était de toute manière dû.

Il y a donc ici clairement une difficulté de compréhension et il s'agit en l'espèce d'un malentendu, puisque le médecin perçoit, sans manifestement s'en rendre compte, un sens qui diverge d'avec celui que cherchait à exprimer la patiente. Ce malentendu repose sur un substrat linguistique complexe. Au plan grammatical (syntaxe et morphologie), deux marques au moins – toutes deux en contradiction avec les normes du français standard et régional suisse romand – contribuent à l'ambiguïté des propos de la patiente en se renforçant mutuellement. Une première source d'ambiguïté se situe au plan de l'agencement des éléments lexicaux et grammaticaux sur l'axe syntagmatique, ainsi dans la séquence « tu dois 60 heures à récupérer », où la juxtaposition directe de « tu dois » et « 60 heures » peut suggérer – contrairement à ce que la patiente souhaitait dire – que la patiente devait rendre des heures à son employeur. Une seconde source d'ambiguïté réside ensuite dans le syntagme verbal « toi pris », à lui seul difficile à interpréter : S'agit-il d'un passé – comme le donnent à penser les formes courantes du passé composé en français – ou alors d'un présent, comme le suggèrent d'autres emplois idiosyncrasiques du verbe « prendre » dans le discours de la patiente ? Du fait de cette incertitude, il reste donc possible de rattacher ce « toi pris » aussi bien à ce qui précède (les heures que tu as prises) qu'à ce qui suit (prends une semaine de congé si tu veux). Face à cette succession d'ambiguïtés liées à diverses idiosyncrasies morphosyntaxiques, le médecin fait selon toute probabilité intervenir le niveau pragmatique (en l'occurrence, l'inférence contextuelle) pour décider du sens le plus probable (conformément au cas de figure esquissé dans la partie théorique, v. *supra*, section 6.2.3.2). En l'occurrence, il s'appuie sans doute sur ce qu'il comprend du contexte discursif (principalement que la patiente a pu prendre un congé alors qu'elle allait mal) pour en inférer que la piste interprétative faisant du patron un personnage particulièrement « gentil » est probablement la bonne.

Au-delà de la complexité des causes de cette difficulté de compréhension, c'est la timidité avec laquelle la personne soignée cherche à signaler le problème qui frappe dans cet extrait. Dans l'écologie communicationnelle asymétrique de cette rencontre, les besoins de ménager tant la face négative que positive du médecin – dont la patiente n'ose manifestement pas limiter le droit d'interpréter librement ses propos et/ou mettre en question le rôle d'expert en le « corrigeant » – l'emportent manifestement sur les besoins de la patiente de réparer sa propre face positive, à savoir son image de travailleuse assidue qui ne doit rien à un employeur qui l'a par ailleurs exploitée.

Tout suggère que cette impossibilité de rétablir « sa vérité » sur un point sensible de son histoire peut donner à la patiente le sentiment de ne pas avoir été entendue, dimension dont l'enquête A a montré l'importance pour les patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques (v. *supra*, section 4.2.2.2). D'autre part, voir le médecin prendre le parti de l'employeur renforce probablement le sentiment de la patiente de se trouver acculée par une conjonction de problèmes de santé physique, de travail, d'argent et de santé psychique qu'elle exprime clairement dans ses entretiens de *feedback* et autoconfrontation (et qui rappellent bien des récits de trajectoires personnelles des patients rencontrés durant l'enquête A, v. *supra*, section 4.1.1).

Parmi les autres exemples de difficultés de compréhension non résolues dont les causes sont complexes et difficiles à déterminer avec précision, on peut encore mentionner certaines situations où les patients sont mis en difficulté par des séquences de discours proches du monologue émanant des médecins. Dans ces cas, c'est généralement une impression globale de complexité du langage qui se dégage du discours, mais aucun niveau d'analyse linguistique ne paraît plus particulièrement en cause (à part peut-être, par la négative, le niveau phonétique ou phonologique qui paraît peu impliqué)⁵.

9.2.2.2 Niveau sémantique

Lorsque des difficultés de compréhension non résolues semblent tirer leur ou leurs causes d'un niveau d'analyse linguistique unique, il s'agit toujours du niveau sémantique. Dans les épisodes concernés, c'est systématiquement le médecin qui recourt à des mots ou expressions qui placent le patient en difficulté de compréhension. Parfois, des termes médicaux ou savants (p. ex. « asymétrique ») ou courants (p. ex. « raide ») sont manifestement inconnus des patients⁶. Dans d'autres cas, ce ne sont pas les mots et expressions eux-mêmes – visiblement familiers pour les patients – qui génèrent les troubles interactionnels, mais la complexité des univers conceptuels qui leur sont associés. On verra ce cas de figure dans l'extrait n° 11 (« D'accord, et puis en génétique »), où le patient semble connaître le mot « génétique » (qu'il utilise lui-même dans la consultation), mais manque de toute évidence totalement de repères concernant le domaine d'activité de cette discipline médicale.

Il est frappant de voir que les éléments lexicaux et expressions « problématiques » du discours des médecins s'inscrivent de manière récurrente dans des

5. Les causes de difficultés de compréhension de ce type pourraient éventuellement faire l'objet d'une catégorie intitulée : « problèmes causés par la complexité générale du langage », comme chez Bremer *et al.* (éds) (1996).

6. Les problèmes de compréhension non résolus autour de termes du langage courant ne se rencontrent que chez les patients les moins à l'aise en français (groupes F1 et F2).

séquences caractérisées soit par une polyphonie discursive, soit par des cadres participatifs particuliers. Ce double constat fait appel à des notions encore absentes de mon cadre théorique initial, qu'il s'agit d'introduire avant d'illustrer leur portée dans mes analyses.

Avec sa notion de « polyphonie discursive », Bakhtine (v. Bakhtine 1970 ; Roulet *et al.* 1985 cités d'après Maingueneau 1996 : 63-64) a fourni un cadre conceptuel à la circulation des discours dans des sociétés données. Cette circulation se traduit concrètement par la présence, dans toutes les interactions, de discours ou « voix » venant de l'extérieur⁷. Cette présence peut aller d'une citation littérale ou d'un positionnement face à un autre discours ouvertement nommé, jusqu'à des influences très subtiles de certains modèles discursifs (schèmes argumentatifs, associations d'idées récurrentes, etc.).

Dans les consultations analysées, ce cas de figure se produit par exemple dans un épisode où le médecin lit à haute voix (probablement plus pour lui-même que pour le patient) un extrait relativement long d'une lettre que le patient a reçue d'une assurance. Cette lettre, écrite dans un langage administratif ou juridique complexe, est largement inaccessible au patient (selon ses propres dires) et le médecin ne lui en explique que très partiellement la signification⁸. On tient donc là une incompréhension incomplètement résolue dont la cause se situe principalement au plan sémantique, mais dont le discours incompris n'est en réalité qu'une citation survenant dans le cadre de la polyphonie discursive évidente de cette consultation.

Au sein de la mouvance interactionniste, c'est Goffman (1987) qui introduit la notion de « cadre participatif » pour rendre compte du fait que, dans les interactions, il y a souvent plus de deux personnes présentes et que ces personnes ne sont pas nécessairement toutes dans un rapport d'interlocution. Goffman distingue ainsi les participants ratifiés (qui se traitent mutuellement en interlocuteurs) des témoins (angl. bystanders) qui ne font qu'assister à la production discursive, sans que des messages ne leurs soient adressés.

Dans mon corpus, on peut relever plus d'une difficulté de compréhension non résolue dont la cause principale semble sémantique et qui s'inscrivent dans un cadre participatif particulier en ce sens que le médecin semble transitoirement traiter le patient comme un témoin (en non plus comme un véritable interlocuteur), en lui signalant plus ou moins clairement ce changement. Ce glissement est probablement relativement transparent dans les cas (observés à répétition) où un médecin dicte des segments de lettres dans un langage très technique à des confrères (en général au médecin traitant). Il l'est, en revanche moins, dans cet autre cas cité ci-dessous, où un médecin énonce tout haut des commentaires liés à une activité de saisie de données qui ne sont de toute

7. Le même courant théorique parle aussi de dialogisme (Todorov 1981 ; Moirand 1990 cités d'après Maingueneau 1996 : 27), entendant par là que les énoncés produits dans un discours donné le sont toujours en réponse à d'autres propos déjà tenus ailleurs, qui en constituent le contexte discursif large.

8. Comme on le verra, cet épisode de consultation constitue en quelque sorte la préhistoire de la difficulté de compréhension illustrée par l'extrait n° 13 (« Faire une protection juridique »).

évidence pas adressés à la patiente et qui génèrent des difficultés de compréhension appelant une tentative de résolution :

Extrait n° 4 : « C'est positif, ça veut dire »

Un médecin de l'unité de rééducation procède à une investigation structurée conformément à une grille de type questionnaire qui vise à un recensement systématique des critères diagnostiques pertinents pour l'hypermobilité articulaire. La patiente, d'origine latino-américaine, vit en Suisse romande depuis une quinzaine d'années et maîtrise très bien le français (groupe F3).

243 M d'accord et puis vous forcez votre pouce . dépassez ici de faç- [lui montre sur sa propre main], mais vous me montrez la main comme ça pis vous forcez votre pouce [lui montre sur sa propre main] . vous le poussez par là . ce le . le droite avec la main gauche.

244 P euh . euh .

245 M non . vous poussez le pouce droit ou bien alors vous poussez le pouce gauche c'est égal.

246 P le pouce gauche. [patiente commence à replier le pouce gauche en direction de son propre avant-bras gauche]

247 M et vous le poussez par là . le plus possible . [pouce gauche de la patiente touche son propre avant-bras gauche] ouais d'accord, c'est . c'est positif.

248 P c'est positif ça veut dire

249 M =d'accord

250 P =c'est positif c'est bien ou c'est ?

251 M non je oh . ça, c'est bien ou c'est pas bien, c'est un signe.

252 P ah ?

253 M alors . est-ce que . ça je verrai quand je vous examine . est-ce que vous avez des espèces de . comment on dit euh . comme de vergetures blanches . c'est des stries sur la peau . des marques.

Dans la partie initiale de cet extrait (243-247), le médecin incite la patiente à réaliser des manipulations sur ses mains et poignets pour évaluer leur souplesse. Une fois l'instruction posturale réalisée (replier le pouce contre l'avant-bras), le médecin conclut que c'est « positif » (247), en ce sens que la patiente répond au critère diagnostique auquel il s'intéresse. La patiente peine visiblement à comprendre cette évaluation et cherche à en connaître la signification par le biais d'une requête métadiscursive (248 : « c'est positif, ça veut dire »). Après réitération de cette tentative de réparation – en l'occurrence elle avance une hypothèse interprétative (250 : « positif c'est bien ou c'est... ») – le médecin répond par une explication qui n'apporte probablement pas de véritable clarification à la patiente (251 : « c'est bien ou c'est pas bien, c'est un signe »). Celle-ci répond par un « ah » à intonation montante, parce qu'à la différence du médecin, elle ne voit sans doute pas très bien à quelle fin on peut récolter des « signes » dans une consultation si ces derniers ne sont ni bons, ni mauvais. La patiente renonce néanmoins à une troisième tentative de clarification et l'investigation suit son cours.

Au plan des causes linguistiques du problème de compréhension, on a affaire, dans cet extrait, à un problème sémantique, le terme « positif » ayant une signification pour le médecin qui n'est pas connue de la patiente et incompatible avec sa propre compréhension de ce terme. Mais la difficulté linguistique est ici doublée d'un facteur majeur de complexité discursive. Tout indique en effet que la conclusion articulée par le médecin (247 : « c'est positif ») n'est en réalité pas adressée à la patiente. Le clinicien semble ici bien plutôt parler à un interlocuteur virtuel : le questionnaire qu'il est

en train de remplir. De ce point de vue, la patiente représente donc un simple témoin (*bystander*) de l'interaction. C'est probablement pour cette raison que le médecin apparaît d'abord pris de court par la demande de clarification de la patiente et qu'il met rapidement un terme à cette négociation de sens.

Dans ce cas, le caractère partiellement irrésolu de la difficulté de compréhension semble toutefois sans véritables conséquences cliniques ou relationnelles. Contrairement à bien d'autres passages de consultations marqués par des troubles interactionnels, on est ici dans un cas de figure où patiente et médecin semblent accepter que l'incompréhension subsiste : la patiente parce qu'elle a compris l'inutilité de cette indication pour elle ; et le médecin parce qu'il juge que ce travail de récolte d'indices cliniques est de son ressort personnel de spécialiste et ne concerne pas directement la patiente. Mais on signalera tout de même par extrapolation que ces apartés techniques de médecins non destinés aux patients renferment clairement un potentiel problématique. Qu'arrivera-t-il, par exemple, si des éléments lexicaux ou expressions attrapés au vol dans de telles situations inquiètent ou désinforment les patients et qu'ils ne signalent pas la difficulté ou que les médecins coupent court à leurs tentatives de clarification en les jugeant inutiles ?

Notons enfin que rien dans cet extrait ne parle pour un impact du profil sociolinguistique de migrante francophone de langue seconde de la patiente. Il semble bien plutôt qu'un épisode de troubles interactionnels parfaitement comparable aurait pu se produire dans les consultations de patients francophones natifs filmés dans cette enquête.

9.3 Repérage des difficultés de compréhension dans les consultations

La question du repérage des difficultés de compréhension dans les consultations va être abordée sous deux angles différents. Dans un premier temps, je m'attacherai à la manière dont j'ai recensé les difficultés de compréhension résolues et non résolues, autrement dit aux traits qui m'ont permis de les identifier comme telles. Dans un deuxième temps, je me centrerai sur la perspective des participants, pour tenter de voir s'ils signalent qu'ils ont identifié une difficulté de compréhension et si on a des raisons de croire que ce signalement est précédé par un moment d'illusion de compréhension. Sur cette base, il sera possible de déterminer si les épisodes concernés sont à considérer comme des incompréhensions ou des malentendus (v. *supra*, section 6.2.1).

9.3.1 Indices révélateurs des difficultés de compréhension pour le chercheur

En analysant des interactions, on ne connaît jamais avec certitude les visées communicationnelles exactes des participants et quelle conjonction précise d'éléments de sens les interlocuteurs tirent des énoncés et échanges. Même si les données de *feedback* et d'autoconfrontation réduisent ces incertitudes, elles ne permettent pas au chercheur de s'en défaire totalement non plus. Du point de vue de ce dernier, une difficulté de compréhension ne peut par conséquent être identifiée en tant que telle que sur la base des traces qu'elle laisse dans l'interaction même et, plus exceptionnellement (du moins dans mon corpus), sur la base des discours métacommunicatifs recueillis *a posteriori* auprès des participants (*feedbacks* et autoconfrontations).

Dans les cas de difficultés de compréhension résolues, l'indice le plus fiable permettant d'identifier des épisodes de consultation comme porteurs de tels

malentendus ou incompréhensions réside très majoritairement (79/96) dans la présence, en leur sein, de traces des stratégies mêmes qui ont abouti à leur clarification (ces stratégies de prévention ou réparation sont traitées plus en détail au chapitre 10). Dans les quelques cas restants, ce sont surtout des commentaires métacommunicatifs (5/96) qui révèlent la difficulté. Plus rarement encore (2/96), on relève des situations où des malentendus se manifestent initialement par des problèmes patents de pertinence ou de cohérence conversationnelle (p. ex. absence de réponse à une question, réponses non pertinentes, changements thématiques abrupts) et où la difficulté finit par se résoudre sans qu'aucune stratégie de résolution autre que peut-être l'expectative (wait and see) ne soit repérable. La simple poursuite du dialogue semble ici conduire à un éclaircissement progressif.

Parmi les indices interactionnels révélateurs des 18 difficultés de compréhension non résolues, on trouve des traces d'efforts de clarification (6/18) (prévention et réparation de malentendus et incompréhensions), mais également des problèmes patents de cohérence ou de pertinence au cours du flux conversationnel (6/18) (p. ex. questions sans réponses pertinentes, propos paraissant hors cadre ou déplacés). Parfois (4/18), ces deux types de traces coexistent pour la même difficulté. Plus rarement (2/18), c'est un commentaire métacommunicatif relatif au problème de compréhension (p. ex. « [je comprends] plus ou moins ») qui en permet l'identification. De par leurs traces diversifiées (ressortant également du tableau 28), les difficultés de compréhension non résolues semblent donc se distinguer assez nettement des difficultés résolues (principalement identifiables, on vient de le voir, aux stratégies de réparation ou de prévention impliquées dans leur clarification).

Difficultés reconnaissables à :	Groupe linguistique		Total
	F2	F3	
clarification infructueuse seulement	2	4	6
clarification infructueuse et problème de cohérence ou de pertinence	4	-	4
problème de cohérence ou de pertinence seulement	5	1	6
commentaire métacommunicatif et clarification infructueuse	-	2	2
Total	11	7	18

Tableau 28 : Indices attestant d'une difficulté de compréhension

Au sein des difficultés de compréhension non résolues, on observe par ailleurs une différence marquée entre les deux groupes linguistiques de migrants⁹

9. Pour rappel, aucune difficulté de compréhension non résolue n'a été repérée dans les consultations de patients francophones natifs. Dans celles des patients les moins à l'aise en français (groupe F1), l'intercompréhension était trop précaire pour permettre le recensement de difficultés de compréhensions précises quand bien même elles étaient de toute évidence nombreuses.

au plan des indices attestant d'un problème. Dans les consultations de patients du groupe F2, près de la moitié des difficultés de compréhension relevées se repèrent uniquement sur la base d'un problème de cohérence ou de pertinence dans l'échange. À l'inverse, dans le groupe F3, les difficultés de compréhension sont principalement reconnaissables aux tentatives de résolution – en l'espèce infructueuses – qu'elles entraînent.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les difficultés repérables à un manque de cohérence ou de pertinence sont souvent des malentendus étendus qui peuvent être mis en lien direct avec la situation linguistique des patients du groupe F2 et leurs connaissances plus limitées en matière de médecine « officielle » et de système des soins. Dans ce même groupe, on rencontre aussi plus qu'ailleurs des difficultés de compréhension, dont tout indique qu'elles sont identifiées par les protagonistes, mais que ces derniers renoncent à leur résolution (v. *infra*, section 10.2.3), probablement, entre autres, parce qu'ils jugent les chances de succès de ces clarifications insuffisantes. De ce point de vue, certaines consultations se rapprochent de celles du groupe F1, où ce type d'abandon est la règle. À l'inverse, les difficultés non résolues du groupe F3 semblent souvent se rapporter à des éléments plus ponctuels. Ces difficultés font presque toutes l'objet de tentatives de clarification (souvent étendues), mais qui se heurtent souvent à une non-congruence entre la complexité des discours réparateurs produits par les médecins et le niveau de connaissances médicales officielles ou académiques chez les patients.

9.3.2 Repérage du problème par les protagonistes : malentendu ou incompréhension ?

L'intérêt de cette étude pour le repérage des difficultés de compréhension par les protagonistes de la consultation s'explique principalement par la volonté de disposer d'indications permettant de distinguer ces deux grands types de difficultés de compréhension que sont les incompréhensions et les malentendus. Pour rappel, ces derniers se caractérisent par la présence d'un moment plus ou moins prolongé d'illusion de compréhension chez l'un des participants au moins de la consultation. Cette illusion du participant peut porter sur sa propre compréhension (impression erronée d'avoir compris) tout comme sur celle de son vis-à-vis (impression erronée de s'être fait comprendre). À l'inverse, les incompréhensions sont, par définition, immédiatement identifiées (et, souvent, signalées) par les interactants. De fait, notre approche du repérage des difficultés de compréhension par les protagonistes s'est principalement centrée sur le recensement et l'analyse contrastée des malentendus et incompréhensions identifiés parmi les difficultés de compréhension résolues ou non résolues.

Au sein des difficultés de compréhension résolues recensées, les incompréhensions (difficultés immédiatement identifiées par les interlocuteurs) s'avèrent plus de deux fois plus nombreuses que les malentendus (difficultés avec un moment d'illusion de compréhension) : on dénombre 61 incompréhensions pour 28 malentendus. Dans sept cas, il n'a pas été possible de déterminer si la trajectoire interactionnelle du problème de compréhension passe par un moment d'illusion de compréhension ou non.

Parmi les difficultés de compréhension non résolues, les cas d'indécidabilité sont fréquents s'agissant de l'attribution aux malentendus ou aux incompréhensions. Cette classification est particulièrement peu aisée dans le cadre des consultations avec des patients du groupe F1. Dans ces entretiens cliniques, les doutes sur l'intercompréhension chez les participants semblent pour ainsi dire la règle et dans ce sens l'incompréhension est donc omniprésente. On relève toutefois aussi de nombreuses séquences d'interaction qui se développent sur une base de compréhension supposée commune, base qui s'avère soudainement non partagée et, donc, objet d'un malentendu. Il est notamment des épisodes, au sein de ces consultations, où incompréhension et malentendu apparaissent étroitement enchevêtrés. Tel est, par exemple, le cas de l'extrait suivant, cumulant des difficultés de compréhension immédiatement signalées (en l'occurrence par le non-verbal et une certaine itération thématique) et plusieurs malentendus qui ne seront pas repérés avant la fin de la consultation, le tout dans une importante inquiétude interprétative (Traverso 2003).

Extrait n° 5 : « Peur d'être paralysé »

Originaire d'un pays balkanique, le patient souffre depuis plusieurs années de douleurs dans le dos et dans les jambes. Il voit le médecin depuis deux ans environ. Ce dernier lui a déjà administré plusieurs injections suivies d'un soulagement partiel. Maçon de formation, le patient a été licencié quelques mois auparavant et suit un stage de formation dans le cadre du chômage.

Le patient appartient au groupe F1. Son français actif et passif est suffisant pour une partie des activités communicationnelles de son quotidien (achats, conversation sociale de base, etc.), mais dans le contexte médical étudié, ses productions discursives sont, dans leur ensemble, très difficiles à comprendre. Le fait qu'une partie importante des interventions compréhensibles apparaisse hors de propos suggère en outre des difficultés de compréhension majeures, que le patient confirme lors de l'autoconfrontation. Il dit lui-même qu'il sait le français « de cinq à dix pour cent », alors que son médecin évalue son français comme « pauvre » et considère que dire qu'il parle « un peu » le français relève déjà de l'exagération. Le patient dit avoir suivi des cours de français à deux reprises mais se dit bloqué dans sa progression du fait que son travail implique très peu d'activité conversationnelle et que dans sa vie familiale et sociale il recourt très majoritairement à sa langue première. Il souhaite malgré tout reprendre des cours prochainement.

Il arrive au patient de se présenter aux consultations médicales avec un proche pour traduire (généralement sa fille adulte), mais tel n'est pas le cas le jour de l'enregistrement. Il a également eu recours aux interprètes fournis par l'hôpital dans différents autres services de l'institution et considère qu'une telle aide lui aurait été utile durant la consultation filmée. Le médecin paraît, quant à lui, quelque peu ambivalent sur la question de l'interprétariat : tout en affirmant de manière réitérée qu'une traduction aurait permis d'approfondir l'échange, il dit hésiter à inclure un tiers professionnel dans le suivi au vu de mauvaises expériences antérieures avec certains interprètes externes mandatés par l'hôpital. Il les juge inadéquats dans les consultations et coûteux pour une institution déjà contrainte à l'austérité.

L'extrait ci-dessous constitue la fin d'une discussion prolongée traitant de la proposition du médecin de procéder à une injection (péridurale) immédiatement après l'entretien. Cette discussion a commencé par un positionnement clair du médecin en faveur de l'injection et un « ok » du patient, augurant *a priori* d'un accord. Toutefois, le patient s'engage aussitôt dans des considérations révélant d'importantes hésitations (dont on ne saisit pas bien si elles sont passées ou d'actualité). Le médecin sollicite alors à nouveau l'avis du patient sur la possibilité d'une injection, sur quoi ce dernier demande au médecin de lui dire ce qu'il doit faire (98 : « comme vous le dit

vous, c'est piquer oui non »). Mais avant même que le médecin réponde, le patient repart dans une explication peu compréhensible à propos de ses incertitudes, faisant notamment intervenir sa surcharge pondérale. Ce n'est qu'après cette intervention que le médecin en vient à donner son avis, en l'espèce en reformulant sa volonté de procéder à l'injection.

103 M parce que moi je pensais faire la piqûre aujourd'hui

104 P =non

105 M =oui de la faire

106 P =oui.

107 M mais si vous voulez pas non hein . moi je, pour moi ce n'est pas un problème faire la piqûre

108 P =ouais

109 M =je ne pense pas que pour vous c'est un gros problème, c'est un gros problème non plus.

110 P mmh mmh.

111 M mais je crois que après cette piqûre-là, vous aviez eu un bénéfice, vous étiez mieux après la piqûre du mois de-, d'octobre . .vous étiez mieux ?

112 P mmh. [mimique exprime la perplexité]

113 M alors euh c'est pour ça que j'aimerais la refaire, si vous, si vous ne voulez pas, non, je ne fais pas, si vous dites euh, vous avez peur, vous dites euh, après vous êtes euh . paralysé ou je ne sais pas quoi, moi je vous la fais pas.

114 P mmh, bon c'est moi maintenant, pas réfléchir plus, pas juste réfléchir . . pas euh euh . . euh j'sais pas c'est la cause que quel est paralysé, pour moi parler hein ?

115 M =vous avez [parlé]

116 P [ah mais oui]

117 M vous avez parlé avant

118 P =ouais

119 M =que vous disiez, vous avez peur d'être paralysé

120 P =ouais

121 M =alors, y en a pas souvent hein

122 P =et pis à prochain, à prochain [hypothèse : P veut parler de la « dernière » fois], ça là garder . de l'eau. [patient esquisse un ruissellement descendant du crâne sur les tempes]

123 M =où ça ?

124 P ici, à prochaine [hypothèse : P veut parler de la « dernière » fois] euh piquer, c'est moi, c'est là, c'est là, mal de dos, chez moi arriver tout de suite piquer hein . . a, c'est pas beaucoup mal, après . problème, c'est même chose la guerre hein . chez moi, la guerre et pis, j'sais pas comment bien expliquer.

125 M enfin, moi je ne sais pas, si aujourd'hui, je vous dis, on va faire la piqûre, est-ce que vous êtes d'accord ? ou non

126 P =oui

127 M =alors on va faire.

Au tout début de cet extrait, le patient cherche à comprendre la position du médecin. Les « oui » et « non » du patient sont probablement des reformulations de ce qu'il suppose, sur le moment, être la position – favorable ou défavorable à l'injection – du médecin. Si tel est le cas, l'alternance rapide des hypothèses positives et négatives témoigne de l'incertitude du patient. Cette première séquence finit d'ailleurs par une incompréhension clairement signalée par une mimique exprimant la perplexité.

Le reste de ce passage regorgeant d'indices de difficultés d'expression du patient, ainsi que d'incompréhensions et de malentendus, même s'il est souvent complexe d'évaluer, à partir du seul enregistrement, dans quelle mesure le patient accède aux contenus thématiques par le médecin¹⁰. Les indications tirées des entretiens d'autoconfrontation s'avèrent ici particulièrement précieuses, ce d'autant plus que le patient en question s'est montré prolix et précis dans ses commentaires de la vidéo. Or ces commentaires pointent, en l'espèce, au moins deux malentendus non repérés et non clarifiés. Le patient dit ainsi, à propos de l'extrait cité, avoir compris que le médecin insiste sur la liberté et la responsabilité du patient dans le choix de l'injection et que le clinicien tient à lui rappeler les risques liés à l'injection. En 109, lorsque le médecin tente, de fait, de rassurer le patient en affirmant que l'injection ne représente « pas un gros problème », le patient comprend ainsi que le médecin lui dit que l'injection est un « très gros problème ». Similairement, en 113-121, il comprend que le médecin lui réitère qu'il peut rester paralysé, information qu'il avait déjà reçue dans le cadre des formulaires de consentement que sa fille lui avait traduits lors des premières injections.

On peut donc dire ici que l'effort du médecin de laisser le libre choix de la décision de traitement tout en cherchant à rassurer le patient sur les risques encourus – enjeux communicationnels dont l'enquête A a montré l'importance pour les antalgiques (v. *supra*, section 4.2.1.2) – n'aboutit que très partiellement. Tout indique en effet que le patient, dans son « travail » d'interprétation des propos du médecin, s'accroche principalement à quelques mots isolés qu'il saisit au vol et que la plupart des autres éléments porteurs de sens – notamment les négations et les hypothétiques – ne sont pas compris. Dans le processus interprétatif à haut risque qui s'ensuit, ce sont de toute évidence les éléments les plus effrayants pour le patient qui sont pris comme points d'ancrage pour les inférences de sens, ce qui a pour conséquence de renforcer ses inquiétudes.

Toujours lors de l'autoconfrontation, le patient explique qu'il cherchait, de son côté, à communiquer au médecin ses peurs face aux injections. Afin de lui en faire comprendre l'intensité, il voulait lui expliquer qu'il a énormément transpiré lors de la dernière injection et établir un parallèle avec les peurs qu'il a connues lors de la guerre dans son pays. Ces tentatives d'explicitation sont effectivement repérables dans l'interaction durant la consultation, mais d'autant plus difficiles à comprendre dans leur intention initiale que le patient utilise systématiquement le complément de temps « prochain » en parlant de sa « dernière » injection. Le patient finit d'ailleurs par verbaliser sa frustration dans un commentaire métacommunicatif : « j'sais pas comment bien expliquer » (tour 124). C'est cet instant que le médecin choisit pour clore la discussion en plaçant le patient une nouvelle fois devant le choix de se faire piquer ou non et en traitant sa réponse affirmative comme une décision définitive.

En résumé, on peut dire que malgré la modicité des ressources linguistiques communes à disposition, plusieurs contenus clés ont pu être communiqués dans cet échange. Le patient comprend, par exemple, que c'est à lui de choisir s'il veut la péridurale – on l'a vu – et l'entretien de

10. Notons que dans les consultations avec des patients à maîtrise du français limitée, il m'était toujours plus difficile de me mettre à la place du patient qu'à celle du médecin, locuteur natif ou quasi natif du français comme moi et dont j'imaginai plus aisément les doutes et incompréhensions face au discours « non standard » du patient.

feedback avec le médecin montre aussi que ce dernier saisit bien que le patient a peur des injections (peur dont il voit la source probable dans une image négative de la médecine amenée par le patient de son pays d'origine). Mais il est aussi des contenus importants qui ne parviennent pas à être transmis – ou ne peuvent être réellement élaborés entre médecin et patient –, contenus dont certains sont en lien direct avec le principal élément faisant l'objet de divergences de vues dans cette situation : les risques liés à l'injection. Les deux parties expriment d'ailleurs une certaine frustration à ce propos. Le patient regrette de ne pas avoir pu s'informer véritablement sur les risques en question, alors que le médecin déplore de ne pas avoir réussi à faire comprendre au patient la dangerosité réduite d'une péridurale.

Notons que la péridurale qui suit immédiatement l'enregistrement se déroule finalement à la satisfaction du patient (tant sur le moment qu'au plan des effets durant les mois subséquents) et que le lien entre médecin et patient paraît globalement bon. Lors des *feedbacks*, les deux protagonistes témoignent en effet d'une estime réciproque et, lors de l'entretien d'autoconfrontation cinq mois plus tard, le patient envisage de retourner voir le médecin si ses douleurs s'intensifient à nouveau. Outre le résultat clinique positif, ce bon fond relationnel explique peut-être pourquoi les difficultés de compréhension sur des dimensions sensibles de la consultation restent finalement sans répercussions relationnelles majeures dans ce cas, ce qui confirmerait l'idée de bien des participants de l'enquête A qu'une attitude bienveillante des cliniciens peut atténuer considérablement les conséquences de conditions communicationnelles défavorables pour des raisons linguistiques (v. *supra*, section 5.2.2).

Mais le niveau de maîtrise du français du patient n'en demeure pas moins trop faible pour lui permettre d'accéder ne serait-ce qu'aux informations les plus centrales que cherche à lui transmettre le médecin. De plus, on voit bien que certaines stratégies décrites par la littérature et par les patients interviewés dans l'enquête A (v. *supra*, section 5.2.2) comme utiles dans la communication médicale exolingue n'opèrent ici pas dans le sens voulu et s'avèrent même contre-productifs (ainsi la répétition¹¹ d'éléments clés de contenu, comme avec « [pas un] gros problème » au tour 109). Dans ce sens, l'intervention d'un interprète aurait indubitablement favorisé la compréhension mutuelle et le confort psychologique du patient dans cette situation. Selon toute probabilité, un tiers assurant la traduction aurait notamment permis au patient de comprendre que le médecin, loin de le laisser seul avec une décision difficile, prend au contraire clairement position et cherche à dédramatiser.

On peut également imaginer qu'avec un interprète, le médecin aurait pu rebondir sur la comparaison entre peurs et vécu de guerre du patient pour lui offrir une forme de soutien ou de thérapie psychologique ou psychiatrique¹². L'entretien d'autoconfrontation du patient (tenu avec une interprète) suggère en effet l'existence de besoins possibles dans ce domaine, puisque le patient dit se trouver dans une période où il doit lutter pour « se retrouver au niveau professionnel, physique et psychologique ».

Les problèmes à catégoriser les difficultés de compréhension non résolues en « malentendus » et « incompréhensions » ne se limitent toutefois pas aux consultations des patients du groupe F1. Parmi les 18 difficultés non résolues recensées pour les groupes F2 et F3, il en est six pour lesquelles il n'est pas possible de statuer valablement sur la présence ou non de moments d'illusion de

11. L'impact facilitateur de ce type de stratégies est notamment décrit chez Gajo *et al.* (2005 : 47-48), où elles sont nommées « itérations ».

12. V. *supra*, section 4.1.2 pour la place des prestations de psychiatrie de liaison au sein des pratiques de l'unité d'antalgie.

compréhension chez les protagonistes. De ce point de vue, les difficultés non résolues repérables uniquement à un problème de cohérence ou de pertinence (et non pas à des réparations ou préventions ou à des commentaires méta-communicatifs) s'avèrent particulièrement problématiques. Pour ces cas, on ne saurait en effet conclure sans autres au malentendu, en postulant qu'une identification du problème de compréhension par l'une des parties de la rencontre aurait nécessairement entraîné des tentatives de résolution. Principalement dans les consultations avec des ressources linguistiques partagées limitées, tout invite à penser que les protagonistes peuvent fort bien identifier une difficulté de compréhension puis renoncer à une clarification ciblée, notamment parce qu'ils craignent que celle-ci ne génère plus de confusion que de clarté (v. *infra*, section 10.2.2, troisième groupe de raisons). Ces risques liés à un déballage (angl. *unpacking*) de concepts complexes avec les patients peu à l'aise dans la langue de consultation ont notamment été relevés par Roberts *et al.* (2003) dans un *setting* de médecine générale.

Parmi les 12 autres difficultés de compréhension non résolues qui ont pu être caractérisées comme incompréhension ou malentendu, huit relèvent de l'incompréhension, contre quatre seulement du malentendu¹³. Cette prééminence numérique des incompréhensions sur les malentendus demande réflexion. On aurait en effet pu penser de prime abord que les incompréhensions seraient relativement faciles à résoudre du fait du repérage et du signalement précoce du problème de compréhension¹⁴. Ce résultat suggère plutôt que, malgré leur relative transparence, les incompréhensions n'évoluent pas nécessairement vers une résolution couronnée de succès. À y regarder de plus près, les incompréhensions non résolues, bien que plus nombreuses, s'avèrent toutefois tendanciellement moins complexes et *a priori* moins chargées de conséquences négatives immédiates pour les suivis que les malentendus non clarifiés. Du moins les cas les plus indiscutablement « bénins » sont-ils des incompréhensions (v. extrait n° 4 : « C'est positif, ça veut dire » et extrait n° 8 : « Plus raide que la première fois ? »), alors que deux épisodes parmi les plus éminemment problématiques du corpus sont des malentendus. Il s'agit des extraits n° 11 (« D'accord et puis en génétique ») et n° 13 (« Faire une protection juridique ») qui sont tous deux présentés et discutés plus loin. Le second de ces extraits illustre particulièrement bien l'impact problématique de malentendus non clarifiés et, en l'espèce, non repérés sur l'échange d'informations clés durant les consultations, sur les décisions prises et sur leur suivi par les parties concernées : suite à ce malentendu, le patient ne suit pas le conseil que son médecin lui donne en matière d'assurances et se trouve privé de prestations au moment de l'entretien d'autoconfrontation.

13. Concernant la faible proportion de malentendus parmi les difficultés de compréhension non résolues, il est important de garder à l'esprit la manière dont ces dernières ont été repérées dans notre étude. N'ont en effet été retenus comme difficultés de compréhension que les épisodes porteurs de traces interactionnelles de la difficulté concernée. Les malentendus sans traces interactionnelles – probablement fréquents dans de nombreux entretiens et sans doute le plus souvent non résolus – n'ont donc pas été répertoriés.

14. Cette idée est en revanche corroborée par l'analyse de l'inventaire des difficultés de compréhension résolues (v. *supra*, début de la section 9.3.2).

9.4 Bilan sur les contextes d'apparition, les causes et le repérage des difficultés de compréhension résolues et non résolues

Après ce tour d'horizon des difficultés de compréhension sous l'angle de leurs contextes d'apparition, de leurs causes et de la manière dont ils sont repérés, on retiendra que, dans mon corpus, l'intégralité des difficultés de compréhension non résolues se produisent dans les consultations exolingues, alors que les difficultés de compréhension résolues se répartissent de manière relativement homogène sur toutes les consultations. On se rappellera également que les difficultés de compréhension ne semblent liées à aucune séquence thématique ou activité de la consultation en particulier.

D'autre part, il s'avère qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer si les difficultés de compréhension sont des incompréhensions ou des malentendus, en particulier dans le cas des difficultés non résolues, généralement plus complexes dans leur déroulement que celles résolues. Là où la distinction est possible, il apparaît que, parmi les difficultés de compréhension non résolues, les malentendus sont moins nombreux que les incompréhensions. Du point de vue de leurs conséquences cliniques et/ou relationnelles, les malentendus non résolus apparaissent toutefois plus problématiques que les incompréhensions non résolues.

Au plan des causes des difficultés de compréhension, c'est le niveau sémantique (sens des termes inconnus pour l'une des parties ou désaccords sur le sens de termes et expressions) qui semble jouer un rôle prédominant dans passablement de difficultés de compréhension non résolues. On recense toutefois aussi de nombreux cas complexes – surtout parmi les malentendus et incompréhensions particulièrement problématiques – faisant intervenir plusieurs niveaux d'analyse en même temps (prononciation, morphosyntaxe, sémantique et/ou pragmatique) dont aucun n'est particulièrement saillant. Au-delà de ma lecture des causes de malentendus et incompréhensions par niveaux d'analyse linguistiques, on voit se profiler deux facteurs de complexité majeurs qui jouent des rôles centraux dans la survenue des difficultés de compréhension non résolues. Il s'agit d'une part de la complexité médicale, dans le sens où ces malentendus et incompréhensions surviennent souvent lorsque les cliniciens utilisent des termes médicaux complexes ou inconnus des patients, ou lorsqu'ils leur parlent de réalités médicales peu familières et/ou que chacun envisage différemment. D'autre part, on identifie l'impact d'un facteur que l'on peut qualifier de complexité discursive, lié notamment à des situations fortement marquées par la polyphonie discursive (traitement de « voix » qui viennent de l'extérieur de la consultation) ou par des cadres participatifs atypiques (médecin qui quitte le rapport d'interlocution avec le patient pour parler à un questionnaire, à son ordinateur, avec lui-même, etc.).

À ce stade, on peut également affirmer que la part des causes des difficultés de compréhension non résolues pouvant être directement mise en lien avec le profil allophone des patients impliqués est réduite. Un lien évident n'apparaît guère que dans les difficultés impliquant des lacunes lexicales sur des mots du français que l'on peut qualifier de courants (p. ex. « raide », v. extrait n° 8 : « Plus raide que la première fois ? ») et dans les malentendus ou les incompré-

hensions complexes marqués par des formes idiosyncrasiques d'apprenants (p. ex. « moi pris », v. extrait n° 3 : « Il était gentil le patron »). Pour le reste, les facteurs de complexité qui créent les difficultés dans ces consultations exolingues apparaissent *a priori* susceptibles d'en générer également dans des consultations avec des patients francophones natifs. Tout se passe en revanche comme si l'apparition de ces difficultés était plus fréquente avec des migrants du fait d'une probabilité plus élevée de rencontrer une multiplication de facteurs de complexité (français plus limité, connaissance moindre du monde médical, connaissances anatomiques et physiologiques plus limitées, etc.) dans les consultations avec les patients venus d'ailleurs.

Portée et limites des stratégies de résolution de difficultés de compréhension

S'il a déjà abondamment été question des difficultés de compréhension résolues et non résolues et de leurs différences (notamment en termes de causes initiales) dans le chapitre précédent, rien – ou presque – n'a encore été dit concernant les stratégies concrètes qui sont développées par les participants pour tenter de résoudre les malentendus et incompréhensions et sur les raisons de leur succès ou de leur échec. C'est à cet aspect que se consacre ce chapitre.

Les stratégies de résolution mises en œuvre en lien avec les difficultés de compréhension sont largement décrites et exemplifiées par la recherche interactionnelle. Je me suis basé sur certains travaux issus de cette recherche (critères typologiques relatifs à l'identification et à la gestion des malentendus et des incompréhensions (p. ex. Schegloff *et al.* 1977 ; de Heredia-Desprez 1990 ; Bremer & Simonot 1996a ; Bremer & Simonot 1996b ; Schegloff 2000 ; Hinnenkamp 2001 ; Roberts *et al.* 2003 ; Gajo 2005) pour élaborer une grille typologique de stratégies (v. *supra*, section 6.2.1, en particulier le tableau 13) qui a ensuite été réadaptée pour mieux répondre aux besoins de l'enquête et aux réalités observées dans les pratiques (v. *supra*, section 7.4.2). Grâce à cette grille typologique, j'ai ici cherché à recenser et, dans une certaine mesure, à comparer les stratégies intervenant dans les difficultés de compréhension résolues et non résolues. Le but principal de cette démarche est de mieux comprendre, concernant les difficultés de compréhension non résolues, ce qui fait obstacle à leur résolution. Trouvent également place dans ce chapitre les principales observations tirées de mon analyse des objectifs communicationnels saillants qui caractérisent les séquences interactionnelles où des difficultés de compréhension sont gérées. Ces observations livrent en effet également des pistes précieuses quant aux raisons probables pour lesquelles davantage d'efforts de résolution sont développés pour certains malentendus et incompréhensions que pour d'autres, pistes qui postulent notamment une certaine asymétrie entre médecin et patient dans ce domaine.

Avant toute chose, un constat général concernant les stratégies impliquées dans la résolution de difficultés de compréhension mérite toutefois d'être fait : les visées préventives ou réparatrices de ces stratégies ne sont que rarement distinguables. Ces visées apparaissent au contraire le plus souvent concomi-

tantes, dans le sens où les protagonistes s'engagent à la fois dans la prévention d'une éventuelle difficulté de compréhension en commençant à la « travailler » et entament par la même occasion sa réparation¹. C'est la raison pour laquelle je parle, pour ma part, le plus souvent de stratégies ou séquences de résolution de difficultés de compréhension – le terme de résolution englobant les dimensions réparatrice et préventive – et parfois également de stratégies ou de séquences de prévention ou de réparation.

10.1 Stratégies utilisées dans les difficultés de compréhension résolues

Les stratégies liées aux difficultés de compréhension résolues ont pour particularité de s'être avérées « opérantes » dans leurs contextes d'utilisation spécifiques (ce qui ne veut toutefois pas nécessairement dire qu'elles l'auraient également été dans un autre contexte). À ce propos, il faut notamment signaler que les dyades médecin-patient qui gèrent avec succès des difficultés de compréhension recourent généralement à plusieurs stratégies successives à cette fin, d'où le besoin de distinguer les stratégies initiales (qui sont souvent aussi les premiers indices de l'existence même de la difficulté, v. *supra*, section 9.3.1) des stratégies de suivi (parfois multiples). Comme le montre le tableau 29, ce n'est guère que dans un tiers environ des cas qu'une stratégie de réparation ou de prévention unique suffit à la clarification recherchée (34 cas sans stratégie de suivi vs 62 cas avec stratégie de suivi).

Stratégie initiale		(Premières) stratégies de suivi	
Hétéroreformulation	35	Hétéroreformulation	9
<i>dont correction</i>	9	<i>dont correction</i>	2
Autoreformulation	17	Autoreformulation	44
<i>dont répétition</i>	0	<i>dont répétition</i>	8
Requête métadiscursive	25	Requête métadiscursive	2
Commentaire métadiscursif	15	Commentaire métadiscursif	7
Stratégie absente ou inclassable	4		
Total	96		62

Tableau 29 : Stratégies de réparation ou de prévention (difficultés résolues)

10.1.1 Stratégies initiales

Comme le montre ce même tableau 29, en termes numériques, les stratégies initiales des processus de réparation ou de prévention des difficultés de compréhension sont dominées par les stratégies d'hétéroreformulation (35/96), autrement dit, par des reprises sous une autre forme (et souvent enrichies de nouvelles

1. La difficulté de distinguer les stratégies de prévention de celles de réparation de malentendus et d'incompréhensions a également été soulignée par Roberts *et al.* (2003 : 41), dans un *setting* à bien des égards comparable au mien.

dimensions) des propos de l'interlocuteur. Ces stratégies ont principalement pour fonction la validation d'hypothèses interprétatives, c'est-à-dire de vérifier auprès de l'auteur d'un segment de discours que ce qu'il voulait dire correspond bien à ce qui a été compris par l'interlocuteur. À titre d'exemple, on peut mentionner le cas de l'extrait n° 2 (« Stop, stop, pas trop vite »), où le patient vérifie sa compréhension des instructions posturales du médecin en en faisant la démonstration au plan non verbal.

La correction représente un cas particulier de d'hétéroreformulation et consiste, socio-linguistiquement parlant, en la proposition d'une forme plus proche de la norme locale du français que celle initialement utilisée par l'interlocuteur. On compte neuf corrections parmi les premières stratégies utilisées pour gérer une difficulté de compréhension résolue.

En position initiale d'une séquence de prévention ou de réparation de difficultés de compréhension, les autoreformulations (retour, par un locuteur, sur ses propres propos) sont, quant à elles, essentiellement utilisées pour exprimer que l'on craint avoir été mal compris (signalement d'un malentendu possible), ou pour réagir à une incompréhension exprimée non verbalement par l'interlocuteur (auquel cas l'autoreformulation pourrait aussi être considérée comme une stratégie de suivi). Parmi les 17 stratégies d'autoreformulation initiales recensées, on n'observe aucune répétition au sens strict, les discours initiaux étant toujours complétés, le plus souvent par l'adjonction d'éléments contextuels supplémentaires devant en réorienter l'interprétation. Il est également quelques autoreformulations qui questionnent l'attribution même des épisodes dans lesquels elles s'inscrivent au rang des difficultés de compréhension. Pour certains de ces épisodes, il semble en effet que des participants autoreformulent uniquement pour revenir sur des éléments de leurs discours qu'ils considèrent insuffisamment pris en compte, sans pour autant douter de la bonne compréhension desdits éléments par leur interlocuteur. Il semble que l'on rejoigne ici des phénomènes également identifiés dans d'autres recherches sur les malentendus et incompréhensions (Galatolo 1995 ; Eades 2003), à savoir la mise en scène délibérée de pseudo-malentendus ou de pseudo-incompréhensions à des fins stratégiques sans véritable volonté de résoudre une difficultés de compréhension.

Au sein des difficultés de compréhension résolues, les requêtes métadiscursives occupent, parmi les stratégies de réparation ou prévention initiales, le second rang en termes de fréquence (25/96). Il s'agit principalement de demandes de clarification exprimant soit l'incompréhension (p. ex. « pardon ? », « c'est-à-dire ? »), soit des doutes sur la compréhension chez l'interlocuteur (p. ex. « asymétrique, ça vous dit quelque chose ? »).

Les commentaires métadiscursifs en début de gestion de difficultés de compréhension équivalent concrètement à des prises de position explicites sur l'intercompréhension, prises de position qui ne reformulent pas les propos de l'un des participants, mais se situent à niveau « méta ». Dans mes données, il s'agit systématiquement d'une forme de contestation, par un des locuteurs, d'une interprétation attribuée à l'interlocuteur. Cette contestation peut par exemple prendre la forme de « non, non, c'est pas ce que je voulais dire », mais parfois il suffit de l'insertion, à l'articulation de deux tours de parole d'un simple « (d'accord,) mais » pour signaler que l'on pense ne pas avoir été compris correctement.

10.1.2 Qui initie la réparation ou la prévention, comment, et dans quel type de consultation ? Quelques tendances

L'initiation de la réparation ou prévention de difficultés de compréhension résolues émane bien davantage des médecins (72/96) que des patients (24/96) et ceci quel que soit le niveau de maîtrise du français des personnes soignées. Tant chez les cliniciens que chez les patients, on constate une large diversité de stratégies initiales, mais il est frappant de voir que les patients recourent particulièrement souvent aux requêtes métadiscursives (dix occurrences à l'initiale) et relativement peu aux hétéroreformulations (cinq occurrences à l'initiale). Ces dernières sont en revanche fréquentes chez les médecins (21 occurrences à l'initiale).

Se dégage ainsi, chez les personnes souffrant de douleurs chroniques, une tendance à privilégier l'initiation de séquences de prévention ou de réparation par les stratégies qui risquent moins d'être interprétées par les cliniciens comme une tentative d'exercer un contrôle sur la gestion des thèmes dans la consultation ou sur leur discours de spécialiste (comme les requêtes méta-communicatives du type « pardon ? »). En procédant de la sorte, les patients semblent ainsi se conformer à l'asymétrie des rôles conversationnels maintes fois décrite à propos des consultations cliniques (v. *supra*, section 6.2.3.1).

À l'inverse, on l'a dit, les médecins recourent largement aux hétéroreformulations pour ouvrir des séquences de prévention ou de réparation de difficultés de compréhension. Au sein même des hétéroreformulations, les disparités entre les comportements préventifs ou réparateurs des médecins et patients sont particulièrement marquées pour les corrections : lorsqu'une hétéroreformulation de type correctif apparaît à l'initiale, elle est, à une exception près, toujours le fait du clinicien (8/9). On notera également que les patients corrigés par leur médecin appartiennent tous aux groupes F2 et F3, alors qu'aucune correction n'a été recensée dans les consultations des patients du groupe F4. Avec les patients allophones au moins, les médecins filmés ne semblent donc pas hésiter à recourir à des hétéroreformulations de type correctif. Et, de fait, dans les données récoltées, rien ne parle pour davantage de retenue des médecins dans leurs pratiques correctrices avec des patients migrants allophones (retenue à laquelle invitent par exemple Roberts *et al.* (2003) sur la base de leurs résultats) : on ne repère, en effet, dans l'environnement discursif immédiat des reformulations correctrices, aucune trace particulière de tensions relationnelles imputables à des menaces ou violations de la face positive des personnes soignées et aucun patient allophone ne se plaint, dans ses entretiens de *feedback* et d'autoconfrontation, de corrections malvenues ou mal vécues.

S'agissant du lien entre stratégies initiales et profils linguistiques des patients, on relèvera encore que les séquences de prévention ou de réparation commençant par un commentaire métadiscursif (qui vise en général à une contestation des interprétations de l'interlocuteur, du type « ce n'est pas ce que je voulais dire ») ne se trouvent que dans les consultations des patients les plus à l'aise en français – on en trouve cinq dans le groupe F3 et dix dans le groupe F4. Ces commentaires sont généralement le fait des médecins (11/15). Peut-être l'absence de ce type de stratégies des consultations de patients ayant une maîtrise

plus limitée du français vient-elle d'une certaine peur, de part et d'autre, d'entrer dans des développements discursifs trop complexes pour leurs interlocuteurs en cas de métacommunication. Une autre explication pourrait résider dans les craintes, du côté des médecins, de menacer les faces des patients en explicitement des malentendus survenus dans l'échange.

10.1.3 Stratégies de suivi

Dans près de deux tiers des difficultés de compréhension faisant l'objet d'une résolution réussie (62/96), plusieurs stratégies successives sont impliquées dans la prévention ou de réparation du problème (potentiel). Dans ces cas de stratégies multiples, la seconde d'entre elles est généralement le fait du locuteur qui n'est pas à l'initiative de la prévention ou de la réparation. Ainsi, les requêtes métadiscursives des patients relatives à un ou plusieurs termes incompris sont classiquement suivies d'autoreformulations de la part des médecins. Les hétéro-reformulations de type correction des médecins tendent, quant à elles, à être répétées par les patients (probablement tant pour signaler que l'on a compris le but de la démarche que pour mémoriser la forme « correcte »). Cette pratique récurrente semble corroborer l'affirmation des patients dans les entretiens de l'enquête A, selon laquelle les consultations médicales servent de lieux d'acquisition de ressources linguistiques dans la langue locale aux personnes migrantes souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques².

Parmi les autres séquences dialogiques de stratégies attestées, on peut encore mentionner les hétéroreformulations de médecins porteuses d'hypothèses interprétatives sur les propos antérieurs des patients, hétéroreformulations qui peuvent être suivies soit par une nouvelle reformulation du patient confirmant ou réorientant le contenu de l'hypothèse interprétative, soit par un commentaire métadiscursif du patient qui conteste cette hypothèse.

Dans des situations relativement rares, le suivi de la résolution est pris en charge par le protagoniste même qui en est à l'origine. Un médecin de l'échantillon commence, par exemple, par contester la compréhension du patient concernant l'un des thèmes de la consultation dans le cadre d'un commentaire métadiscursif, avant de reformuler sa propre position sur la question, qu'il avait déjà énoncée plus tôt dans l'entretien clinique (autoreformulation). Dans une autre situation, un patient commence par reprendre ses propres dires (autoreformulation), avant d'explicitement que les propos en question n'avaient initialement pas été compris correctement (commentaire métadiscursif).

Dans quelques cas, le nombre de stratégies impliquées dans une réparation ou prévention réussie est supérieur à deux. Dans le cadre de son examen physique, un patient dit par exemple très approximativement au médecin où il localise son ressenti d'électrisation. Le médecin, qui n'est de toute évidence pas sûr d'avoir compris ces indications, reformule les propos du patient en alliant le verbal et non verbal (palpe la jambe). La réaction du patient articule, quant à elle, deux stratégies successives : un commentaire métadiscursif contestant l'hypothèse interprétative du médecin et une autoreformulation précisant à nouveau la

2. L'étude de Gajo *et al.* (2005) a souligné que les interactions cliniques peuvent avoir une fonction didactique.

localisation. Suite à plusieurs tentatives, le médecin finira par identifier l'endroit sensible, comme en témoigne le rôle de douleur que ses palpations suscitent chez le patient.

10.2 Stratégies utilisées dans les difficultés de compréhension non résolues

Les stratégies de réparation ou de prévention utilisées dans le cadre des difficultés de compréhension non résolues m'intéressent principalement en vue d'une meilleure compréhension de la gestion de ces difficultés. La prise en compte, dans l'analyse, du contexte d'énonciation plus large des stratégies donne notamment accès à quelques pistes explicatives concernant les raisons pouvant conduire certains protagonistes à renoncer à certaines stratégies.

10.2.1 Stratégies et niveau de langue des patients

Le choix des stratégies déployées par les soignants et les soignés pour faire face aux difficultés de compréhension non résolues est contrasté (v. tableau 30). Il semble en partie lié au profil linguistique des patients. Dans les consultations de migrants appartenant aux groupes F1 et F2, on trouve des exemples de difficultés non résolues qui ne sont associées à aucune stratégie de prévention ou de réparation, à l'exception peut-être de l'expectative (v. tableau 13) illustrée dans l'extrait n° 1 (« C'est le problème parler france »), stratégie qu'il n'est, par définition, pas toujours facile à distinguer, au plan de ses traces formelles, de l'abandon provisoire de la clarification. À l'inverse, toutes les difficultés de compréhension non résolues relevées dans les consultations de patients du groupe F3 ont suscité des stratégies de réparation autres que l'expectative, généralement initiées par le médecin.

Nombre de difficultés de compréhension non clarifiées associées avec...	F1 ³	F2	F3	F4
... aucune stratégie de réparation hormis l'expectative (<i>wait and see</i>)	-	6	0	0
... une ou des stratégies à l'initiative du médecin	-	5	6	0
... une ou des stratégies à l'initiative du patient	-	0	1	0

Tableau 30 : Stratégies impliquées dans les difficultés de compréhension (selon le groupe linguistique du patient)

Cette différence entre groupes linguistiques F2 et F3 au plan des stratégies de réparation des difficultés de compréhension non clarifiées explique évidemment

3. Pour rappel, les difficultés de compréhension des trois consultations de migrants du groupe linguistique F1 n'ont pas été inventoriées de manière systématique. Le recours à l'expectative y est toutefois fréquent de part et d'autre et les reformulations, ainsi que les commentaires et requêtes métalinguistiques, y sont très majoritairement initiées par le médecin.

la distinction entre eux au plan des indices (traces interactionnelles) révélateurs d'une difficulté de compréhension. On se rappelle à cet égard (v. *supra*, section 9.3.1) que les difficultés de compréhension non résolues sont principalement reconnaissables comme telles grâce à la présence de tentatives de résolution dans le groupe F3 alors que, dans les consultations avec des patients du groupe F2, de nombreuses difficultés de compréhension sont repérables principalement sur la base de problèmes de cohérence ou de pertinence dans l'échange.

10.2.2 Raisons probables de la non-résolution des difficultés de compréhension

Les raisons probables sous-jacentes à l'absence ou à l'échec de tentatives de résolution dans les difficultés de compréhension non clarifiées peuvent être représentées schématiquement comme suit :

Traces attestées en « surface »	Raisons sous-jacentes (probables)
Aucune tentative de prévention ou de résolution n'est repérable	Le problème n'est repéré par aucun protagoniste Le problème est repéré, mais immédiatement abandonné
Des stratégies de prévention ou de résolution sont déployées mais n'aboutissent pas	La complexité de ce qui est discuté est définitivement ingérable Le médecin et le patient ont manifestement des objectifs communicationnels contradictoires La prévention/résolution génère plus de confusion que de clarté

Tableau 31 : Raisons probables de la non-résolution des difficultés de compréhension non clarifiées

Concernant tout d'abord les difficultés non clarifiées qui ne donnent lieu à aucune tentative de résolution, il y a déjà lieu de distinguer deux situations :

- (1) celles, rares (ou du moins difficiles à identifier), où le malentendu n'est selon toute probabilité repéré par aucun des protagonistes de l'interaction (v. p. ex. extrait n° 13 : « Faire une protection juridique ») ;
- (2) celles, plus nombreuses, où la difficulté de compréhension est sans doute repérée, mais où toute tentative de résolution est immédiatement abandonnée pour diverses raisons sur lesquelles nous reviendrons plus en détail (v. *infra*, section 10.2.3).

Le dysfonctionnement de stratégies effectives mises en œuvre par les participants après repérage d'une difficulté de compréhension semble reposer sur au moins trois ensembles d'éléments. Le premier est lié à la complexité des contenus traités. Plusieurs tentatives de résolution – majoritairement initiées par le médecin – échouent en effet parce que le patient s'avère en définitive trop peu familier avec les réalités dont le médecin cherche à l'entretenir pour pouvoir reprendre pied dans la discussion. Il est à noter que dans les séquences en question, la complexité du sujet traité est en général déjà la source même du problème de compréhension. Il s'agit parfois d'explications ou de questions techniques des médecins qui mettent en difficulté les patients, auquel cas les

stratégies de clarification que ces difficultés suscitent chez les médecins se heurtent à l'absence, chez les patients, des connaissances nécessaires à une meilleure compréhension (p. ex. patiente qui comprend « plus ou moins », citée *supra*, section 9.3.1). Dans d'autres cas, plus complexes encore, le décalage entre les cadres de référence se manifeste d'emblée par une incapacité des participants à livrer des informations pertinentes et/ou interprétables pour l'autre – autrement dit qui aient du sens pour lui – et les efforts de clarification (d'ampleurs très diverses) ne permettent pas réellement de dépasser cet état de fait. Tel est par exemple le cas de l'extrait n° 11 (« D'accord, et puis en génétique ») ou encore de l'extrait que voici :

Extrait n° 6 : « C'était pas sous ultrason plutôt ? »

Originaire du Portugal, cette patiente suivie en antalgie parle couramment le français avec un léger accent et quelques expressions diatopiques généralement faciles à comprendre pour un locuteur francophone. Elle ressent des douleurs fortes tant dans le dos que dans les membres et a déjà consulté de nombreux médecins, physiothérapeutes, etc. Au début de l'extrait, le médecin demande à la patiente, qui vient de lui dire qu'elle a parfois l'impression que les médicaments ne lui font plus d'effet, si elle a déjà tenté l'expérience de renoncer à toute médication. La patiente rapporte que, suite à sa dernière tentative d'arrêt des médicaments, elle a dû consulter un médecin en urgence et qu'elle a fait l'objet d'infiltrations dans une autre ville. Le médecin antalgiste tente alors de comprendre plus précisément de quel type était cette autre intervention antalgique :

400 M vous n'avez jamais essayé de ne rien prendre ?

401 P euh oui, on a essayé une fois, le jour d'après on a appelé le docteur, justement

402 M =ok

403 P =avant la dernière piqûre euh .

404 M mmh

405 P =à (nom de la ville), la dernière infiltration, la deuxième.

406 M à (nom de la ville) ?

407 P oui.

408 M c'est qu-, c'était quand ça à (nom de la ville) ?

409 P à (nom de la ville), c'était au mois de . euh novembre je crois, euh non, avant, au mois de juin.

410 M ils vous avaient fait quoi comme infiltration là-bas ?

411 P c'était sur laser [prononce /leizer/] de.

412 M sur ?

413 P laser [prononce /leizer/], je crois.

414 M sous laser [prononce /lazer/] ouais, et pis il a infiltré quoi, dans les hanches ?

415 P oui, là, derrière, comme vous.

416 M ok.

417 P dans les

418 M =ok

- 419 P avec l'anesthésie
- 420 M =mmh
- 421 P =de la cortisone je crois, je sais pas comment on appelle ça, infiltration sous laser [prononce /lazer/].
- 422 M oui
- 423 P ils ont proposé deux
- 424 M =c'était pas sous ultrasons plutôt ?
- 425 P ah peut-être.
- 426 M ou sous scopie euh . sous laser vous pensez ?
- 427 P sous laser, oui y avait le laser apparemment
- 428 M =ça m'étonne
- 429 P =le truc là, qui fait la lumière rouge.
- 430 M mmh.
- 431 P (d'abord de- ils m'ont mis une ?) XX il a mis le produit
- 432 M =et c'était qui le médecin qui a fait ça ?

Cet épisode est marqué par des difficultés de compréhension à plusieurs niveaux, ainsi que par des efforts de résolution intenses, repérables à un grand nombre d'auto- et hétéroreformulations. On distingue notamment une difficulté de compréhension ponctuelle résolue : la forme « sur laser » (/leizer/) est corrigée par le médecin en « sous laser » (/lazer/), correction qui est validée et intégrée par la patiente dans son propre discours par la suite. Cette correction est enchâssée, à son tour, dans une incompréhension non résolue plus large relevant principalement du niveau pragmatique, en l'occurrence probablement d'un problème de vraisemblance : le récit de la patiente concernant le traitement reçu dans l'autre ville (à X) n'a de toute évidence pas de sens pour le médecin, parce que pour lui « l'infiltration sous laser » n'existe pas⁴.

La stratégie de clarification du médecin semble s'articuler en deux étapes distinctes. Il s'assure, dans un premier temps, d'avoir bien compris « sous laser » et se dote d'informations contextuelles relatives à la localisation de l'injection. Ce n'est qu'après qu'il s'attaque à l'élément problématique pour lui, en proposant d'autres d'hypothèses à la patiente (dont il hétéroreformule ainsi les propos) avant d'exprimer ouvertement son étonnement (428) face à l'idée d'une « infiltration sous laser ». Il clôt cette tentative de clarification en orientant le propos sur une source d'informations potentielles tierce, à savoir le médecin ayant réalisé le traitement en question.

Pour sa part, la patiente s'implique activement dans les efforts de clarification. Elle livre spontanément au médecin des informations relativement pointues, qui la profilent comme une patiente ayant acquis une certaine expertise relative à son problème de santé et à son traitement (notamment dans le domaine des techniques d'injection et des produits injectés). L'explication interrompue qu'elle initie en 423 suggère qu'elle aurait peut-être pu apporter encore davantage de précisions si elle n'avait pas été coupée par le médecin. Notons que l'empressement de la patiente à collaborer est l'un des éléments marquant de cette consultation, que ce soit au plan des informations très détaillées livrées au médecin ou, on le voit, en cherchant à améliorer (encore) son français (par exemple en substituant immédiatement à son expression initiale « sur laser » (/leizer/) (411), celle corrigée de « sous laser » (/lazer/) (421 et 427)). Cette consultation figure ainsi parmi

4. Le médecin confirme cette interprétation lors de son autoconfrontation.

les données (observationnelles) de l'enquête B qui viennent étayer un constat déjà opéré par les patients interrogés lors de l'enquête A. Selon ce constat, les trajectoires de soins des personnes souffrant de douleurs chroniques et, plus particulièrement, leurs consultations médicales répétées, livrent à ces personnes des opportunités précieuses pour l'acquisition de nouvelles ressources langagières utiles en milieu médical, réduisant ainsi progressivement l'ampleur de leurs difficultés linguistiques dans les interactions cliniques (v. *supra*, section 5.2.2).

En termes de figuration (*face work*), l'épisode se révèle délicat à deux égards au moins. Premièrement, on peut admettre que la non-résolution de la difficulté de compréhension a pu être vécue par la personne soignée comme un manquement à son rôle de patiente assidue et sérieuse et, partant, menacer sa face positive. D'autre part, le fait même que la patiente bénéficie d'interventions d'antalgie ailleurs peut être vécu comme offensant par le médecin, qui est sans doute d'autant plus contrarié qu'il ne parvient pas à cerner la nature de ces interventions sur la base des informations disponibles. C'est du moins ce que suggère la réaction du médecin lors du visionnement de la vidéo de cet extrait dans le cadre de l'entretien d'autoconfrontation, où il classe la patiente parmi une catégorie de personnes de toute évidence peu valorisées, qui ne s'intéressent pas à leur traitement et se reposent exclusivement sur le médecin : « pis là on voit qu'elle accepte des traitements euh . elle sait même pas quoi euh . ou elle a pas eu les explications ou ça ne l'intéresse pas, j'en sais rien, ça c'est souvent ouais . des patients . c'est vous qui savez docteur ». On notera toutefois que ce moment de troubles interactifs, qui a indubitablement pesé sur le climat relationnel de la consultation, ne semble pas avoir eu d'impact concret sur le cours du suivi ultérieur ou sur les capacités des deux protagonistes à prendre connaissance des opinions de leur vis-à-vis concernant le problème de santé de la patiente et ses solutions possibles.

Le second ensemble d'éléments venant parfois contrecarrer les stratégies de résolution de malentendus ou d'incompréhensions réside dans les objectifs communicationnels contradictoires dans lesquels médecin et patient sont parfois engagés, notamment en termes de présentation de soi, de l'autre et de la relation. On lira à ce propos l'extrait n° 12 (« Avant je touchais pas, maintenant je gratte »), où le souci du patient de se présenter comme un malade allant moins bien et ayant de nouveaux problèmes s'oppose à celui du médecin de mettre en évidence les améliorations, notamment celles dues à ses gestes d'antalgie. Mon analyse de cet extrait suggère que ce sont entre autres les visées en termes de présentation de soi du patient qui expliquent l'apparition d'un certain flou à chaque fois qu'une clarification semble à portée de main.

Troisièmement, il est des épisodes problématiques en termes d'intercompréhension où les tentatives de résolution semblent contreproductives, soit parce qu'elles génèrent davantage de confusion que de clarté (cela semble être le cas dans l'extrait n° 12 (« Avant je touchais pas, maintenant je gratte »), lorsque le patient produit une sorte d'autoreformulation en disant « je gratte, euh, ça gratte », tour de parole 210), soit parce que ces tentatives de résolution coupent en réalité court à toute résolution possible en orientant trop radicalement le propos vers d'autres thèmes. L'extrait suivant exemplifie ce cas de figure :

Extrait n° 7 : « Un moment où vous n'avez pas mal du tout »

L'épisode s'inscrit dans la suite d'une très brève séquence d'ouverture et d'une première phase d'investigation des douleurs. Le médecin cherche manifestement à savoir si le patient connaît des moments sans douleurs. Le patient originaire de Turquie appartient au groupe F2. Il a déjà vu le médecin à plusieurs reprises. La consultation a lieu en antalgie.

- 57 M est-ce qu'y a un endr-, y a un moment où vous n'avez pas mal du tout ?
- 58 P . . un mo-, ouais
- 59 M =la nuit
- 60 P un moment, la nuit, la nuit, j'ai trop mal moi la nuit, tout tout le dos, y gratte là, en bas les pieds, pis l'électricité (il donne ?) quand je dors aussi . . et surtout y gratte beaucoup.
- 61 M la douleur ici et ici elle est différente ?
- 62 P ouais.

Le malentendu réside ici dans le fait que le médecin croit – vraisemblablement à tort – que le patient ne comprend pas sa question. Il fonde sans doute cette interprétation sur la présence d'une pause de deux secondes au changement de tour de parole et sur une forme lexicale tronquée à l'initiale de la réponse, pouvant signaler une hésitation. Le fait que le patient reprenne à deux reprises l'élément « moment » (tronqué en 58 et intégralement en 60) suggère toutefois qu'il a en réalité saisi l'intention du médecin et qu'il était en train de préparer une réponse. La tentative d'assistance du médecin, qui propose au patient une option de formulation avec « la nuit » (59), coupe court à cette réponse. Plutôt que de donner suite à la question initiale, le patient s'engage dans un bilan de son ressenti douloureux nocturne sans plus mentionner d'autres moments sans douleurs.

Le médecin passe ainsi probablement à côté d'informations que son patient aurait pu lui livrer à propos de la fluctuation de ses douleurs et de ses positions antalgiques, informations que ce même patient était parfaitement capable de livrer au chercheur lors de son entretien d'autoconfrontation. La réaction du médecin consistant à « fermer » hâtivement une question ouverte représente un facteur limitant classique en termes de techniques d'entretien (Blanchet & Gotman 2001). Or, à l'instar de ce qui se passe ici, ce type de réaction intervient sans doute plus fréquemment dans des situations exolingues. Dans ces cas, les locuteurs les plus à l'aise dans la langue de communication apparaissent en effet particulièrement susceptibles d'aider leur interlocuteur en échafaudant leur production discursive, ce qui peut comporter, on le voit, un certain nombre de risques (Sarangi 2010).

L'investigation détaillée du vécu douloureux des patients est l'un des enjeux majeurs de la communication en consultation rapporté par les cliniciens en antalgie interviewés durant l'enquête A (v. *supra*, section 4.2.1.1). Ceux-ci avaient également fait état, à propos de cette activité discursive, de difficultés en lien avec la maîtrise limitée de la langue de consultation chez certains patients migrants (v. *supra*, section 5.1.2). À en juger par l'analyse de cet extrait, une partie de ces difficultés remonte clairement au doigté avec lequel les cliniciens dosent leur questionnement libre vs dirigé, laissent des espaces d'élaboration et tolèrent des moments de silence et d'hésitation. Or, les silences sont probablement des éléments particulièrement délicats à manier dans des consultations exolingues impliquant des patients migrants. D'une part, les cliniciens peuvent ressentir un certain inconfort en lien avec la variabilité notoire de la tolérance face au silence et de ses significations d'une communauté linguistique à l'autre ; d'autre part, il est probable que dans les interactions exolingues, où les locuteurs non natifs ont besoin de temps de réflexion relativement longs pour préparer leurs productions discursives, les locuteurs natifs (ou quasi natifs) soient, à l'inverse, particulièrement prompts à lire dans les pauses à la jonction de deux tours de parole des indices de difficultés de compréhension de leurs interlocuteurs et, par conséquent, à tenter de les secourir par la formulation de nouvelles questions.

10.2.3 Abandon de résolutions : une question de rapport effort / chance de réussite et de figuration (*face work*)

Toutes les difficultés de compréhension non clarifiées repérées par les protagonistes de la consultation trouvent tôt ou tard leur issue dans un abandon de la résolution, qui équivaut inmanquablement à une non-réalisation de certains objectifs communicationnels. Mes analyses permettent d'esquisser des pistes explicatives potentielles concernant les circonstances et motivations qui conduisent à ces abandons. La logique commune à ces pistes veut que, du point de vue des protagonistes renonçant à clarifier davantage, l'apport escompté d'une clarification pèse finalement moins lourd dans la balance que son « coût ». Ce « coût » relève de deux domaines principaux – ou deux dimensions – souvent intriqués : (A) le temps ou l'effort à investir pour la résolution ; (B) les tensions que la résolution peut générer en menaçant les faces positives et négatives des interlocuteurs – comme observé p. ex. chez Bremer *et al.* (1996).

La dimension de l'investissement en temps et en effort (dimension A) est clairement à l'avant-plan lorsque, en lien avec des ratés dans des quêtes d'information plutôt simples des médecins, des opportunités de résolution apparemment aisées (paraphrases, non-verbal) ne sont pas saisies, *a fortiori* avec des patients qui ne semblent pas particulièrement attachés à la mise en valeur de leur maîtrise du français. Tel est le cas dans cet extrait :

Extrait n° 8 : « Plus raide que la première fois ? »

Originaire du Portugal, la patiente réside en Suisse romande depuis peu de temps. Elle travaille comme gouvernante dans une famille italophone. Elle n'a qu'une maîtrise basique du français (il s'agit de la personne la moins francophone du groupe F2) et se trouve fréquemment en difficulté dans les entretiens, tant pour la compréhension que pour la production. Elle est suivie à l'unité de rééducation pour des douleurs chroniques du dos. L'épisode filmé s'inscrit dans le cadre de son examen physique.

110 M . ah . . attention, je vous lève la jambe un petit peu.

111 P d'accord

112 M (7 sec.) ça veut aller ?

113 P ouais . . ça fait mal

114 M =y devient raide, raide, raide, là hein . . plus raide que la première fois ?

115 P ah, ça j'arrive pas.

116 M on n'arrive pas.

117 P ah non.

C'est un problème de cohérence et de pertinence au plan conversationnel – en l'occurrence, l'absence de toute prise de position suite à l'hypothèse d'une péjoration de la rigidité avancée par le médecin – qui suggère ici la présence d'une difficulté de compréhension. Celle-ci est d'ailleurs confirmée par l'autoconfrontation avec la patiente (avec interprète), où la patiente explicite qu'elle ne comprend pas le mot « raide ». Le médecin ne s'engage ici dans aucune résolution à proprement parler (alors qu'en l'espèce, la simple utilisation du synonyme « rigide », ressemblant

au portugais « rígido », aurait certainement permis à la patiente de comprendre) et l'avis de la patiente sur la progression de la rigidité lui reste inaccessible. Dans le cas présent le médecin juge sans doute que les informations obtenues par l'examen physique à proprement parler suffisent à ses besoins.

D'autres abandons de clarifications s'expliquent – nous l'avons dit – principalement par des craintes de porter atteinte à la face positive (l'image positive que le sujet veut donner de lui) et négative (le droit au respect de son territoire – corporel, spatial etc. – et de son autonomie décisionnelle) de l'interlocuteur. Ainsi, dans l'extrait n° 4 (« C'est positif, ça veut dire ? »), on avait vu comment la clarification de l'incompréhension est selon toute probabilité délaissée parce que la patiente a peur de menacer la face négative du médecin en empiétant sur son « droit » de passer à un autre sujet. On se rappellera également l'extrait n° 3 (« Il était gentil le patron »), où la patiente préfère renoncer à rétablir « sa vérité » sur son patron plutôt que de remettre en question l'identité d'expert libre de ses interprétations et opinions du médecin.

Puis, il est des épisodes problématiques où les dimensions A (coût disproportionné en temps et efforts concédés par rapport aux résultats escomptés) et B (menaces pour les faces) semblent intervenir toutes les deux pour conduire à un abandon de la résolution. Tel est notamment le cas d'explications particulièrement complexes et difficiles à saisir, dont la clarification est abandonnée parce que le protagoniste dans l'incompréhension juge probablement, d'une part, que les chances de mieux comprendre sont limitées et, d'autre part, qu'il ne faut pas davantage confronter l'interlocuteur à ses difficultés à donner des explications compréhensibles. Les deux extraits suivants montrent que ce type de difficultés non résolues peuvent être déclenchées tant par le médecin que par le patient :

Extrait n° 9 : « C'est comme dans la voiture, l'ABS »

La patiente est originaire de la péninsule ibérique. Âgée d'une cinquantaine d'années elle habite en Suisse romande depuis près de vingt-cinq ans et parle un français fluide avec un léger accent et quelques rares interférences (groupe F3). Elle vient d'entamer un suivi pour ses douleurs articulaires chroniques. Elle n'a été scolarisée que pendant cinq ans avant de commencer à travailler, d'abord dans son pays puis en Suisse, principalement comme caissière ou femme de ménage. Dans cette consultation, le médecin donne à la patiente une explication de ses douleurs entièrement nouvelle pour elle. Il lui dit qu'elle souffre d'hypermobilité articulaire, autrement dit qu'elle a des ligaments légèrement élastiques, ce qui provoque des surcharges sur les muscles qui causent les douleurs. Le médecin lui fournit maintenant des informations encore plus détaillées sur le fonctionnement et les dysfonctionnements de ses articulations :

161 M [...] donc là vous avez l'impression que vous avez compris, le l'histoire de la mobilité ?

162 P =ouais

163 M =bon, disons que . le problème aussi, dans la mobilité, c'est qu'y a d'autres choses qui vont avec, c'est pas seulement les muscles et les ligaments, mais on a aussi dans toute la machine, dans les muscles, dans les articulations . y a des, des récepteurs comme on a dans les voitures, l'ABS, vous savez ce que c'est, dans une voiture ?

164 P [non je sais pas]

165 M [c'est quand] vous freinez et pis que les roues se libèrent pour vous éviter de patiner.

166 P ah oui

167 M =hein c'est un système automatique.

168 P ouais.

169 M et nous on est plein d'automatismes, vous, moi enfin X, parce que, par exemple, vous gardez la tête droite et m'écoutez, vous avez les muscles qui travaillent sans même que vous le sachiez, les muscles de la nuque, les muscles du dos, comme vous êtes maintenant . si vous étiez comme ça, vous auriez plutôt seulement les muscles de la nuque, puisque vous êtes appuyée, mais quand vous êtes, comme vous êtes là, le mouvement y commence là en bas [montre le bas de son propre dos]

170 P =ouais

171 M =d'accord, c'est pour ça qu'on peut avoir mal au dos en étant assis et ces muscles y travaillent pour vous permettre de, de, . disons de rester dans la position que vous voulez, si par exemple, j'étais ici, vous tourneriez la tête comme ça, les muscles du dos s'adapteraient pour vous garder dans cette position . alors quand, eh, chez les gens comme vous qui sont trop souples, ces réglages automatiques y sont perturbés, y sont déréglés, quand je vous ai examinée . je vous ai mis les mains sur la, la taille et je vous ai demandé de lever les bras, pis je vous ai dit, vous avez un muscle qui fonctionnait pas bien, vous vous souvenez ?

172 P oui.

173 M hein . ben c'est ça, c'est qu'il répond pas bien parce qu'il est, il est déprogrammé . et ça ça se travaille, cette reprogrammation, ça se travaille avec la physiothérapie et les exercices . mais des exercices précis . euh . [...]

En 164, lorsque la patiente affirme qu'elle ne sait pas ce qu'est l'ABS, elle signale par la même occasion qu'elle n'a pas compris le sens de la métaphore employée par le médecin. Celui-ci se livre ensuite à tout un travail d'explicitation, tant au plan métaphorique – en expliquant ce qu'est l'ABS (165-167) – qu'à celui de la réalité dont il traite à proprement parler, à savoir les articulations de la patiente (169-173). Sur le moment, la patiente écoute et se contente d'acquiescer. Par contre, lors du visionnement de la vidéo dans le cadre de l'autoconfrontation elle rit au moment où elle se voit acquiescer après l'explication de l'ABS, en disant qu'en réalité elle n'avait pas compris cette explication. Dans ce cas, c'est donc la patiente qui renonce, lors de la consultation, à solliciter un nouvel effort de clarification de la part du médecin, probablement parce qu'elle ne croit pas possible une réelle résolution de la difficulté vu la complexité du propos ou parce qu'elle ne considère pas l'information potentielle qu'elle pourrait en tirer suffisamment importante pour risquer de mettre le médecin mal à l'aise en lui signalant qu'il n'a toujours pas trouvé les mots justes pour faire passer son explication.

L'enquête A a montré à quel point les séquences d'explications à destination des patients sont investies par les médecins spécialisés en rééducation (v. *supra*, section 4.2.1.2) qui en soulignent l'importance pour rassurer les patients, les amener à adopter une vision plus réaliste de leur situation et les motiver à s'engager dans le traitement. D'autre part, lors de cette même enquête A, le médecin filmé dans cet extrait avait aussi fait mention d'un recours fréquent à des comparaisons et métaphores dans ses explications, en particulier avec les patients migrants (v. *supra*, section 5.2.2, n. 38). Or, dans cette séquence de consultation effective se profilent surtout des difficultés de mise en pratique de ces préceptes, notamment lorsqu'il s'agit de trouver le juste degré de détail d'informations à fournir, ainsi que de sentir à quel moment il vaudrait mieux abandonner ces stratégies rhétoriques figuratives ou analogies improductives.

Cela dit, les entretiens de *feedback* et d'autoconfrontation suggèrent que la patiente a tiré un profit considérable des deux longues consultations avec le médecin filmé, quand bien même elle n'a pas compris et assimilé toute l'information – très abondante il est vrai – qui lui a été délivrée. Elle semble notamment avoir compris la nécessité d'un reconditionnement musculaire, s'être concrètement attelée à la tâche (physiothérapie, exercices à domicile) et ses douleurs ont connu une nette amélioration entre la consultation enregistrée et l'entretien d'autoconfrontation.

Extrait n° 10 : « Marcher à 30 % »

La patiente souffre de douleurs chroniques multiples suite à un accident grave de la circulation. D'origine latino-américaine, elle a une maîtrise active très limitée du français (groupe F1) et se sert principalement de l'espagnol pour communiquer avec le médecin. Elle est suivie par ce dernier depuis de nombreuses années et tant le médecin que la patiente soulignent la qualité de leur lien. La consultation, plutôt longue, est principalement une alternance de phases d'investigation et de discussion de traitements chirurgicaux et médicamenteux. Dans cet épisode, le médecin s'informe de la mobilité de la patiente, aspect dont l'enquête A a montré toute l'importance pour les spécialistes en rééducation (v. *supra*, section 4.2.1.1).

296 M =donc pour marcher vous êtes [très limitée]

297 P [XXX oui] très limitée

298 M =combien de temps vous pouvez [marcher] ?

299 P [oh oui] marcher un treinta por ciento e- [30 %] [s'assied]

300 M =comment trenta, trenta por ciento, qu'est-ce que ça [veut dire ça ?]

301 P [e- . e-] . elle est limitée.

302 M c'est-à-dire que vous devez vous arrêter souvent, qu'est-ce que ça veut dire trenta por ciento ?

303 P =treinta por ciento sí [30 %, oui] [patiente prend l'échelle de douleur pour montrer]

304 M =voilà, montrez-moi ça.

305 P éste un cien por ciento [ça est un 100%]

306 M =ouais.

307 P e- aquí o menos el treinta por ciento. [ça c'est moins, le 30 %]

308 M c'est-à-dire que si vous devez marcher un kilomètre

309 P =oui

310 M =vous arrêtez après [300] mètres.

311 P [ya ya] agora ya no [plus maintenant] ya, ante [avant], marcher dos horas [deux heures] ya no ya [plus].

312 M deux heures vous pouvez pas marcher

313 P =ya no [plus] marcher XXXX

314 M =ouais ouais, je comprends ouais ouais ouais.

315 P antes era dos hora [avant c'était deux heures] pero [mais] ya, no e- dos horas [plus deux heures], da [quinze] [cela va quinze (minutes)]

316 M [et] et la nuit, ça se passe comment, la nuit ?

La réponse de la patiente – à savoir qu'elle peut marcher à trente pour cent (299) – ne répond pas directement à la question du médecin désireux de savoir combien de temps elle peut marcher (298) et suggère que la patiente n'a pas compris l'intégralité de la question. Cette réponse de la patiente met, à son tour, en difficulté le médecin, comme le montre sa requête métadiscursive (« ça veut dire quoi ? ») initiée en 300 puis reprise en 302. Il propose aussi une première tentative d'hétéroreformulation à la patiente (« c'est-à-dire que vous devez vous arrêter souvent ») que celle-ci ne valide pas. S'ensuit une explication de la patiente qui porte sur l'idée même d'un pourcentage, et qu'elle livre en se servant de l'échelle de douleur présente sur le bureau du médecin. Le médecin tente alors une deuxième hétéroreformulation sans succès (« c'est-à-dire que si vous devez marcher un kilomètre, vous arrêtez après trois cents mètres »), avant d'abandonner le processus de clarification et de se consacrer à l'investigation du sommeil de la patiente. C'est au moment précis de cet abandon, à savoir lorsqu'il saisit qu'il ne comprendra pas davantage, que le médecin dit « je comprends » à sa patiente. Ce dernier élément pointe des enjeux de faces sous-jacents à l'abandon de la clarification, car ce « je comprends » du médecin a probablement pour finalité de réhabiliter la patiente comme interlocutrice compétente après cet épisode communicationnel problématique.

On notera encore que le passage du médecin au thème suivant coïncide en réalité avec l'énonciation espagnole, par la patiente, de la réponse recherchée sur ses limitations fonctionnelles : elle ne peut plus marcher deux heures comme auparavant, mais seulement quinze minutes. Les entretiens de *feedback* et d'autoconfrontation avec le médecin suggèrent toutefois qu'il n'a pas retenu cette information, probablement tant parce que son attention s'était déjà déplacée sur la prochaine question qu'en raison de ses difficultés à comprendre avec précision les termes espagnols utilisés. Cela dit, cet extrait frappe – à l'instar de l'intégralité de la consultation dont il est tiré – par l'intensité du *code switching* (alternance codique) et du *code shifting* (Lüdi 2002) déployés, chaque participant cherchant par moment à quitter sa variété de confort pour tenter de se rapprocher d'un parler qu'il espère davantage compréhensible pour l'autre. Et, malgré des barrières irréductibles, notre extrait montre que dans les conditions particulières de cet échange (médecin et patiente se connaissant bien, s'étant déjà souvent rencontrés avec interprète, ayant la possibilité de prendre le temps nécessaire, etc.), ce mode d'interaction résolument plurilingue permet l'échange de bien des contenus importants et le maintien d'une relation thérapeutique engagée de part et d'autre.

10.3 Objectifs communicationnels prédominants lors de la gestion des difficultés de compréhension

Hormis l'analyse détaillée d'abandons de réparation, un autre ensemble d'indications est éclairant quant aux raisons probables des efforts intenses effectués en vue de résoudre des difficultés de compréhension dans certains cas et beaucoup moins dans d'autres. Ces indications nous viennent du relevé, pour chaque difficulté de compréhension, des objectifs communicationnels (les plus) saillants au moment où cette difficulté apparaît et est « travaillée » par les participants. Dans ce relevé, une attention particulière a également été portée au participant qui poursuit l'objectif communicationnel en question (médecin ou patient), ce qui donne accès aux signes possibles d'asymétries entre médecin et patient dans le développement de stratégies de résolution de malentendus et incompréhensions (analogues à l'asymétrie déjà identifiée entre médecin et patient sur la base de la nature des stratégies déployées, v. *supra*, section 10.1.2).

Concrètement, pour chaque épisode marqué par une difficulté de compréhension, l'objectif ou les objectifs communicationnels les plus saillants en jeu ont été établis. Pour cette analyse, les objectifs communicationnels ont été groupés, au plan théorique, en trois grands types : les quêtes d'informations, les objectifs de présentation de soi et/ou de l'autre et les objectifs décisionnels (v. *supra*, section 7.4.2). Cette analyse s'est intéressée aux objectifs communicationnels « en ligne » identifiables dans le déroulement de la consultation. Elle se distingue, de ce point de vue, clairement de l'analyse des agendas pré-consultation, qui ont été dégagés des discours métacommunicatifs des participants tenus dans le cadre des entretiens de *feedback* suivant immédiatement la consultation filmée (v. *supra*, section 7.4.3) et qui font l'objet du prochain chapitre.

Les objectifs communicationnels impliqués dans les difficultés de compréhension non résolues, souvent définitivement mis en échec (du moins dans le cadre de la consultation), sont évidemment d'une pertinence toute particulière pour cette étude. Cet intérêt explique la place prépondérante faite aux difficultés de compréhension non clarifiées.

10.3.1 Objectifs saillants lors des difficultés de compréhension résolues

En toute logique, dans la plupart des difficultés de compréhension résolues, des objectifs clés sont, dans un premier temps, contrecarrés par la survenue du problème de compréhension, mais peuvent finalement être réalisés malgré tout, grâce notamment aux efforts de clarification entrepris par les protagonistes. Le fait même que ces derniers s'engagent de la sorte dans la réalisation des objectifs en question leur confère un statut et un intérêt particulier. Le tableau suivant montre la répartition des difficultés de compréhension sur les différents types d'objectifs communicationnels et détaille ces indications en fonction du ou des protagonistes cherchant à réaliser l'objectif en question. Pour chaque difficulté résolue recensée, il ne prend en compte que le plus important des objectifs communicationnels contrarié. On notera que pour dix difficultés résolues je n'ai pas pu identifier d'objectif communicationnel principal, soit parce qu'il s'agit de séquences où la logique d'action des protagonistes est difficile à saisir, soit parce que les objectifs principaux poursuivis ne se laissent rapporter à aucune des trois catégories prédéfinies.

Type d'objectifs	Patient	Médecin	Commun	Total
Quêtes d'informations	1	62		63
Objectifs de présentation de soi et/ou de l'autre	13	4		17
Objectifs décisionnels	1	4	1	6
Total				86

Tableau 32 : Objectifs centraux poursuivis par les protagonistes

L'aspect le plus frappant concernant les objectifs communicationnels saillants liés aux difficultés de compréhension résolues réside indiscutablement dans la place qu'y occupent les quêtes d'informations émanant des médecins. Près de

deux tiers de ces difficultés s'inscrivent en effet dans une dynamique conversationnelle où le médecin sollicite plus ou moins directement des informations de la part du patient. On peut donc émettre l'hypothèse que c'est surtout lorsque des objectifs de ce type sont menacés que des stratégies de résolution efficaces sont mises en place.

Dans les 17 cas où le problème de compréhension recensé est avant tout lié à un objectif de présentation de soi et/ou de l'autre, l'enjeu réside surtout dans des « versions » du patient (p. ex. stoïque, collaboratif, actif) ou de sa problématique (p. ex. une problématique qui viendrait principalement du déconditionnement musculaire (médecin), une problématique avec de nouveaux aspects inquiétants (patient), ou encore une problématique douloureuse ne répondant pas à la physiothérapie (patient)). Ce n'est, finalement, que dans six cas que la négociation de sens concomitante à un problème de compréhension apparaît directement motivée par des objectifs décisionnels, touchant généralement à des aspects du traitement.

Il est encore à noter que dans une minorité non négligeable des cas (11 au total), l'objectif saillant dont la réalisation est contrariée par la difficulté de compréhension ne peut finalement être atteint (ou demeure pour le moins d'une réalisation douteuse) malgré la résolution de la difficulté en question. Dans une consultation, une incompréhension survient par exemple au moment où le patient cherche à faire valider par son médecin l'inutilité de la physiothérapie pour ses douleurs au pied. L'incompréhension en question pourra être clarifiée sans difficulté, mais le patient n'arrivera pas à obtenir, de la part de son interlocuteur, la prise de position désirée. Dans cette situation, et dans quelques autres cas similaires, la non-réalisation d'objectifs communicationnels malgré une clarification de l'incompréhension ou du malentendu semble donc tirer sa source de résistances et d'autres divergences de vues (provisoirement) indépassables entre médecin et patient.

10.3.2 Objectifs saillants lors des difficultés de compréhension non résolues

L'analyse montre que tous les types d'objectifs communicationnels – quêtes d'informations, objectifs de présentation de soi et/ou de l'autre et objectifs décisionnels – peuvent être définitivement contrecarrés (ou au moins durablement, par exemple jusqu'à une prochaine consultation) par des difficultés de compréhension non clarifiées. Le type et la nature des objectifs mis en échec dans le cadre des difficultés non résolues sont souvent déterminants pour les retombées cliniques concrètes des échanges, on s'en doute. C'est pour cette raison que je m'arrêterai brièvement sur chacun des types d'objectifs contrecarrés pour voir plus précisément ce qu'ils recouvrent dans le contexte précis des difficultés de compréhension non résolues. Cette section donnera également lieu à la présentation de plusieurs extraits de consultations particulièrement éloquentes quant à l'impact des incompréhensions et malentendus non résolus sur les suivis.

10.3.2.1 Quêtes d'informations

Les quêtes d'information mises en échec par des difficultés de compréhension non résolues émanent pour l'essentiel de médecins recherchant des éléments

supplémentaires pour affiner un diagnostic ou comprendre comment envisager la suite du traitement. Dans les consultations de patients des groupes F2, F3 et F4, on trouve un seul problème de compréhension non résolu s'inscrivant dans une quête d'information initiée par un patient (en l'occurrence, du groupe F2), qui désire des explications concernant le contenu d'une lettre qu'il a reçue de son assurance accident⁵, explications qui demeureront très limitées et partiellement incompréhensibles. Les autres patients des groupes F2, F3 et F4 ne sont jamais frustrés dans leurs recherches d'information pour des raisons d'intercompréhension. En revanche, les patients du groupe F1 – tout particulièrement les deux qui ne sont pas de langue maternelle romane – semblent fréquemment échouer dans un contexte d'incompréhension ou de malentendu généralisé. Quant aux quêtes d'information contrariées (p. ex. sur tel ou tel symptôme) des médecins, elles sont dans certains cas relativement simples sur le fond, le problème résidant dans l'utilisation de mots incompréhensibles par le patient⁶ tandis que dans d'autres cas les difficultés de compréhension non résolues s'inscrivent dans des quêtes d'information complexes et importantes pour le suivi. En voici un exemple.

Extrait n° 11 : « D'accord, et puis en génétique ? »

Le patient est originaire du Proche-Orient ; il vit en Suisse depuis plus de dix ans. Malgré une certaine fluidité du discours, il a d'évidentes difficultés de compréhension et d'expression en français (groupe F2). Cela fait quatre ans qu'il est suivi par un spécialiste en rééducation. Lors de la dernière consultation, le médecin a décidé de l'envoyer chez trois spécialistes pour examen : un chirurgien de la main, un spécialiste du pied et un généticien. Après que le médecin et le patient ont évoqué les conclusions de l'examen du chirurgien de la main, le médecin tente d'avoir des retours concernant les deux autres examens.

21 M [...] . . . et puis . . . et puis qui est-ce que vous avez vu d'autre ?

22 P =j'ai vu euh

23 M =l'équipe du pied non ?

24 P euh oui, en, en maternité.

25 M . ah en génétique.

26 P ouais génétique, ouais ouais.

27 M alors ça j'ai pas le rapport encore.

28 P alors y m'ont dit y a des . problèmes de musculation quoi, y sont trop courts euh . voilà. (24 sec.) [le médecin fouille dans le dossier]

29 M d'accord . et puis en génétique qu'est-ce qu'y vous ont dit ?

30 P euh . problème de musculation quoi y sont trop courts euh . ouais . mais je sais pas.

31 M de musculation .

5. Voir l'extrait n° 13 : « Faire une protection juridique ».

6. Dans le cas de ces quêtes d'information « simple », tout indique que certaines opportunités de résolution relativement aisées, paraphrases, recours au non-verbal, ne sont pas saisies parce que le médecin ne considère plus l'information recherchée comme primordiale (v. *supra*, section 10.2.3).

- 32 P =mmh
- 33 M =musculation, ça c'est moi qui vous ai parlé de muscles trop courts.
- 34 P oh euh . ouais.
- 35 M donc c'est la doctoresse euh . (nom de médecin) ou euh ?
- 36 P =ouais ouais j'crois c'était elle
- 37 M =c'était quand ?
- 38 P . . . alors début de ce mois, là . c'était quoi, c'était . . je sais pas exactement au début juin . . et pis m'a dit, ouais elle vous envoyer un rapport . vous l'avez pas reçu.
- 39 M non, pour l'instant pas . et puis là, elles ont proposé quelque chose, de vous revoir, une [analyse, une biopsie quelque chose] ?
- 40 P [elle m'a dit y faut parler avec vous] y vont parler avec vous . et pis voilà [rire]. . .
- 41 M oui mais est-ce que vous étiez sur la liste ? . . je m'en souviens plus . . j'sais qu'on s'est vu . mais j'ai plus en tête, bon ben disons euh . hein y faut qu'on . faut, faut que j'attende d'avoir leur rapport . et puis pour le reste, les autres problèmes alors ?
- [...],
- 115 M et pis pour le pied, vous avez été reçu déjà, ou pas, la consultation du pied ?
- 116 P ben, c'était la même chose . c'était euh . en matern-, en maternité.
- 117 M pour le ch-, pour le pied ?
- 118 P =ouais ouais ouais ouais . . ben oui.
- 119 M c'est quoi cette histoire ?
- 120 P ouais.
- 121 M mais c'était pas le même médecin.
- 122 P non, non non, parce que j'ai pas, j'ai déjà parlé avec euh . le . le médecin qui est . euh . euh . qui qui est [XXX] [montre son pouce]
- 123 M (nom du chirurgien de la main)
- 124 P =qui m'a dit, c'est, c'est c'est . moi je suis juste pour le pouce
- 125 M =ouais ouais
- 126 P =pas pour . voilà.
- 127 M ouais.
- 128 P et pis quand j'étais en maternité, alors euh . moi j'ai cru que c'est ça.
- 129 M non, c'est . non non pas du tout, alors c'est pas ça
- 130 P =non
- 131 M =non non c'est la génétique médicale ça

L'objectif du médecin est d'obtenir des informations sur les consultations du patient auprès du spécialiste du pied et en génétique. Il est immédiatement mis en difficulté par un malentendu complexe et étendu qui ne sera pas totalement clarifié. Le noyau de ce malentendu est pourtant rapidement identifié par le médecin : grâce à l'indication du lieu de consultation nommé par le patient – la maternité (24) – il comprend que la consultation dont le patient parle est en génétique et non chez le spécialiste du pied (comme le patient lui-même semble le croire). Le médecin

cherche à lever le malentendu en resituant l'événement en génétique (25 : en fait, il s'agit d'une sorte de correction, donc de reformulation au sens large des propos du patient). Le patient semble valider ce recadrage par une répétition et des acquiescements (26 : « ouais, génétique, ouais, ouais »). Cette réaction suggère probablement au médecin que le malentendu est clarifié.

Mais ce que le patient commence à rapporter de cette consultation – en l'occurrence, qu'on lui a dit que ses muscles sont trop courts (28) – ne cadre de toute évidence pas avec les attentes du médecin qui se remet à douter que le patient parle bien de la consultation en génétique et tente d'y ramener le propos (29). Le passage montre que le patient n'a tiré de cette consultation aucune information utilisable par le médecin qui se résoud à attendre le rapport des généticiens.

Plus de soixante tours de parole plus tard (115), le médecin revient sur la consultation du pied, cherchant à savoir si elle a eu lieu. Il apparaît alors que le patient avait compris, au tour 25 – et est manifestement resté sur cette idée par la suite – qu'il avait eu sa consultation du pied en génétique, à la maternité (116 et 128). Le médecin lui signale explicitement la confusion (129 et 131) et le patient semble en prendre acte mais ne donne aucune explication supplémentaire concernant les tenants et aboutissants de la consultation en génétique. Les raisons de son passage dans ce service continuent de toute évidence à lui échapper⁷. Durant son *feedback* avec moi qui suit immédiatement la consultation filmée, il en vient à nouveau à mentionner une consultation du pied à la maternité : le malentendu n'est visiblement pas clarifié.

Médecin et patient interagissent ici à partir de cadres de référence – autrement dit d'idées à propos de ce dont on parle et des finalités de l'échange⁸ – trop décalés pour que leurs discours se rencontrent et prennent du sens pour l'autre. L'essentiel de ce décalage tient dans la vision claire que le médecin a des enjeux et des objectifs d'une consultation en génétique, vision que le clinicien imagine partagée par le patient, alors qu'en réalité ces points sont très flous pour ce dernier. Ce déficit d'information chez le patient est au centre du malentendu, ceci depuis plusieurs consultations déjà (et implique au moins deux médecins différents). Il explique d'une part pourquoi le patient n'a pas réussi à tirer d'informations pertinentes de la consultation en génétique et, d'autre part, pourquoi il peine à comprendre qu'une consultation du pied et une consultation en génétique sont deux choses différentes.

Cet exemple rappelle le rôle central de la distribution de connaissances entre médecins et patients dans la communication médicale, surtout dans des cas où les patients sont dépourvus de savoirs d'arrière-fond sur le système de soins et la santé qui leur seraient nécessaires pour comprendre ce qui leur est dit et ce qui leur arrive au sein du monde médical⁹. On peut se demander, pour ce cas, si le médecin évalue simplement mal les connaissances de base du patient ou s'il pense déjà lui avoir transmis, dans une consultation précédente, des explications sur les fondements génétiques possibles de son problème et sur l'apport de consultations spécialisées dans ce domaine, explications qui n'ont alors pas été comprises par le patient.

Les retombées de ce malentendu étendu pour la prise en charge sont multiples. Si la personne soignée avait compris la différence entre la consultation du spécialiste du pied et celle qu'il a eue à

7. Les patients à douleurs musculo-squelettiques chroniques imputables à une hyperlaxité articulaire sont envoyés chez des spécialistes en génétique pour établir dans quelle mesure leur profil génétique est en cause. Versés au dossier, les résultats des examens peuvent être utilisés dans des déclarations d'incapacité de travail ou d'invalidité.

8. Goffman parle de ce sujet de *cadres (frames)* et Gumperz de types d'activités (*activity types*) et de savoirs sociaux d'arrière-fond (*social background knowledge*) (v. *supra*, section 6.2.3.3).

9. Certains auteurs des sciences humaines en médecine (Nutbeam 2000 ; Schulz & Nakamoto 2005 ; Glassman 2008) incluent ce type de connaissances dans leur concept de littératie en santé des patients (angl. *health literacy*).

la maternité (génétique), elle aurait pu signaler le problème organisationnel lié à la consultation du pied. On est fondé à penser que cela aurait peut-être pu accélérer le processus d'investigation de quelques mois. D'autre part, le manque de repères du patient dans le cadre de la consultation en génétique, et, par conséquent, ses difficultés d'en extraire des indications pertinentes pour le médecin, prive peut-être le clinicien d'informations qu'il aurait pu prendre en compte immédiatement dans le suivi. Enfin, au plan relationnel, le rire du patient (40) semble traduire un malaise ou une gêne liée à ses difficultés à s'orienter parmi ses différents médecins et examens. À noter que le lien entre médecin et patient n'en demeure pas moins chaleureux et basé sur une confiance réciproque dont attestent tant l'atmosphère générale de la consultation que les entretiens de *feedbacks* avec les deux protagonistes.

Le *feedback* avec le médecin traduit, par ailleurs, une forte préoccupation pour les difficultés de communication dans ce suivi, et le clinicien estime que ces difficultés auraient été moindres s'il avait pu prendre un interprète. Le patient ne semble pas, pour sa part, envisager le recours à un tiers traduisant pour ses consultations comme souhaitable, notamment parce qu'il veut parler le français pour l'améliorer. Au vu de nos analyses, on peut imaginer qu'un interprète professionnel aurait effectivement pu favoriser l'intercompréhension dans ce suivi, quand bien même dans l'extrait ci-dessus les obstacles n'apparaissent, à première vue, pas directement liés aux connaissances de français limitées du patient. Mais on peut imaginer que la présence d'un interprète communautaire professionnel aurait limité les risques de la survenue même du malentendu en aidant d'emblée le patient à mieux comprendre la nature et les enjeux des examens planifiés. Avec l'aide d'un interprète, le médecin aurait peut-être pu donner davantage d'explications contextuelles compréhensibles pour le patient.

10.3.2.2 Objectifs de présentation de soi ou de l'autre

Dans certains cas de difficultés de compréhension, ce sont les tentatives de l'un des protagonistes de présenter une certaine version de soi, de l'interlocuteur ou de la relation entre soi et l'interlocuteur qui apparaissent menacées par le malentendu ou l'incompréhension. Dans une séquence déjà analysée (extrait n° 3 : « Il était gentil le patron »), la difficulté de compréhension vient de l'idée que la patiente est « soutenue par son patron », que le médecin infère de la conversation alors que la patiente cherche – sans succès – à l'invalidier. Pour le reste, les présentations contrariées de soi ou de l'autre sont dues à des versions divergentes de la situation de santé du patient, notamment en termes de gravité du cas et de l'étiologie des douleurs. Tel est notamment le cas d'une consultation en antalgie où médecin et patient cherchent à faire valider des versions discordantes de l'état du patient tout en présentant des problèmes de compréhension non résolus¹⁰. Ces deux facettes sont particulièrement intriquées dans l'extrait suivant :

Extrait n° 12 : « Avant je touchais pas, maintenant je gratte »

La consultation a lieu au Centre de la douleur (antalgie), entre un médecin et un patient qui se connaissent depuis plusieurs années. Le patient, originaire de Turquie, a des bases de français (groupe F2), mais il n'est pas toujours facile de saisir ses propos ni d'apprécier son niveau de

10. Dans ce type de cas, en plus des problèmes de compréhension, des désaccords de fond entre médecin et patient contribuent aux difficultés de réalisation des objectifs communicationnels. Il est alors difficile d'établir si les accrocs interactionnels observables « en surface » sont dus à une difficulté de compréhension ou à une antipathie.

compréhension. Au début de son suivi, le patient avait des douleurs très vives qui se sont considérablement atténuées suite à des traitements antalgiques par injection, sans toutefois disparaître. Depuis quelques mois, il se plaint d'une recrudescence de douleurs et, surtout, de douleurs différentes – ressenti d'électrisation, démangeaisons – depuis son dernier séjour en Turquie.

Hormis deux brèves incursions dans le traitement (inventaire des médicaments pris et de leurs effets, bilan des injections antalgiques récemment administrées), le début de la consultation a été consacré aux symptômes et à leur évolution. Deux versions concurrentes s'opposent dans cette discussion : pour le médecin, le patient va mieux par rapport à « avant », en référence à la période qui a précédé les premières injections couronnées de succès ; le patient, quant à lui, résiste à cette idée et lui objecte la récente aggravation de son état. Pour lui, il va moins bien qu'« avant » (sous-entendu son dernier séjour en Turquie).

Cet extrait présente la fin de l'examen, lorsque le médecin cherche, par palpation, à établir quelles zones du pied du patient sont liées au déclenchement de sentiments d'électrisation. Survient alors un échange accidenté, réactualisant les divergences de vues autour de l'évolution des douleurs :

193 M l'électricité c'est ici ou

194 P =non en bas, en bas en bas.

195 M ici ?

196 P non en bas du pied, en bas.

197 M là ?

198 P milieu, milieu, non, en b-, voilà, c'est là, ouahhhh.

199 M c'est bon.

200 P ouais, c'est en bas . c'est seulement là que ici, y me gratte beaucoup comme ça, parce que avant quand je touchais comme ça, je touchais pas, et maintenant je gratte, touche touche y a

201 M =pis maintenant on peut

202 P =oui maintenant tu peux gratter

203 M =mais c'est quand même un peu mieux par rapport à avant, avant, avant

204 P =hein

205 M maintenant.

206 P mais avant je n'avais pas ça, avant j'avais que la fourmi.

207 M ouais, il faut s'habiller.

208 P mais avant je n'avais que des fourmis (5 sec.) sinon, ça, c'est, avant je même arrivais pas à toucher comme ça

209 M =mais maintenant ça va mieux ?

210 P ouais, ouais je gratte euh tout, ça gratte.

211 M mais ça va mieux ?

212 P =ouais, ça gratte, j'sais pas, main-

213 M =avant, avant, vous pouviez pas faire ça

214 P =non, . avant non, et maintenant ça même ça, j'arrive, j'aime pas ça parce que ça gratte beaucoup, mais ah, comme ça, y donne [le patient assis montre la plante du pied], mais celui-là.

215 M faisons comme ça [le médecin passe au plan de traitement]

Le moment où le médecin arrive à localiser la zone du pied qui déclenche les sensations d'électrisation du patient représente un tournant dans cette interaction. À partir de là, la négociation de sens devient difficile à suivre pour un observateur externe, et très probablement également pour les participants. Le patient affirme, « je gratte », « y me gratte » ou « tu peux gratter » à propos de son pied et compare cette situation à une autre, plus ancienne, où il ne pouvait toucher la zone en question (200-202). Toutefois, lorsque le médecin infère une amélioration (203) – en l'espèce par rapport à l'état du patient au tout début du suivi – le patient exprime son incompréhension et sa surprise (204). Il réagit comme si le médecin venait de lui poser une question hors de propos ou inattendue. Puis il conteste – au moins partiellement – la vision du médecin (on notera le connecteur « mais ») en affirmant qu'avant il n'avait « que des fourmis » (206-208). Mais il répète également qu'avant il n'arrivait pas à « toucher » (208) et finit par confirmer formellement (acquiescement par « ouais » et 210) qu'il y a eu une amélioration.

Avec son commentaire suivant – à savoir « je gratte, euh tout, ça gratte » (210) – le patient semble toutefois à nouveau brouiller les pistes. Si, au début de l'extrait, il apparaissait plutôt satisfait de la possibilité de (se ?) gratter, « ça gratte » suggère maintenant des démangeaisons, donc plutôt quelque chose de désagréable. Face à ces propos ambigus, le médecin invite une nouvelle fois le patient à confirmer qu'il constate une amélioration. Celui-ci le lui confirme à nouveau, mais pour ajouter aussitôt qu'il n'aime pas quand « ça gratte », ce qui paraît une fois de plus en contradiction avec une amélioration. La confusion croissante survenant dans cet extrait conduit sans doute le médecin à clore alors rapidement la partie d'investigation des symptômes en cours sans clarifier davantage le flou subsistant et à se tourner vers l'exposé des propositions de traitement.

À défaut de comprendre dans le détail ce qui se passe au plan interactionnel dans cet extrait, il est possible de relever trois éléments qui semblent ici s'allier pour contribuer à l'émergence et au maintien d'une difficulté de compréhension. Premièrement, il y a l'utilisation d'une diversité de formes de « gratter » – « y gratte », « je gratte », « tu peux gratter », « ça gratte » – plus ou moins courantes en français, mais dont on n'est pas toujours sûr qu'elles sont utilisées dans leurs sens usuels. À ce propos, la séquence « je gratte, euh, ça gratte » (210), qui peut être lue comme une autocorrection, vient probablement renforcer la confusion plutôt que de la lever. Deuxièmement, l'adverbe temporel « avant » semble bien ici faire l'objet de divergences quant au sens qu'il recouvre¹¹. Tout indique en effet que médecin et patient ne renvoient pas au même « avant » en 200, 203, 208, 213 et 214 et que c'est là l'une des causes du malentendu. Troisièmement, l'ensemble de l'extrait s'inscrit, on l'a vu, dans un contexte où le médecin et le patient poursuivent des objectifs stratégiques en tension autour du « mieux-être » ou, au contraire, du « pire-être » du patient. Or, c'est l'impossibilité d'une confrontation ouverte de ces deux versions antagonistes du patient pour des raisons relevant de la figuration (*face work*) qui semble ici complexifier la compréhension. Dans ce contexte, le patient semble en effet agir par politesse interactionnelle¹² – par souci, en l'occurrence, de ne pas égratigner les faces positive et négative du médecin en contestant ouvertement son appréciation et par là même son rôle d'expert (*v. supra*, section 6.2.3.4) – lorsqu'il valide plusieurs fois l'évolution positive des douleurs constatées par le médecin pour mieux la mitiger par la suite. Ajoutée aux problématiques liées à l'emploi de certaines formes ((se) gratter) et aux difficultés liées à la mise en discours de la temporalité, cette

11. Cette observation fait écho au constat de Roberts *et al.* (2003), selon lequel la gestion interactionnelle de repères temporels représente un défi particulier dans les interactions cliniques avec des patients ayant une maîtrise limitée de la langue de consultation et/ou des styles communicationnels culturels divergeant de ceux des cliniciens.

12. De ce point de vue, cet extrait se rapproche de l'extrait n° 3 : « Il était gentil le patron ».

ambivalence dans le comportement verbal du patient vient encore complexifier la négociation d'un sens commun dans cet extrait.

10.3.2.3 Objectifs décisionnels

Dans quelques consultations – impliquant toutes des patients des groupes F1 et F2 – des difficultés de compréhension non résolues se produisent aussi dans le cadre d'épisodes centrés sur la négociation de décisions. Il en est ainsi d'une séquence de la rencontre d'un antalgiste avec un patient originaire d'un pays balkanique parlant très peu le français (groupe F1), où une incompréhension non résolue se produit dans le cadre d'un processus décisionnel. Ce processus débouche sur une intervention que le patient semble en fin de compte accepter sans avoir reçu, de son propre avis, suffisamment d'informations. Ce cas est traité de manière plus détaillée dans la section 9.3.2 (v. extrait n° 5, « Peur d'être paralysé »). Dans d'autres épisodes porteurs de difficultés de compréhension non résolues, les objectifs décisionnels contrecarrés relèvent d'aspects psychosociaux. Tel est le cas dans l'extrait suivant, où un patient ne comprend manifestement pas quelles démarches son médecin lui suggère d'entreprendre auprès d'une assurance.

Extrait n° 13 : « Faire une protection juridique »

La consultation se déroule dans un service de rééducation où le patient est suivi depuis un peu plus de trois mois pour ses douleurs lombaires. Ouvrier en bâtiment albanophone en arrêt de travail depuis plusieurs mois, le patient est en Suisse depuis seize ans. Il a une maîtrise de base du français mais rencontre de toute évidence des difficultés d'expression et de compréhension récurrentes, y compris sur des contenus qui ne paraissent pas hautement complexes (groupe F2).

Le jour de la consultation, il rapporte des douleurs en amélioration et le début de sa consultation (investigations des symptômes et bilan des traitements) est globalement marqué par une tonalité positive. Il suffit toutefois que sa situation professionnelle et sociale soit abordée pour que l'échange se complexifie. Interrogé par le médecin sur ses propres idées concernant son avenir professionnel, le patient présente une lettre reçue de l'assurance accident (Swica) qu'il dit n'avoir que partiellement comprise. Ce courrier communique au patient qu'il ne bénéficiera plus de prestations d'assurance accident suite à une expertise attestant de l'impossibilité, pour lui, de reprendre son dernier travail. Subsidiairement, la lettre l'informe également de la possibilité de contracter une assurance perte de gain privée. Il s'agit d'une assurance relativement peu coûteuse qui verse, dans des cas comme le sien, une partie substantielle du dernier salaire aux assurés en attendant une autre solution (reprise d'un autre travail ou obtention d'une rente d'invalidité).

Le médecin commence par prendre connaissance de la lettre qu'il lit en partie à voix haute – ce qui donne lieu à une première incompréhension non clarifiée (également évoquée *supra*, section 10.3.2.1), avant de tenter d'expliquer au patient ce qu'il juge essentiel dans son contenu, en l'espèce l'imminence de la perte des prestations. Puis il se renseigne auprès du patient sur d'éventuelles démarches entreprises auprès de l'assurance invalidité (AI), pour apprendre que rien n'a été fait, le patient ayant demandé à repousser l'annonce de son cas. C'est dans le prolongement immédiat de cet échange que s'inscrit l'extrait suivant :

260 P [il m'a dit] il m'a dit qu'y va euh . j'ai le 21 rendez-vous avec le docteur (nom du médecin traitant)

261 M =ouais

262 P =y va essayer de téléphoner

- 263 M =mmh
- 264 P =chez Swica
- 265 M =ouais
- 266 P =et pis pour, pour discuter, j'sais pas quoi, y m'a dit
- 267 M =mmh, mmh
- 268 P =pour voir avec cette lettre, là.
- 269 M d'accord
- 270 P parce qu'y m'ont dit que je dois aller . faire une euh, protection juridique
- 271 M ouais, y faudra oui, maintenant, aller vous assurer par euh vos propres moyens
- 272 P =voilà
- 273 M =avoir une perte de gain privée
- 274 P =voilà ouais . c'est ça que y m'ont dit de .
- 275 M =uhm uhm
- 276 P =c'était marqué là.
- 277 M mais mis à part ces problèmes assécurologiques, vous-mêmes, vous vous sentez pas en état de reprendre le travail ?

Après avoir rapporté le projet de son médecin traitant de prendre contact avec l'assurance accident, le patient fait part d'un problème nouveau : le conseil qui lui a été donné – et qui figurerait, selon ses dires, dans la lettre de l'assurance accident – de contracter une assurance de protection juridique (270). Le médecin dit alors au patient de souscrire à une assurance perte de gain privée¹³, en formulant cette réaction comme une confirmation (271-273 : « oui, il faudra, oui [...] vous assurer [...] avoir une perte de gains privée »). À ce point, le médecin semble considérer qu'il a corrigé une confusion accidentelle et passagère chez le patient, interprétant sans doute la réaction de ce dernier (274-276 : « voilà ouais, c'est ça que y m'ont dit [...] c'était marqué là ») comme la validation de sa correction.

Or, tout indique qu'en réalité le médecin, qui commence cette correction par un « oui », conforte le patient dans l'idée que c'est bien une protection juridique qui lui est recommandée ou prescrite dans la lettre de l'assurance accidents. Ce dernier semble également comprendre que la protection juridique et l'assurance perte de gain ne sont en fait qu'une seule et même offre (ce qui est évidemment faux). À preuve, lors du *feedback* suivant immédiatement la consultation, le patient parle à nouveau uniquement de l'assurance de protection juridique et ne mentionne aucunement une assurance perte de gain qu'il devrait contracter.

En termes d'origine causale, cette difficulté de compréhension s'apparente de près à celle de l'extrait n° 11 (« D'accord, et puis en génétique »). Le problème fondamental semble lié, ici et là, à un décalage au plan des connaissances d'arrière-fond servant de cadres de référence aux interlocuteurs dans leurs productions et interprétations de discours (v. *supra*, section 6.2.3.3). Dans le cas présent (extrait n° 13), un discours tiers, n'émanant ni du patient ni du médecin, joue un rôle crucial dans la trajectoire du malentendu : la lettre de l'assurance, dont le médecin vient de lire le contenu et qui s'impose donc comme élément clé du contexte pertinent pour l'interaction. Le médecin semble prendre pour acquis que le patient se réfère à cette même lettre – ce qui lui est

13. L'assurance perte de gain est normalement faite par l'employeur pour les salariés, mais la possibilité s'offre aux personnes sans engagement d'en contracter une à titre privé.

d'ailleurs confirmé par le patient (276) – et imagine qu'il l'a, du moins sur ce point, compris de la même manière que lui. Or, le patient a manifestement déjà « mal entendu » le sens de ce courrier avant même le début de la consultation, probablement en faisant l'amalgame entre les propos concernant l'assurance perte de gain contenus dans la lettre et certains conseils reçus ailleurs en vue de la contraction d'une protection juridique. Tout indique donc que la complexité discursive de cette séquence de consultation, avec la présence très palpable de diverses voix venant de l'extérieur de la consultation (polyphonie), joue un rôle clé dans l'émergence de cette difficulté de compréhension.

Une fois le malentendu installé, les styles communicationnels respectifs des protagonistes impliqués – traduisant une certaine forme d'hyperasymétrie de la consultation – ne favorisent de toute évidence pas le repérage et la résolution de la difficulté. Face à un médecin directif aux positions affirmées (lui-même se perçoit parfois comme autoritaire), le patient migrant semble, quant à lui, soucieux de montrer qu'il adhère aux opinions du médecin et est très réticent à thématiser ses doutes ou, pire, des divergences de vues potentielles. Il ne dit notamment pas au médecin qu'il s'est déjà renseigné sur une protection juridique, qu'il trouve trop chère par rapport à ce qu'elle peut lui apporter, et à laquelle il compte donc renoncer. Finalement, le médecin, en tant que protagoniste qui disposerait des connaissances techniques pour se rendre compte que la confusion perdure, ne le perçoit manifestement pas. La place limitée accordée à la parole du patient dans l'interaction y est très probablement pour quelque chose, ce dernier se contentant dans une large mesure de valider les propos du médecin.

La suite des événements suggère que ce malentendu non identifié et non résolu a pesé sur l'évolution ultérieure : six semaines après la consultation, lors de son entretien d'autoconfrontation, le patient décrit une situation sociale péjorée. Il dépend maintenant intégralement de l'aide sociale et se trouve en conflit avec son assurance accident. Il n'a en revanche toujours pas contracté d'assurance perte de gain privée. Il rapporte toutefois également qu'il est, depuis peu, suivi par un service d'assistance juridique pour migrants qui l'a également mis en lien avec une association de défense des chômeurs, ce qui augure plutôt favorablement des démarches auprès des assurances sociales pour la suite.

10.4 Bilan concernant les stratégies de résolution des difficultés de compréhension et les objectifs communicationnels saillants lors de la survenue et/ou gestion des malentendus et incompréhensions

L'analyse de la gestion des difficultés de compréhension dans les consultations a mis en évidence que tous les types de stratégies de résolution de mon modèle théorique jouent des rôles non négligeables dans les processus de prévention ou de réparation des malentendus et incompréhensions : les hétéroreformulations (reprise avec modification du discours de l'autre) et autoreformulations (reprise avec modification de son propre discours) en premier lieu, mais également les commentaires métadiscursifs (p. ex. « j'ai pas compris ») et les requêtes métadiscursives (p. ex. « pardon ? »). On observe, de plus, que les résolutions de difficultés de compréhension sont le plus souvent une réalisation conjointe – autrement dit interactionnelle et dialogique – du médecin et du patient, impliquant souvent deux stratégies successives ou davantage.

De multiples traces discursives suggèrent toutefois aussi que dans les résolutions des difficultés de compréhension, les rôles des protagonistes ne sont pas symétriques. Il apparaît en effet que ces résolutions entrent bien davantage dans le rôle du médecin que dans celui du patient. Ainsi, les médecins initient

beaucoup plus souvent les séquences de prévention ou de réparation de malentendus ou d'incompréhensions que les patients. De plus, les tentatives de résolution de difficultés de compréhension de la part des médecins passent très souvent par l'hétéroreformulation, impliquant une intervention directe sur le discours de l'autre, alors que les patients recourent plutôt à des stratégies peu spécifiques (p. ex. requêtes métadiscursives du type « pardon ? ») qu'ils estiment probablement moins à risque d'être interprétées par les médecins comme des tentatives de prise de contrôle sur l'entretien ou sur leur discours. Enfin, le relevé des objectifs communicationnels saillants lors de l'apparition et de la gestion des difficultés de compréhension révèle que, lorsque des malentendus ou incompréhensions peuvent être résolus, l'objectif communicationnel prépondérant est souvent une quête d'information de la part des médecins et, dans une bien moindre mesure, un objectif de présentation de soi (p. ex. souligner que l'on va moins bien) d'un patient.

Avec les patients allophones, les médecins n'hésitent pas à opérer des corrections (hétéroreformulations proposant une forme plus proche de la norme) qui reçoivent généralement un bon accueil. Les patients, à l'inverse, ne corrigent pour ainsi dire jamais les cliniciens. Ce constat suggère que dans le cas de consultations exolingues de patients migrants, une asymétrie didactique entre natifs (ou quasi natifs) et non-natifs vient en quelque sorte redoubler l'asymétrie plus générale des rôles entre médecin et patient dans la gestion des difficultés de compréhension.

Cette asymétrie multidimensionnelle entre médecins et patients (migrants) au plan de la gestion des difficultés de compréhension n'est pas nécessairement problématique en soi. En partie, elle semble découler du simple fait que les cliniciens ont souvent une meilleure connaissance des thèmes traités et sont donc mieux outillés pour identifier et résoudre des malentendus. L'assiduité des cliniciens dans la prévention et réparation de difficultés de compréhension contribue d'ailleurs non seulement à une meilleure compréhension sur le moment, mais produit aussi des effets d'apprentissage durables chez les patients (acquisition de nouvelles ressources linguistiques et de connaissances d'arrière-fond utiles pour les consultations suivantes ; pour des observations analogues dans d'autres *settings* cliniques, v. Gajo *et al.* (2005)). L'asymétrie médecin vs patient s'avère en revanche problématique pour les patients (migrants, en l'espèce) lorsque ceux-ci abandonnent, par peur d'égratigner le rôle d'expert ou de bon communicateur du clinicien, la résolution de difficultés de compréhension dont les données contextuelles (*feedback*, autoconfrontation et enquête A) montrent qu'elles ont été repérées par les patients et qu'elles touchent à des aspects importants pour eux (p. ex. accéder à des informations clés pour l'évolution clinique ou socio-économique, obtenir la reconnaissance du clinicien pour des aspects clés de leur problématique).

S'agissant plus généralement des abandons de résolutions en cas de difficultés de compréhension – chez les cliniciens aussi bien que chez les patients – ceux-ci semblent souvent s'expliquer par un rapport jugé disproportionné entre l'effort requis pour la prévention ou réparation du malentendu ou de l'incompréhension et l'importance des enjeux cliniques ou relationnels impliqués. Outre les effets inhibiteurs d'une politesse interactionnelle forte chez les patients, un

autre facteur relationnel qui complexifie la résolution de certains malentendus ou incompréhensions délicats tient dans la production, par les protagonistes de la consultation, de présentations de soi et/ou de l'autre qui semblent difficilement conciliables et dont l'antagonisme ne peut être ouvertement thématiqué (p. ex. patient qui cherche à souligner qu'il va moins bien qu'avant vs médecin qui cherche à faire reconnaître l'apport de ses traitements antérieurs).

On voit, en définitive, se profiler, sur la base de l'analyse de certaines difficultés de compréhension problématiques dont la résolution s'enlise ou est abandonnée (p. ex. extrait n° 3 : « Il était gentil le patron » et extrait n° 13 : « Faire une protection juridique »), un autre facteur de complexité majeur pour la négociation de la compréhension réciproque dans les consultations étudiées (qui vient ainsi s'ajouter aux complexités médicale et discursive déjà identifiées dans le bilan du chapitre précédent, v. *supra*, section 9.4). Il s'agit de la complexité relationnelle, englobant notamment la gestion des faces et la politesse interactionnelle (fondement d'une dimension dysfonctionnelle de l'asymétrie interactionnelle entre médecin et patient), ainsi que les tensions souvent insurmontables liées à la production, par les participants, de présentations antagonistes de soi, de l'autre et/ou de la relation (p. ex. versions différentes de la gravité du cas du patient, des soutiens dont ce dernier dispose, des apports des interventions du médecin, etc.).

Agendas pré-consultation contrariés : quels liens avec les difficultés de compréhension repérées dans la consultation ?

La portée des échanges communicationnels lors des consultations a également été approchée sous l'angle des agendas poursuivis par les protagonistes (patients et médecins) et de leurs possibilités de les réaliser. Pour rappel, sur le modèle d'autres études (v. *supra*, section 7.4.3), le terme d'*agenda* est ici réservé aux seuls plans d'action communicationnels initiaux des participants, autrement dit aux visées que ces derniers avaient avant la consultation à propos de cette dernière. Les agendas se distinguent ainsi des objectifs communicationnels « en ligne » repérables dans l'évolution même des consultations, traités dans le chapitre précédent (v. *supra*, section 10.3). Les agendas initiaux des protagonistes ont été recensés *a posteriori* dans le cadre des entretiens de *feedback*.

Le présent chapitre dresse tout d'abord un inventaire des types d'agendas pré-consultation rapportés par les médecins et les patients, avant de s'intéresser spécifiquement aux agendas non réalisés ou de réalisation incertaine sous l'angle de leurs liens possibles avec des difficultés de compréhension non résolues relevées au plan des interactions cliniques. Grâce à des incursions succinctes dans tous les cas marqués par des agendas potentiellement contrecarrés, ces pages livrent non seulement un aperçu concret d'un sous-ensemble particulièrement intéressant de projets communicationnels initiaux de participants, mais elles montrent aussi que l'échec (probable) de la réalisation de ces projets ne connaît souvent pas d'explication simple – du moins pas en termes de malentendus et d'incompréhensions.

11.1 Types d'agendas pré-consultation rapportés par les participants

Les participants à l'enquête mentionnent au total 54 agendas pour les 19 consultations, soit en moyenne un peu moins de trois agendas par consultation. Les mentions d'agendas sont approximativement autant le fait des médecins (26) que des patients (28). Comme le montre le tableau 33, sept grandes catégories d'action communicative apparaissent centrales dans la planification préalable des consultations par les protagonistes. Les colonnes du centre et de droite déclinent,

sous la forme de sous-catégories, les visées communicatives précises formulées, respectivement, par les patients et les médecins. Sauf indication contraire, toutes les sous-catégories ont été mentionnées par plusieurs participants (1x = mention unique).

Type d'agenda	Patients	Médecins
Bilan	« Faire le point » (sans spécification)	« Faire le point » sur - évolution du patient - suivi et effets de traitement
Conseils, explications	Avoir « l'avis » du médecin sur - les causes (douleurs en général, évolution récente) - les traitements possibles ou indiqués (apports, risques, positions contradictoires d'experts, etc.) - la situation professionnelle (1x)	Donner des explications (1x)
Discussion	« Discuter » de - retours d'examens - traitements inefficaces	« Discuter » de - retours d'examens
Action in situ	Obtenir des injections	Proposer et réaliser des injections
Organisation, prescription		Organiser un programme de rééducation Prescrire des médicaments (renouvellement)
Motivation		« Encourager » pour la poursuite du traitement (1x)
Soutien, réassurance	Se faire rassurer sur l'absence d'une cause « grave » (1x)	« Soutenir » (1x)

Tableau 33 : Agendas pré-consultation

Les agendas évoqués apparaissent *a priori* en adéquation logique avec le type d'entretiens médicaux filmés. Ainsi, l'importance accordée au « bilan » s'explique clairement par le fait que toutes les consultations impliquent des patients déjà connus par les médecins (v. *supra*, section 7.3.1). Certaines fois, elles étaient d'ailleurs explicitement désignées comme des « contrôles ». Les projets communicationnels en termes de conseils ou d'explications, de motivation et de soutien ou de réassurance concernaient exclusivement l'unité de rééducation, où ces aspects éducationnels occupent une place importante dans la pratique. À l'inverse, les visées communicationnelles en lien avec une intervention directe du médecin sont – au sein de mon corpus – une caractéristique exclusive de l'antalgie (Centre de la douleur).

On le voit, le sous-ensemble des agendas des patients se distingue en partie de celui des médecins. Les agendas des patients suggèrent, par exemple, que ces derniers voient le médecin largement comme un conseiller ou un partenaire de discussion, ayant pour mission de les aider à prendre les bonnes décisions en

matière de traitement. Ils apparaissent, de ce point de vue, cohérents avec la vision des consultations qui se dégageait dans l'enquête A (v. *supra*, section 5.3). Les patients attendent notamment des précisions concernant les causes des douleurs en général et/ou de leur évolution récente, ainsi que des précisions concernant les apports et risques de traitements possibles, notamment lorsque les avis des autres experts (médecin traitant, autres spécialistes, experts conseils d'assurances) divergent. Les agendas explicitement orientés vers une action du médecin (lui faire entreprendre quelque chose de spécifique) sont rares et se limitent pour l'essentiel aux injections antalgiques au Centre de la douleur.

Par contraste, les agendas formulés par les médecins semblent bien moins symétriques et dialogiques et pourraient même témoigner d'une certaine « objectivation » des patients dans leurs représentations. Même s'ils se projettent parfois dans des discussions (par exemple, à propos de retours d'examen), les médecins semblent principalement centrés, dans leurs intentions communicationnelles initiales livrées *ex post*, sur la récolte d'informations cliniques et l'organisation de la suite du traitement.

Que ce soit chez les patients ou chez les cliniciens, le domaine thématique souvent désigné comme psychosocial dans la littérature¹ (souffrance psychique, situation professionnelle et/ou asséurologique, etc.) semble plutôt marginal parmi les agendas explicités, même si « faire le point » ou « évaluer l'évolution du patient » peut indirectement renvoyer à des échanges dépassant la stricte problématique biomédicale. Dans le même sens, on peut également mentionner ce médecin qui projetait d'emblée de consacrer sa consultation partiellement au soutien psychologique ou moral de sa patiente et ce patient qui voulait parler de son travail avec son médecin.

11.2 Dans quelle mesure les agendas pré-consultation sont-ils réalisés ?

En vue de mieux comprendre l'impact des difficultés de compréhension non résolues sur la possibilité des protagonistes (médecins et patients) de réaliser leurs agendas communicationnels lors des consultations, il s'agissait tout d'abord d'établir lesquels, parmi leurs projets communicationnels initiaux, n'ont pas pu être mis à exécution. À cette fin, des indices relatifs à la réalisation des divers agendas recensés ont été relevés dans l'ensemble du corpus : consultations filmées, entretiens de *feedback* et entretiens d'autoconfrontation.

Du fait de la grande diversité de nature des agendas communicationnels évoqués (v. tableau 33), les critères permettant de statuer sur leur réalisation varient considérablement d'un agenda à l'autre. Ainsi, pour apprécier si une visée comme « obtenir une piqûre » est réalisée, il suffit de savoir si une injection a été pratiquée, alors qu'il est bien plus délicat de définir dans quelle mesure un médecin et un patient ont réussi – ou non – à « faire le point » sur la situation. Face à cette variabilité des critères et des enjeux, j'ai finalement décidé de me centrer principalement sur les cas où des indices clairs de non-réalisation sont attestés, soit parce que cette non-réalisation est flagrante au niveau du

1. Notamment dans les très nombreuses études de la communication médicale réalisées grâce au *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) (Roter & Larson 2002).

déroulement de la consultation (p. ex. une injection non pratiquée), soit parce que le protagoniste juge lui-même que son objectif n'a pas pu être atteint ou encore parce que des informations qui devaient être transmises ne l'ont pas été. Tous les agendas non réalisés identifiés selon ces critères sont discutés dans la section à venir. Quelques agendas ne répondant pas à ces critères, mais dont la réalisation paraît également incertaine font l'objet de la section subséquente.

11.2.1 Agendas non réalisés

À l'aune du critère strict de non-réalisation d'agendas, il apparaît que la plupart des projets communicationnels initiaux évoqués par les médecins et les patients n'ont pas rencontré d'obstacles patents. Dans trois consultations seulement, un agenda mentionné demeure clairement non réalisé. Il s'agit chaque fois de projets communicationnels du patient.

11.2.1.1 Cas A

Une patiente du groupe F3 s'est engagée dans la consultation avec l'idée d'obtenir une piqûre pour soulager ses douleurs. Le médecin refuse cette injection tout en développant des explications qui conduisent la patiente à y renoncer. Dans ce cas, il ne semble pas possible d'expliquer (et ne fût-ce que partiellement) le non-accomplissement de l'agenda par des phénomènes de malentendu ou d'incompréhension.

11.2.1.2 Cas B

Une patiente fait mention d'un agenda communicationnel non réalisé suite à un oubli de sa part : elle voulait demander si elle devait continuer à prendre certains médicaments prescrits par le médecin alors qu'elle les considère comme inefficaces. Cet aspect n'est pas abordé dans la consultation et ne peut donc pas faire l'objet d'un malentendu ou d'une incompréhension. Par contre, un lien entre l'oubli de la patiente et sa situation linguistique n'est pas à exclure. Elle a indiscutablement d'importantes difficultés d'expression et de compréhension – elle est la moins à l'aise en français du groupe F2 –, difficultés très susceptibles de porter atteinte à sa concentration et, par conséquent, à la réalisation de ses agendas communicationnels.

11.2.1.3 Cas C

Ce n'est finalement que dans un seul cas qu'un agenda non réalisé a pu être mis en lien direct avec des difficultés de compréhension. Il s'agit de la consultation d'un patient originaire des Balkans, très peu à l'aise en français (groupe F1), qui avait pour projet initial de demander au médecin des informations sur les risques liés à des injections planifiées. Dans son *feedback*, ce patient estime ne pas avoir reçu ces informations en raison la situation linguistique, et plusieurs épisodes de la consultation marqués par des difficultés de compréhension non résolues – (v. extrait n° 5, « Peur d'être paralysé ») – apparaissent impliqués dans cet échec. Ces mêmes difficultés de compréhension ont également généré des divergences de vues entre soignant et soigné sur le traitement, et, plus précisément, sur les risques associés. Elles sont présentées de manière détaillée dans la section

consacrée aux divergences de vues médecin-patient (v. *infra*, section 10.2.4). On y voit notamment comment les problèmes communicationnels relevés font obstacle aux tentatives du médecin de rassurer le patient face au traitement projeté. Tout suggère en outre que la présence d'un interprète aurait sans nul doute pu réduire ces obstacles.

11.2.2 Agendas de réalisation incertaine

À côté des agendas non réalisés au sens strict, on relève également des agendas dont la réalisation est incertaine. Quatre consultations sont concernées et je les aborderai toutes brièvement sous cet angle. On verra que, pour une large part, les difficultés de statuer sur la réalisation d'agendas découlent principalement de deux problématiques :

- (1) Les termes souvent très généraux dans lesquels les protagonistes formulent leurs agendas invitent parfois à inférer des agendas sous-jacents plus précis, ce qui va inévitablement de pair avec une certaine incertitude (v. consultation avec agendas de réalisation incertaine A).
- (2) De nombreux agendas sont orientés non seulement vers des accomplissements dans le cadre strict de la consultation (p. ex. obtenir telle ou telle décision), mais également vers un impact comportemental concret (p. ex. adhérence au traitement, suivi des décisions par le médecin) débordant le cadre de la consultation (v. consultations avec agendas de réalisation incertaine B et C). Dans ces cas, il est généralement aisé de déterminer si la dimension décisionnelle de l'agenda est atteinte, alors que la réalisation de sa dimension comportementale est souvent plus difficile à évaluer au vu des données récoltées.

Seuls deux agendas de réalisation incertaine paraissent directement liés à des difficultés de compréhension non résolues relevées dans l'analyse (v. consultation avec agendas de réalisation incertaine A [agenda du médecin] et consultation avec agendas de réalisation incertaine D). Pour les autres cas, des hypothèses alternatives quant aux fondements communicationnels ou interactionnels de la part potentiellement inaccomplie des agendas en question sont esquissées.

11.2.2.1 Cas A

Dans cette consultation impliquant un patient arabophone du groupe F2, on relève deux agendas de réalisation incertaine, un du médecin et un autre du patient.

Le médecin prévoyait, en l'espèce, de parler avec le patient d'une consultation récente de ce dernier en génétique. En un sens, cet objectif est atteint, puisque la consultation filmée comprend effectivement une séquence spécifique consacrée à cet examen. On peut toutefois aussi admettre que, lorsque le médecin dit vouloir parler de ce rendez-vous en génétique, son but ne se limite probablement pas à une simple évocation de cette rencontre en termes généraux, mais qu'il cherche à amener le patient à lui en restituer les principales conclusions (ce d'autant plus que le médecin filmé ne dispose pas, au moment de

la consultation, du rapport médical établi par la génétique). Or, concernant cette part implicite ou indirecte probable de l'agenda du médecin, tout indique qu'elle n'est pas réalisée, en raison principalement d'une difficulté de compréhension non résolue recensée dans mon étude. L'analyse de l'extrait n° 11 (« D'accord, et puis en génétique ? ») montre en effet que le patient n'arrive pas à tirer de son passage dans ce service des informations pertinentes pour le médecin filmé. La raison principale de cette difficulté réside, on l'a vu, dans le fait que le patient ne saisit manifestement pas bien ce qu'est un service de génétique médicale et quelles sont ses finalités. À preuve, le fait qu'il se croyait engagé dans une consultation de spécialiste du pied, alors qu'il voyait en réalité les généticiens.

Pour sa part, le patient de cette même consultation avait pour agenda explicite d'amener le médecin filmé, qui projette de partir à la retraite dans un proche avenir, à l'orienter vers un collègue qu'il juge compétent. Ce souhait est effectivement thématiqué durant la consultation, mais le clinicien n'accède pas directement à la demande. La négociation sur ce point commence par un malentendu apparemment résolu. Le médecin interprète d'abord au sens littéral l'interrogation du patient concernant le devenir du dossier après son départ à la retraite et commence à expliquer que celui-ci restera à l'hôpital. Le clinicien sera rapidement repris par le patient, qui propose explicitement de fixer lui-même un rendez-vous avec un autre spécialiste. Le médecin filmé confirme cette possibilité et lui propose de se revoir une dernière fois pour parler de cela, tout en laissant déjà entendre qu'un de ses collègues pourrait entrer en ligne de compte pour reprendre le suivi. Une explication de l'absence d'une réaction plus concrète du clinicien filmé (qui aurait, par exemple, pu nommer son successeur potentiel et promettre au patient une première prise de contact) est peut-être à chercher dans la manière indirecte dont la requête a été amenée par le patient. Le fait, notamment, que la personne soignée reformule sa demande initiale – explicitement centrée sur le dossier – en demandant s'il peut prendre rendez-vous chez un autre médecin suggère peut-être au médecin filmé que le patient préférerait choisir lui-même son futur médecin, alors que tel n'était apparemment pas l'agenda initial de son interlocuteur. En ce sens, on pourrait être tenté ici de parler d'un malentendu non résolu, dont les fondements seraient à chercher dans des présupposés divergents sur les prétentions du patient en termes d'auto-*vs* hétérodétermination, le médecin surestimant en l'occurrence le besoin d'auto-détermination du patient. D'autres hypothèses explicatives doivent toutefois aussi être envisagées. On doit, par exemple, admettre l'éventualité de certaines réticences propres, chez le médecin, à se confronter trop frontalement à son départ à la retraite, réticences qui pourraient l'inciter à reporter cette discussion à une consultation suivante.

11.2.2.2 Cas B

La seconde consultation concernée par un agenda de réalisation incertaine implique une patiente locutrice native du français (F4) qui est née et a grandi en Suisse romande. Le médecin rapporte qu'il avait pour objectif initial de mettre la consultation à profit pour « remettre la compresse » et encourager la patiente à montrer davantage d'engagement dans le traitement, notamment en termes d'exercices à domicile et de séances de physiothérapie. Concernant ces deux

composantes du traitement, les données des entretiens d'autoconfrontation suggèrent que des efforts d'encouragement ont certes été déployés par le médecin, mais sans être suivis des résultats escomptés. Lors de son autoconfrontation, la patiente dit en effet faire les exercices à domicile moins souvent que ce qu'elle devrait et envisage un arrêt complet de la physiothérapie.

Dans ce cas, les éléments de l'agenda dont la réalisation est incertaine – en l'espèce, l'implication pratique effective et accrue de la patiente dans le suivi – ne semblent pas s'expliquer par des difficultés de compréhension non résolues. En revanche, plusieurs éléments dans les divers types de données (consultation, *feedback*, autoconfrontation) suggèrent, concernant la physiothérapie au sens large, un désaccord de fond entre médecin et patiente, désaccord qui préexiste à la consultation et qui perdure au-delà de sa fin malgré les efforts de persuasion du médecin. On peut donc ici parler d'une situation de résistance² de la patiente, dont les deux parties semblent partiellement conscientes.

11.2.2.3 Cas C

C'est également la physiothérapie qui est au centre de l'agenda problématique d'une patiente lusophone appartenant au groupe F3. Dans ce cas précis, la patiente mentionne, parmi ses visées initiales pour la consultation, l'idée d'amener le médecin filmé et son médecin généraliste à se mettre d'accord sur l'indication ou non de suivre un traitement de physiothérapie, indication sur laquelle leurs opinions semblent diverger depuis un certain temps. À la vue de l'interaction lors de la consultation, son objectif semble de prime abord atteint : le médecin filmé affirme en effet à deux reprises son intention de prendre contact avec le généraliste pour une discussion sur ce point. Au plan comportemental, les entretiens d'autoconfrontation avec les protagonistes de la consultation suggèrent toutefois que le médecin n'a selon toute probabilité jamais réalisé ce projet et que la discussion n'a finalement jamais eu lieu. Les raisons peuvent être de divers ordres (surcharge du médecin, absence d'une nouvelle consultation entre médecin et patient, etc.), mais semblent toutes difficiles à mettre en lien avec le déroulement précis de l'interaction dans la consultation filmée, et à plus forte raison avec d'éventuelles difficultés de compréhension.

11.2.2.4 Cas D

Dans le dernier cas, le médecin s'était engagé dans la consultation avec l'intention de « donner des explications » à une patiente lusophone du groupe F3. En l'occurrence, le médecin a effectivement donné un important volume d'informations à la patiente, mais plusieurs observations – tant sur la consultation, que dans le *feedback* et l'autoconfrontation de la patiente – questionnent la portée de ces explications. On rappellera, d'une part, cet épisode déjà commenté dans l'analyse de l'extrait n° 9 (« C'est comme dans la voiture, l'ABS »), où la patiente, à la fin d'une explication causale prolongée du médecin, dit avoir compris « plus ou moins » – ce qui laisse entendre l'existence d'éléments

2. Ce concept de « résistance » est central dans certains travaux de Mishler (2005), mais également dans d'autres études de la communication médecin-patient (p. ex. Gill *et al.* 2010).

incompris – avant de voir le médecin poursuivre son exposé sans qu'elle n'ait pu clarifier les points en question. D'autre part, la patiente affirme, lors de son entretien d'autoconfrontation, que certaines choses lui ont « passé à côté ». Elle explique ce fait par « l'inconscient » des personnes avec des douleurs chroniques, qui les rend partiellement fermées aux explications qu'elles n'identifient pas immédiatement comme porteuses de solutions supprimant leurs douleurs.

En termes d'intégration cognitive par la patiente des informations données par le médecin, l'impact des explications du médecin paraît donc partiellement limité et le format souvent monologique et la complexité du langage utilisé par le médecin y sont sans doute pour beaucoup. Du fait même de ce discours monologique, il est toutefois difficile, dans cet entretien, d'identifier des malentendus ou incompréhensions laissant des traces « à la surface » de l'interaction. Mais le médecin prend de toute évidence peu en compte le fait – qui lui est pourtant connu – que la patiente a un niveau d'instruction limité, ayant suivi seulement cinq années de scolarité dans son pays. Cet indice aurait pu le sensibiliser au risque d'importants décalages entre ses propres connaissances et ressources lexicales (surtout dans les domaines médical et technique) et celles de sa patiente, décalages susceptibles d'affecter négativement la compréhension mutuelle et la transmission d'information s'ils ne donnent pas lieu à une adaptation ciblée du discours.

En l'espèce, le fait que certains éléments des explications du médecin n'aient pas été compris ne semble toutefois pas véritablement avoir porté à conséquence. Il est en effet frappant de voir qu'au plan comportemental – principalement en termes d'adhérence de la patiente au traitement – l'impact de cette consultation semble se rapprocher d'un certain idéal de la rééducation orthopédique ou rhumatologique. Lors de son entretien d'autoconfrontation, la patiente dit en effet avoir entamé un suivi plus soutenu chez un physiothérapeute et intensifié ses activités sportives. Elle rapporte également une amélioration globale de sa symptomatologie douloureuse qu'elle impute à ces changements dans son traitement et style de vie. Ce résultat globalement positif est sans aucun doute lié à la longueur de la consultation filmée (64 minutes) permettant à la patiente, grâce à la redondance des éléments informatifs principaux dans les explications prolongées du médecin, de saisir les indications finalement décisives pour son évolution clinique.

11.3 Bilan sur les agendas non réalisés et leurs liens avec les difficultés de compréhension non résolues

Les agendas pré-consultation recueillis auprès des médecins et des patients sont diversifiés et font dans l'ensemble écho aux enjeux communicationnels des consultations inventoriés sur la base des entretiens de l'enquête A (v. *supra*, section 5.3). Dans les limites du corpus de l'enquête B, il est plusieurs cas où des liens directs se profilent entre certains agendas non réalisés ou partiellement réalisés d'une part, et les difficultés de compréhension non résolues de l'autre. Dans deux de ces cas, le caractère problématique aux niveaux clinique et relationnel des enjeux impliqués est patent. En l'occurrence, les difficultés de compréhension ont limité les possibilités d'un patient de se faire une idée plus

précise sur les risques associés à un traitement et empêché un médecin d'accéder aux principales conclusions d'une consultation antérieure qu'un patient avait eue en génétique médicale. Dans la plupart des autres agendas (possiblement) contrariés, ce sont des facteurs sans lien direct avec la compréhension mutuelle qui semblent déterminants. Il s'agit notamment de cas d'oubli, de désaccord irréductible entre médecin et patient, ou au contraire d'un cas où un agenda initial – impliquant, dans ce cas, des décisions de traitement – est abandonné en cours de consultation parce que le patient se laisse convaincre par le médecin de son inadéquation.

En termes théoriques et méthodologiques, une difficulté majeure dans les tentatives de mettre en lien des difficultés de compréhension et des obstacles dans la réalisation d'agendas initiaux réside dans le caractère souvent peu spécifique de certaines visées pré-consultation. Tel est notamment le cas lorsque des participants affirment qu'ils souhaitent « faire le point ». Mais on repère aussi une autre limitation potentielle, liée quant à elle aux modalités d'identification des difficultés de compréhension, peu performantes pour la détection de difficultés de compréhension que les protagonistes ne cherchent pas à résoudre.

**Divergences de vues post-consultation
entre médecin et patient :
quels liens avec les difficultés de compréhension
repérées dans les consultations ?**

Afin de mieux cerner l'impact de la consultation et plus largement de la communication entre médecin et patient, mon protocole visait à évaluer dans quelle mesure le médecin et le patient connaissent les idées de leur vis-à-vis concernant le problème de santé du patient, son origine et ses solutions possibles ou souhaitables, et à voir dans quelle mesure ces idées se rejoignent. À cette fin, leurs représentations, ainsi que celles imputées à l'autre protagoniste de la consultation, ont été investiguées dans les entretiens de *feedback* et – dans une moindre mesure – en autoconfrontation.

L'analyse de contenu ciblée de ces données permet, pour chaque cas, de mettre en évidence :

- (1) les éléments faisant l'objet de désaccords au sens strict,
- (2) les indices d'un accès partiel (potentiel) aux idées de l'autre, à savoir :
 - (a) les idées erronées sur le point de vue de l'autre, autrement dit, en contradiction avec les propos tenus par l'autre partie,
 - (b) les idées unilatérales, mentionnées uniquement par l'une des parties, qui peuvent potentiellement correspondre à des « taches aveugles » (éléments que l'on ne peut ou ne veut voir) dans la vision de l'autre ou qui indiquent des priorités divergentes en termes de pertinence.

La section 1 de ce chapitre est consacrée aux divergences de vues entre médecins et patients à l'issue de la consultation. La section 2 se centre sur les liens entre ces divergences de vues et les difficultés de compréhension repérées dans les entretiens cliniques. Outre les constats généraux qu'elle contient – notamment sur la rareté relative de liens clairs entre divergences de vues et difficultés de compréhension – le principal intérêt de cette seconde section réside dans l'accès privilégié (et moins microanalytique et locale que dans les extraits des chapitres 9 et 10) qu'elle offre aux dynamiques communicationnelles telles qu'on les observe dans les consultations les plus complexes en termes linguis-

tiques, médicaux, relationnels et discursifs du corpus. Trouvent également leur place dans ce chapitre quelques hypothèses sur les origines possibles des divergences de vues non associées à des malentendus ou incompréhensions identifiables dans l'interaction.

12.1 Les divergences de vues (potentielles) et leur répartition au sein des cas

L'analyse des entretiens de *feedback* montre, pour toutes les dyades médecin-patient de l'étude, un grand nombre de points d'accord. Mais pour chacune de ces dyades, on relève également des divergences entre les points de vue du médecin et du patient sur le problème du patient et ses solutions, au moins en ce sens que certains aspects ne sont mentionnés que par l'un des deux protagonistes. Dans 17 dyades sur 19, on trouve même des désaccords patents sur un ou plusieurs aspects¹. Les deux dyades faisant à cet égard exception impliquent une patiente francophone de langue première (groupe F4) et une patiente d'origine latino-américaine avec une très bonne maîtrise du français (groupe F3). Cette dernière, en particulier, exprime une conception de son problème et de ses solutions remarquablement proche de son médecin.

Les dimensions faisant l'objet de désaccords ou d'autres divergences de vues (potentielles) peuvent être ramenées schématiquement à la liste² que voici :

Facteurs causaux (principaux)

- Pathologie de la colonne et des articulations (principalement : pathologies discales, canal lombaire étroit, arthrose dans les articulations, hypermobilité articulaire)
- Déconditionnement musculaire
- Dimension psychologique, peurs (en partie iatrogènes³)
- Gênes
- Travail lourd
- Effets indésirables de traitements invasifs

Solutions (à privilégier)

- Médication
- Physiothérapie ou exercice (gymnastique, étirements, sport)
- Interventions chirurgicales et antalgiques
- Soutien psychologique
- Reprise du travail
- Démarches sociales

1. Dans certains cas, ces désaccords portent sur les éléments plutôt marginaux.

2. Toutes les dimensions de cette liste ont fait l'objet de divergences de vues au sens large, mais également de désaccords au sens strict.

3. On entend par *peur iatrogène* une peur suscitée par des propos et comportements inutilement alarmants de la part d'un médecin.

Comme l'indiquent les contenus des parenthèses dans les deux titres en tête de listes, on trouve des cas où les divergences de vues ne portent pas sur la validité d'une explication causale ou d'une solution en termes absolus, mais sur l'importance relative des éléments les uns par rapport aux autres. Il en est ainsi dans les situations où le médecin considère que le problème prédominant réside dans le déconditionnement musculaire du patient, alors que, pour le patient, son problème vient principalement d'une pathologie discale et de son travail impliquant le port de charges lourdes.

Plusieurs dimensions mentionnées sont tantôt soulignées par des médecins, tantôt par des patients. Ainsi, des solutions chirurgicales ou antalgiques peuvent, par exemple, être proposées ou plébiscitées tant par des médecins que par des patients. Mais il est quelques dimensions qui sont caractéristiques du discours de l'une des parties en particulier. Ainsi, les explications causales en termes de peurs iatrogènes, de déconditionnement musculaire et de profil génétique prédisposant ne se trouvent que dans le discours des médecins, alors que l'impact négatif du travail et de traitements médicaux préalables néfastes est surtout avancé par les patients. Dans le domaine des solutions, les bénéfices escomptés de la physiothérapie et d'exercices à domicile, d'un soutien psychologique et d'une reprise rapide du travail sont prédominants dans les discours des médecins, alors qu'ils tendent à être peu mentionnés, voire ouvertement contestés dans le discours des patients.

12.2 Liens entre divergences de vues et difficultés de compréhension non résolues

Pour chaque cas clinique, je me suis attaché à établir si certaines des divergences de vues relevées entre médecin et patient peuvent être mises en lien avec des difficultés de compréhension non résolues identifiées dans le cadre de l'analyse interactionnelle des consultations. Ce n'est finalement que rarement le cas. D'une part, on l'a vu, les difficultés de compréhension non résolues ne sont pas très nombreuses, du moins tant que l'on opère, comme je l'ai fait, avec des critères d'identification stricts supposant la présence de traces interactionnelles de la difficulté au sein même de la consultation et n'incluant que des difficultés relevant de la compréhension à proprement parler. D'autre part, une grande partie des points faisant l'objet de divergences de vues (potentielles) entre protagonistes des consultations ne sont pas abordés durant les consultations enregistrées.

Ce n'est en définitive que pour quatre cas que certaines de ces divergences de vues peuvent être mises directement en relation avec des difficultés de compréhension non résolues dans l'entretien médical filmé. Il s'agit des trois patients linguistiquement les moins outillés du groupe F2 et d'un patient du groupe F1. En d'autres termes, c'est chez quatre des six patients parlant et comprenant le moins le français de l'échantillon⁴ que des liens entre divergences de vues médecin-patient et difficultés de compréhension non résolues ont pu être observés.

4. Pour trois de ces quatre cas, la présence d'un interprète a été envisagée ou demandée par un des protagonistes, voire par les deux.

Étant donné la relative rareté de ces liens, je décrirai chaque cas concerné. Je commencerai par ceux du groupe F2 (cas A, B, C) pour finir avec le cas unique du groupe F1 (cas D).

12.2.1 Cas A

Le premier cas est celui d'un patient consultant un spécialiste en rééducation pour des douleurs de dos qui persistent depuis un an et demi environ. La consultation filmée a pour thèmes principaux les activités que le patient pourrait ou devrait entreprendre (exercice, reprise du travail) et sa situation sociale (assurances, rentes, démarches à entreprendre). Le patient est albanophone de langue première et appartient au groupe F2.

Les deux principales divergences de vues (potentielles) révélées par les entretiens de *feedback* portent sur deux des thèmes clés de la consultation. On relève, d'une part un désaccord au sujet de la reprise de travail du patient dans son ancien métier (étancheur) – reprise qui est conseillée par le médecin et rejetée comme étant impossible par le patient. Sur ce point, la consultation a toutefois permis une certaine compréhension mutuelle, en ce sens que les deux parties ont manifestement compris leurs positions respectives quand bien même celles-ci ne concordent pas. Il en va tout autrement d'une autre divergence de vues, portant sur l'attitude à adopter face à différents types d'assurances. À ce propos, médecin et patient ont des idées différentes, mais apparemment sans en avoir conscience. En l'occurrence, le médecin considère que le patient devrait contracter une assurance perte de gain privée :

Extrait de l'entretien de *feedback* avec le médecin

M : il était déjà chez son médecin traitant, qui lui a dit qu'il fera une lettre à l'assurance et qui lui a conseillé déjà de la faire maintenant puisque la perte de gain de son travail va prendre fin, fin février, donc le médecin de famille lui a conseillé de contacter l'assurance pour faire lui-même un contrat privé de perte de gain, ce qui est, qui est logique [...] il est euh, il est plus ou moins au courant

Le patient, pour sa part, pense qu'il lui est suggéré – y compris par le médecin filmé – de se munir d'une assurance de protection juridique, assurance dont il pense ne pas avoir besoin ; il ne fait, en revanche, aucune mention d'une assurance perte de gain :

Extrait de l'entretien de *feedback* avec le patient

- P : moi je me dis, j'ai pas besoin de cette assurance juridique [...] parce que j'ai un rendez-vous le 21 avec le médecin docteur (nom du médecin traitant), pis il a dit qu'y va téléphoner à la Swica pour parler, pour discuter, pour parler euh, voilà
- E : d'accord, et puis ça vous en avez parlé avec le docteur (nom du médecin filmé) aussi ? [...] il vous a dit quoi, lui ?
- P : ben il m'a dit, faut, y faut voir avec euh, avec eux [...] parce qu'y faut, voilà, parce qu'y faut faire une assurance euh, cette assurance-là [il s'agit toujours de la protection juridique].

La divergence de vues qui se dégage de ces deux extraits peut être mise en lien avec le malentendu central de l'extrait n° 13 (« Faire une protection juridique ») qui n'a été ni repéré, ni résolu par les protagonistes de la consultation. On se souviendra notamment que médecin et patient parlent, à un moment donné, de « protection juridique » et « perte de gain » d'une manière qui est susceptible d'induire ou de consolider chez le patient l'idée qu'il s'agit d'une seule et même chose. À cet égard, il n'est donc guère surprenant que les messages clés retenus par le patient ne concordent pas avec ceux que le médecin pense lui avoir communiqués et que le patient reste focalisé sur la protection juridique (qu'il ne veut pas), plutôt que d'entreprendre les démarches nécessaires pour contracter une assurance perte de gain privée qui lui serait utile dans sa situation. Six semaines après la consultation, lors de l'entretien d'autoconfrontation, le patient n'a en effet encore rien réalisé de concret dans ce sens. Il a, en revanche, consulté un service d'assistance socio-juridique pour migrants qui semble avoir repris en main sa situation asséculologique.

12.2.2 Cas B

Appartenant au groupe F2, le patient de cette consultation est arabophone, originaire du Moyen-Orient et souffre de douleurs chroniques de localisation diverse (dos, articulations des mains et des pieds) depuis cinq ans environ. Son suivi auprès du médecin filmé (spécialiste en rééducation médicale) a débuté il y a près de quatre ans. Lors de leur dernière rencontre, il a été décidé que le patient ferait l'objet de trois examens par d'autres médecins, notamment des spécialistes en génétique médicale et en orthopédie. La consultation filmée est surtout centrée sur les retours de ces différentes consultations et la discussion des propositions faites par les autres spécialistes⁵.

Les données recueillies auprès du patient et du médecin (*feedbacks*, autoconfrontations) concernant leurs points de vue respectifs sur le problème du patient et ses origines ou solutions ne contiennent pas de traces de points de désaccord à proprement parler. En revanche, le médecin exprime le sentiment que le patient ne comprend pas ses explications en raison de connaissances anatomiques et physiologiques insuffisantes. De même, on relève, dans le domaine des causes du problème douloureux du patient, un certain nombre d'aspects qui ne sont mentionnés que par l'une des parties de la consultation et apparaissent donc susceptibles d'être absents de la représentation de l'autre.

Parmi ces divergences potentielles, on peut mentionner la conviction du patient que ses douleurs proviennent en partie d'une période de chômage prolongée. À propos des douleurs lombaires de manière plus spécifique, il mentionne également comme cause un effritement de la « matière blanche » dans la colonne vertébrale, non thématiqué par le médecin.

Le médecin, pour sa part, voit la source principale du problème douloureux du patient dans son hypermobilité articulaire, conduisant à des surcharges sur ses muscles. Le patient semble avoir saisi en partie au moins ce dernier point (il parle de « muscles pas assez développés » responsables de ses douleurs). Par contre, une autre dimension du schéma causal sous-jacent au discours du méde-

5. V. Extrait n° 11 : « D'accord, et puis en génétique ? », section 10.3.2.1.

cin est totalement absente du discours du patient : la prédisposition génétique possible que le médecin compte investiguer en envoyant le patient chez le généticien⁶.

L'analyse de la consultation filmée montre que les causes des douleurs du patient n'y sont presque pas abordées. Ce n'est guère que pour le dernier aspect mentionné – l'origine génétique potentielle du problème – que certains liens avec l'interaction étudiée peuvent être établis. Le principal malentendu non résolu de cette consultation porte, en effet, sur ce point précis (v. extrait n° 11 : « D'accord et puis en génétique »). L'analyse suggérait, on s'en rappelle, que le malentendu en question tire son origine des consultations précédentes, le patient n'ayant jamais réellement compris le sens de sa visite chez un généticien, si bien qu'il confondra constamment ce dernier avec le spécialiste du pied. En raison de ce flou au plan des connaissances du patient, médecin et patient passent par plusieurs malentendus durant la consultation analysée, le patient rapportant notamment ce qu'il a compris chez le généticien lorsque le médecin l'interroge sur son contact avec le spécialiste du pied. Le médecin finira par identifier la confusion et la signale au patient, sans toutefois fournir à ce dernier les éléments de connaissance nécessaires à une véritable résolution du problème de compréhension, à savoir une explication concernant l'origine génétique possible de l'hypermobilité articulaire qui soit ajusté au niveau de connaissance de départ du patient sur ce point.

Il est à noter que ce même malentendu étendu et incomplètement résolu est également étroitement lié à la non-réalisation d'un des agendas initiaux du médecin, à savoir son intention de discuter avec le patient des principales conclusions de la consultation en génétique. Les autres retombées (notamment en termes de suivi des décisions) de cette difficulté de compréhension, ainsi que les éléments relatifs à l'apport possible d'un interprète, sont abordés dans le commentaire de l'extrait n° 11 « D'accord, et puis en génétique ».

12.2.3 Cas C

Cette consultation met en présence un médecin spécialisé dans la rééducation du rachis et une patiente d'origine ibérique d'une trentaine d'années. La patiente souffre de douleurs de dos depuis quatre ans environ. Ce n'est que sa troisième consultation auprès du médecin filmé. Elle a en revanche consulté plusieurs autres médecins, dont un spécialiste en antalgie. La patiente appartient au groupe F2, dont elle est un des membres les moins à l'aise en français.

Les données de *feedback* et d'autoconfrontation recueillies auprès des participants de la consultation suggèrent l'existence, à l'issue de celle-ci, d'un désaccord sur les causes de la symptomatologie douloureuse de la patiente. Pour le médecin, les douleurs viennent principalement d'un déconditionnement musculaire dû à un manque d'activité par peur de la patiente de souffrir d'une pathologie grave. Pour la patiente, ses douleurs s'expliquent en termes d'arthrose ou d'inflammations, et éventuellement de calculs ou d'hernies discales. Elle mentionne également, comme effet aggravant, une injection en antalgie qu'elle

6. Dans son entretien d'autoconfrontation, le médecin mentionne qu'il a envoyé le patient chez le généticien pour voir si ce dernier confirmait son diagnostic.

pense avoir été mal administrée. Le médecin a manifestement compris cette appréciation de la patiente, mais ne semble pas partager son avis.

Concernant ce dernier élément de désaccord, un lien – assez ténu, il est vrai – peut être établi avec une difficulté de compréhension non résolue repérable dans la consultation filmée. Dans l'épisode concerné – qui ne figure pas parmi les extraits présentés dans le chapitre sur les difficultés de compréhension –, la patiente commence à parler de sa propre initiative de son dernier passage chez son médecin spécialiste en antalgie. Elle rapporte qu'il a entrepris un nouveau type de traitement (« brûler »), qui a provoqué de très fortes douleurs chez elle. Le médecin filmé lui explique alors qu'il y a des risques de douleurs accrues associés à ce type de gestes (« quand il brûle, ça peut augmenter la douleur ») et lui demande si le médecin en antalgie l'a prévenue de ces risques. La réponse que lui livre la patiente n'est pas compréhensible : on entend quelque chose entre « oui » et « non » et la mimique de la patiente est tout aussi équivoque. Mais le médecin ne revient pas sur la question pour tenter de la tirer au clair. Au moment de leurs autoconfrontations respectives, le médecin confirmera d'ailleurs qu'il n'a pas compris la réponse de la patiente. Quant à la patiente, elle manifeste également des difficultés palpables à saisir le sens de la question du médecin et ce n'est qu'après traduction de la question par l'interprète présente dans l'entretien d'autoconfrontation qu'elle finira par me dire qu'elle n'a pas été informée de ces risques de douleurs accrues par le médecin en antalgie.

Suite à cet accroc dans l'interaction, un malentendu étendu s'installe dans la consultation, malentendu qui est davantage repérable dans les données de *feedback* et d'autoconfrontation que sur la base de traces patentes au plan de la consultation elle-même. Les données des entretiens de recherche rétrospectifs suggèrent en effet avec force que le médecin filmé ne prend pas la juste mesure du ressenti – voire de la colère – de la patiente face au médecin antalgiste. Dans la consultation elle-même, on voit le médecin tenter plusieurs plaisanteries sur la mésaventure de la patiente en antalgie, plaisanteries auxquelles la patiente réserve un accueil plutôt froid et qu'elle ne semble pas très bien comprendre.

Au-delà de la cordialité évidente du climat relationnel, l'impression qui se dégage de la consultation filmée est indubitablement celle d'une compréhension mutuelle approximative. Cette impression est d'ailleurs partagée par les principaux intéressés : pour le médecin, par exemple, la langue est « le facteur de difficulté plus-plus » du suivi de cette patiente. Mais, à l'instar de ce que l'on vient de voir, il demeure dans l'ensemble difficile d'identifier des moments précis d'incompréhension ou de malentendu. Peu d'éléments nous informent en particulier sur le degré de compréhension de la patiente et on ne cerne donc pas clairement quels aspects auraient pu ou dû faire l'objet d'une clarification pour cette dernière. Reste le sentiment que la présence d'un interprète aurait très probablement permis à la patiente de mieux comprendre le point de vue du médecin s'agissant de son problème de santé, et au médecin de mieux prendre en compte les préoccupations et le vécu subjectif de la patiente – en lien par exemple avec l'antalgie.

12.2.4 Cas D

Âgé d'une cinquantaine d'années, le patient, originaire des Balkans, souffre depuis plusieurs années de douleurs du dos irradiant dans les jambes. Depuis trois ans environ, il voit sporadiquement le médecin antalgiste avec lequel je l'ai filmé et ce dernier lui a déjà administré plusieurs injections analgésiques. Le jour de la consultation, la question d'une nouvelle injection (péridurale) dans la suite immédiate de l'entretien clinique est au centre de la discussion ; cette injection finira par être réalisée.

Les données de *feedback* récoltées en lien avec cette consultation – *via* interprète en ce qui concerne le patient – ne révèlent qu'un seul point de désaccord entre le patient et le médecin (mais on notera que les deux parties impliquées sont plutôt prudentes dans leurs prises de positions et affirment ne pas avoir d'idée précise concernant la manière dont le vis-à-vis envisage la nature et les origines des douleurs). Le point de désaccord médecin-patient concerne les risques liés aux injections pratiquées par le médecin qui inquiètent le patient. Le médecin rapporte dans le *feedback* post-consultation qu'il a volontairement pratiqué un type d'intervention antalgique peu spécifique et peu risqué (en l'espèce une péridurale), compte tenu des possibilités de communication limitées avec le patient. Le médecin juge donc les risques liés à l'injection faibles et, dans la consultation, on voit qu'il cherche à rassurer le patient en relativisant l'importance des risques de l'injection et en la recommandant. Mais comme on l'a vu (extrait n° 5, « Peur d'être paralysé »), les entretiens de *feedback* et d'autoconfrontation du patient montrent que ce dernier a retenu de la consultation que les risques encourus sont importants et qu'il pourrait rester paralysé.

Bien que plusieurs indices suggèrent que le décalage de points de vue concernant l'ampleur des risques liés aux injections préexiste déjà à la consultation (le patient fait état de peurs similaires liées à des injections antérieures), l'entretien clinique lui-même comporte plusieurs moments où des chances d'un rapprochement des points de vue n'ont pas pu être saisies en raison de difficultés de compréhension non résolues, dans ce cas liées à la dimension linguistique. Parmi ces moments, l'extrait n° 5 (« Peur d'être paralysé »), occupe sans conteste une place centrale. On se rappellera, en effet, que même si certaines informations ont pu être échangées malgré la modicité des ressources langagières partagées, ce moment clé de prise de décision et de discussion des risques est avant tout un lieu d'incompréhensions et malentendus (à l'instar du reste de la consultation). Ainsi, on l'a vu, la tentative du médecin de rassurer le patient en soulignant la faiblesse du risque de se trouver paralysé a, par exemple, été mal comprise par ce dernier, qui l'a interprétée comme une mise en garde rappelant l'importance de ce risque. Par ailleurs, du discours nuancé du médecin – qui cherchait à laisser le choix au patient tout en se positionnant clairement en faveur de l'injection – le patient n'a manifestement compris que le premier élément, en l'occurrence que le médecin plaçait toute la responsabilité du choix sur le patient. Il semble donc, dans ce cas, que du fait de la situation de communication difficile (pas de langue commune suffisamment bien maîtrisée et pas d'inter-

prête), les craintes importantes du patient en lien avec le geste anesthésique subi ont été davantage amplifiées par la discussion avec le médecin qu'atténuées.

Les deux protagonistes de la consultation semblent d'ailleurs avoir conscience – dans une certaine mesure au moins – du caractère limité de l'échange sur ce point. Le patient, en particulier, rapporte que la quête d'informations sur les risques liés à l'injection figurait parmi ses projets initiaux pour cette consultation et qu'il n'a pas été en mesure d'obtenir autant d'indications qu'il aurait désiré en raison des difficultés de communication d'ordre linguistique (v. section 11.2.2.1, Consultation avec agenda non réalisé A).

12.3 Quelques hypothèses sur les origines possibles des autres divergences de vues

À côté des quatre cas discutés ci-dessus, il reste donc de très nombreux cas de désaccords ou de difficultés d'accès au point de vue de l'autre qui ne s'expliquent pas directement par un malentendu ou une incompréhension non résolus identifiables dans l'interaction (quel que soit le niveau de langue). À cet égard, plusieurs cas de figure se profilent. Parfois, les dimensions faisant l'objet de désaccords ou de taches aveugles potentielles n'ont pas été abordées durant la consultation filmée. Mais, surtout pour les désaccords, il est aussi des cas où les aspects litigieux ont été thématiques, souvent même avec une volonté claire de convaincre, mais sans succès. On peut alors parler de résistances ouvertes. Ces résistances peuvent venir de part et d'autre et porter tant sur des décisions concernant des traitements ou démarches en tout genre que sur une « version » du patient et de son problème. Parmi les aspects récurrents, on trouve le retour au travail du patient et l'importance de la physiothérapie pour la rémission. Parfois les sujets perçus comme controversés semblent aussi insuffisamment approfondis pour qu'un rapprochement – ou au moins une clarification – des positions réciproques ait de réelles chances de se produire.

12.4 Bilan sur les divergences de vues (potentielles) et leurs liens avec les difficultés de compréhension non résolues

Les divergences de vues avérées ou potentielles entre médecin et patient sont nombreuses et variées. Elles reflètent dans l'ensemble celles qu'ont thématiques les patients et cliniciens interrogés dans le cadre de l'enquête A. Les divergences de vues (potentielles) identifiées dans l'enquête B ne peuvent cependant qu'exceptionnellement être mises en lien direct avec des difficultés de compréhension non résolues laissant des traces patentes dans les interactions cliniques filmées. Il est en revanche frappant de voir que lorsqu'un tel lien peut être établi, les enjeux tant de la divergence de vue (potentielle) que de la difficulté de compréhension non résolue qui lui est associée sont loin d'être secondaires. Comme on l'a vu, les quelques rares cas recensés posent la question du consentement pour une intervention clinique anxiogène pour le patient, celle de l'accès à une aide financière dans une situation de grande précarité et celle, délicate également, de la gestion d'une doléance du patient à l'endroit d'un confrère. On

notera aussi qu'il s'agit dans tous ces cas de patients migrants peu à moyennement à l'aise en français (groupes F1 et F2).

Il ne faudrait pas déduire trop hâtivement de la relative rareté de liens directs entre divergences de vues (potentielles) et difficultés de compréhension non résolues que la grande majorité des divergences (potentielles) sont la conséquence d'éléments ne relevant ni de l'incompréhension, ni du malentendu. On l'a vu, certains points de dissension (potentiels) remontent clairement à des malentendus ou à des incompréhensions non résolus survenus dans des consultations antérieures (avec le même médecin ou avec d'autres). D'autre part, il faut aussi envisager que des divergences de vues puissent découler de difficultés de compréhension non résolues n'ayant pas laissé de traces discursives suffisantes à la « surface » de la consultation pour être repérée. Cette piste est corroborée par la présence, dans certains entretiens (par exemple dans celui dont est tiré l'extrait n° 9 : « C'est comme dans la voiture, l'ABS »), de séquences interactionnelles quasi monologiques dominées par les médecins, au sein desquelles le niveau de compréhension des patients est particulièrement difficile à évaluer. Elle l'est également par toutes les consultations des patients du groupe F1 qui ont dû être écartées du repérage systématique de difficultés de compréhension en raison de la trop faible compréhension réciproque entre médecin et patient.

Quelques cas qui débordent le cadre d'analyse ou questionnent mon hypothèse générale de recherche

J'ai suivi, pour l'enquête B, un protocole d'analyse qui prévoyait, pour chaque cas étudié, l'inventorisation et la caractérisation d'un certain nombre d'observables interactionnels (en l'espèce surtout liés aux difficultés de compréhension avec leurs causes probables et leur gestion) et plus largement communicationnels (principalement liés aux agendas non réalisés des protagonistes et à leurs divergences de vues au sens large à l'issue de la consultation). Dans les bilans des différents chapitres consacrés à l'analyse des résultats, on voit se profiler une série d'éléments qui vont, pour l'essentiel, dans le sens de mon hypothèse générale de recherche stipulant que les patients migrants sont défavorisés dans leur communication avec le système de soins en raison de leur profil sociolinguistique. Mais pour ne pas céder à la tentation de n'observer et de ne rapporter que les aspects des pratiques corroborant les idées *a priori* du chercheur (Blanchet 2012), j'ai volontairement accordé une certaine attention à diverses observations qui débordent le cadre strict de mon analyse et/ou qui questionnent directement mes hypothèses. J'ai ainsi décidé, après avoir réalisé des fiches de synthèse recensant, pour chaque cas, les principaux points de connexion entre les dimensions clés de l'enquête (difficultés de compréhension non résolues, agendas contrariés et divergences de vues), de relever de manière holistique les dysfonctionnements aux plans communicationnels et relationnels. Cette analyse verticale des consultations (v. *supra*, section 7.4.6), a fait émerger deux types de cas méritant tout particulièrement d'être mentionnés ici et dont chacun est illustré par un exemple emblématique : les cas révélateurs de problèmes de communication marqués, mais qui débordent mon cadre d'analyse ; et les cas qui questionnent mon hypothèse générale de recherche.

13.1 Cas révélateurs de problèmes communicationnels ou relationnels qui débordent le cadre d'analyse

J'ai identifié plusieurs cas où des difficultés communicationnelles et relationnelles majeures se profilent en l'absence de difficultés de compréhension à proprement parler. Il est ainsi plusieurs séquences de consultations sans

malentendus ni incompréhensions non résolus qui sont marquées, malgré tout, par des négociations difficiles de « versions » peu valorisantes et/ou peu valorisées de l'un ou de l'autre des interlocuteurs, autrement dit par des facteurs de tensions relevant de la figuration (*face work*). On observe aussi toutes sortes de mésalignements (angl. *misalignment*, v. p. ex. Coupland *et al.* 1991) entre locuteurs n'impliquant pas la compréhension au sens strict, principalement dans des contextes où l'un des protagonistes ne suit pas son vis-à-vis dans une tentative de recadrer le discours. Pour diverses raisons, un patient ou un médecin peuvent notamment ne pas s'engager dans une nouvelle activité discursive initiée par leur interlocuteur et/ou ne pas l'accompagner dans le glissement vers une certaine tonalité discursive, humoristique par exemple. Si toutes ces formes de troubles interactionnels se retrouvent aussi, dans les grandes lignes, dans les difficultés de compréhension non résolues, il en est certaines – et tel est notamment le cas des troubles liés à l'humour – qui ne sont pas considérées comme des difficultés de compréhension selon les critères opératoires retenus ici pour repérer les malentendus et incompréhensions.

Le niveau de maîtrise du français des patients ne semble pas, de prime abord, jouer un rôle marqué dans la répartition de ces difficultés communicationnelles et relationnelles sans lien direct avec la compréhension sur les différents cas. Quoique non inventoriées systématiquement, ces difficultés paraissent *a priori* susceptibles de se produire avec des patients de tous les groupes linguistiques¹, alors que j'ai constaté – on s'en rappelle – une nette concentration des difficultés de compréhension non résolues dans les consultations des patients les moins à l'aise en français.

À noter qu'en termes méthodologiques, il n'est pas toujours aisé de départager les difficultés de compréhension au sens strict des troubles interactionnels sans dimension de compréhension à proprement parler, même si, dans mon cas, les entretiens de *feedback* et, surtout, d'autoconfrontation m'ont été d'une utilité décisive de ce point de vue. L'apport de ces données récoltées *ex post* se voit clairement dans l'exemple de consultation à suivre, illustrant plusieurs aspects essentiels de ces problèmes communicationnels et/ou relationnels qui débordent les difficultés de compréhension au sens strict.

Consultation A

Le patient impliqué dans cette consultation a une soixantaine d'années et vient d'un pays de langue slave d'Europe de l'Est. Il vit en Suisse romande depuis une trentaine d'années, où il a acquis une excellente maîtrise du français, qui est aujourd'hui clairement sa langue dominante : il n'a que rarement l'occasion de parler sa langue première et dit fréquemment penser en français. Malgré des douleurs intenses dans le bas du dos et des irradiations dans les jambes qui persistent toutes deux depuis plusieurs mois, il travaille à 100 % comme ouvrier de bâtiment qualifié. Le patient et son médecin du Centre de la douleur

1. Le patient de la consultation A appartient au groupe linguistique F3 avec une maîtrise que je qualifierais de quasi native du français. De plus, un patient au moins du groupe F4 aurait pu illustrer ces cas problématiques au plan communicationnel et relationnel sans difficultés de compréhension non résolues.

considèrent tous deux que le facteur causal principal de ses douleurs réside dans un canal lombaire étroit qui irrite certains tissus et nerfs.

Mon analyse de la consultation A n'a porté au jour aucune difficulté de compréhension non résolue. Des tensions non négligeables entre patient et médecin sont toutefois perceptibles, tant dans la consultation elle-même que dans les entretiens de *feedback* et d'autoconfrontation, qui contiennent des expressions répétées de frustrations et d'irritations.

Au plan relationnel, le patient semble pourtant entreprendre certains efforts pour renforcer le lien avec le médecin, efforts repérables à divers traits de son discours. Il utilise notamment plusieurs formes et expressions de langage non standard – que je lis comme des essais de réduire la formalité du cadre – et il entreprend des tentatives répétées de plaisanter avec le médecin. Le médecin ne saisit toutefois aucune des « perches » discursives que lui tend le patient en vue d'un rapprochement. Il ne s'aligne notamment ni sur le registre informel, ni sur le mode humoristique, n'entrant jamais en matière sur les plaisanteries, alors même que l'autoconfrontation avec le médecin montre qu'il a parfaitement compris la valeur humoristique de certains propos de son interlocuteur.

Entre le patient et le médecin, deux facteurs de tension sont particulièrement saillants. D'une part, le patient ressent, depuis la dernière injection administrée par le médecin filmé, des douleurs d'un nouveau type, en l'occurrence des crampes dans les pieds. Il laisse entendre que ces crampes pourraient être liées au geste effectué par le médecin, posant ainsi implicitement la question d'une certaine responsabilité de ce dernier dans ses douleurs du moment². D'autre part, le médecin décide, le jour-même de la consultation, d'introduire un nouveau médicament que le patient accepte dans un premier temps. Dans la suite de la consultation, il manifeste toutefois son mécontentement face aux médicaments de plus en plus nombreux qu'il doit prendre, se plaignant notamment de douleurs d'estomac. Le médecin n'entre pas en matière sur cette plainte mais celle-ci contribue indubitablement à la tension relationnelle croissante, comme l'indique la survenue, dans son prolongement immédiat, d'une plaisanterie du patient qui ne trouve pas grâce aux yeux du médecin. En définitive, la nouvelle prescription n'est pas rediscutée et le patient se plaindra, lors de l'entretien de *feedback* d'avoir un médicament supplémentaire à prendre. Lors de l'autoconfrontation réalisée plusieurs semaines plus tard, le patient ne saura pas me dire avec précision s'il a suivi la prescription en question.

À l'égard de ce différend, la réaction du médecin lors du visionnement de cette séquence de consultation (autoconfrontation) est particulièrement intéressante. Pour expliquer pourquoi il n'est pas entré en matière sur les douleurs d'estomac du patient, le médecin invoque – avec une irritation palpable – une dépendance du patient à l'alcool (qui n'est thématiquée ni dans la consultation filmée, ni dans les entretiens de *feedback*). J'ai inféré de cette réaction que, du point de vue du médecin, un patient qui porte atteinte à la santé de son estomac par une consommation excessive d'alcool n'est pas légitimé à questionner le

2. Dans un autre contexte, l'étude d'Eccleston *et al.* (1997) a déjà mis en évidence, à propos des suivis de douleurs chroniques, le caractère hautement sensible de la question de l'assignation de responsabilités dans l'apparition et le maintien de douleurs.

bien-fondé de l'introduction de nouveaux médicaments en invoquant des troubles gastriques.

Les irritations et frustrations manifestées par les protagonistes de cette situation clinique rappellent celles recensées auprès de divers autres participants – dans le cadre, tout particulièrement de l'enquête A – notamment auprès de médecins qui ne se sentent pas reconnus dans leurs compétences et de patients parlant de relations thérapeutiques tendues en raisons de divergences de vues sur le traitement et d'interventions médicales contreproductives. Des cas comme cette consultation A viennent rappeler avec force qu'une investigation des difficultés de compréhension au sens strict n'épuise pas même approximativement les aspects problématiques d'entretiens cliniques en termes communicationnels et relationnels. L'exemple montre toutefois aussi que les malentendus et incompréhensions – et plus particulièrement les plus problématiques en termes cliniques – partagent des dimensions centrales avec d'autres séquences marquées par des problèmes communicationnels ou relationnels, en l'occurrence celle de la complexité relationnelle. À l'instar de plusieurs difficultés de compréhension non résolues, ce sont en effet principalement des « versions » peu valorisées de soi et de l'autre qui sont ici au centre des complications, en d'autres termes des étiquettes négatives – « médecin qui a raté son injection », « médecin qui prescrit trop de médicaments » et « patient alcoolique avec des plaintes indues » – que les interlocuteurs s'appliquent mutuellement dans les interactions où qu'ils suspectent l'autre de leur appliquer.

13.2 Cas qui questionnent mon hypothèse générale de recherche

Compte tenu des termes de mon hypothèse générale de recherche, j'ai été particulièrement frappé par quelques cas de patients migrants ayant des ressources expressives et interprétatives (très) limitées (groupes F1 et F2), mais chez lesquels on ne relève, en dernière analyse, pas de dysfonctionnements communicationnels ou relationnels majeurs dans les consultations. Dans ces échanges, les difficultés de compréhensions sont pourtant fréquentes – voire omniprésentes – et il demeure souvent peu clair jusqu'à quel point elles ont pu être résolues. J'avais généralement la conviction immédiate, pour ces cas, que la présence d'un interprète serait indiquée, voire indispensable (v. mon évaluation dans le portrait initial des consultations, section 8.3.2.3), mais mis à part les efforts interactionnels intenses requis de part et d'autre et une incertitude générale sur la compréhension mutuelle je détiens en définitive peu d'arguments empiriques pour étayer cette position.

De manière frappante, les consultations des patients relevant de ce cas de figure se caractérisent par un certain nombre de points communs. D'une part, dans toutes ces situations, patients et médecins se connaissent de relativement longue date (parfois depuis de nombreuses années) et beaucoup de séquences d'entretiens ont indubitablement des aspects routiniers pour les deux parties impliquées. De plus, ces consultations sont exemptes des thématiques communicationnelles qui se sont illustrées comme particulièrement complexes dans d'autres rencontres cliniques (p. ex. démarches à entreprendre auprès de services sociaux ou assurances, avis d'autres spécialistes, explications causales détaillées

des douleurs) et les protagonistes semblent partager un savoir consensuel important tant sur la maladie que sur le contexte psychosocial du patient. Dans une de ces consultations, la patiente a en outre pu utiliser avec un certain profit sa langue première qu'est l'espagnol avec son médecin ayant deux autres langues romanes dans son répertoire plurilingue.

Parmi les patients participant à ces consultations fortement exolingues peu problématiques en termes cliniques, les avis divergent sur l'apport escompté d'un interprète dans les consultations. Si certains auraient souhaité une telle assistance linguistique (et disent parfois consulter avec des tiers assurant une traduction), d'autres jugent la présence d'un interprète inutile, voire problématique. Ainsi de la patiente retenue pour illustrer ces cas questionnant mon hypothèse générale de recherche, qui juge que son français est suffisant pour parler avec le médecin (avis que ne partagent ni le médecin, ni le chercheur, v. *supra*, section 8.1.2) et qui craint qu'un interprète de sa communauté ne respecte pas le secret médical (v. *supra*, section 7.2.4.2).

Consultation B

Âgée d'une trentaine d'années, la patiente concernée est originaire d'un pays de la corne de l'Afrique et réside en Suisse depuis plus de dix ans. Elle souffre de séquelles d'une poliomyélite lui causant des déformations progressives des membres inférieurs. Ces déformations provoquent des douleurs intenses et elle ne se déplace plus qu'à grand peine grâce à des béquilles et à des attelles, et, selon le pronostic du médecin, elle perdra totalement l'usage de ses jambes dans les années à venir. Au plan financier, la patiente subsiste grâce à une rente de l'assurance invalidité et occupe un emploi à temps partiel dans un atelier protégé.

Le médecin de l'unité de rééducation et la patiente se connaissent depuis de nombreuses années. Dans la consultation médicale filmée, les plaintes principales tournent autour de la péjoration de la capacité de la patiente à se déplacer (douleurs, chutes, difficultés à monter dans le bus, etc.). L'échange se solde par un renouvellement des prescriptions médicamenteuses habituelles. Du point de vue linguistique, une part importante des propos de la patiente sont difficiles à comprendre et son niveau de compréhension semble également limité : elle relève du groupe F1. Il est de nombreux moments où la patiente parle d'éléments que le médecin, selon ses propres dires, ne comprend pas, ou alors seulement de manière très approximative. La stratégie dominante du médecin consiste, dans ces cas, à valider les souffrances et les difficultés du quotidien de la patiente. Il répète également à plusieurs reprises qu'il n'a pas de solutions à lui proposer et lui dit explicitement que sa situation sera amenée à empirer. Pour le reste, deux éléments relatifs aux compétences de communication du médecin m'ont frappés comme étant perfectibles : l'utilisation de certaines tournures complexes, trop recherchées au vu du niveau de français de la patiente (p. ex. « il ne faut pas abdiquer ») ; le travail du médecin à l'ordinateur pendant une partie des échanges, notamment durant la seule séquence non consacrée à des aspects biomédicaux (en l'espèce une brève discussion sur le travail de la patiente).

Malgré ces éléments, le médecin et la patiente semblent entretenir un lien que l'on identifie immédiatement comme chaleureux et, quand bien même le médecin dit ne pas avoir de solution aux problèmes de la patiente, le sens de leurs rencontres et le fait qu'ils vont continuer à se voir semble acquis pour les deux parties. Selon mes propres observations (partagées par le médecin), l'essentiel du rôle de ce dernier auprès de la patiente consiste à l'ausculter, à valider face à elle la détérioration de sa situation et à reconnaître sa souffrance, sa tristesse et les difficultés de sa vie. Malgré les difficultés de compréhension évidentes, le médecin lui-même semble globalement à l'aise avec sa manière de traiter cette patiente, ce d'autant plus qu'au plan linguistique, il a tenté, par le passé, d'introduire une interprète, refusée par la patiente.

13.3 Bilan

Certains cas complexes d'un point de vue clinique et relationnel (à l'exemple de la consultation A) viennent donc rappeler que les problèmes communicationnels dans les entretiens cliniques ne relèvent pas systématiquement – loin s'en faut – de la compréhension mutuelle au sens strict. Ces cas soulignent ainsi l'une des limites assumées de l'enquête B. Cette limite et ses implications en termes de perspectives de recherche sont reprises dans la conclusion (v. *infra*, section 14.6).

Parmi les cas qui questionnent mon hypothèse générale de recherche (qui admettait que certains patients migrants sont défavorisés dans leur communication avec le système de soins en raison de leur profil sociolinguistique), je retiens surtout quelques consultations avec de fortes disparités linguistiques médecin-patient et de nombreuses difficultés de compréhension non résolues, mais qui semblent en définitive peu problématiques aux plans relationnel et clinique. Les observations effectuées sur ces consultations suggèrent que ces « succès » relatifs ont été possibles malgré l'absence d'un interprète en raison de plusieurs éléments : la qualité et la durée de la relation médecin - patient ; le caractère routinier des consultations ; un large accord entre protagonistes sur les points jugés les plus importants ; l'absence, dans ces consultations, de sujets particulièrement complexes (p. ex. questions asséurologiques, avis d'autres spécialistes, explications causales détaillées des douleurs, etc.) et/ou nouveaux ; et, parfois, la possibilité pour les patients d'utiliser leur langue première avec des cliniciens qui, sans la parler, la comprennent en partie. Ce constat pose un certain nombre de questions en lien avec le recours effectif à l'interprétariat dans les *settings* cliniques étudiés, qui sont également reprises dans la conclusion. Il invite en outre à une investigation approfondie des pratiques et stratégies qui favorisent la compréhension mutuelle dans ces entretiens cliniques fortement exolingues sans interprète, qui feront selon toute vraisemblance durablement partie des réalités communicationnelles en médecine en raison, entre autres, de la globalisation et diversification des migrations, des contingences du quotidien en milieu médical (consultations non planifiés) et de refus d'interprètes de la part de patients tels qu'observés dans le cas de la consultation B.

Conclusion et perspectives

Ce travail de thèse porte sur la communication au sein de *settings* médicaux spécialisés dans la prise en charge de personnes souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Il se centre, largement parlant, sur les effets communicationnels discriminatoires, en termes de qualité des soins, liés à la situation sociolinguistique des patients migrants allophones. Les travaux que j'ai effectués sont orientés par deux questionnements de départ. Le premier portait sur les difficultés communicationnelles particulières ou typiques entre patients migrants et cliniciens spécialisés dans le traitement de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Au centre du second questionnement de départ, se trouvent les éventuelles stratégies et pratiques – efficaces ou inefficaces – déjà déployées dans les *settings* en question pour répondre à la diversité sociolinguistique des patients migrants. Deux enquêtes de terrain ont été conduites, dont une première (enquête A) qui a traité la globalité de ce double questionnement dans le cadre d'entretiens qualitatifs avec des cliniciens et des patients. La seconde enquête (enquête B) s'est, pour sa part, penchée sur les difficultés de compréhension effectives survenant dans les consultations et sur leur impact clinique. L'état de la littérature réalisé en préalable à ce travail a montré le caractère innovant d'une investigation dans ce champ, tout en mettant en évidence un certain nombre de recherches apparentées plus anciennes sur lesquelles il était partiellement possible de s'appuyer.

Il s'agit tout d'abord, dans ce chapitre conclusif, de mettre en évidence les principaux apports des investigations réalisées. Une première section centrée sur les résultats de l'enquête A livre les éléments les plus saillants des perceptions que des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques et leurs cliniciens ont des difficultés communicationnelles dans leurs consultations exo- et endolingues, ainsi que des stratégies effectives ou potentielles pour limiter ces difficultés. Elle est suivie par trois sous-chapitres consacrés à des apports majeurs tirés des analyses de consultations médicales effectives (enquête B) : les limites – tout en nuances – des consultations exolingues sans interprètes ; les principaux facteurs de complexité impliqués dans l'apparition et la non-résolution des difficultés de compréhension les plus problématiques ; et les enseignements que livrent les difficultés de compréhension résolues sur les

stratégies discursives efficaces à cette fin et plus largement sur la dynamique interactionnelle des consultations. Par la suite, je me pencherai sur les points forts théoriques et méthodologiques de mon travail, de même que sur ses principales limites. Je mentionnerai, enfin, quelques implications pratiques pour l'enseignement de la communication en médecine et pour les institutions ou politiques de santé, de même que quelques pistes de recherches inter- et pluridisciplinaires qui s'ouvrent à l'issue de mon travail. Plusieurs perspectives de recherche plus proches de mon propre travail en termes d'inscription disciplinaire et d'approche théorico-méthodologique trouvent déjà leur place dans diverses autres sections de ce chapitre.

14.1 La communication clinique vue par les patients et les professionnels : enjeux informationnels/relationnels sensibles et dissensions concernant l'efficacité de la gestion de la diversité sociolinguistique

Les consultations spécialisées sur les douleurs musculo-squelettiques représentent des rencontres complexes et exigeantes pour les patients et cliniciens qui y participent, quels que soient l'origine et le profil sociolinguistique des patients. Les entretiens de recherche menés durant l'enquête A montrent notamment que pour les soignés, les soignants (médecins spécialistes en particulier) représentent des ressources investies d'espoirs importants dans leur lutte contre les multiples problématiques liées à leur maladie. Ces attentes des patients ne semblent toutefois de loin pas toujours satisfaites. Ils parlent de manière récurrente de difficultés d'accès à des soins utiles et efficaces et, plus largement, d'une reconnaissance insuffisante de leurs douleurs et de leur souffrance par certains professionnels de la santé (toutes ces critiques portant toutefois sur des intervenants et des structures de soins extérieurs à mon terrain de recherche). Plusieurs patients déplorent notamment des tentatives de psychologisation de leurs douleurs de la part de cliniciens qui laissent entendre que le problème est « dans leur tête ». Un certain potentiel de tensions est donc clairement palpable dans le discours des personnes interviewées. Ce d'autant que les cliniciens identifient, pour leur part, des attentes irréalistes, voire des exigences déplacées, chez une partie de leurs patients, attentes qui leur donnent également le sentiment de ne pas être reconnus dans leur rôle de spécialiste. Finalement, les soignants disent se sentir fréquemment seuls et impuissants face à la souffrance polymorphe des patients.

Un autre constat allant dans le sens d'une forte complexité communicationnelle des consultations réside dans l'idéal partenarial de la relation thérapeutique, apparemment largement partagé entre soignants et soignés. Dans cette perspective, les deux groupes d'acteurs soulignent surtout l'importance d'un bon échange d'informations : les cliniciens doivent pouvoir accéder à toutes les données utiles sur les douleurs (ressenti et vécu douloureux) et leur contexte (limitations fonctionnelles, implications psychosociales, histoire médicale) et les patients doivent pouvoir intégrer les connaissances dont ils ont besoin pour s'impliquer activement dans les décisions de traitement et leur suivi.

Sur l'ensemble de ces points, les propos des cliniciens et des patients rencontrés durant l'enquête A se font largement écho et leurs discours recourent

les principaux éléments contenus dans la littérature. La situation est, en revanche, bien moins consensuelle au sujet des consultations impliquant des patients migrants allophones. Si les cliniciens interviewés tiennent souvent à souligner que les consultations de personnes migrantes ne sont pas nécessairement plus difficiles que celles des autres patients, ils n'en identifient pas moins nombre de difficultés récurrentes mises en lien avec le profil particulier des patients issus de la migration. Les compétences limitées en français des personnes soignées sont notamment problématisées comme obstacle à la récolte d'informations précises sur le ressenti et le vécu douloureux et à la transmission d'informations importantes sur les causes et le traitement du problème et, tout particulièrement, sur les limites des mesures thérapeutiques possibles. Lorsque les difficultés de compréhension mutuelle sont trop marquées, les cliniciens déclarent parfois abandonner certaines de leurs velléités cliniques (p. ex. investigation détaillée des douleurs) et exclure les patients de certaines offres de soins (p. ex. traitement de réhabilitation en groupe). Les professionnels problématissent aussi les connaissances médicales initiales chez les migrants, qu'ils perçoivent comme plus limitées que chez les autochtones, ainsi que des tabous plus marqués sur certains thèmes sensibles (émotions, douleurs). Dans leur ensemble, les propos de cliniciens de l'enquête A se recourent avec les principaux éléments de la littérature concernant les consultations médicales impliquant des migrants allophones.

Il en va tout autrement des propos des patients migrants rencontrés durant la première phase de recherche. On ne voit, par exemple, aucune mention, chez ces personnes soignées, de facteurs de complexité culturels, tels des tabous liés aux normes communicationnelles dans leur société d'origine. Les patients migrants tendent également à relativiser l'impact de leur situation sociolinguistique particulière sur les consultations. À cet égard, ils soulignent en particulier l'efficacité de stratégies discursives permettant de gérer les difficultés ponctuelles liées aux disparités linguistiques entre professionnels de la santé et patients migrants. Les interviewés issus de la migration insistent également sur l'acquisition rapide de savoirs et ressources linguistiques utiles au cours de leur parcours de soins, facilitant grandement les échanges avec leurs cliniciens. Se dégage ainsi, des propos des patients, un hiatus frappant entre une vision des consultations centrées sur des douleurs chroniques comme communicationnellement complexes et exigeantes (tensions autour de la reconnaissance, échange des informations nécessaires au partenariat clinicien-patient) d'une part et, d'autre part, une forte relativisation de l'impact du profil sociolinguistique spécifique des patients migrants.

On repère, de surcroît, une ambivalence marquée à l'égard du recours à des interprètes professionnels tant chez les cliniciens que chez les patients migrants (ambivalence qui a également été relevée dans plusieurs publications antérieures dans d'autres domaines de la médecine, v. p. ex. Weber 2003 ; Greenhalgh *et al.* 2006). Certains cliniciens expriment le sentiment, ou au moins la crainte, que ces tiers ne prennent trop de pouvoir dans les consultations. Quant aux patients, ils soulignent surtout l'importance, pour des migrants allophones, de se confronter d'emblée aux consultations médicales sans interprètes pour pouvoir y pratiquer le français.

En lien avec ce dernier point, plusieurs éléments suggèrent une influence forte, sur une partie au moins des prises de positions des cliniciens et patients, d'un discours normatif valorisant l'intégration – voire l'assimilation – linguistique rapide des migrants de première génération arrivés en Suisse. Ce discours se manifeste très clairement dans l'incompréhension de certains cliniciens face à des immigrés de longue date peu à l'aise en français. Il affleure de manière plus indirecte dans les prises de position des patients migrants sur leurs difficultés fortement relativisées de communication dans les consultations médicales et sur la pertinence toute aussi relativisée pour eux-mêmes et pour d'autres patients allophones de pouvoir bénéficier de l'assistance d'interprètes.

Pris dans leur ensemble, les résultats de l'enquête A posaient avec une insistance particulière la question de l'existence et, le cas échéant, de la nature des difficultés de compréhension dans les consultations effectives, ainsi que des limites de la communication sans traduction avec certains patients allophones. Ces difficultés de compréhension et limites étaient au centre de l'enquête B, dont les trois sous-chapitres suivants restituent et discutent les principaux apports.

14.2 Indices d'effets discriminatoires dans les suivis de patients migrants : les limites tout en nuances du « colloque singulier » dans les consultations fortement exolingues

Mes analyses discursives de 19 consultations d'antalgie et de rééducation avec des patients ayant divers niveaux de maîtrise du français (enquête B) suggèrent que – au plan de l'intercompréhension – certains patients migrants sont clairement défavorisés dans leur communication avec les cliniciens par rapport aux patients non migrants. Dans les limites du corpus étudié, on observe en effet une concentration des difficultés de compréhension non résolues dans les consultations de personnes allophones et, plus particulièrement, dans celles des patients les moins à l'aise en français. De plus, figurent, dans le corpus étudié, trois consultations fortement exolingues – patients parlant peu ou très peu le français (F1) – où la compréhension mutuelle entre cliniciens et patients s'avère tellement précaire que le recensement systématique et complet d'épisodes désignables comme difficultés de compréhension est irréalisable. Chacune de ces consultations peut être envisagée comme une difficulté de compréhension continue dont les parts résolues et non résolues sont souvent presque impossibles à distinguer. L'ensemble de ces constats rejoint les résultats obtenus par Roberts *et al.* (2005) dans un autre *setting* médical (médecine générale), qui relève également un cumul des difficultés de compréhension non résolues dans les consultations des patients les moins à l'aise dans la langue de consultation.

Si mes résultats indiquent que les patients migrants sont désavantagés dans des consultations exolingues, c'est que les malentendus et incompréhensions non résolus repérés dans leurs consultations ne sont souvent pas des troubles interactionnels bénins ou insignifiants, mais comportent un certain potentiel ou une certaine charge problématique en termes cliniques. Une partie des difficultés de compréhension ont en effet une influence négative palpable sur le suivi, par les patients, des conseils reçus en consultation. De plus, plusieurs malentendus et incompréhensions suscitent de nets sentiments de frustration chez les parti-

cipants, qui ne parviennent pas à accéder à certaines informations ou à faire connaître leur point de vue sur divers aspects qu'ils jugent pourtant importants. Quelques difficultés de compréhension non résolues répertoriées semblent également contribuer à des divergences de vues sur des aspects particulièrement sensibles (p. ex. risques d'un traitement à venir, impact négatif d'un traitement passé sur les douleurs) entre médecin et patient à l'issue de la consultation, ainsi qu'à des idées erronées sur le point de vue de l'autre sur le problème de santé du patient. Des connexions se profilent, enfin, entre certaines difficultés de compréhension non résolues et la non-réalisation d'agendas initiaux de participants. Ces liens entre projets communicationnels contrariés et malentendus ou incompréhensions non résolus sont toutefois souvent assez ténus, en raison principalement du caractère peu spécifique de nombreux agendas initiaux indiqués par les enquêtés (p. ex. « faire le point »). Enfin, j'ai relevé un cas où le profil linguistique d'un patient très peu à l'aise en français vu sans interprète a, selon les dires du médecin, pesé sur les options cliniques prises, dans le sens d'un choix thérapeutique moins spécialisé que ce qui aurait été proposé à un patient autochtone. Une explication du médecin à propos de ce choix tenait au fait qu'il nécessitait une compréhension moins poussée et des descriptions de douleurs moins détaillées de la part du patient – on notera toutefois que le facteur linguistique n'était pas seul en cause, les craintes récurrentes du patient face aux injections ont également été prises en compte. Venant s'ajouter aux récits de réductions d'objectifs cliniques pour des raisons de langue récoltés durant l'enquête A, cette observation sur les pratiques effectives (enquête B) renforce le faisceau d'indices parlant pour un traitement différencié (et potentiellement moins performant) de certains patients migrants sur la base de critères sociolinguistiques.

De manière remarquable, le caractère problématique de la compréhension mutuelle dans les consultations des patients les moins à l'aise en français ne semble, dans l'ensemble, pas échapper aux protagonistes impliqués. Dans les entretiens de *feedback* réalisés suite aux consultations, ces derniers identifient en effet une part non négligeable des échanges cliniques comme empreints de difficultés de compréhension. Il s'agit en général précisément d'entretiens cliniques moyennement ou fortement exolingues où des malentendus ou incompréhensions non résolus partiellement liés aux caractéristiques linguistiques des patients ont été relevés dans mes analyses. À une exception près (une personne migrante parlant et comprenant peu le français (F1) mais affirmant bien le parler), ni les médecins ni les patients ne semblent avoir une vision idéalisée du niveau de français des patients. Il est également des entretiens cliniques en nombre restreint à propos desquels soignants et soignés se retrouvent pour affirmer qu'un interprète aurait été nécessaire, entretiens pour lesquels mes propres observations suggèrent également qu'une traduction aurait eu son utilité, le niveau de français des patients apparaissant insuffisant pour permettre un échange sans accroc linguistiques fréquents, ou pour répondre aux exigences communicationnelles complexes des consultations. Parmi ces entretiens cliniques figure évidemment celui du patient le moins à l'aise en français de l'échantillon, qui illustre la difficulté pour médecins et patients, lorsqu'un minimum de ressources linguistiques partagées fait défaut, de traiter adéqua-

tement de sujets sensibles tels les risques liés à une intervention sans recourir à un interprète.

S'il apparaît probable, *a priori*, que la présence d'un interprète qualifié aurait facilité l'échange d'informations dans les consultations de tous les patients parlant peu ou moyennement bien le français (groupes F1 et F2), l'analyse détaillée des cas montre aussi qu'une certaine qualité de soins et de communication médicale est parfois possible en « colloque singulier », y compris avec des patients peu à l'aise dans la langue de consultation. Au rang des entretiens cliniques analysés figurent en effet deux consultations sans dysfonctionnement clinique patent imputable à la compréhension réciproque, alors même qu'il s'agit de rencontres fortement exolingues marquées par des malentendus et incompréhensions fréquents dont le degré de résolution est souvent difficile à évaluer. Dans ces deux consultations, les objectifs cliniques centraux ont de toute évidence été atteints et la dynamique relationnelle est favorable. De manière remarquable, ces entretiens cliniques ont pour particularité que le médecin et le patient allophone se connaissaient de longue date, que leurs rencontres étaient routinières et relativement longues et que le médecin et le patient disposaient d'une base solide de savoirs partagés consensuels. Dans l'une d'elles, la patiente a également pu utiliser avec un certain profit sa langue première (espagnol), partiellement comprise par le médecin comptant lui-même deux langues romanes (dont le français) à son répertoire plurilingue.

Il ne faudrait toutefois pas trop catégoriquement conclure au caractère superflu d'un interprète dans cette catégorie particulière de consultations fortement exolingues des entretiens routiniers – et donc plus prévisibles – entre protagonistes qui se connaissent bien et qui disposent de suffisamment de temps. D'une part, des consultations de ce type semblent malgré tout présenter le risque de générer des malentendus cachés – y compris dans les cas ici analysés – qui pourraient sans doute en partie être évités en présence d'une personne assurant la traduction. D'autre part, les cliniciens qui misent sur la prévisibilité et la routinisation de consultations fortement exolingues pour se passer d'une traduction ne sont jamais à l'abri de la survenue d'une demande nouvelle ou d'autres éléments non planifiés introduits par le patient, éléments qui peuvent s'avérer urgents et trop complexes pour pouvoir être traités sans l'assistance linguistique d'un tiers qualifié.

En termes de perspectives de recherches, il apparaît au final que la question des apports véritables de l'interprétariat dans les consultations de patients parlant déjà quelque peu la langue locale doit encore être approfondie s'agissant des *settings* spécialisés dans le suivi de douleurs chroniques. Dans ce domaine, des avancées significatives ont récemment été réalisées et il s'agira d'en tenir compte. Angelelli (2012) s'est notamment penchée sur des séquences de consultation avec interprètes impliquant, entre autres, l'emploi d'échelles de douleurs. Son travail a par exemple permis de décrire les diverses techniques des interprètes qui favorisent l'expression nuancée du ressenti et du vécu douloureux des patients et évitent ainsi que leurs douleurs ne soient réduites à une simple indication chiffrée de leur intensité. Pour leur part, Menz, Sator et Gülich (Menz 2013b ; Sator 2013 ; Sator & Gülich 2013) ont analysé des consultations en neurologie centrées sur des céphalées chroniques, en mettant en évidence la

complexification de la participation active des patients à l'échange en présence d'interprètes professionnels et, a fortiori, non professionnels. La contribution de Menz (2013b) suggère en particulier que dans ce type de consultations, l'intégralité du temps de parole consacré aux traductions est généralement prélevé sur celui des patients, qui disposent dès lors d'un espace d'expression excessivement limité. Ces derniers résultats préoccupants rejoignent mes propres observations relatives aux risques de voir dériver certains cliniciens vers des séquences quasi monologiques prolongées avec des patients allophones. Ils rappellent ainsi toute l'importance, pour des professionnels s'engageant dans des consultations exolingues dyadiques ou triadiques avec interprète, de veiller à ce que l'interaction clinique offre des opportunités d'élaboration suffisantes aux patients, ne serait-ce que pour permettre aux cliniciens d'évaluer dans quelle mesure les personnes soignées ont compris les informations transmises.

14.3 Causes de l'apparition et de la non-résolution de difficultés de compréhension problématiques : des facteurs de complexité incluant et débordant les compétences linguistiques de base

Si l'on détient, à l'issue de l'étude, des indices suggérant que certains patients migrants sont défavorisés dans les soins spécialisés de leurs douleurs chroniques en raison de difficultés de compréhension, mon travail livre aussi un certain nombre d'éléments essentiels qui nous éclairent sur les causes des malentendus et incompréhensions non résolus les plus problématiques, ainsi que sur les raisons probables de leur non-résolution.

Vues d'une perspective linguistique large englobant la sémantique et la pragmatique, les causes des difficultés de compréhension non résolues se rapportent principalement à deux cas de figure. Une partie relève essentiellement du niveau sémantique et plus spécifiquement de divergences, entre médecin et patient, à propos du sens accordé à certains mots ou expressions (p. ex. physiothérapie, pneumothorax, douleurs). On identifie toutefois également, au sein des malentendus et incompréhensions non résolus, de nombreux cas de causalités complexes, dans lesquels divers niveaux d'analyse linguistique sont impliqués. Sur ce point, mes résultats se recoupent clairement avec ceux de Roberts *et al.* (2005). Dans ces cas complexes, les difficultés sont souvent causées par une intrication de plusieurs problèmes parmi les suivants : particularités des parlers aux plans phonétique (prononciation inusitée de mots qui les rend ambigus ou incompréhensibles), morphosyntaxique (p. ex. formes pronominales laissant un flou sur le genre des personnes dénotées, formes verbales ambiguës en termes de temps grammatical) et lexical ou idiomatique (p. ex. « péter les pommes ») ; divergences sémantiques sur le sens de termes (p. ex. sensations d'électrisation faisant partie ou non de ce que l'on entend par « douleurs ») ; décalages, au plan pragmatique, entre les cadres de référence (ou savoirs d'arrière-plan) mis en œuvre par le médecin et le patient dans l'interprétation d'éléments de discours ambigus ou implicites (p. ex. connaissances du système d'assurances : médecin jugeant inutile d'explicitier la différence entre une assurance perte de gains et une protection juridique et traitant la confusion chez le patient comme un lapsus). Ces mêmes dimensions linguistiques majeures et leurs intrications expliquent

également pourquoi une partie des difficultés de compréhension ne peuvent être résolues.

Malgré tout son intérêt, cette analyse des causes des difficultés de compréhension et de leur non-résolution en fonction des niveaux classiques d'analyse linguistique s'avère finalement trop technique et logocentrique pour être pleinement pertinente pour les personnes du terrain ; en outre elle ne rend pas compte de manière satisfaisante de plusieurs observations clés résultant de mes analyses. Sur la base, notamment, de mes analyses approfondies de certains épisodes de consultations particulièrement problématiques, je propose, à l'issue de mon travail, une lecture alternative de ces causalités, basée sur quatre grands facteurs de complexité prégnants pour les malentendus et incompréhensions non résolus qui émergent de mon analyse : les limites des compétences de français de base chez les patients, la complexité médicale, la complexité relationnelle et la complexité discursive.

On observe en effet dans la plupart des épisodes où l'élaboration d'une compréhension mutuelle prend une tournure problématique insurmontable, la conjonction de plusieurs de ces facteurs. À cet égard, les difficultés de compréhension non résolues se distinguent en particulier des difficultés résolues qui sont non seulement immédiatement signalées et traitées dans la plupart des cas, mais remontent également souvent à une cause unique et relativement facilement identifiable. La situation est tout autre pour les malentendus et incompréhensions non résolus, où l'on constate notamment qu'à l'exception de quelques épisodes tirés de consultations fortement exolingues, les limites au plan des compétences linguistiques de base chez les patients migrants n'expliquent jamais à elles seules une difficulté de compréhension et sa non-résolution. L'impact propre du facteur linguistique (au sens le plus restreint) ne doit donc pas être surévalué. Ce d'autant moins que même si, comme on l'a vu, toutes les difficultés de compréhension non résolues de mon corpus se trouvent concentrées dans les consultations des patients migrants allophones, plusieurs d'entre elles – impliquant, en l'occurrence, des migrants relativement à l'aise en français – ne semblent pas liées au fait que le patient ne soit pas de langue première française. Certains de ces épisodes interactionnels problématiques pourraient d'ailleurs parfaitement s'imaginer entre un médecin et un patient francophone natif. Contrairement à l'équipe de Roberts *et al.* (2003), je n'ai, de plus, pas relevé, dans les causes des difficultés de compréhension non résolues, d'impact de modalités de mise en discours (p. ex. mise en évidence prosodique inusitée de mots clé) qui pourraient remonter aux habitudes communicationnelles des patients migrants dans leurs langues d'origine.

Étroitement intriquée avec les limites de la maîtrise du français chez les patients migrants (en particulier au plan du lexique), la complexité médicale des propos – et de la situation dans son ensemble – représente un autre facteur causal majeur de malentendus ou incompréhensions non résolubles. Elle se manifeste principalement dans des séquences d'entretiens où les cliniciens présupposent des connaissances médicales de base chez les patients qui dans les faits leur font défaut. Les connaissances en question se rapportent à des domaines aussi diversifiés que le fonctionnement du corps, la mission de différentes spécialités médicales (p. ex. la génétique médicale), les rôles de différentes assurances

sociales et de santé, etc. Le constat de l'importance de ces connaissances pour la communication médicale rejoint les publications d'un domaine de la littérature scientifique aujourd'hui en plein essor. Il s'agit des écrits consacrés aux niveaux de littératie en santé (angl. *health literacy*) des patients et aux possibilités, pour les cliniciens, d'améliorer l'impact des informations transmises en s'adaptant au mieux à la diversité de ces niveaux (v. *supra*, section 1.6).

Parmi les facteurs relationnels de complexité émergeant de mes analyses des malentendus et incompréhensions, figurent au premier plan les objectifs communicationnels antagonistes (ou du moins en tension), que l'on peut désigner comme des objectifs de présentation de soi ou de l'autre. Ces objectifs contradictoires semblent souvent bloquer la négociation de sens partagé en cas de difficultés de compréhension. Ils consistent à construire, à maintenir, à faire valider ou à contester certaines versions plus ou moins valorisées de sa propre personne, de son interlocuteur ou encore des liens qui les unissent. Dans les consultations spécialisées consacrées aux douleurs musculo-squelettiques chroniques soumises à analyse, il s'agit notamment, pour les parties impliquées, de nier ou de relativiser leur responsabilité personnelle pour les douleurs (parfois en la rejetant sur l'autre). Dans d'autres cas, les protagonistes cherchent à faire valider des versions différentes des douleurs, notamment en termes de causes, de gravité et d'évolution favorable ou défavorable. De ce point de vue, mon étude confirme, au plan observationnel, l'importance de dimensions dont la littérature sur les représentations et pratiques rapportées relatives à la communication médicale dans le champ des douleurs chroniques rend déjà largement compte (v. *supra*, section 2.3.1). La préoccupation de certains patients de ne pas contester l'expertise et la compétence de leur médecin – autrement dit de préserver leur face positive professionnelle – représente, quant à elle, un autre facteur relationnel décisif de non-résolution de difficultés de compréhension. Il semble en particulier que les migrants ayant repéré une difficulté de compréhension préfèrent parfois abandonner leurs tentatives de clarification plutôt que de questionner, par leur insistance, les qualités de bon communicateur du médecin. Ce résultat observationnel pointe un décalage probable entre les pratiques rapportées par les patients migrants lors de l'enquête A – où ils laissent entendre qu'ils s'impliquent très activement dans la prévention et réparation d'incompréhensions ou malentendus – et leurs pratiques effectives dans les consultations. Ce même résultat observationnel est aussi particulièrement intéressant en lien avec les constats de Meeuwesen *et al.* (2007), qui ont noté, dans un *setting* de médecine générale, que les patients migrants non occidentaux tendent moins que les patients autochtones à rediriger le propos vers des aspects problématiques en cas de désaccord ou d'incompréhension. Mes analyses suggèrent que cette différence ne s'explique pas uniquement par des entraves linguistiques au sens strict chez les migrants, mais également par des considérations relationnelles, liées notamment à la figuration (*face work*).

Enfin, deux facteurs de complexité discursive se sont avérés propres à contribuer à la genèse et au maintien de difficultés de compréhension non résolues : le fait de devoir intégrer les voix de tiers absents (p. ex. lettre d'une assurance, avis d'un autre clinicien) dans des consultations polyphoniques et le glissement occasionnel vers des cadres de participation atypiques, notamment

lorsque les médecins produisent des discours qui ne sont pas adressés directement aux patients (mais à leur ordinateur, à un questionnaire de recherche, etc.). À ma connaissance, ces facteurs discursifs de complexité sont, pour l'heure, peu traités dans la littérature à propos des consultations exolingues et/ou centrées sur des douleurs chroniques, alors même qu'ils revêtent une pertinence particulière : à l'inverse des facteurs liés aux disparités dans les connaissances médicales préalables et des facteurs relationnels, ils semblent en effet largement inconnus des cliniciens (du moins de ceux interrogés dans le cadre de cette enquête). La polyphonie dans les consultations et son impact sur le travail clinique accompli ont, en revanche, été traités dans des *settings* cliniques endolingues, par exemple par Swinglehurst *et al.* (2012), qui se sont, en l'espèce, intéressés à l'impact de l'utilisation de dossiers médicaux électroniques sur le déroulement de consultations médicales et infirmières.

On s'étonnera peut-être de ne pas trouver mention, dans mon analyse des malentendus et incompréhensions non résolus, de facteurs de complexité explicitement désignés comme culturels. En effet je ne relève pas d'impact de deux aspects de la communication clinique que les tenants de conceptions traditionnelles de la culture – vue comme un ensemble d'habitudes et de valeurs homogènes d'un groupe ethnique – considèrent parfois comme des facteurs de difficultés communicationnelles en soi : les croyances de santé « exotiques » – sur ce point, mes résultats rejoignent ceux de Roberts *et al.* (2005) – et les caractéristiques « ethniques » de l'expression de la douleur – en quoi mes résultats se distinguent notamment de ceux de Bates *et al.* (1993, 1997).

En revanche, si l'on opère avec une définition plus large de la culture – vue, par exemple, comme un réservoir commun de repères et habitudes d'une société ou de groupes sociaux qui est foncièrement hétérogène et évolutif et, donc, différent pour chaque individu et dans chaque situation de communication (formulation dérivée de la définition de la culture par l'Unesco¹) – tous les facteurs de complexité listés ci-dessus comportent indubitablement des composantes culturelles. À cet égard, une manière intéressante de conceptualiser le lien entre langage et culture au cœur des pratiques discursives en milieu médical passe par la notion de style de communication. Celle-ci permet par exemple d'identifier comme styles communicationnels certaines manières de produire ou de demander des explications médicales, qui peuvent être associées avec certaines subcultures – par exemple un style déférent de demande d'explications peut être associé avec une subculture médicale paternaliste au sein de laquelle les patients mettent un soin particulier à ne pas questionner l'expertise et la liberté de choix du clinicien. La notion de styles communicationnels favorise également l'identification de différentes manières, pour un clinicien, de s'adapter à certains styles culturels décelables chez les patients. Si j'ai peu recouru aux notions de style et de culture dans mes propres analyses, celles-ci me sont, comme on le verra, apparues comme particulièrement utiles pour la formulation de pistes pratiques pour l'enseignement de la communication et des compétences transculturelles aux cliniciens (v. *infra*, section 14.7).

1. V. la Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles, disponible en ligne.

C'est en définitive le cumul de diverses composantes – souvent nombreuses et en soi peu problématiques – des complexités linguistique, médicale, relationnelle et discursive qui semble expliquer les difficultés de compréhension problématiques en termes cliniques qui surviennent et se maintiennent dans des consultations exolingues. L'analyse détaillée des interactions suggère qu'en s'entrelaçant dans des interactions concrètes, ces composantes se catalysent mutuellement et finissent par conférer à l'échange un caractère trop désordonné (angl. *messiness*) pour permettre l'élaboration de compréhensions partagées concernant des dimensions et enjeux importants des consultations – v. également une publication conjointe avec Swinglehurst *et al.* (2014).

14.4 Que nous apprennent les difficultés de compréhension résolues ? Des stratégies fonctionnelles, mais asymétriques

À côté des difficultés de compréhension non résolues, j'ai également repéré, au sein des consultations analysées, un nombre important de difficultés de compréhension résolues (96 pour 18 difficultés de compréhension non résolues). À l'inverse des difficultés de compréhension non résolues, celles qui ont pu l'être ne sont pas particulièrement concentrées dans les consultations des patients les moins à l'aise en français, mais réparties de manière relativement équilibrée sur les groupes linguistiques natif, (très) bon et moyen (dans le groupe des patient les moins à l'aise en français (français : un peu) le décompte n'était pas possible). À propos des consultations spécialisées de patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques, ce résultat indique, tout d'abord, qu'un certain « travail » de négociation de la compréhension est requis, y compris avec les patients natifs et quasi natifs dans la langue de consultation. Il parle toutefois aussi en faveur de la possibilité de résoudre certains malentendus et incompréhensions dans des consultations même lorsque les patients n'ont qu'une maîtrise intermédiaire de la langue utilisée.

Plusieurs types de stratégies de communication jouent des rôles de premier plan dans la résolution de difficultés de compréhension et se profilent donc, de ce point de vue, comme particulièrement efficaces. Les stratégies les plus fréquentes sont les hétéroreformulations (reprises du discours de l'interlocuteur) et les autoreformulations (reprises de son propre discours), mais les requêtes et commentaires métadiscursifs se trouvent également en nombre non négligeable dans les résolutions. Parmi les hétéroreformulations communément impliquées, on relève surtout des tests d'hypothèses interprétatives sur le sens des propos de l'autre protagoniste et des corrections centrées sur des éléments plus ou moins idiosyncrasiques du discours des patients allophones. Deux types d'autoreformulations sont prééminents : les répétitions visant à signaler un malentendu possible et les rectifications d'interprétations erronées imputées à l'interlocuteur. Les requêtes métadiscursives impliquées dans les difficultés de compréhension résolues sont généralement simples et peu spécifiques (p. ex. « pardon ? », « c'est-à-dire ? »), alors que les commentaires métadiscursifs relevés servent souvent à contester des interprétations imputées à l'autre (p. ex. « ce n'est pas ce que je voulais dire »). Un constat important sur la résolution de difficultés de compréhension tient dans le fait que celles donnant les meilleures garanties d'une réelle progression de l'intercompréhension résultent d'un processus

coopératif, impliquant l'enchaînement de deux stratégies au moins qui se répondent, par exemple une requête métadiscursive d'un patient suivie d'une autoreformulation d'un médecin, ou une hypothèse interprétative d'un médecin sur le sens du discours du patient suivie d'une rectification du patient. Ce constat souligne l'importance, pour l'élaboration d'une meilleure compréhension mutuelle dans ces consultations médicales complexes, d'un espace d'interaction au sens fort, autorisant la participation active des deux protagonistes impliqués.

Or, sur cette question des modes de participation respectifs des protagonistes, mes analyses des résolutions de difficultés de compréhension livrent des éléments particulièrement éclairants. Dans les consultations filmées, prévenir et réparer des malentendus ou incompréhensions entre, de toute évidence, dans le rôle interactionnel des médecins bien plus que dans celui des patients. D'une part, les médecins initient plus souvent des tentatives de résolution de difficultés de compréhension que les patients (que ces difficultés soient en fin de compte résolues ou non) et lorsque de telles tentatives sont entreprises, ce sont très souvent des quêtes d'informations des médecins qui constituent l'objectif communicationnel central du moment. D'autre part, les professionnels recourent très souvent à l'hétéroreformulation pour initier ces tentatives, alors que les patients font, dans ces cas, principalement usage de stratégies non spécifiques, par exemple de requêtes métadiscursives du type « pardon ? ». Ces deux résultats confirment une certaine retenue des personnes soignées dans leurs pratiques préventives et/ou réparatrices de difficultés de compréhension (comme l'a également suggéré ma lecture des abandons de clarifications par les patients), alors que les médecins n'hésitent pas à utiliser des stratégies intervenant de manière ciblée sur le discours de leurs interlocuteurs, stratégies potentiellement perceptibles comme une prise de contrôle sur ce discours.

Les corrections relativement nombreuses de patients migrants allophones par des médecins représentent un autre indice de l'asymétrie médecin patient dans les résolutions de malentendus et incompréhensions, ce d'autant que ces corrections semblent bien reçues par leurs destinataires. Les personnes soignées, pour leur part, ne reprennent pratiquement jamais les cliniciens. On notera que ces résultats relatifs aux corrections profilent les consultations médicales exolingues comme un espace discursif ayant une vocation secondaire didactique en plus de sa vocation clinique, les usagers migrants allophones n'étant pas seulement traités comme patients, mais occasionnellement également comme apprenants. Ce constat rejoint tant certaines observations réalisées dans des *settings* non spécialisés dans les douleurs chroniques – notamment par Gajo (2005) – que les perceptions exprimées par certains patients migrants interviewés durant l'enquête A (v. *supra*, section 5.3).

Au-delà de ces effets didactiques indubitablement bénéfiques à la qualité de la communication médicale avec les migrants allophones, l'asymétrie entre médecin et patient en matière de résolution de difficultés de compréhension – qui s'inscrit parfaitement dans l'asymétrie plus large des rôles communicatifs des médecins et des patients attestées par ailleurs (v. West & Frankel 1991) – souligne finalement surtout que les professionnels ne peuvent pas présupposer un engagement « naturel » des patients dans les pratiques de prévention et de réparation en cas de malentendu ou d'incompréhension. Cette asymétrie pose

donc surtout la question des possibilités offertes aux cliniciens de stimuler l'initiative et l'implication des patients dans ces résolutions, qui sont reprises dans les implications de mon travail pour l'enseignement (v. *infra*, section 14.7).

14.5 Étudier les difficultés de communication et de compréhension dans des consultations exo- et endolingues : points forts d'une approche sociolinguistique originale

Après la mise en perspective des principaux résultats livrés par mes enquêtes, reste à en établir le bilan en termes théoriques et méthodologiques. Tant sous l'aspect conceptuel que sous celui des pratiques de recherche, l'étude des problèmes de communication et en particulier celle des difficultés de compréhension dans des interactions exo- et endolingues représente une entreprise délicate et risquée. Sur ce point, mon expérience de chercheur rejoint une vaste littérature préexistante (v. p. ex. Coupland *et al.* 1991 ; Roberts *et al.* 2003 ; Le Breton & Profita 2013). Le chercheur réalisant ce type d'études n'a en effet pas seulement à gérer des difficultés pratiques inhabituelles (p. ex. recours à des interprètes et traducteurs), il est également confronté au risque d'une certaine partialité – en l'occurrence d'une focalisation trop unilatérale sur la perspective du médecin ou du patient – notamment lorsqu'il s'agit de départir les éléments « problématiques » des « non problématiques » en matière de communication et de compréhension. D'autre part, l'investigateur doit résister à la tentation d'une simplification excessive de l'objet qui pourrait, par exemple, l'amener à revêtir les œillères d'idéologies linguistiques largement répandues valorisant par principe les comportements communicatifs les moins ambigus (idéologie de la clarté) ou les pratiques discursives favorisant l'accord ou l'adhésion chez l'interlocuteur (idéologie consensuelle). Lorsque, comme dans mon cas, des migrants non natifs sont impliqués, se centrer sur l'impact de leurs spécificités sociolinguistiques est, de plus, susceptible de réifier, voire de stigmatiser ce groupe en lui conférant une image de « problème » sociétal (Sarangi 1994).

À l'issue de mon travail, il m'apparaît toutefois qu'au vu de la richesse des observations et constats produits, j'ai été heureusement inspiré de ne pas me laisser détourner de mes objectifs d'investigation par les difficultés et risques qui leur étaient associés. J'estime en outre avoir trouvé des solutions pertinentes pour gérer les principaux écueils liés à ce type de projet, par exemple en décidant de m'intéresser à l'ensemble du spectre des niveaux de maîtrise du français chez les patients, ce qui a évité l'introduction d'un clivage artificiel entre patients migrants peu à l'aise en français et patients natifs à des seules fins de recherche. Mais c'est surtout mon choix d'investiguer précocement et intensivement les points de vues des acteurs de terrain sur la communication et la compréhension mutuelle (enquête A) qui s'est révélé particulièrement judicieux. Cette démarche m'a en effet permis de m'imprégner progressivement des priorités des cliniciens et des patients en matière de communication dans les consultations qui les réunissent et de comprendre à partir de quels repères ils interprètent et évaluent leurs expériences. Cette approche, parfois qualifiée d'émique, m'a certainement préservé d'une partialité excessive dans l'approche de la communication étudiée. La richesse des constats dégagés de l'enquête A et l'assurance qu'elle me

conférait face à mon objet de recherche sont, par la suite, venus peser de tout leur poids dans mon choix de me doter à nouveau, lors de l'enquête B, d'un corpus conséquent de données d'entretiens rétrospectifs (*feedback* et autoconfrontations) où les participants parlent des consultations et de l'histoire médicale du patient.

Durant l'enquête B, je disposais donc au final d'une diversité d'indications contextuelles – générales, sur les logiques d'action au sein des *settings* (tirées enquête A), et locales, sur chaque consultation et chaque cas (tirées des entretiens rétrospectifs de l'enquête B) – me renseignant sur l'écologie communicationnelle dans laquelle s'inscrivent les séquences de consultation à analyser et sur les objectifs probablement poursuivis par les protagonistes. L'ensemble de ces données contextuelles me plaçaient également dans une situation relativement confortable pour définir si les difficultés de compréhension non résolues identifiées dans les consultations sont problématiques ou, à l'inverse, bénignes dans une perspective clinique large englobant tant les préoccupations et besoins des patients que ceux des professionnels. En termes théoriques et méthodologiques, c'est principalement à Gumperz (1999) et à Cicourel (1991 ; 1993) – dont les écrits m'étaient familiers dès les premières étapes de mon travail – que je devais l'idée initiale de compléter mon analyse sociolinguistique d'interactions cliniques par la récolte ciblée de données contextuelles. Mais il apparaît en définitive que la place accordée à ces données au sein de mon travail dépasse largement ce qui s'observe dans la plupart des autres études sociolinguistiques étudiant des interactions. Par cet aspect, ma thèse se situe à l'articulation de l'ethnographie et de l'analyse de discours fondée sur les interactions. Avec le recul, je suis convaincu que cette approche, que l'on pourrait qualifier d'interstitielle, se prête particulièrement bien à l'étude des difficultés de compréhension, y compris dans des *settings* ayant – comme dans mon cas – fait l'objet d'une littérature non négligeable permettant déjà d'entrevoir certains enjeux communicationnels et relationnels saillants et sensibles. Même pour ces *settings* il s'avère en effet crucial de confirmer la pertinence « locale » de ces repères préexistants pour chaque terrain de recherche particulier et, dans la mesure du possible, pour chaque épisode de consultation analysé.

Par ailleurs, mon travail souligne l'intérêt, pour l'étude des difficultés de compréhension dans des *settings* institutionnels donnés, de processus de production de connaissance articulant de manière transparente des démarches inductives et déductives. Suite à une enquête A dominée par l'induction (exploration des enjeux et difficultés communicationnelles des consultations dans le cadre d'entretiens de recherche), j'ai en effet choisi, pour élaborer le cadre théorique de l'enquête B (études des difficultés de compréhension dans des interactions effectives), de puiser largement dans des outils conceptuels de travaux préexistants – p. ex. difficultés de compréhension résolues *vs* non résolues, stratégies de réparation ou de prévention de malentendus ou incompréhensions, figuration (*face work*), etc. Puis mon travail sur les données empiriques récoltées m'a conduit à affiner, à remplacer et à compléter ces catégories en fonction de leur productivité analytique, à exposer les raisons de ces choix et à proposer un modèle d'analyse modifié. À mon sens, les ajustements entrepris et les constats méthodologiques sur le modèle d'analyse de

l'enquête B représentent l'un des apports non négligeables de ma thèse pour d'autres chercheurs analysant la compréhension mutuelle, y compris dans des *settings* qui ne sont ni médicaux, ni exolingues. Parmi les enseignements qu'ils peuvent tirer de mes observations, on mentionnera par exemple les difficultés pratiques à distinguer entre tentatives de résolution avec ou sans retour au *status quo ante*, mais également, dans un nombre de cas non négligeable, entre malentendus (difficultés de compréhension avec moment d'illusion de compréhension réciproque) et incompréhensions (difficultés de compréhension sans moment d'illusion de compréhension réciproque). Mon expérience montre également qu'il n'est souvent pas aisé d'établir des liens réellement parlants entre les difficultés de compréhension relevées au plan de l'interaction et les agendas communicationnels contrariés des participants (les agendas sont ici définis comme des projets communicationnels pré-consultation relevés *a posteriori*). Il s'avère, en revanche, plus facile d'identifier des liens causaux solides et parlants entre malentendus ou incompréhensions décelables dans les échanges et divergences de vues entre participants à l'issue d'une interaction, quand bien même de tels liens n'ont pu être établis que dans un nombre très restreint de cas dans mon corpus.

J'ai aussi pu montrer – et c'est là un autre apport significatif de mon travail – que l'application systématique d'un modèle d'analyse à un ensemble d'interactions filmées permet de cerner selon des modalités transparentes ce que recouvrent, au sein de ces dialogues, des observables tels que les difficultés de compréhensions non résolues, les stratégies de résolution efficaces de malentendus ou d'incompréhensions, etc. Cet aspect de ma démarche pourrait également inspirer d'autres chercheurs désireux de se pencher sur les difficultés de compréhension. Ce d'autant plus que cette approche systématique favorise également la quantification descriptive de certains phénomènes, qui a, dans mon cas, permis de générer certains constats et hypothèses éloquentes, notamment à propos de l'asymétrie des rôles interactionnels dans les résolutions réussies de malentendus et incompréhensions. L'analyse affinée d'épisodes interactionnels particulièrement pertinents – en raison par exemple de leur caractère problématique d'un point de vue clinique – même en nombre restreint, apparaît toutefois tout aussi décisive pour acquérir une compréhension approfondie de la manière dont s'articulent, dans ces épisodes, des aptitudes linguistiques et discursives, des savoirs contextuels, des styles communicationnels et interactionnels, etc. C'est notamment sur ce type d'analyse que je me suis appuyé pour identifier les principaux facteurs de complexité impliqués dans les difficultés de compréhension non résolues les plus problématiques.

14.6 Limites de la recherche réalisée et perspectives qui en découlent

Comme toute recherche, celle-ci comporte un certain nombre de limites, dont une partie ont déjà été signalées à propos des enquêtes (tout particulièrement dans les pages dédiées aux difficultés rencontrées sur le terrain, v. *supra*, section 3.8.4 et 7.2.4, et aux cas de l'enquête B qui dépassent le cadre d'analyse ou questionnent mon hypothèse générale de recherche, v. *supra*, chapitre 13). De la plupart de ces limites découlent des pistes d'investigations complémentaires.

Pour éviter d'inutiles redondances, les limites et les perspectives associées sont ici traitées conjointement. Cette partie est aussi l'occasion d'évoquer quelques études dont je n'avais pas connaissance au moment de la conduite de mes enquêtes, généralement en raison de leur parution trop récente.

Une première limite importante de mon travail est directement liée à la perspective de recherche adoptée sur les consultations exolingues entre cliniciens spécialistes et patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Mon questionnement porte en effet prioritairement sur les problèmes communicationnels liés à la présence de patients allophones, problèmes auxquels je m'intéresse en tant que sources de discriminations possibles. Dans les deux enquêtes, les dysfonctionnements de l'interaction se trouvent ainsi au centre de l'attention. Les réussites dans les échanges et la créativité des acteurs impliqués n'ont, certes, pas été écartées du champ d'étude, mais confinées à une place secondaire : les stratégies et pratiques favorisant une meilleure compréhension mutuelle sont principalement traitées comme une base de comparaison permettant une meilleure compréhension des cas où elles font défaut. Elles ont également été analysées en vue du dégagement des patterns présidant à leur utilisation, qui ont ensuite été problématisés à leur tour, puisqu'ils révèlent des asymétries interactionnelles entre médecin et patient dans la résolution de malentendus ou d'incompréhensions. En focalisant sur les dysfonctionnements interactionnels potentiels et avérés, mon travail a emprunté une voie proche de celle du collectif de chercheurs dirigé par Menz déjà mentionné plus haut (Menz 2013a). Mais les consultations exolingues dans le champ des douleurs chroniques mériteraient incontestablement une investigation plus approfondie sous l'angle des stratégies et styles de communication de cliniciens et de patients qui permettent d'éviter et de dépasser des problèmes communicationnels et relationnels, qu'ils soient liés à la compréhension ou non. Des travaux comme ceux de Roberts *et al.* (2003) et Gajo *et al.* (2005), conduits dans d'autres domaines cliniques, pourraient, à cet égard, servir de modèles. Les recherches à venir permettraient probablement aussi de comprendre plus en détail encore pourquoi certaines consultations s'inscrivant dans des suivis de patients chroniques peuvent s'avérer largement fonctionnelles du point de vue clinique, alors que du point linguistique tout penche en faveur de difficultés de compréhension majeures. À cet égard, la portée de la stratégie consistant à utiliser, au sein d'une même consultation, deux langues distinctes mais apparentées – comme j'ai pu l'observer avec le français et l'espagnol dans une consultation filmée – gagnerait également à être mieux connue, de même que les divers apports, pour la communication clinique, de la ressource potentielle que représente le plurilinguisme des cliniciens (pour d'autres domaines de la pratique médicale, v. Meyer 2014).

Une seconde limitation tient à la manière dont j'ai défini et investigué les difficultés de compréhension dans l'enquête B. On se rappelle en effet que ce sont les malentendus et incompréhensions laissant des traces manifestes dans les interactions cliniques sous la forme de négociations de sens et relevant strictement de la compréhension (et non, par exemple, de la seule manifestation de différends interpersonnels) qui sont au centre de mon investigation. Et ce n'est que pour ces difficultés de compréhension devenues manifestes dans le discours que j'ai ensuite vérifié si elles ont été résolues, autrement dit, si elles

ont été prises en charge d'une manière qui apparaît appropriée et si l'on n'observe plus, par la suite, d'autres indices de divergences de sens sur les éléments problématiques (dans la consultation ou dans les entretiens rétrospectifs).

Cette approche restrictive des difficultés de compréhension a eu le mérite de conduire à des connaissances approfondies concernant une catégorie de phénomènes clairement circonscrits et définis. De plus, le choix d'une définition interactionnelle des malentendus et incompréhensions a permis de limiter les risques de circularité du raisonnement, vu que les deux autres dimensions centrales de mon investigation se situaient, quant à elles, au niveau représentationnel : les agendas pré-consultation des protagonistes (investigués durant le *feedback*) et les divergences de vues (au sens large) entre patient et médecin sur le problème de santé et le traitement. Il est toutefois apparu au cours du travail que certains épisodes interactionnels problématiques ne relevant pas des difficultés de compréhension selon ma définition restrictive devraient également être éclairés sous l'angle de leurs causes et de leurs impacts cliniques et relationnels (par exemple des tensions autour du recours à l'humour tels qu'observé dans la consultation A citée en exemple des cas problématiques qui débordent le cadre de mon analyse, section 13.1.1). Un autre champ problématique qui n'a pas pu être traité de manière approfondie et mériterait de l'être réside dans les malentendus et incompréhensions cachés, qui ne sont ni relevés, ni traités par les participants durant la consultation (et souvent pas davantage durant les *feedbacks*), et ne laissent ainsi aucune trace dans ces événements discursifs. Même si des hypothèses concernant certaines difficultés de compréhension cachées ont pu être formulées grâce à mon travail sur les divergences de vues au sens large, un certain nombre de ces malentendus ou incompréhensions est certainement resté invisible. Les explications que les médecins donnent aux patients paraissent à cet égard particulièrement sensibles, car elles contiennent souvent de longues séquences quasi monologiques rendant difficile l'évaluation de la compréhension de l'information par les personnes soignées. Il existe, de ce point de vue, un besoin évident de recherches ciblées sur la transmission d'informations médicales et psychosociales dans le cadre de consultations consacrées à des douleurs musculo-squelettiques chroniques (par exemple de recherches évaluant quelles informations précises, livrées dans des consultations, ont été retenues par les patients et quels facteurs favorisent l'assimilation). Les résultats de ces études à venir pourraient rejoindre les miens – notamment ceux sur l'importance d'une bonne anticipation, par les cliniciens, des disparités de connaissances initiales entre médecin et patient pour éviter des malentendus lors d'explications – pour nourrir la formation en compétences communicationnelles des (futurs) spécialistes du traitement de douleurs musculo-squelettiques chroniques. Dans ce domaine, il est possible de tisser des liens avec les recherches de plus en plus nombreuses s'intéressant à la littérature en santé des patients comme déterminant de l'accès à des soins de qualité.

Un troisième ensemble de limitations de mon étude remonte à la manière dont je me suis inscrit dans le terrain d'enquête en tant que chercheur. J'ai, d'une part, fait le choix de passer systématiquement par des médecins pour entrer en contact avec des patients et j'ai toujours rencontré ces derniers dans les locaux mêmes des unités spécialisées participant à l'étude. En termes de faisabilité, ce

choix s'est avéré particulièrement judicieux, car même en procédant de la sorte, trouver des patients prêts à se laisser filmer et interviewer en nombre suffisant demeurait difficile. Ces options pratiques m'identifiaient, en revanche, aux yeux des patients, immanquablement comme proche du monde hospitalier. Cette perception a très certainement orienté leurs prises de positions dans les entretiens de recherche. De plus, les médecins m'ont surtout proposé la participation de patients avec lesquels ils entretiennent une relation qu'ils jugent de qualité moyenne ou bonne. Ma recherche n'a ainsi pas échappé aux limitations classiques d'un très grand nombre de recherches observationnelles sur la communication en milieu médical, tenant à l'écart les patients les plus insatisfaits. Conformément à l'idée de Mishler (2005), une récolte ciblée de « récits de résistance » auprès de personnes souffrant de douleurs chroniques insatisfaites du système de soin et recrutées en dehors de ce dernier représenterait un complément judicieux à mes analyses (pour un travail suisse récent sur des douleurs chroniques présentant des entretiens de patients qui se rapprochent par certains aspects de « récits de résistance », v. Probst 2012). De plus, je ne puis exclure, malgré des efforts de réflexivité récurrents sur ma position de chercheur, que certaines de mes approches et interprétations ne soient marquées par de « l'hospitalo-centrisme ». Mon histoire professionnelle de plusieurs années au sein du monde médical a représenté un atout majeur pour arriver à m'orienter rapidement dans les pratiques communicationnelles et sociales locales. Mais le risque que mon immersion prolongée au sein de la communauté hospitalière ait pu conduire à l'absorption d'une partie de ses aprioris et points aveugles en matière de communication soignant-soigné ne doit pas être sous-estimé.

Un dernier ensemble de limitations est lié à la taille du corpus, impliquant par exemple un éclatement de l'échantillon de patients sur des groupes minimes en termes d'origines ethno-linguistiques. Or, pour le problème qui m'occupe ici, il serait notamment précieux de disposer d'informations plus détaillées sur l'empreinte particulière que les langues premières et les usages communicationnels dans les sociétés d'origine laissent dans les interlangues (langues d'apprenants) des patients migrants et sur les répercussions dans les consultations. À cette fin, il serait intéressant de réaliser une recherche comparable à mon enquête B sur un échantillon de patients comptant des groupes bien plus importants de personnes de même langue maternelle et de même profil socioprofessionnel et socio-culturel. On pense, par exemple, à l'impact probable du fait que des locuteurs lusophones et albanophones – deux groupes de migrants récents, relativement fréquents dans notre région – n'apprennent pas le français de la même manière en raison de la distance inégale entre leur langue première respective et le français (quand bien même ils auraient des profils socioprofessionnels et socioculturels comparables par ailleurs). Une telle approche permettrait peut-être aussi aux chercheurs de dégager des communautés – chez des patients ayant des vécus comparables aux plans linguistique, migratoire et socioprofessionnel – au plan de leurs modalités de participation aux consultations, de la présentation de leurs problèmes, de la négociation du sens des discours, etc. Pour ces investigations affinées des styles communicationnels socio- et ethnoculturels des patients, la constitution d'un groupe de recherche plurilingue et pluriculturel impliquant des locuteurs natifs des principales langues de la migration serait recommandé (v. Roberts *et al.* 2003).

14.7 Implications pour l'enseignement

À l'inverse d'autres recherches conduites sur des objets apparentés (v. p. ex. Roberts *et al.* 2003), ce travail ne s'est pas fixé d'objectifs éducationnels à proprement parler (p. ex. conception de cours, de matériel didactique). Mis à part quelques retours ponctuels sur les pratiques communicationnelles dans le cadre des entretiens d'autoconfrontation, la démarche ne visait pas davantage à former les cliniciens participant à la recherche, qui étaient dans leur ensemble déjà très expérimentés. Mon travail m'a en revanche donné l'occasion de rencontrer et d'observer des cliniciens et des patients pris dans des difficultés communicationnelles et relationnelles considérables, liées en partie à la diversité sociolinguistique. C'est principalement pour cette raison que je m'engage dans quelques réflexions en vue de l'enseignement des compétences de communication en médecine et des compétences cliniques transculturelles, dans l'espoir que ces réflexions contribuent à réduire les difficultés de professionnels de la santé qui pratiqueront dans le futur et de certains de leurs patients.

S'agissant tout d'abord de l'objectif global vers lequel devraient s'orienter les formations à la communication et aux compétences transculturelles des spécialistes des douleurs chroniques, mes résultats confirment la nécessité d'une clinique centrée sur chaque personne soignée dans sa singularité. Une telle approche centrée sur le patient ne doit pas être ramenée, comme on l'observe parfois dans le discours de cliniciens, à l'idée que le médecin doit se montrer « gentil » avec son interlocuteur – malgré l'importance indéniable de la bienveillance dans les relations thérapeutiques. Mes résultats livrent au contraire des arguments de poids en faveur de l'acquisition de compétences spécifiques par les médecins en vue d'une communication clinique véritablement professionnelle (fiabilité des informations diagnostiques récoltées, information et motivation du patient, validité des consentements éclairés, etc.). À cet égard, les constats effectués sur les difficultés de compréhension dans les consultations suggèrent avec force que la qualité de la communication clinique dépend pour une part non négligeable de la conscience, chez les cliniciens, que les patients n'ont pas tous les mêmes compétences linguistiques, les mêmes savoirs médicaux initiaux, les mêmes styles et préférences pour les consultations (p. ex. patients plus ou moins prêts à participer aux décisions), etc. Au plan pratique, cette conscience doit se traduire par une flexibilité communicationnelle importante chez les cliniciens, en d'autres termes par leur capacité à adapter adéquatement leur manière de consulter aux besoins et au style individuel de chaque patient.

Une telle vision de la communication clinique questionne sérieusement la portée de certains modèles classiques de formation à la communication médecin-patient (dont la légitimité est, soit dit en passant, déjà passablement égratignée depuis quelques années). Au vu d'études comme celle-ci, il paraît, d'une part, évident qu'enseigner la communication clinique ne peut et ne doit se limiter – comme pourrait le suggérer une approche superficielle de la littérature sur les CST (*communication skills trainings*) – à inculquer aux cliniciens un certain nombre d'étapes à observer lors des consultations (approche *step by step* : saluer le patient, l'interroger sur ses attentes en début de consultation, investiguer les

symptômes, donner des informations sur les traitements disponibles, discuter le traitement avec le patient, etc.). Il paraîtrait, d'autre part, tout aussi inapproprié de borner les objectifs d'enseignement à conditionner les cliniciens à « faire » du psychosocial ou de l'empathie dans leurs consultations en recourant fréquemment à des formules toutes faites réputées « empathiques » ou « centrées sur le patient » (du type « je comprends ce que vous ressentez »), ou encore à des questions ouvertes, dont certaines de mes observations suggèrent d'ailleurs qu'elles sont à manipuler avec un doigté particulier : une ouverture excessive du mode de questionnement risque en effet de priver certains patients peu à l'aise en français des repères dont ils ont besoin pour s'orienter dans la consultation et le domaine psychosocial apparaît particulièrement délicat à aborder si l'on n'y consacre pas le temps et les moyens nécessaires (par exemple à l'aide d'un interprète). Enfin, rien dans mon travail ne parle en faveur d'enseignements promouvant une approche catégorielle des compétences cliniques transculturelles qui consisterait à transmettre aux cliniciens des connaissances et « recettes » en lien avec des cultures ethniques ou d'origine supposément homogènes et figées dont relèveraient les migrants portugais, turcs, kosovars, etc. Rien qu'au sein de mon échantillon pourtant limité, les patients relevant de l'un ou l'autre de ces groupes n'ont que peu en commun du point de vue des facteurs de complexité que j'ai identifiés comme sensibles pour la compréhension mutuelle, mais semblent au contraire se différencier sensiblement au plan, par exemple, de leur maîtrise du français et de leur niveau de connaissances médicales.

Il apparaît, en fin de compte, que les cliniciens gagneraient à acquérir un large éventail de compétences relevant surtout du savoir-faire et du savoir-être, compétences dont l'enseignement doit être envisagé comme l'œuvre conjointe de diverses disciplines cliniques (principalement de la médecine et de la psychologie clinique) et académiques (sciences humaines en médecine et plus spécifiquement sciences de la communication et du langage spécialisées dans la clinique). La nécessité d'une collaboration rapprochée avec des spécialistes des aspects psychiques m'apparaît centrale. Certaines attitudes de cliniciens que je problématise (p. ex. renoncement à un interprète, choix d'un format monologique) me paraissent en effet étroitement liées à la charge émotionnelle et l'impuissance ressentie dans les consultations centrées sur des douleurs chroniques, pouvant toutes deux expliquer des réticences, chez les cliniciens, à entrer véritablement en dialogue avec les patients (réticences dont j'ai également fait l'expérience durant mes enquêtes). Pour ce qui est des sciences du langage et du discours, mon travail identifie surtout deux domaines où celles-ci peuvent contribuer aux enseignements en compétences communicationnelles et transculturelles des futurs cliniciens spécialistes des douleurs chroniques.

Le premier de ces domaines réside dans l'information sur l'importance d'un recours approprié à l'interprétariat et sur les modalités de collaboration dans les *settings* triadiques (par exemple, en s'inspirant d'une stratégie de promotion de l'interprétariat récemment développée et testée en psychiatrie, v. Weber *et al.* 2014). Dans ce travail d'information, des extraits tirés de mes enquêtes peuvent être utilisés à des fins d'illustration et de sensibilisation. En vue de formations visant plus spécifiquement à préparer les cliniciens à affronter les difficultés de

la clinique triadique, certaines de mes observations mettent en évidence le potentiel de complications relationnelles que peut soulever la proposition d'un interprète à des migrants de longue date. D'où l'importance, pour les cliniciens, d'être préparés à des refus de la part des patients et de ne pas tomber dans le piège de les suivre d'emblée dans une surévaluation possible de leurs compétences linguistiques. À cet égard, il peut s'avérer judicieux d'indiquer aux (futurs) cliniciens les liens possibles entre ces expressions de fierté ou de culpabilité linguistique des patients et un désir ou une nécessité de se sentir intégré dans le pays d'accueil. Mais il va de soi que si le soignant ne parvient pas à faire adhérer le soigné à l'idée de la plus-value d'une traduction, la décision finale doit revenir au patient.

Le second champ d'application des sciences du langage dans l'enseignement des compétences communicationnelles et transculturelles aux spécialistes des douleurs chroniques est, pour sa part, centré sur l'identification et la modulation de styles de communication (qui peuvent, on l'a vu, être considérés aussi bien comme sociolinguistiques que comme culturels dans un sens large – dynamique et non ethnicisé). Dans ce domaine, mon travail pointe au moins deux objectifs possibles – v. Roberts *et al.* (2003) pour des suggestions partiellement comparables à destination de la médecine générale.

Il pourrait, d'une part, s'agir de préparer les cliniciens à identifier certains éléments sensibles des styles de communication de leurs patients, par exemple les éléments suggérant des limitations plus ou moins importantes des compétences linguistiques expressives et réceptives, mais également des indices de styles particulièrement déférents ou insécures, potentiellement associés avec un non-signallement de difficultés de compréhension et de désaccords (notamment par souci de ne pas menacer l'expertise et l'image positive du médecin).

D'autre part, les cliniciens en formation pourraient apprendre, dans le cadre d'un travail autoréflexif, à prendre conscience de leurs propres styles de communication et à les moduler au mieux dans la pratique. Dans les consultations fortement ou moyennement exolingues sans interprète (par exemple, en raison d'un refus du patient ou du caractère non planifié de la consultation), il s'agirait de privilégier des styles communicationnels non exagérément expéditifs, ce qui implique des consultations sans contraintes temporelles excessives, mais également de ne pas craindre les redondances et d'instaurer aussi rapidement que possible des routines conversationnelles (déroulement récurrent d'un rendez-vous à l'autre) permettant aux patients de mieux s'orienter dans l'entretien clinique. Le choix délibéré de la simplicité, de la lenteur et de la prévisibilité peut aussi favoriser les échanges avec des patients déjà relativement à l'aise dans la langue de consultation dans le cadre de séquences particulièrement complexes, par exemple parce qu'elles supposent le traitement de discours de tiers (polyphonie discursive). Un autre point sensible réside dans la construction progressive, avec le patient, de savoirs médicaux partagés. À cet égard, le style communicationnel idoine consiste certainement en une articulation adroite de séquences itératives d'évaluation des savoirs déjà intégrés par les patients avec des séquences de nouvelles explications adaptées au niveau de connaissance du moment, ainsi qu'avec des séquences de répétition ou de consolidation. Enfin, il s'agit de promouvoir l'adoption ciblée, avec des patients particulièrement

déférents et insécures, de styles qui soulignent la légitimité, pour les patients, de ne pas tout comprendre d'emblée et l'intérêt, pour les deux parties, à ce que les patients puissent poser leurs questions et signaler leurs incompréhensions, préoccupations et doutes. On notera toutefois que l'enquête A suggère que des cliniciens expérimentés connaissent – en termes déclaratifs – l'importance d'une partie non négligeable de ces styles de communication qui facilitent la compréhension réciproque dans des séquences de consultation complexes (p. ex. prendre le temps, poser des questions de vérification de la compréhension et des connaissances des patients, laisser de l'espace de parole au patient pour évaluer sa compréhension, etc.), ce qui ne signifie pas nécessairement qu'ils recourent à ces styles dans leurs pratiques. Ce constat invite clairement à des formations qui passent par l'expérimentation et la consolidation de la flexibilité stylistique dans des consultations effectives ou simulées et ne se limitent pas à des cours théoriques. On relève, de surcroît, plusieurs éléments de styles communicationnels facilitateurs auxquels les cliniciens semblent moins sensibilisés (p. ex. signaler la légitimité de ne pas tout comprendre d'emblée, prendre des précautions particulières dans les situations marquées par la présence d'importantes voix venant de l'extérieur (polyphonie), adopter des routines thématiques dans les consultations fortement exolingues sans interprète pour aider les patients à s'orienter, etc.), qui devraient probablement faire l'objet d'une attention particulière.

Avant de clore ces propos sur les pistes didactiques découlant de mon travail, on relèvera leur caractère proprement transculturel. Sauf pour les enseignements sur l'interprétariat, les interventions pédagogiques esquissées (flexibilisation des styles communicationnels) ne devraient pas servir aux seuls patients migrants, mais également à la part non-migrante de la population, qui présente aussi une large diversité de styles communicationnels ou relationnels, de niveaux de connaissances médicales, etc. et bénéficiera d'un meilleur ajustement du médecin aux besoins de chaque patient. De plus, il ne fait pas de doute qu'une large part de mes réflexions et suggestions sont transférables à des domaines de la pratique médicale autres que les suivis spécialisés de patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques.

14.8 Implications pour les institutions

Toutes les pistes et développements possibles pour l'enseignement des cliniciens mentionnées ci-dessus supposent (et nécessitent) qu'un certain nombre de conditions soient réunies aux plans organisationnel, structurel et financier du système de santé et des hôpitaux en particulier. Ces conditions touchent à l'interprétariat, aux ressources de formation à proprement parler (p. ex. heures à disposition, personnes ressources), ainsi qu'à divers éléments du cadre normatif qui viennent contraindre le déroulement des interactions cliniques (p. ex. recommandations cliniques, guides d'investigation ou de *screening*, dossiers médicaux électroniques).

Le système de soins doit permettre aux cliniciens un accès approprié aux prestations d'interprètes professionnels et non professionnels (collaborateurs plurilingues capables d'assurer des traductions orales dans des situations non plani-

fiées et des entretiens sans grande complexité). Pour les hôpitaux, il n'y va pas seulement d'enjeux légaux, éthiques et d'image – en lien avec des erreurs médicales et d'autres mauvaises pratiques évitables par une traduction, que celles-ci donnent ou non lieu à une plainte juridique – mais également d'enjeux relationnels sensibles, en particulier dans les situations marquées par la peur de se voir attribuer la responsabilité de l'apparition, du maintien ou de la péjoration de douleurs (révélée en particulier lors de l'enquête A). Divers éléments de ma recherche suggèrent aussi que certains patients maîtrisant peu ou moyennement la langue de consultation pourraient parfois mieux profiter des soins reçus s'ils étaient assistés d'un interprète, ce qui pointe aussi un potentiel d'économies pour les patients, les assurances maladie et les hôpitaux. Les collectivités publiques et/ou les assurances sociales devraient donc définir des modèles permettant le financement de toutes les prestations d'interprétariat requises pour un travail clinique efficace, économique et non discriminatoire. Parallèlement, des critères de recours clairs aux divers types de ressources de traduction orale doivent être communiqués et les bonnes pratiques activement promues (v. p. ex. Singy & Guex 2003 ; Weber *et al.* 2014).

S'agissant de la définition des critères de recours à des interprètes, mes résultats corroborent globalement les positions d'autres spécialistes (v. p. ex. Bischoff *et al.* 2006). Celles-ci soulignent en particulier l'importance, pour décider de la convocation d'un interprète, de prendre en compte aussi bien le niveau de maîtrise linguistique du patient que celui de complexité des entretiens cliniques. Parmi les situations complexes le plus couramment mentionnées, on trouve les explications médicales complexes, les demandes de consentement, les situations conflictuelles, l'annonce de diagnostics graves et les problématiques de santé mentale. Pour les consultations spécialisées centrées sur des douleurs musculo-squelettiques chroniques, cet inventaire de situations complexes apparaît dans son ensemble pertinent, mais sur la base de mes résultats certains sous-ensembles de ces situations se profilent comme particulièrement sensibles : les divergences de vues avérées ou prévisibles entre médecin et patient sur le problème de santé et le traitement ; les situations où les personnes soignées expriment des craintes face à une intervention ; les discussions de problèmes asséurologiques ; les consultations faisant une large place aux voix de tiers absents (discussion de lettres, de recherches, de résultats d'examens subis ailleurs, etc.) et les séquences d'éducation du patient. Ces facteurs de complexité doivent être communiqués aux cliniciens spécialistes des douleurs chroniques et leur rappeler la nécessité de recourir à l'interprétariat, y compris avec des patients ayant déjà quelques bases dans la langue de consultation.

Ensuite, la formation des professionnels en compétences communicationnelles et transculturelles suppose la mise à disposition, par les centres hospitaliers et les éventuels centres universitaires associés, d'heures d'enseignement au sein des curriculums pré-gradués, post-gradués et de formation continue. Ces formations sont évidemment impensables sans formateurs disposant d'une expertise solide dans le domaine de la communication clinique transculturelle. Les hôpitaux universitaires et autres instances clés (p. ex. ministères de la santé publique) seraient donc bien inspirés en soutenant la création et le fonctionnement de centres et pôles de compétence permettant à un certain nombre de

cliniciens et de scientifiques issus des sciences de la communication de se spécialiser dans l'étude et l'enseignement des compétences cliniques transculturelles et, plus largement, de la communication en milieu clinique.

De toute évidence, renforcer l'interprétariat ainsi que la formation et l'expertise transculturelle au sein du système de soins requerrait des investissements financiers non négligeables dans une période où l'explosion des coûts de la santé est de plus en plus critiquée. Plusieurs éléments sont susceptibles d'inhiber ou, au contraire, de soutenir les efforts de *lobbying* requis pour faire entendre la pertinence de ces revendications. Parmi les obstacles probables figure l'idée répandue que le financement des prestations strictement médicales doit être priorisé par rapport aux prestations de soutien comme l'interprétariat ou des mesures de sensibilisation transculturelle, mais aussi le poids politique marqué, dans nombre de pays européens, de personnes et groupements politiques qui cherchent à limiter l'immigration ainsi que l'accès des personnes migrantes à divers droits et services publics. L'un des éléments majeurs en faveur de mesures de soutien à la communication exolingue et transculturelle tient, en revanche, dans la préoccupation croissante du système de santé pour l'efficacité et le coût des prestations, ainsi que pour la sécurité des patients (qui se manifeste par exemple par des critères de plus en plus stricts pour le remboursement de traitements par les caisses maladie ou par de nouveaux outils de gestion d'incidents critiques au sein des hôpitaux). Du fait de cette préoccupation, un certain nombre de décideurs du monde médical devraient se montrer plus réceptifs que par le passé à l'importance de soutenir – y compris au plan financier – la compréhension mutuelle entre les cliniciens et leurs patients, dont le spectre linguistique et culturel s'élargit sans cesse. Dans le contexte helvétique, un facteur précieux pour promouvoir les bonnes pratiques de communication avec les patients de tous horizons réside dans l'engagement ciblé de l'Office fédéral de la santé publique en faveur de l'égalité des chances dans l'accès à la santé dans le cadre du programme « santé et migration », qui perdure depuis 2002.

Si la préoccupation pour l'efficacité, l'économicité et la sécurité en clinique représente un argument fort pour une organisation adéquate de l'interprétariat dans les hôpitaux et pour l'enseignement des compétences communicationnelles et transculturelles, cette même préoccupation connaît également des répercussions qui renferment un potentiel problématique du point de vue des résultats de mon travail. Depuis quelques décennies on assiste, en effet, à la mise en circulation de nombreux guidelines, questionnaires et formulaires orientant le cours des consultations, notamment dans le cadre de l'introduction de dossiers médicaux électroniques qui sont souvent remplis en présence du patient (Swinglehurst *et al.* 2012). À cet égard, mon étude met en évidence – et elle n'est pas seule à le faire (p. ex. Roberts 2010 ; Swinglehurst *et al.* 2014) – une tension croissante entre les besoins de flexibilité inhérents à une clinique de la diversité qui se centre sur chaque patient dans son individualité (notamment dans des sociétés urbaines hyperdiversifiées) et les multiples tentatives de standardisation des interactions soignant-soigné que l'on observe par ailleurs. Le clinicien soucieux de la qualité communicationnelle de son travail se voit potentiellement pris dans une double contrainte entre standardisation et flexibilité, qui souligne l'importance, pour les institutions sanitaires et les formateurs en communication

médicale, d'ouvrir un débat de fond sur les limites à poser à la formalisation des pratiques de consultation et sur les manières les plus adéquates de concilier, dans la pratique, les exigences irréductibles de systématique avec une communication clinique suffisamment adaptative.

14.9 Questionnements de recherche inter- ou pluridisciplinaires

Plusieurs perspectives de recherches sociolinguistiques généralement proches de ma propre logique de travail ont déjà été mentionnées dans diverses sections de ce chapitre conclusif. Mon expérience sur le terrain et au contact des données m'a cependant également porté vers d'autres questionnements (en partie suite à des discussions sur ma recherche avec d'autres personnes) qui sortent des limites de ma propre discipline. Je ne conclurai pas sans avoir brièvement esquissé deux pistes de réflexions ultérieures qui m'apparaissent particulièrement importantes.

La première touche à un domaine en plein essor : les neurosciences, centrales pour mieux comprendre les fondements neurobiologiques à la fois des douleurs chroniques et des comportements et compétences langagiers et communicationnels. Depuis quelques temps, je m'interroge, d'une part, sur d'éventuelles explications que les neurosciences peuvent donner à la présence de nombreux migrants de première génération souffrent de douleurs chroniques largement inexpliquées en termes médicaux traditionnels (en tant que symptômes d'une lésion). D'autre part, il m'intéresserait de savoir s'il existe des facteurs neurobiologiques communs qui pourraient expliquer des difficultés d'apprentissage d'une langue seconde à l'âge adulte et des douleurs chroniques (ou, à défaut, s'il existe des facteurs pivots, par exemple des composantes neurobiologiques importantes pour la mémorisation, qui pourraient expliquer pourquoi certaines personnes touchées par des douleurs chroniques sont également en difficulté pour apprendre une langue). Une rapide incursion dans la littérature complexe de ce champ suggère que ces interrogations n'ont pas encore reçu de réponses univoques. Ce questionnement pourrait donner lieu à des collaborations prometteuses entre sciences du langage et neurosciences, dont les possibilités technologiques connaissent aujourd'hui des progrès rapides.

L'articulation entre certaines réactions psychologiques ou relationnelles des cliniciens et les processus interactionnels de négociation de sens dans les consultations représente un deuxième champ d'investigations inter- ou pluridisciplinaire m'apparaissant particulièrement pertinent. Les observations rapportées sur les cas qui débordent mon questionnement de recherche (v. chapitre 13), ainsi qu'une partie de mon propre vécu émotionnel au contact des patients, permettent, entre autres, de voir dans certaines difficultés des cliniciens à s'ouvrir à leurs patients et à s'intéresser à leur vécu, la manifestation de stratégies d'autoprotection ou de défense. Sans doute largement inconscientes, ces stratégies auraient une fonction de bouclier contre la charge émotionnelle liée à la souffrance des patients et seraient en relation étroite avec l'impuissance ressentie. Il serait, de ce point de vue, intéressant, pour compléter mon champ de recherche, de réaliser des analyses pluridisciplinaires de consultations spécialisées sur les douleurs chroniques (peut-être aussi de consultations impliquant des cliniciens moins expérimentés que ceux participant à mon enquête). Ces

analyses permettraient potentiellement de mieux comprendre, par exemple, comment s'articulent, dans ces consultations, certains comportements langagiers chez les cliniciens (p. ex. comportements limitant la participation des patients, utilisation fréquente de termes techniques, renoncement à la résolution de certaines difficultés de compréhension, etc.) avec certaines manières de se défendre ou de se protéger au plan émotionnel.

Références

- Adamiec C., 2013, « Ambigüités et malentendus autour du “manger sain” », dans *Revue des sciences sociales*, 50, p. 72-77.
- Allan K. & Burrige K., 2006, *Forbidden Words: Taboo and the Censoring of Language*, New York, Cambridge University Press.
- Allaz A.-F., 2003, *Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*, Genève, Médecine et hygiène.
- Althaus F., Hudelson P., Domenig D., Green A. R. & Bodenmann P., 2010, « Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : quels besoins, quels outils, quel impact ? », dans *Swiss Medical Forum*, 10(5), p. 79-83.
- Angelelli C. V., 2004, *Medical interpreting and cross-cultural communication*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Angelelli C. V., 2012, “Challenges in interpreters’ coordination of the construction of pain”, in C. Baraldi & L. Gavioli (éds), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Amsterdam, Benjamins, p. 251-268.
- Bakhtine M., 1970, *La poétique de Dostoïevski*, Paris, Seuil.
- Barry C. A., Bradley C. P., Britten N., Stevenson F. A. & Barber N., 2000, “Patients’ unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study”, in *BMJ*, 320(7244), p. 1246-1250.
- Barton E., 2006, “Medical specialty encounters”, in K. Brown (ed.), *Encyclopedia of language and linguistics*, Amsterdam, Elsevier, p. 732-742.
- Baszanger I., 1995, *Douleur et médecine, la fin d’un oubli*, Paris, Seuil.
- Bates M. S., Edwards, W. T. & Anderson, K. O., 1993, “Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception”, in *Pain*, 52(1), p. 101-112.
- Bates M. S., Rankin-Hill L., & Sanchez-Ayendez M., 1997, “The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness”, in *Social Science & Medicine*, 45(9), p. 1433-1447.
- Baubet T., 2003, « Le diagnostic psychiatrique en situation transculturelle », dans T. Baubet & M.-R. Moro (éds), *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson, p. 61-74.
- Baumgartinger B., Sator M., Binder E. C. & Pobaschnig G., 2002, „Metapherngebrauch in der Beschreibung von Brustschmerzen“, *Wiener Linguistische Gazette*, 70-71, S.5-27.
- Bazzanella C., & Damiano R., 1999, “The interactional handling of misunderstanding in everyday conversations”, in *Journal of Pragmatics*, 31, p. 817-836.
- Berna C. & Desmeules J., 2009, « Modulation cognitive et émotionnelle de la douleur : mécanismes de certaines approches cliniques révélés par les neurosciences », dans *Revue Médicale Suisse*, 208, p. 1352-1355.

- Berthoud A.-C., 1996, *Paroles à propos – Approche énonciative et interactive du topic*, Paris, Ophrys.
- Betancourt J. R., 2006, “Cultural competency: providing quality care to diverse populations”, in *Consultant Pharmacist*, 21(12), p. 988-995.
- Betancourt J. R., Green A. R., Carrillo J. E. & Ananeh-Firempong, O., 2003, “Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care”, in *Public Health Reports*, 118(4), p. 293-302.
- Bieber C., Muller K. G., Blumenstiel K., Schuller-Roma B., Richter A., Hochlehnert A., Wilke S. & Eich W., 2004, „Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) mit chronischen Schmerzpatienten“, *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47(10), S.985-991.
- Birdsong D., 2005, “Interpreting age effects in second language acquisition”, in J. Kroll & A. De Groot (eds), *Handbook of bilingualism: psycholinguistic approaches*, Oxford, Oxford University Press, p. 109-127.
- Bischoff A., 2006, *Trägt die interkulturelle Mediation zur Inklusion bei? Strategie und Praxis im Vergleich zwischen den Bereichen Gesundheit, Erziehung, Soziales und Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Resultate (Auszug aus dem Schlussbericht)*, Bern, BAG.
- Bischoff A., Steinauer R. & Kurth E., 2006, *Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen*, Basel, Institut für Pflegewissenschaft.
- Bjornsdottir S., Jonsson S. & Valdinarsdottir U., 2014, “Mental health indicators and quality of life among individuals with musculoskeletal chronic pain: a nationwide study in Iceland”, in *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 12, p. 1-15.
- Blanchet A. & Gotman A., 2001, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan.
- Blanchet P., 2012, *La linguistique de terrain. Méthode et théorie. Une approche ethno-sociolinguistique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Blasch L., Menz F. & Wetschanow K., 2010, „Textspezifische und gendertypische Unterschiede in der Darstellung von Kopfschmerzen“, in F. Menz, J. Lalouschek, M. Sator & K. Wetschanow (Hrsg), *Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen*, Duisburg, Universitätsverlag Rhein-Ruhr, S.225-294.
- Borde T., David M. & Kentenich H., 2002, „Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik“, *Gesundheitswesen*, 64(8-9), S.476-485.
- Bot H., 2005, *Dialogue interpreting in mental health*, Amsterdam, Rodopi.
- Bourdieu P., 1992, *Réponses : pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil.
- Bourdieu P., 2001, *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Seuil.
- Bourquin C., Stiefel F., Schmid-Mast M., Bonvin R. & Berney A., 2015, “Well, you have hepatic metastases: Use of technical language by medical students in simulated patient interviews”, in *Patient Education and Counseling*, 98(3), p. 323-330.
- Brauchbar M., Allaz A.-F., Schulte B., Regine S. & Stuck A., 2011, „Förderung der Gesundheit des Bewegungsapparats – Ein Gewinn für die Betroffenen und die Gesellschaft“, *White paper*, disponible en ligne, consulté le 08.09.14.
- Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R. & Gallacher D., 2006, “Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment”, in *European Journal of Pain*, 10(4), p. 287-333.

- Bremer K., 1996, "Causes of understanding problems", in K. Bremer, C. Roberts, M.-T. Vasseur, M. Simonot & P. Broeder (eds), *Achieving understanding: discourse in intercultural encounters*, London, Longman, p. 37-64.
- Bremer K. & Simonot M., 1996a, "Preventing problems of understanding", in K. Bremer, C. Roberts, M.-T. Vasseur, M. Simonot & P. Broeder (eds), *Achieving understanding: discourse in intercultural encounters*, London, Longman, p. 159-180.
- Bremer K. & Simonot M., 1996 b, "Joint negotiation of understanding: procedures for managing problems of understanding", in K. Bremer, C. Roberts, M.-T. Vasseur, M. Simonot & P. Broeder (eds), *Achieving understanding: discourse in intercultural encounters*, London, Longman, p. 181-206.
- Bremer K., Roberts C., Vasseur M.-T., Simonot M. & Broeder P. (eds), 1996, *Achieving understanding: discourse in intercultural encounters*, London, Longman.
- Brown P. & Levinson S., 1987, *Politeness: some universals in language use*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Brünner G. & Gülich E., 2002, „Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation“, in G. Brünner & E. Gülich (Hrsg), *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*, Bielefeld, Aisthesis, S.17-93.
- Bullington J., Nordemar R., Nordemar K. & Sjostrom-Flanagan C., 2003, "Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain", in *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), p. 325-331.
- Butler P. D., Swift M., Kothari S., Nazeeri-Simmons I., Friel C. M., Longaker M. T. & Britt L. D., 2011, "Integrating cultural competency and humility training into clinical clerkships: surgery as a model", in *Journal of Surgical Education*, 68(3), p. 222-30.
- Byrne P. S. & Long B. E. L., 1976, *Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*, London, Her Majesty's Stationery Office.
- Cameron D., 2001, *Working with spoken language*, Los Angeles, Sage.
- Cameron D., Frazer E., Harvey P., Rampton B. & Richerdson K., 1992, *Researching language: issues of power and method*, London, Routledge.
- Campion P. D., Butler N. M. & Cox A. D., 1992, "Principle agendas of doctors and patients in general practice consultations", in *Family Practice*, 9(2), p. 181-190.
- Candlin C. & Candlin S., 2003, "Health care communication: a problematic site for applied linguistics research", in *Annual Review of Applied Linguistics*, 23, p. 134-154.
- Carlson L. E., Feldman-Stewart D., Tishelman C. & Brundage M. D., 2005, "Patient-professional communication research in cancer: an integrative review of research methods in the context of a conceptual framework", in *Psycho-Oncology*, 14(10), p. 812-828.
- Casillas A., Paroz S., Green A. R., Wolff H., Weber O., Faucherre F., Ninane F. & Bodenmann P., 2014, "Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study", in *BMC Medical Education*, 14(19), disponible en ligne.
- Cedraschi C., Allaz A.-F. & Piguët V., 1998, « Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute », dans *Douleur et analgésie*, 2, p. 91-95.

- Cedraschi C., Robert J., Perrin E., Fischer W., Georg D. & Vischer, T. L., 1996, "The role of congruence between patient and therapist in chronic low back pain patients", in *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 19, p. 244-249.
- Chaffee A., Yakuboff M. & Tanabe T., 2011, "Responsiveness of the VAS and McGill pain questionnaire in measuring changes in musculoskeletal pain", in *Journal of Sport Rehabilitation*, 20(2), p. 250-255.
- Cicourel A., 1993, "Hearing is not believing: language and the structure of belief in medical communication", in A. D. Todd & S. Fisher (eds.), *The social organization of doctor-patient communication*, Norwood, Ablex, p. 221-239.
- Cicourel A., 1999, "The interaction of cognitive and cultural models in health care delivery", in S. Sarangi & C. Roberts (eds.), *Talk, work and institutional order*, Berlin, Mouton de Gruyter, p. 183-224.
- Cimmino M. A., Ferrone C. & Cutolo M., 2011, "Epidemiology of chronic musculoskeletal pain", in *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*, 25(2), p. 173-183.
- Clarke K. A. & Iphofen R., 2008, "A phenomenological hermeneutic study into unseen chronic pain", in *British Journal of Nursing*, 17(10), p. 658-663.
- Consoli S. M., 2003, « Préface », dans A.-F. Allaz (éd.), *Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*, Genève, Médecine et hygiène, p. 1-7.
- Cosnier J., 1993, « Les interactions en milieu soignant », dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (éds), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, ARCI/Presses universitaires de Lyon, p. 17-32.
- Cosnier J. & Vaysse J., 1997, « Sémiotique des gestes communicatifs », dans *Nouveaux Actes Sémiotiques*, (57), p. 7-28.
- Cottet M., 2013, *Je crois que le contact, c'est plus important que les gestes que tu fais : réflexions sur l'empathie dans la relation médecin-patient*, Travail de maîtrise, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne.
- Coulomb L., 2013, « Les malentendus entre soignants et soignés sans-domicile », dans *Revue des sciences sociales*, 50, p. 92-99.
- Coupland N., Wiemann J. M. & Giles H., 1991, "Talk as a "problem" and communication as "miscommunication": an integrative analysis", in N. Coupland, H. Giles & J. M. Wiemann (eds), *Miscommunication and problematic Talk*, Newbury Park, Sage, p. 1-17.
- Davidson B., 2000, "The interpreter as institutional gatekeeper: the social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse", in *Journal of Sociolinguistics*, 4(3), p. 379-405.
- Davidson B., 2002, "A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse", in *Journal of Pragmatics*, 34(9), p. 1273-1300.
- De Heredia-Desprez C., 1990, « Intercompréhension et malentendus. Étude d'interactions entre étrangers et autochtones », dans F. François (éd.), *La communication inégale : heurs et malheurs de l'interaction verbale*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, p. 213-236.
- De Lima M. A. G. & Trad L. A. B., 2007, "A dor crónica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica", in *Cadernos de Saude Publica*, 23(11), p. 2672-2680.
- De Pury S., 1998, *Traité du malentendu : théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.
- Delon S. & Mackinnon, B., 2009, "Alberta's systems approach to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care model", in *Healthcare Quarterly*, 13, p. 98-104.

- Dewar A., White M., Posade S. T. & Dillon W., 2003, "Using nominal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region", in *Health Expectations*, 6(1), p. 44-52.
- Dominicé Dao M., 2004, « Quelques réflexions issues des sciences sociales sur la douleur chronique et sa médicalisation », dans *Médecine et hygiène*, 2488, p. 1366-1371.
- Drennan G. & Swartz L., 2002, "The paradoxical use of interpreting in psychiatry", in *Social Science & Medicine*, 54(12), p. 1853-1866.
- Drummond K. & Hopper R., 1991, "Misunderstanding and its remedies: telephone miscommunication", in N. Coupland, H. Giles & J. M. Wiemann (eds), *Miscommunication and problematic talk*, Newbury Park, Sage, p. 301-314.
- Dwamena F., Holmes-Rovner M., Gaulden C. M., Jorgenson S., Sadigh G., Sikorskii A., Lewin S., Smith R. C., Coffey J., Olomu A. & Beasley M., 2012, "Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations", in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD003267.
- Eades D., 2003, "The politics of misunderstanding in the legal system: Aboriginal English speakers in Queensland", in J. House, G. Kasper & S. Ross (eds), *Misunderstanding in social life: discourse approaches to problematic talk*, London, Longman, p. 199-226.
- Eccleston C., Williams A. C. & Rogers, W. S., 1997, "Patients' and professionals' understandings of the causes of chronic pain: blame, responsibility and identity protection", in *Social Science & Medicine*, 45, p. 699-709.
- Edwards A. G., Naik G., Ahmed H., Elwyn G. J., Pickles T., Hood K. & Playle R., 2013, "Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests", in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001865.
- Eggenberger E., Heimerl K. & Bennett M. I., 2013, "Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings", in *International Psychogeriatrics*, 25(3), p. 345-358.
- Eggle S. & Tzelepis A., 2001, "Relational control in difficult physician-patient encounters: negotiating treatment for pain", in *Journal of Health Communication*, 6(4), p. 323-333.
- Ehlich K., 1985, "The language of pain", in *Theoretical Medicine*, 6, p. 177-187.
- Ellis R., 1997, *Second language acquisition*, Oxford, Oxford University Press.
- Eugster S., 1997, *Katamnese bei GastarbeiterInnen mit psychogenen Schmerzen: Studie zum Vergleich von Krankheitsverlauf und -behandlung bei GastarbeiterInnen mit psychogenen Schmerzen mit einer Schweizer Vergleichsgruppe*, (Dissertation, Medizinische Fakultät), Bern, Universität Bern.
- Evans N., Menaca A., Koffman J., Harding R., Higginson I. J., Pool R. & Gysels M., 2012, "Cultural competence in end-of-life care: terms, definitions, and conceptual models from the British literature", in *Journal of Palliative Medicine*, 15(7), p. 812-820.
- Faerch C. & Kasper G., 1983, *Strategies in interlanguage communication*, New York, Longman.
- Fibbi R., 2013, « La Suisse et ses migrations : entre optique nationale et système migratoire mondial », dans *Forum (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population)*, 8, p. 19-29.
- Flores G., 2005, "The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review", in *Medical Care Research and Review*, 62(3), p. 255-299.

- FNS, 2009, Programme national de recherche PNR 53, Santé musculo-squelettique – douleurs chroniques, Rapport de synthèse du Comité de direction.
- François F., 1990, « Introduction », dans F. François (éd.), *La communication inégale : heurs et malheurs de l'interaction verbale*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, p. 7-12.
- Frankel R. M., 1990, "Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters", in G. P. Psathas (ed.), *Interactional competence*, Washington DC, University Press of America, p. 231-262.
- Freisens U., 2005, *Pain in Europe – une étude et ses résultats en Suisse*, Zurich, Société suisse pour la politique de la santé.
- Gabe J., Bury M. & Elston M.A., 2004, *Key concepts in medical sociology*, London, Sage.
- Gajo L., 2005, « Interagir à l'école et interagir à l'hôpital : pour apprendre quoi ? », dans *AILE*, 22, p. 131-163.
- Gajo L., Rothenbühler I., Borel S., Gakuba T.-O., Graber M., Molina M. E. & Wamba A., 2005, *Interaction et compétence transculturelle en milieu hospitalier : étude contextuelle des pratiques soignantes dans cinq hôpitaux suisses*, Genève, UNIGE.
- Galatolo R. & Mizzau M., 1995, « Conflit conversationnel et malentendu : quelques relations possibles », dans *La Linguistique*, 34(1), p. 151-164.
- Galesic M. & Garcia-Retamero R., 2011, "Do low-numeracy people avoid shared decision making?", in *Health Psychology*, 30(3), p. 336-341.
- Garrett P. W., Dickson H. G., Young L. & Whelan A. K., 2008, "'The Happy Migrant Effect': perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: a qualitative study across seven language groups", in *Quality & Safety in Health Care*, 17(2), p. 101-103.
- Gaston-Johansson F. & Allwood J., 1988, "Pain assessment: model construction and analysis of words used to describe pain-like experiences", in *Semiotica*, 71(1/2), p. 73-92.
- Gee J. P., 1999, *An introduction to discourse analysis: theory and method*, London/New York, Routledge.
- Gill V. T., Pomerantz A. & Denvir P., 2010, "Pre-emptive resistance: patients' participation in diagnostic sense-making activities", in *Sociology of Health & Illness*, 32(1), p. 1-20.
- Glassman P., 2008, "Health literacy", disponible en ligne, consulté le 08.09.14.
- Goffman E., 1955, "On face-work: an analysis of ritual elements in social interaction", in *Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 18, p. 213-231.
- Goffman E., 1987, *Façons de parler*, Paris, Minuit.
- Goffman E., 2009, *Relations in public*, Piscataway, Transaction Publishers.
- Goffman E., Lemert C. & Branaman A., 1997, *The Goffman reader*, Malden, Blackwell.
- Goldman B., 1991, "Chronic-pain patients must cope with chronic lack of physician understanding", in *Canadian Medical Association Journal*, 144(11), p. 1492, 1494-1495, 1497.
- Greenhalgh T., Robb N. & Scambler, G., 2006, "Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective", in *Social Science & Medicine*, 63(5), p. 1170-1187.
- Gregorczyk S. M. & Bailit H. L., 2008, "Assessing the cultural competency of dental students and residents", in *Journal of Dental Education*, 72(10), p. 1122-1127.

- Grice H. P., 1979, « Logique et conversation », dans *Communications*, 30, p. 55-72.
- Guex P., 1986, « Douleur chronique et relation médecin-malade (La fonction du symptôme douleur) », dans *Revue médicale de la Suisse Romande*, 106, p. 1031-1034.
- Guex P. & Singy P. (éds), 2003, *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Médecine et hygiène.
- Gülich E., 2005, „Unbeschreibbarkeit: rhetorischer Topos – Gattungsmerkmale – Formulierungsressource“, *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 6, S.222-244.
- Gumperz J., 1982, *Discourse strategies*, Cambridge, Harvard University Press.
- Gumperz J., 1989a, *Sociolinguistique interactionnelle*, Paris, L'Harmattan.
- Gumperz J., 1989 b, *Engager la conversation : introduction à la sociolinguistique interactionnelle*, Paris, Éditions de Minuit.
- Gumperz J., 1999, “On interactional sociolinguistic method”, in S. Sarangi & C. Roberts (eds), *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings*, Berlin, de Gruyter Mouton, p. 453-471.
- Gumperz J., 2001, “Contextualisation and ideology in intercultural communication”, in A. Di Luzio, S. Günther & F. Orletti (eds), *Culture in communication: analyses of intercultural situations*, Amsterdam, Benjamins, p. 35-53.
- Gumperz J. & Berenz N., 1993, “Transcribing conversational exchanges”, in J. A. Edwards & M. D. Lampert (eds.), *Talking data: transcription and coding in discourse research*, Hillsdale, Erlbaum, p. 91-121.
- Gumperz J. & Hymes, D. (eds), 1964, “The ethnography of communication”, special issue of *American Anthropologist*, 66(6).
- Guzman J., Esmail R., Karjalainen K., Malmivaara A., Irvin E. & Bombardier C., 2002, “Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain”, in *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1, CD000963.
- Halliday M.A.K., 1998, “On the grammar of pain”, in *Functions of Language*, 5(1), p. 1-32.
- Hancock A.-M. & Hancock C. R., 2010, “Don't all veins look alike? Comprehensively attending to diversity within the vascular surgical specialty”, in *Journal of Vascular Surgery*, 51(4 Suppl), p. 42S-46S.
- Hargie O., Booahan M., McCoy M. & Murphy P., 2010, “Current trends in communication skills training in UK schools of medicine”, in *Medical Teacher*, 32(5), p. 385-391.
- Harmsen J. A., Bernsen R. M., Meeuwesen L., Pinto D. & Bruijnzeels M. A., 2005, “Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a Mutual Understanding Scale (MUS) in a multicultural general practice setting”, in *Patient Education & Counseling*, 59(2), p. 171-181.
- Haugli L., Strand E. & Finset A., 2004, “How do patients with rheumatic disease experience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor-patient relationship”, in *Patient Education & Counseling*, 52(2), p. 169-174.
- Helman C. G., 1995, *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*, third edition (first reprint) ed., Oxford, Reed Educational and Professional Publishing Ltd.
- Helman C. G., 2006, *Culture, health and illness*, London, Hadder Arnold.
- Heritage J. & Maynard D. W., 2006, “Introduction: analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters”, in J. Heritage & D.W. Maynard (eds), *Communication in medical care*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 1-21.

- Heritage J. & Maynard D. W. (eds), 2006, *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patient.*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Hinnenkamp V., 2001, "Constructing misunderstanding as a cultural event", in A. Di Luzio, S. Günther & F. Orletti (eds), *Culture in communication: analyses of intercultural situations*, Amsterdam, Benjamins, p. 211-243.
- Hirsh A. T., Atchison J. W., Berger J. J., Waxenberg L. B., Lafayette-Lucey A., Bulcourf B. B. & Robinson M. E., 2005, "Patient satisfaction with treatment for chronic pain: predictors and relationship to compliance", in *Clinical Journal of Pain*, 21(4), p. 302-310.
- Holman H. R., 2005, "Chronic disease and the healthcare crisis", in *Chronic Illness*, 1(4), p. 265-274.
- House J., Kasper G. & Ross S., 2003, *Misunderstanding in social life: discourse approaches to problematic talk*, London, Longman.
- Hudelson P., 2005, "Improving patient-provider communication: insights from interpreters", in *Family Practice*, 22(3), p. 311-316.
- Hudelson P., 2006, "Contextualizing cultural competence training of residents: results of a formative research study in Geneva, Switzerland", in *Medical Teacher*, 28(5), p. 465-471.
- Hudelson P., 2012, *Analyse des données linguistiques dans le dossier administratif du patient (DPA)*, Genève, Hôpitaux universitaires de Genève.
- Hymes D. H., 1962, "The ethnography of speaking", in T. Gladwin & W. C. Sturtevant (eds), *Anthropology and human behavior*, Washington, The Anthropological Society of Washington.
- IOM – Institute of Medicine, 2001, *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, National Academy of Sciences (US).
- Jenks A. C., 2011, "From 'lists of traits' to 'open-mindedness': emerging issues in cultural competence education", in *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 35(2), p. 209-235.
- Karliner L. S., Jacobs E. A., Chen A. H. & Mutha S., 2007, "Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature", in *Health Services Research*, 42(2), p. 727-754.
- Kaya B., Kamm M. & Gabadinho A., 2007, *Ressources du personnel migrant : quelle importance dans le domaine de la santé : une recherche-action*, Neuchâtel, Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Kelley A. S., Back A. L., Arnold R. M., Goldberg G. R., Lim B. B., Littrivis E., Smith C. B. & O'Neill L. B., 2012, "Geritalk: communication skills training for geriatric and palliative medicine fellows", in *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), p. 332-337.
- Kenny D. T., 2004, "Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm", in *Patient Education & Counseling*, 52(3), p. 297-305.
- Kerbrat-Orecchioni C., 1977, *La connotation*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
- Kerbrat-Orecchioni C., 1996, *La conversation*, Paris, Seuil.
- Kleinman A., 2000, "Social and cultural anthropology: salience for psychiatry", in M. G. Gelder, J. J. López-Ibor & N. Andreasen (eds), *New Oxford textbook of psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, p. 300-305.

- Kleinman A. & Benson P., 2006, "Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it", in *PLoS Medicine*, 3(10), e294.
- Kleinman A., Brodwin P. E., Good B. J. & Del Vecchio-Good M.-J., 1992, "Pain as human experience: an introduction", in M. J. Delvecchio-Good, P. E. Brodwin, B. J. Good & A. Kleinman (eds), *Pain as human experience*, Berkeley, University of California Press, p. 1-28.
- Kleinman A., Eisenberg L. M. D. & Good B. J., 1978, "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", in *Annals of Internal Medicine*, 88(2), p. 251-258.
- Kopp H.-G., Oliveri H. & Läubli M., 1996, „Psychosoziale Faktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen bei Schweizern und italienischen Immigranten“, in P. Keel, C. Perini & D. Schütz-Petitjean (Hrsg), *Chronifizierung von Rückenschmerzen: Hintergründe, Auswege*, Basel, Eular-Verlag, S.114-121.
- Kugelmann R., 1999, "Complaining about pain", in *Social Science & Medicine*, 49, p. 1663-1676.
- Kurtz S. M., Silverman J. & Draper J., 2005, *Teaching and learning communication skills in medicine*, Oxford, Radcliffe.
- Lacoste M., 1993a, « Langage et interaction : les cas de la consultation médicale », dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (éds), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, ARCI/PUL, p. 33-61.
- Lacoste M., 1993 b, « Le "travail" du malade dans la consultation hospitalière », dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (éds), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, ARCI/PUL, p. 85-97.
- Laerum E., Indahl A. & Skouen J. S., 2006, "What is 'The good back-consultation'? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists", in *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(4), p. 255-262.
- Lalforest M., 2003, « Accidents, ratés, pièges et leurres de l'interprétation : quelques remarques sur le malentendu », dans M. D. Lalforest (éd.), *Le malentendu : dire, mésentendre, mésinterpréter*, Laval, Nota Bene, p. 7-16.
- Lalforest M. & Vincent D., 1999, « Incompréhension et malentendu : deux manifestations de la co-construction du sens », dans *Langues et linguistique*, 25, p. 111-144.
- Lalouschek J., 2010, „Medizinische und kulturelle Perspektiven von Schmerz“, in F. Menz, J. Lalouschek, M. Sator & K. Wetschanow (Hrsg), *Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen*, Duisburg, Universitätsverlag Rhein-Rhur, S.15-69.
- Le Breton D., 1995, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.
- Le Breton D., 2013, « Entre malentendu et bien-entendu dans l'accueil des migrants », *Revue des sciences sociales*, 50, p. 16-21..
- Le Breton D. & Profita G. (éds), 2013, « Malentendus », numéro de *Revue des sciences sociales*, 50.
- Le Goff-Cubilier V. & Bryois C., 2006, « Les troubles somatoformes : diagnostics et prises en charge », dans *Revue Médicale Suisse*, 2(62), p. 1069-1074.
- Leanza Y., 2004, "Pediatricians, migrant parents, and community interpreters: a dialogue of the deaf?", in *Cahiers de l'ILSL*, 16, p. 131-158.
- Levenstein J. H., McCracken E. C., McWhinney I. R., Stewart M. A. & Brown J. B., 1986, "The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine", in *Family practice*, 3(1), p. 24-30.

- Lockhart K., Dosser I., Cruickshank S. & Kennedy C., 2007, "Methods of communicating a primary diagnosis of breast cancer to patients", in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD006011.
- Loock R., 2012, « Komen traduire l'innovation orthographe : étude de cas », dans *Palimpsestes*, 25, p. 39-65.
- Lüdi G., 2006, "Multilingual repertoires and the consequences for linguistic theory", in K. Bühlig & J. Ten Thije (eds), *Beyond misunderstanding: linguistic analyses of intercultural communication*, Amsterdam, Benjamins, p. 11-42.
- Lüdi G. & Py B., 2002, *Être bilingue*, Berne, Peter Lang.
- Lundh C., Segesten K. & Bjorkelund C., 2004, "To be a helpless helpoholic – GPs' experiences of women patients with non-specific muscular pain", in *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(4), p. 244-247.
- Maingueneau D., 1996, *Les termes clés de l'analyse du discours*, Paris, Seuil.
- Man A. K. Y., Chu M. C., Chen P. P., Ma M. & Gin T., 2007, "Clinical experience with a chronic pain management programme in Hong Kong Chinese patients", in *Hong Kong Medical Journal*, 13(5), p. 372-378.
- Mannion A. F., Balague F., Pellise F. & Cedraschi C., 2007, « Pain measurement in patients with low back pain », in *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 3(11), p. 610-618.
- Marcelo D. (éd.), 1999, *Misunderstanding*, issue of *Journal of Pragmatics*, 31(6).
- Marmaridou S., 2006, "On the conceptual, cultural and discursive motivation of Greek pain lexicalisations", in *Cognitive Linguistics*, 17(3), p. 393-434.
- Massé R., 1995, *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie médicale*, Montréal, Morin.
- Maynard D. W. & Frankel R. M., 2006, "On diagnostic rationality: bad news, good news, and the symptoms residue", in J. Heritage & D. W. Maynard (eds), *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 248-278.
- Mazeland H., 2006, "Conversation analysis", in K. Brown (ed.), *Encyclopedia of language and linguistics*, Amsterdam, Elsevier, p. 153-163.
- Mazière F., 2005, *Analyse de discours : histoire et pratiques*, Paris, PUF.
- McBeth J. & Jones K., 2007, "Epidemiology of chronic musculoskeletal pain", in *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*, 21(3), p. 403-425.
- McCracken L. M., Evon D. & Karapas E. T., 2002, "Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service: preliminary prospective results", in *European Journal of Pain*, 6(5), p. 387-393.
- McDonald J. E., 2008, "Anti-oppressive practices with chronic pain sufferers", in *Social Work in Health Care*, 47(2), p. 135-156.
- Meeuwesen L., Tromp F., Schouten B. C. & Harmsen J. A. M., 2007, "Cultural differences in managing information during medical interaction: how does the physician get a clue?", in *Patient Education & Counseling*, 67(1-2), p. 183-190.
- Melzack R., 1997, « L'aspect multidimensionnel de la douleur », dans L. Brasseur, M. Chauvin & G. Guilbaud (éds), *Douleurs : bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques*, Paris, Maloine, p. 1-3.
- Menz F., 2011, „Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen“, in M. Peintinger (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Wien, Facultas.wuv, S.225-235.

- Menz F., 2013a, „Einleitung“, in F. Menz (Hrsg.), *Migration und medizinische Kommunikation: Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit Migrantinnen*, Wien, Vienna University Press, S.7-16.
- Menz F., 2013b, „Zum Vergleich von ärztlichen Konsultationen zu Kopfschmerzen bei gedolmetschten und nicht gedolmetschten Gesprächen“, in F. Menz (Hrsg.), *Migration und medizinische Kommunikation: linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit Migrantinnen*, Wien, Vienna University Press, S.311-352.
- Menz F. & Lalouschek J., 2006, ““I just can’t tell you how much it hurts.” Gender-relevant differences in the description of chest pain”, in *Linguistic Insights*, 45, p. 133-154.
- Menz F., Lalouschek J., Stollberger C. & Vodopiutz J., 2002, „Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie“, *Linguistische Berichte*, 191, S.343-366.
- Métraux J.-C., Weber O., Singy P. & Guex P., 2003, « Introduction », dans P. Guex & P. Singy (éds), *Quand la médecine a besoin d’interprètes*, Genève, Médecine et hygiène, p. 11-35.
- Meyer B., 2006, “Explanatory conversations with the participation of interpreters: specialized communication with laypeople in a multilingual context”, in *Fachsprache*, 28(1-2), p. 15-28.
- Meyer B., 2014, „Herkunftssprachen als kommunikative Ressource? Am Beispiel der Kommunikation im Krankenhaus“, in B. Haider (Hrsg.), *Baustelle Mehrsprachigkeit. Herausforderung für Institutionen und Unternehmen*, Wien, Edition Volkshochschule, S.123-136.
- Mishler E. G., 1984, *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*, Norwood, Ablex.
- Mishler E. G., 2005, “Patient stories, narratives of resistance and the ethics of humane care: à la recherche du temps perdu”, in *Health*, 9(4), p. 431-451.
- Mitchell R. & Myles F., 2004, *Second language learning theories*, London, Hodder Arnold.
- Moirand S., 1990, *Une grammaire des textes et des dialogues*, Paris, Hachette.
- Moncur C., 2006, “Overview of the musculoskeletal system”, in *MS anatomy*, encyclopédie en ligne, site consulté le 31.10.13.
- Moore P. M., Rivera Mercado S., Grez Artigues M. & Lawrie T. A., 2013, “Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer”, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003751.
- Moro M.-R., 2003, « Les débats autour de la question culturelle en clinique : une spécificité française ? », dans T. Baubet & M.-R. Moro (éds), *Psychiatrie et Migrations*, Paris, Masson, p. 35-49.
- Müller K. G., Richter A., Bieber C., Blumenstiel K., Wilke S., Hochlehnert A. & Eich W., 2004, „Der Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung bei chronischen Schmerzpatienten“, *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 98(2), S.95-100.
- Mujezinovic F., Prosnik A. & Alfirevic Z., 2010, “Different communication strategies for disclosing results of diagnostic prenatal testing”, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD007750.

- Napoles-Springer A. M., Santoyo J., Houston K., Perez-Stable E. J. & Stewart A. L., 2005, "Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters", in *Health Expectation*, 8(1), p. 4-17.
- Nutbeam D., 2000, "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century", in *Health Promotion International*, 15(3), p. 259-267.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique, 2007, *Stratégie "migration et santé" 2008-2013*, Berne, Confédération suisse.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique, 2013, *Regelung und Finanzierung des interkulturellen Übersetzens in Schweizer Spitälern. Auswertung einer Umfrage bei den H+ Institutionen*, Berne, Confédération Suisse.
- Ong L. M. L., Dehaes J. C., Hoos A. M. & Lammes F. B., 1995, "Doctor-patient communication – a review of the literature", in *Social Science & Medicine*, 40(7), p. 903-918.
- Overlach F., 2008, *Sprache des Schmerzes – Sprechen über Schmerzen: eine grammatisch-semantische und gesprächsanalytische Untersuchung von Schmerzausdrücken im Deutschen*, Berlin, de Gruyter.
- Parsons S., Harding G., Breen A., Foster N., Pincus T., Vogel S. & Underwood M., 2007, "The influence of patients' and primary care practitioners' beliefs and expectations about chronic musculoskeletal pain on the process of care – a systematic review of qualitative studies", in *Clinical Journal of Pain*, 23(1), p. 91-98.
- Parsons T., 1975, "The sick role and the role of the physician reconsidered", in *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 53(3), p. 257-278.
- Peintinger M. (Hrsg), 2011, *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Wien, Facultas.wuv.
- Perron N. J., Secretan F., Vannotti M., Pecoud A. & Favrat B., 2003, "Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland", in *Family Practice*, 20(4), p. 428-433.
- Picavet H. S. & Schouten J. S., 2003, "Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study", in *Pain*, 102(1-2), p. 167-178.
- Pöchlhacker F., Bischoff A. & Meyer B., 2008, „Krankheit, Kultur, Kinder, Kommunikation: die Nichte als Dolmetscherin. Die fremden Sprachen, die fremden Kranken: Dolmetschen im medizinischen Kontext“, *Curare*, 31(2-3), S.133-142.
- Porquier R., 1984, « Communication exolingue et apprentissage des langues », dans B. Py (éd.), *Acquisition d'une langue étrangère III*, Paris, Encrages, p. 17-47.
- Probst I., 2012, *La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS) comme maladies professionnelles : controverses sociales et trajectoires personnelles. Thèse de doctorat, Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne*.
- Quinn G. P., Jimenez J., Meade C. D., Munoz-Antonia T., Gwede C. K., Castro E., Vadaparampil S. T., Simmons V. N., McIntyre J., Crocker T. T. & Brandon T. H., 2011, "Enhancing oncology health care provider's sensitivity to cultural communication to reduce cancer disparities: a pilot study", in *Journal of Cancer Education*, 26(2), p. 322-325.
- Quivy R. & Van Campenhoudt L., 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.

- Qureshi A., Collazos F., Ramos M. & Casas M., 2008, "Cultural competency training in psychiatry", in *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 23 Suppl 1, p. 49-58.
- Radat F., 2003, « La dimension psychique de la douleur chronique : modèles étiopathogéniques », dans *Douleur et Analgésie*, 4, p. 221-224.
- Ranmal R., Prictor M. & Scott J. T., 2008, "Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer", in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD002969.
- Reisigl M., 2010, „Prolegomena zu einer Semiotik des Schmerzes“, in F. Menz, J. Lalouschek, M. Sator & K. Wetschanow (Hrsg), *Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen*, Duisburg, Universitätsverlag Rhein-Rhur, S.71-139.
- Roberts C., 1996a, "A social perspective on understanding: some issues of theory and method", in K. Bremer, C. Roberts, M.-T. Vasseur, M. Simonot & P. Broeder (eds), *Achieving understanding: discourse in intercultural encounters*, London, Longman, p. 9-36.
- Roberts C., 1996b, "Taking stock: contexts and reflexions", in K. Bremer, C. Roberts, M.-T. Vasseur, M. Simonot & P. Broeder (eds), *Achieving understanding: discourse in intercultural encounters*, London, Longman, p. 206-248.
- Roberts C., 2006a, "Doctors and patients in multilingual settings", in K. Brown (ed.), *Encyclopedia of language and linguistics*, Amsterdam, Elsevier, p. 741-748.
- Roberts C., 2006b, "Continuities and discontinuities in doctor-patient consultations in a multilingual society", in *Linguistic Insights*, 45, p. 177-195.
- Roberts C., 2010, "Communicating decisions with a multilingual patient population", in *Cahiers de l'ILSL*, 28, p. 9-25.
- Roberts C. & Sarangi S., 2002, "Mapping and assessing medical students' interactional involvement styles with patients", in K. Spelman Miller & P. Thompson (éds), *Unity and diversity in language use*, London, Continuum, p. 99-124.
- Roberts C. & Sarangi S., 2005, "Theme-oriented discourse analysis of medical encounters", in *Medical Education*, 39(6), p. 632-640.
- Roberts C., Moss B., Wass V., Sarangi S. & Jones R., 2003, *Patients with limited English and doctors in general practice: educational issues. The PLEDGE project – Final report*, London, Kings College.
- Roberts C., Moss B., Wass V., Sarangi S. & Jones R., 2005, "Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications", in *Medical Education*, 39(5), p. 465-475.
- Roberts C., Sarangi S. & Moss B., 2004, "Presentation of self and symptoms in primary care consultations involving patients from non-English speaking backgrounds", in *Communication & Medicine*, 1(2), p. 159-169.
- Robinson J. D., 2006, "Soliciting patients' presenting concerns", in J. Heritage & D. W. Maynard (eds), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 22-47.
- Rodondi P.-Y., Maillefer J., Suardi F., Rodondi N., Cornuz J. & Vannotti M., 2009, "Physician response to "by-the-way" syndrome in primary care", in *Journal of General Internal Medicine*, 24(6), p. 739-741.
- Roter D. & Larson S., 2002, "The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions", in *Patient Education and Counseling*, 46(4), p. 243-251.

- Rougemont-Bücking A., 2013, « Trauma et mémoire – quand la douleur infiltre le corps et l'âme : un regard sur les toxicodépendances graves », dans *Swiss archives of neurology and psychiatry*, 164(1), p. 5-12.
- Roulet E., Auchlin A., Moeschler J., Rubattel C. & Schelling M., 1985, *L'articulation du discours en français contemporain*, Berne, Peter Lang.
- Ruppen W., Bandschapp O. & Urwyler A., 2010, "Language difficulties in outpatients and their impact on a chronic pain unit in Northwest Switzerland", in *Swiss Medical Weekly*, 140(17-18), p. 260-264.
- Sabbioni M. E. & Eugster S., 2001, "Interactions of a history of migration with the course of pain disorder", in *Journal of Psychosomatic Research*, 50(5), p. 267-269.
- Sacks H., Schegloff E. A. & Jefferson G., 1974, "A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation", in *Language*, 50, p. 696-735.
- Sarangi S., 1994, "Intercultural or not? Beyond celebration of cultural differences in miscommunication analysis", in *Pragmatics*, 4, p. 409-427.
- Sarangi S., 2010, "Practising discourse analysis in healthcare settings", in I. Bourgeault, R. DeVries & R. Dingwall (eds), *Qualitative methods in health research*, London, Sage, p. 397-416.
- Sarangi S. & Roberts C., 1999, "The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings", in S. Sarangi & C. Roberts (eds), *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings*, Berlin, de Gruyter Mouton, p. 1-57.
- Sator M., 2013, „Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung I: Eine Fallstudie“, in F. Menz (Hrsg.), *Migration und medizinische Kommunikation: linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit Migrantinnen*, Wien, Vienna University Press, S.33-146.
- Sator M. & Gülich E., 2013, „Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung II: eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung“, in F. Menz (Hrsg.), *Migration und medizinische Kommunikation: linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit Migrantinnen*, Wien, Vienna University Press, S.147-310.
- Scarry E., 1985, *The body in pain: the making and unmaking of the world*, Oxford, Oxford University Press.
- Schatman M. E., 2012, "Interdisciplinary chronic pain management: international perspectives", in *Pain Clinical Updates*, 20(7), p. 1-6.
- Schegloff E. A., 1968, "Sequencing in conversational openings", in *American Anthropologist*, (70), p. 1075-1095.
- Schegloff E. A., 1987, "Some sources of misunderstanding in talk-in-interaction", *Linguistics*, 25, p. 201-218.
- Schegloff E. A., 2000, "When 'others' initiate repair", in *Applied Linguistics*, 21(2), p. 205-243.
- Schegloff E. A., Jefferson, G. & Sacks H., 1977, "The preference for self-correction in the organization of repair in conversation", in *Language*, 53, p. 361-382.
- Schell J. O., Green J. A., Tulskey J. A. & Arnold R. M., 2013, "Communication skills training for dialysis decision-making and end-of-life care in nephrology", in *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8(4), p. 675-680.
- Schouten B. C. & Meeuwesen L., 2006, "Cultural differences in medical communication: a review of the literature", in *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), p. 21-34.

- Schouten B. C., Meeuwesen L., Tromp F. & Harmsen H. A. M., 2007, "Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour", in *Patient Education & Counseling*, 67(1-2), p. 214-223.
- Schulz P. & Nakamoto K., 2005, "Emerging themes in health literacy", in *Studies in Communication Sciences*, 5(2), p. 1-10.
- Schwald O. & Dammann G., 2007, „Krisenintervention bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen“, in *Psychotherapie*, 12(2), S.279-286.
- Seeleman C., Selleger V., Essink-Bot M.-L. & Bonke B., 2011, "Teaching communication with ethnic minority patients: ten recommendations", in *Medical Teacher*, 33(10), p. 814-819.
- Seneau-Levesque A., 2012, *Analyse du vécu de 6 familles de patients fibromyalgiques suivis au centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Nantes*, Nantes, Université de Nantes.
- Shields H. M., Leffler D. A., White A. A., Hafler J. P., Pelletier S. R., O'Farrell R. P., Llerena-Quinn R., Hayward J. N., Salamone S., Lenco A. M., Blanco P. G. & Peters A. S., 2009, "Integration of racial, cultural, ethnic, and socioeconomic factors into a gastrointestinal pathophysiology course", in *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 7(3), p. 279-284.
- Shuter R. & Miller J., 1982, "An Exploratory Study of Pain Expression Styles among Blacks and Whites", in *International Journal of Intercultural Relations*, 6, p. 281-290.
- Shuy R. W., 1993, "Three Types of Interference to an Effective Exchange of Information in the Medical Interview", in A. D. Todd & S. Fisher (eds.), *The Social Organization of Doctor-patient Communication*, Norwood, Ablex, p. 189-202.
- Silverman J., Kurtz S. M. & Draper J., 2010, *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*, Chêne-Bourg, Médecine et hygiène.
- Singy P., 1997a, « Les mots pour en parler », dans *Médecine et Hygiène*, 2149, p. 243-245.
- Singy P., 1997b, *L'Image du français en Suisse romande : une enquête sociolinguistique en Pays de Vaud*, Paris, L'Harmattan.
- Singy P., 2004, *Le sida au cabinet médical : les mots pour en parler*, Genève, Médecine et hygiène.
- Singy P., Guex P., Weber O. & Sustarova B., 2008, *Communication et médecine : la prévention du sida auprès des populations migrantes d'origine subsaharienne*, Limoges, Lambert-Lucas.
- Skelton A. M., Murphy E. A., Murphy R. J. & O'Dowd T. C., 1996, "Patients' Views of Low Back Pain and its Management in General Practice", in *British Journal of General Practice*, 46, p. 153-156.
- Sleptsova M., Wössmer B. & Langewitz W., 2009, « Les migrants ressentent les douleurs d'une manière différente », dans *Forum Medical Suisse*, 9(17), p. 319-321.
- Spencer-Oatey H., 2002, "Managing Rapport in Talk: Using Rapport-Sensitive Incidents to Explore the Motivational Concerns Underlying the Management Of Relations", in *Journal of Pragmatics*, 34, p. 529-545.
- Sperber D. & Wilson D., 1995, *Relevance*, Oxford, Blackwell.
- Stuedler F., 2013, « Les malentendus culturels sur la gériatrie et dans la pratique en service gériatrique », dans *Revue des sciences sociales*, 50, p. 78-82.

- Stiefel F., Barth J., Bensing J., Fallowfield L., Jost L., Razavi D. & Kiss A., 2010, "Communication Skills Training in Oncology: a Position Paper Based on a Consensus Meeting among European Experts in 2009", in *Annals of Oncology*, 21(2), p. 204-207.
- Stivers T., 2006, "Treatment Decisions: Negotiations between Doctors and Patients in Acute Care Encounters", in J. Heritage & D. W. Maynard (eds.), *Communication in Medical Care*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 279-312.
- Strand L. I., Ljunggren A. E., Bogen B., Ask T. & Johnsen T. B., 2008, "The Short-form McGill Pain Questionnaire as an Outcome Measure: Test-Retest Reliability and Responsiveness to Change", in *European Journal of Pain*, 12(7), p. 917-925.
- Surbone A., 2006, "Cultural Aspects of Communication in Cancer Care", in *Recent Results in Cancer Research*, 168, p. 91-104.
- Surbone A., 2010, "Cultural Competence in Oncology: where do we Stand?", in *Annals of Oncology*, 21(1), p. 3-5.
- Swinglehurst D., Greenhalgh T. & Roberts C., 2012, "Computer Templates in Chronic Disease Management: Ethnographic Case Study in General Practice", *BMJ Open*, 2(6), e001754.
- Swinglehurst D., Roberts C., Li S., Weber O. & Singy P., 2014, "Beyond the 'Dyad': a Qualitative Re-evaluation of the Changing Clinical Consultation", *BMJ Open*, 4(9), e006017.
- Tauben D., 2012, "Chronic Pain Management: Measurement-Based Step Care Solutions", in *Pain Clinical Updates*, 20(8), p. 1-8.
- Terkourafi M. & Bali P., 2007, "Speaking of Pain in Greek: Implications for the Cognitive Permeation of Emotions", in *Cognition and Emotion*, 21(8), p. 1745-1779.
- Thomson D., 2008, "An Ethnographic Study of Physiotherapists' Perceptions of their Interactions with Patients on a Chronic Pain Unit", in *Physiotherapy Theory & Practice*, 24(6), p. 408-422.
- Todorov T., 1981, *Mikhaïl Bakhtine, le principe dialogique*, Paris, Seuil.
- Traverso V., 2003, « Malentendus, quiétude et inquiétude interprétatives dans la conversation familiale », dans M. Laforest (éd.), *Le Malentendu : dire, mésentendre, mésinterpréter*, Laval, Nota Bene, p. 95-118.
- Traverso V. & Yanaprasart P., 2002, « Rencontres interculturelles à l'hôpital : la consultation médicale avec interprète. Communiquer en milieu interculturel », dans *Tranel*, 36, p. 81-100.
- Tuzun E. H., 2007, "Quality of Life in Chronic Musculoskeletal Pain", in *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*, 21(3), p. 567-579.
- Vasseur M.-T., 1990, « La communication entre étrangers et autochtones : stratégies pour se comprendre, stratégies pour apprendre », dans F. François (éd.), *La Communication inégale : heurs et malheurs de l'interaction verbale*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, p. 213-236.
- Vasseur M.-T., Broeder P. & Roberts C., 1996, "Managing Understanding from a Minority Perspective", in K. Bremer, C. Roberts, M.-T. Vasseur, M. Simonot & P. Broeder (éds), *Achieving Understanding: Discourse in Intercultural Encounters*, London, Longman, p. 65-108.
- Vertovec S., 2007, "Super-Diversity and its Implications", in *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), p. 1024-1054.
- Wadensjö C., 1998, *Interpreting as Interaction*, London & New York, Longman.

- Wagner E. H., Austin B. T. & Von Korff M., 1996, "Organizing Care for Patients with Chronic Illness", in *The Milbank Quarterly*, 74(4), p. 511-544.
- Waitzkin H., 1991, *The Politics of Medical Encounters: how do Doctors and Patients Deal with Social Problems*, New Haven, Yale University Press.
- Walker J., Holloway I. & Sofaer B., 1999, "In the System: the Lived Experience of Chronic Back Pain from the Perspective of Those Seeking Help from Pain Clinics", in *Pain*, 80, p. 621-628.
- Weber O., 1999, *Un énorme désir de devenir allemand : Étude de la situation sociolinguistique des Allemands de Sibérie*, mémoire de licence de la Faculté des lettres, Université de Lausanne.
- Weber O., 2002, « Imaginaire linguistique et identité ethnique : le cas d'un Allemand de Sibérie », dans A.-M. Houdebine-Gravaud (éd.), *L'Imaginaire linguistique*, Paris, L'Harmattan, p. 73-78.
- Weber O., 2003, « Le discours des soignants sur les consultations impliquant des migrants », dans P. Guex & P. Singy (éds), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Médecine et hygiène, p. 113-139.
- Weber O., 2014, *Projet Interprétariat CHUV/PMU 2013 : recommandations par domaines (rapport non publié)*.
- Weber O. & Molina M. E., 2003, « Le point de vue des médiateurs culturels/interprètes », dans P. Guex & P. Singy (éds), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Médecine et hygiène, p. 85-112.
- Weber O., Sulstarova B., Reeves D. & Faucherre F., 2014, « Promouvoir l'interprétariat communautaire en psychiatrie publique : une recherche action », dans *L'Autre – Revue transculturelle*, 15(2), p. 194-204.
- Weber O., Sulstarova B., Singy P. & Guex P., 2007, « Genre, langues et tabous sexuels au sein de populations migrantes subsahariennes francophones », dans J. Santamília (éd.), *Proceedings of the fourth international language and gender association conference*, Valencia, Universitat de Valencia, p. 474-487.
- Weber O., Sulstarova B., Singy P. & Guex P., 2010, « Contacts de langues et tabous sexuels : étude de l'imaginaire linguistique de personnes plurilingues d'origine subsaharienne vivant en Suisse romande », dans M. Iliescu, H. Sillerrunggaldier & P. Danler (éds.), *Actes du XXV^e Congrès international de linguistique et de philologie romanes*, Vol. 1, Tübingen, Niemeyer, p. 451-460.
- Weiland A., Blankenstein A. H., Willems M. H., Van Saase J. L., Van der Molen H. T., Van Dulmen A. M., & Arends, L. R., 2013, "Post-graduate Education for Medical Specialists Focused on Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms; Development of a Communication Skills Training Programme", in *Patient Education & Counseling*, 92(3), p. 355-360.
- Weiss R., 2005, *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*, Zürich Seismo.
- Werner A. & Malterud K., 2003, "It is Hard Work Behaving as a Credible Patient: Encounters between Women with Chronic Pain and their Doctors", in *Social Science and Medicine*, 57(8), p. 1409-1419.
- West C., 1983, "'Ask me no Questions...' An Analysis of Queries and Replies in Physician-Patient Dialogues", in S. Fisher & A. D. Todd (eds.), *The Social Organization of Doctor-patient Communication*, Washington DC, Center for Applied Linguistics, p. 75-106.

- West C. & Frankel R. M., 1991, "Miscommunication in Medicine", in N. Coupland, H. Giles & J. M. Wiemann (eds.), *Miscommunication and Problematic Talk*, Newbury Park, Sage, p. 166-194.
- Wiegand E., 1999, "Misunderstanding: The Standard Case", in *Journal of Pragmatics*, 31(6), p. 763-785.
- Willen S. S., Bullon A. & Good M. J., 2010, "Opening up a huge can of worms: reflections on a 'cultural sensitivity' course for psychiatry residents", in *Harvard Review of Psychiatry*, 18(4), p. 247-253.
- Wodak R., 2006, "Medical Discourse: Doctor-Patient Communication", in K. Brown (ed.), *Encyclopedia of Language and Linguistics*, Amsterdam, Elsevier, p. 681-687.
- Wolff V., 2013, « Les malentendus de l'urgence médicale », dans *Revue des sciences sociales*, 50, p. 84-91.
- Zborowski M., 1952, "Cultural Components in Response to Pain", in *Journal of Social Issues*, 8, p. 16-30.

Table des extraits de consultations

1. « C'est le problème parler france »	177
2. « Stop, stop, pas trop vite »	180
3. « Il était gentil le patron »	185
4. « C'est positif, ça veut dire »	189
5. « Peur d'être paralysé »	193
6. « C'était pas sous ultrason plutôt ? »	207
7. « Un moment où vous n'avez pas mal du tout »	209
8. « Plus raide que la première fois ? »	211
9. « C'est comme dans la voiture, l'ABS »	212
10. « Marcher à 30 % »	214
11. « D'accord, et puis en génétique ? »	218
12. « Avant je touchais pas, maintenant je gratte »	221
13. « Faire une protection juridique »	224

Table des matières

Préface de Celia Roberts	11
Avant-propos	13
Conventions	17
1. Migration et inégalités à substrat communicationnel dans les suivis spécialisés de douleurs musculo-squelettiques : problématique	19
1.1 Étudier la communication médicale à l'ère des <i>Communication Skills Trainings</i> (CST)	19
1.2 Communication médicale et diversification des patients en lien avec la migration	21
1.3 Les réponses du système de soins à la diversité liée à la migration : interprétariat et compétences cliniques transculturelles (CCT)	23
1.4 Douleurs musculo-squelettiques chroniques : des approches en évolution	26
1.5 Défis communicationnels des interactions cliniques centrées sur les douleurs musculo-squelettiques chroniques	28
1.6 Clinique des douleurs musculo-squelettiques chroniques et migration	29
1.7 Situation en Suisse romande	31
1.8 Théories de la communication : adoption d'une perspective sociolinguistique	34
1.9 Questions de départ	35
1.10 Posture de recherche	36
1.11 Travaux réalisés et contenu de l'ouvrage	37
2. Acquis et lacunes de la recherche préexistante	41
2.1 Objectifs de la recherche de littérature, définitions initiales et choix des mots clés	41

2.2	Communication, clinique spécialisée sur les douleurs chroniques et diversité sociolinguistique chez les patients migrants	45
2.3	Études des interactions cliniques de médecins spécialistes avec des patients souffrant de douleurs chroniques	48
2.3.1	Études des représentations et pratiques rapportées	48
2.3.2	Études observationnelles	52
2.4	Études des interactions cliniques sous l'angle de la diversité sociolinguistique des patients migrants	53
2.4.1	Études des représentations et pratiques rapportées	55
2.4.2	Études observationnelles	56
2.5	Bilan de la recherche de littérature	60
3.	Interviewer des médecins et des patients sur leurs pratiques en consultation : aspects méthodologiques de l'enquête A	63
3.1	Objectifs de l'enquête A	64
3.2	Choix de l'entretien exploratoire pour la production des données .	64
3.3	Définition du terrain de recherche initial	65
3.4	Critères de sélection des personnes à interviewer	65
3.5	Production des données	66
3.6	Analyse des données	68
3.7	Garantie de l'anonymat	69
3.8	Entretiens réalisés : indications liminaires	69
3.8.1	Collectif d'enquêtés	70
3.8.2	Prise de contact	71
3.8.3	Durée et locaux	72
3.8.4	Difficultés lors de la conduite des entretiens	72
3.9	Informations collectées expressément en vue de l'enquête B	74
3.9.1	Attentes et réactions face au projet d'une recherche communicationnelle sur la diversité linguistique	75
3.9.2	Perspectives de production de données sur le terrain (faisabilité)	76
4.	Échange d'informations, engagement relationnel et reconnaissance : enjeux communicationnels centraux pour les participants.....	78
4.1	Éléments du contexte plus large des interactions cliniques	78
4.1.1	Propos de patients : la vie avec des douleurs chroniques et la quête de soins	79
4.1.2	Propos de cliniciens : les unités, leurs prestations et leurs logiques d'action	83

LES DIFFICULTÉS DE COMPRÉHENSION DANS LES CONSULTATIONS	303
4.2 Enjeux communicationnels des entretiens cliniques	86
4.2.1 Dimension 1 : l'échange d'informations	88
4.2.1.1 Investigation des douleurs et de leur contexte : des objectifs ambitieux et variables	88
4.2.1.2 Détromper, motiver, rassurer, prévenir : les multiples visées des pratiques explicatives	91
4.2.2 Dimension 2 : la relation clinicien-patient	94
4.2.2.1 Composantes de bonnes relations thérapeutiques	94
4.2.2.2 Divergences de vues entre cliniciens et patients	96
5. Gestion de la diversité sociolinguistique : points de vues contrastés et nuancés sur les consultations de patients migrants allophones	103
5.1 Difficultés caractéristiques/typiques des consultations/suivis impliquant des patients migrants allophones	103
5.1.1 Les consultations de patients migrants sont-elles vécues comme particulièrement difficiles ?	105
5.1.2 Difficultés liées au niveau de maîtrise de la langue de consultation	106
5.1.3 Connaissances limitées et croyances erronées des patients ..	111
5.1.4 Habitudes et règles culturelles au plan communicationnel...	112
5.2 Stratégies facilitant la compréhension avec les patients migrants n'ayant pas le français comme langue première	113
5.2.1 Interprétariat	113
5.2.2 Autres stratégies facilitant la communication avec les patients n'ayant pas le français comme langue première	116
5.3 Bilan de l'enquête A	119
6. Étudier les difficultés de compréhension dans les interactions cliniques effectives : objectifs et repères théoriques de l'enquête B .	124
6.1 Objectifs et cadre institutionnel de l'enquête B	124
6.2 Cadre théorique	127
6.2.1 Malentendus et incompréhensions : définitions et modèle d'analyse initial	127
6.2.2 Dysfonctionnement de la communication médicale : deux approches complémentaires du décryptage des malentendus/incompréhensions	132
6.2.3 Repères théoriques pour la co-construction de sens dans des interactions cliniques	133
6.2.3.1 Les consultations : des évènements de communication à structure récurrente	133

6.2.3.2 Règles conversationnelles clés pour l'étude de la compréhension	135
6.2.3.3 Sens explicite et implicite dans les consultations (exolingues)	137
6.2.3.4 La figuration (<i>face work</i>)	139
6.2.3.5 Sociolinguistique interactionnelle ou analyse de discours ?	140
7. Une analyse interactionnelle de consultations prenant appui sur des données contextuelles diverses : aspects méthodologiques de l'enquête B	142
7.1 Objectifs reformulés en fonction du cadre théorique adopté	143
7.2 Production des données	143
7.2.1 Enregistrement vidéo de consultations médicales	143
7.2.2 Entretiens de <i>feedback</i>	144
7.2.3 Entretiens d'autoconfrontation	145
7.2.4 Difficultés rencontrées lors de la production des données ...	146
7.2.4.1 Difficultés liées aux médecins	146
7.2.4.2 Difficultés liées aux patients	148
7.3 Sélection des consultations	149
7.3.1 Échantillon de patients	149
7.3.2 Échantillon de médecins	151
7.4 Analyse des données	151
7.4.1 Évaluation du niveau de maîtrise du français des participants	153
7.4.2 Décryptage et caractérisation des difficultés de compréhension	154
7.4.3 Agendas communicationnels	158
7.4.4 Problème de santé et solutions : divergences de vues et accès au point de vue de l'autre	159
7.4.5 Transcription et anonymisation des données	159
7.4.5.1 Transcriptions	160
7.4.5.2 Anonymisation	162
7.4.6 Articulation des étapes de l'analyse et analyse verticale des consultations	163

8. Les consultations filmées dans les unités de rééducation du rachis et d'antalgie	165
8.1 Données linguistiques	165
8.1.1 Langues premières des participants	165
8.1.2 Compétences en français des participants allophones	166
8.2 Autres données clés	166
8.2.1 Durée et agencement des séquences thématiques	166
8.2.2 Indications clés sur l'histoire médicale et la perception globale des cas par les cliniciens	168
8.3 Appréciations des participants de l'intercompréhension dans les consultations	169
8.3.1 Difficultés de compréhension perçues	169
8.3.2 Évaluation des besoins en matière d'interprétariat	171
8.3.2.1 Du point de vue des médecins	171
8.3.2.2 Du point de vue des patients	172
8.3.2.3 Du point de vue du chercheur	173
8.4 Bilan tiré des données sur la situation médicale, la structure thématique des consultations, les profils linguistiques et la compréhension mutuelle (évaluations de participants)	174
9. Difficultés de compréhension résolues et non résolues : contextes d'apparition, causes et identification dans les interactions	175
9.1 Contextes d'apparition des difficultés de compréhension	175
9.1.1 Répartition des difficultés de compréhension résolues et non résolues en fonction du profil linguistique du patient	176
9.1.2 Contexte thématique des difficultés	179
9.2 Causes des difficultés de compréhension (niveaux d'analyse linguistique impliqués)	182
9.2.1 Causes des difficultés de compréhension résolues	182
9.2.1.1 Niveau pragmatique	183
9.2.1.2 Niveau sémantique	184
9.2.2 Causes des difficultés de compréhension non résolues	185
9.2.2.1 Cas complexes	185
9.2.2.2 Niveau sémantique	187
9.3 Repérage des difficultés de compréhension dans les consultations	190
9.3.1 Indices révélateurs des difficultés de compréhension pour le chercheur	190

9.3.2	Repérage du problème par les protagonistes : malentendu ou incompréhension ?	192
9.4	Bilan sur les contextes d'apparition, les causes et le repérage des difficultés de compréhension résolues et non résolues	198
10.	Portée et limites des stratégies de résolution de difficultés de compréhension	200
10.1	Stratégies utilisées dans les difficultés de compréhension résolues	201
10.1.1	Stratégies initiales	201
10.1.2	Qui initie la réparation/prévention, comment, et dans quel type de consultation ? Quelques tendances	203
10.1.3	Stratégies de suivi	204
10.2	Stratégies utilisées dans les difficultés de compréhension non résolues	205
10.2.1	Stratégies et niveau de langue des patients	205
10.2.2	Raisons probables de la non-résolution des difficultés de compréhension	206
10.2.3	Abandon de résolutions : une question de rapport effort/chance de réussite et de figuration (<i>face work</i>)	211
10.3	Objectifs communicationnels prédominants lors de la gestion des difficultés de compréhension	215
10.3.1	Objectifs saillants lors des difficultés de compréhension résolues	216
10.3.2	Objectifs saillants lors des difficultés de compréhension non résolues	217
10.3.2.1	Quêtes d'informations	217
10.3.2.2	Objectifs de présentation de soi et/ou de l'autre	221
10.3.2.3	Objectifs décisionnels	224
10.4	Bilan concernant les stratégies de résolution des difficultés de compréhension et les objectifs communicationnels saillants lors de la survenue et/ou gestion des malentendus et incompréhensions	226
11.	Agendas pré-consultation contrariés : quels liens avec les difficultés de compréhension repérées dans la consultations ?	229
11.1	Types d'agendas pré-consultation rapportés par les participants ...	229
11.2	Dans quelle mesure les agendas pré-consultation sont-ils réalisés ?	231
11.2.1	Agendas non réalisés	232
11.2.1.1	Cas A	232
11.2.1.2	Cas B	232

LES DIFFICULTÉS DE COMPRÉHENSION DANS LES CONSULTATIONS	307
11.2.1.3 Cas C	232
11.2.2 Agendas de réalisation incertaine	233
11.2.2.1 Cas A	233
11.2.2.2 Cas B	234
11.2.2.3 Cas C	235
11.2.2.4 Cas D	235
11.3 Bilan sur les agendas non réalisés et leurs liens avec les difficultés de compréhension non résolues	236
12. Divergences de vues post-consultation entre médecin et patient : quels liens avec les difficultés repérées dans les consultations ?	238
12.1 Les divergences de vues (potentielles) et leur répartition	239
12.2 Liens entre divergences de vues et difficultés de compréhension non résolues	240
12.2.1 Cas A	241
12.2.2 Cas B	242
12.2.3 Cas C	243
12.2.4 Cas D	245
12.3 Quelques hypothèses sur les origines possibles des autres divergences de vues	246
12.4 Bilan sur les divergences de vues (potentielles) et leurs liens avec les difficultés de compréhension non résolues	246
13. Quelques cas qui débordent le cadre d'analyse ou questionnent l'hypothèse générale de recherche	248
13.1 Cas révélateurs de problèmes communicationnels ou relationnels qui débordent le cadre d'analyse	248
Consultation A	248
13.2 Cas qui questionnent l'hypothèse générale de recherche	251
Consultation B	252
13.3 Bilan	253
14. Conclusion et perspectives	254
14.1 La communication clinique vue par les patients et les professionnels : enjeux informationnels/relationnels sensibles et dissensions concernant l'efficacité de la gestion de la diversité sociolinguistique	255
14.2 Indices d'effets discriminatoires dans les suivis de patients migrants : les limites tout en nuances du « colloque singulier » dans les consultations fortement exolingues	257

14.3 Causes de l'apparition et de la non-résolution de difficultés de compréhension problématiques : des facteurs de complexité incluant et débordant les compétences linguistiques de base	260
14.4 Que nous apprennent les difficultés de compréhension résolues ? Des stratégies fonctionnelles, mais asymétriques	264
14.5 Étudier les difficultés de communication et de compréhension dans des consultations exo- et endolingues : points forts d'une approche sociolinguistique originale	266
14.6 Limites de la recherche réalisée et perspectives	268
14.7 Implications pour l'enseignement	272
14.8 Implications pour les institutions	275
14.9 Questionnements de recherche inter- ou pluridisciplinaire	278
Références	281
Table des extraits de consultations	299