

Diversité linguistique et médiation culturelle dans les entretiens médecin-patient¹

STEFANIA STAME
Université de Bologne (Italie)

1.0. Le médiateur culturel

Depuis les années 1990 en Italie, mais surtout dans la Région de l'Emilia Romagna, plusieurs centres ont été créés dans le but de satisfaire les différentes exigences d'accueil, d'insertion et d'assistance sanitaire de la récente vague migratoire. Elles sont nombreuses les migrantes qui s'adressent à ces centres : des usagères provenant de différents pays, des pays Nord-Africains, du Ghana et du Nigeria, de la Chine, du Pakistan et, plus récemment, de l'Europe Centrale. Dans les centres d'accueil, dès leur début, a commencé à se rendre nécessaire et à s'imposer la figure d'un médiateur ayant le rôle de mettre en relation deux différents systèmes linguistiques, communicatifs, culturels et représentationnels différents lors des entretiens entre professionnels et femmes étrangères.

L'objet de cette étude se concentre, plus précisément, sur les dysfonctionnements communicatifs — au niveau de la compréhension et au niveau relationnel — entre femme migrante et médecin lors des entretiens qui se déroulent auprès des Centres d'accueil. Il s'agit donc d'un thème circonscrit qui se situe dans le contexte plus général des études sur l'asymétrie dans l'interaction entre médecin et patient.

1.1. Des différentes représentations mentales

Dans les entretiens entre les médecins et les patients étrangers, la barrière linguistique n'est pas le seul obstacle qui empêche les interlocuteurs de partager un terrain commun et une bonne communication. Tout comme dans les entretiens entre locuteurs parlant la même langue, les difficultés relèvent du fait que les connaissances spécialisées et les stratégies discursives des médecins ne sont presque jamais partagées par les patients. Le discours médical — on le sait bien à partir des premières études des années 80 (cf. Stame 1997) — se présente comme un type de discours de spécialisation, visant à des buts institutionnels et structuré selon une représentation

¹ L'équipe de l'Université de Bologne, que j'ai dirigée, a conduit cette recherche lors du projet CEE "Exclusion et Dialogue" (contract n° SOE-CT98-2052) comprenant six équipes de cinq différents pays européens. Le projet général a été coordonné par le prof. Jean Vivier de l'Université de Caen.

des connaissances organisée à partir de scénarios spécifiques. Ce type de discours implique l'usage d'un certain lexique, de formules et de tournures syntactiques figées qui ont des effets parfois inattendus sur la compréhension réciproque. Au niveau de l'interaction exolingue, les effets du discours médical sur le patient deviennent évidemment encore plus imprévisibles.

Dans ce contexte, notre recherche a mis l'accent sur le rôle et sur les stratégies communicatives d'intermédiation du troisième interlocuteur de l'entretien — le médiateur culturel — qui, dans notre hypothèse, a été considéré comme la composante de l'interaction ayant la fonction de faciliter la construction d'un terrain commun entre deux univers de référenciation et celle de réduire, en même temps, l'asymétrie, ou bien, la distance relationnelle entre médecin et patiente.

Je voudrais d'abord citer, à titre d'exemple, cet extrait proposé par Cecilia Fredericks en 1998 (cité par Meyer 2001), concernant l'interaction entre un docteur (Doc) et une patiente Cantonnaise, intermédiée par une auxiliaire paramédicale bilingue (A):

Doc she can loose weight a little bit also because I
 think she can be a little overweight

A *the doctor asks you to reduce your food intake not to not to eat so much**

(*en italique : trad. littérale du cantonnaïs)

Dans la transposition de la médiatrice les mots *weight* et *overweight* employés par le médecin ne figurent jamais. Il s'agit — peut-être — d'une reformulation ayant surtout une fonction relationnelle de minimisation car, dans la culture chinoise, ces deux termes pourraient être considérés comme non polis et menaçants, dans le sens de Goffman (1967). Ou bien, dans une optique plus cognitive, le lien inférenciel entre 'obésité' et 'maladie' — un lien qui fait partie du sens de l'énoncé du docteur occidental — ne se relie pas à la même représentation mentale en chinois : en d'autres termes, ce lien inférenciel n'est pas immédiat dans la culture chinoise. Donc, par le biais d'une reformulation qui présente le sens de l'énoncé selon une perspective différente, l'infirmière permet à la patiente de produire l'inférence nécessaire à la compréhension de la prescription du médecin. Cet exemple met bien en lumière — à mon avis — la responsabilité de l'interprète/médiateur dans l'interaction, et le fait que son rôle n'est pas purement instrumental.

2.0. Médiation et stratégies communicatives

Nos premiers enregistrements et nos observations au sujet de l'interaction à trois médecin-patient-médiateur ont commencé en 1999 ; ils portaient sur des entretiens qui se déroulaient auprès d'un des «Centres de Consultation Médicale pour les Femmes migrantes» de la ville de Bologne. Ensuite, en 2000 et en 2001, la récolte du corpus nécessaire à notre recherche a été effectuée auprès d'un centre du même genre à Sassuolo, Modène (le «Consultorio familiare de l'Area funzionale Salute Donna»). À Bologne, ainsi qu'à Sassuolo, il s'agit de centres où les patientes étrangères (parfois des sans - papiers) accèdent directement, sans passer par les structures sanitaires nationales de base (Cavagni, Masellis 2000; Caccialupi 2001). Des médecins (généralistes ou spécialistes) exercent leur profession par l'intermédiation d'un interprète non professionnel, recruté et formé comme médiateur culturel. Dans les deux Centres, le médiateur/médiatrice est toujours présent à partir du moment de l'accueil qui, souvent, n'est pas conduit par un médecin mais par une assistante paramédicale.

D'une part, le manque de savoir spécialisé chez la patiente et, d'autre part, la mise en mots d'un parcours anamnestique chez le professionnel qui doit encadrer le but et le sens de la demande de la patiente, sont interprétés par une médiatrice, qui assume ainsi un rôle d'interface entre deux systèmes communicatifs et représentationnels en relation. Nous avons d'abord différencié les trois interlocuteurs, par rapport à leurs rôles et à leurs buts dans l'entretien, de la façon suivante:

- le médecin (ou le professionnel paramédical) : en tant que dépositaire d'un savoir spécialisé, il est l'interlocuteur chargé de représenter l'institution, le Centre ; il est censé être en mesure de résoudre, plus ou moins partiellement, le problème que la demande de la patiente lui pose;

- la patiente: sa requête concerne un problème de santé — son problème — dont elle ne connaît que les symptômes. Elle s'attend à une réponse de la part du professionnel et du centre qui ont la fonction d'améliorer son état;

- la médiatrice: un trait d'union entre ces deux différents rôles et représentations.

Cependant, après une première macro-analyse des transcriptions de notre corpus, on a tout de suite vu que les fonctions et les objectifs de la médiatrice allaient bien au delà de la simple mise en relation entre les deux interlocuteurs par le biais d'une traduction/transposition, dans la mesure où elle réélaborait la représentation de l'intervention médicale (ou paramédicale) et de l'entretien, et en même temps, elle réélaborait la représentation de la requête de la patiente par rapport à ses propres buts.

Les deux exemples suivants, extraits de notre corpus, mettent en lumière le fait que la médiatrice semble souvent jouer plusieurs rôles à la fois. Dans le premier extrait, la médiatrice (M) a l'air de se substituer à l'assistante (A), en prenant elle-même des initiatives: dans une série de tours enchâssés (9-16), elle pose des questions, elle essaye de spécifier la nature des symptômes, dans le but d'améliorer la représentation des connaissances utiles à l'A. Du même coup elle se substitue à la patiente (P) dans la mesure où elle offre à l'A une réponse convainquante à une question précise.

De façon plus détaillée: tour 5: la M se substitue à la P répondant directement à l'A; tour 11: la M coupe la parole à la P, elle abrège le récit de la P, pour aller vite au noyau de la question, surtout en faveur de l'A. Tout compte fait, dans ce premier extrait, le travail de négociation de la M plaide surtout en faveur de l'A. Nous proposons, à droite, une transposition du dialogue en français; les répliques produites en arabe, en italique, ont été traduites en italien et en français.

Extrait 1

En revanche, dans ce deuxième exemple, la M plaide pour la P. Elle adopte une stratégie de négociation par rapport à l'A, qui a comme finalité celle d'obtenir non pas seulement une prescription routinière, mais quelque chose en plus en faveur de la P (voire ce que la P souhaitait dès le début de l'entretien, une échographie).

En même temps, ce travail de négociation de la M plaide aussi en faveur de l'institution, car elle en démontre toute l'efficacité dans la prise en charge des attentes de la P. De façon plus analytique: l'usage du verbe à la première personne du pluriel (tours 32 et 33), un *noi/nous* qui a la fonction de souligner l'*alliance* entre la M et l'institution ; un *noi/nous* qu'on pourrait rendre en français par un *on*.

1 A si accomodi	asseyez-vous
2 P buongiorno	bonjour
3 M qui qui	ici ici
4 A è la prima volta che viene da noi	c'est la première fois que vous venez chez nous
5 M è la prima volta che viene	c'est la première fois qu'elle vient
6 P no non è	non c'est pas
7 M no è già stata qui tante volte	non elle est déjà venue plusieurs fois
8 A bene e oggi è tornata per quale motivo	bon alors aujourd'hui vous êtes revenue pour quelle raison
9 M oggi qual è il motivo della richiesta di visita medica	aujourd'hui quel est la raison de votre demande de consultation
10 P sono venuta l'anno scorso poi sono andata in Cina a vedere questo/ cioè questa volta sono venuta perché ci sono dei problemi	je suis venue l'année dernière puis je suis allée en Chine pour voir ce qui/bien cette fois je suis venue parce qu'il y a des problèmes
11 M che c'è questa volta perché è tornata	qu'est-ce qu'il y a maintenant pourquoi vous êtes revenue
12 P ho problemi con l'urina	j'ai des problèmes avec l'urine
13 M sente dolore che cosa	vous avez mal ou quoi
14 P ho prurito	ça me démange
15 M ha dolore o prurito	vous avez mal ou ça vous démange
16 P ho prurito non ho dolore	ça me démange je n'ai pas mal
17 M dice che è venuta perché ha problemi nell'urinare dice che sente un po' di prurito quando urina	elle dit qu'elle est venue parce qu'elle a des problèmes quand elle urine elle dit qu'elle a un peu de démangeaisons quand elle urine

Extrait 2

Ces deux exemples devraient donc montrer que la M ne constitue pas un simple trait-d'union entre deux points, dans un espace linéaire. Par les mouvements relationnels qu'elle déclenche, en plaidant la cause de l'un et de l'autre interlocuteur, la M contribue à contrebalancer les déséquilibres et les disproportions dans l'interaction selon une perspective triangulaire. Dans cette optique « trilogique » (Kerbrat-Orecchioni 1995), la M joue un rôle qui est en quelque sorte celui d'un contrepoids, ou bien celui d'un pivot sur lequel tourne le triangle.

2.1. Passages de blocs thématiques et enchâssements

C'est à partir d'un premier découpage en séquences de chaque entretien, par rapport à ses contenus (Blocs Thématiques = BTs), que nous avons pu d'abord constater que la M intervient très souvent de façon très autonome, s'adressant à la P ou bien au professionnel.

Dans plusieurs BTs, et dans plusieurs passages d'un BT à l'autre, la M montre d'avoir appris une sorte de « scénario » mental d'entretien anamnestique, un scénario qu'elle partage avec le médecin (MDC). Cela lui permet souvent, surtout dans les BTs d'ouverture de l'entretien, de se substituer au MDC ; elle en transpose le scénario institutionnel dans un code qui est plus proche

27 A	allora oggi quindi è venuta da noi per fare una visita per fare/ gli esami cosa voleva fare	bon alors aujourd'hui vous êtes venue chez nous pour une consultation ou pour faire des tests ou quoi
28 M	oggi vuole vedere il medico	aujourd'hui elle veut voir un médecin
29 P	<i>vorrei fare un'ecografia</i>	<i>je voudrais faire une échographie</i>
30 M	si per un controllo/ magari se si può fare anche un'ecografia	oui pour un contrôle/ on pourrait aussi faire une échographie peut-être
31 A	ho capito/ allora noi qui abbiamo la ginecologa che fa le visite gli esami/ del sangue e:::/ ma le ecografie no/ che si fanno normalmente in gravidanza/ perché / per vedere se tutto va bene no/ le ecografie le facciamo in un altro posto	d'accord/alors ici nous avons la gynéco qui fait les visites les tests/ du sang et:::/ mais les échographies non/ celles qu'on fait généralement pendant la grossesse/ parce que/ pour voir si tout va bien/ les échographies on ne les fait pas ici on les fait ailleurs
32 M	<i>qui controlliamo le donne /incinta/ gli esami del sangue e:::/ e le ecografie le abbiamo ma in un altro posto questo tipo di esami</i>	<i>ici nous suivons les femmes enceintes/ les tests du sang et:::/ et les échographies nous les avons mais ailleurs pas ici ce type de test</i>
33 P	<i>si può comunque fare il controllo e l'altra cosa</i>	<i>on peut toujours faire le contrôle et l'autre chose</i>
34 M	chiede se si può fare la richiesta qualcosa per l'ecografia/ la possiamo fare	Elle demande si on peut quand même lui prescrire l'échographie/on peut le faire

du cadre de référenciation de la P. Cette substitution a aussi un effet de raccourcissement de la distance relationnelle.

Par rapport au MDC, le but principal de ce genre d'initiatives de la M semble être celui — tout à fait coopératif — de lui offrir une représentation globale de la situation de la P, du point de vue sanitaire et social.

Les initiatives autonomes de la M donnent lieu, comme nous avons déjà pu l'observer, à des séries enchâssées de tours de parole en succession, qui se déroulent uniquement entre deux des trois interlocuteurs : le mécanisme de l'alternance à trois est interrompu en faveur d'une interaction qui exclut l'un ou l'autre des deux interlocuteurs. L'occurrence de ces décalages nous a permis d'envisager, même sur un plan quantitatif, une dynamique de l'asymétrie par rapport au jeu des déplacements des participants dans les axes relationnels de l'interaction à trois.

Les enchâssements à deux qui se passent entre la M et le MDC sont un peu plus nombreux que ceux qui s'adressent à la P : il ne s'agit pas nécessairement d'une véritable « coalition » (Kerbrat-Orecchioni 1995) entre les deux professionnels visant à exclure l'autre locuteur : même si leur effet pragmatique est celui d'une sorte d'éloignement relationnel par rapport à la P, leur fonction principale est celle de négocier le sens d'un énoncé et celle d'établir un cadre de référenciation commun. En outre, dans ces séquences « à sens unique », la M propose souvent à son interlocuteur des questions, des explications et des précisions qui n'ont pas été demandées. Ces interventions sont adressées tantôt au docteur tantôt à la P. Le but de ces « ajouts » est celui de compléter, pour l'interlocuteur mais aussi pour soi-même, la représentation mentale du discours de l'autre afin d'en améliorer la compréhension chez l'un ou l'autre des deux interlocuteurs.

Les séquences enchâssées qui se déroulent entre la M et la P portent aussi sur des sujets concernant la vie privée de la P (que le docteur "n'a pas le droit" de partager). Ces digressions sont marquées par une fonction de rapprochement relationnel ; sur le plan interactif, leur effet est une coalition qui exclut le MDC. Les contributions communicatives de la M se présentent comme marquées par une fonction relationnelle de rapprochement surtout dans les BTs de clôture ; c'est là qu'elle se détache de la façon la plus autonome par rapport aux routines de clôture adoptées par le docteur. C'est un peu comme si, à ce moment-là, elle s'arrogeait le droit de rattrapper, même d'afficher, un rapport exclusif avec la P.

Les stratégies de récapitulation ne se présentent presque jamais comme une re proposition des sujets déjà explicités par le MDC (prescriptions, formules de politesse) : les dernières répliques de la M ont dans la plupart des cas la fonction pragmatique de rassurer et de recommander, et elles sont marquées par la répétition. Le niveau relationnel est souvent celui, tout à fait affectif, de la complicité, qui caractérise le rapport mère-fille, et il est renforcé par des marques linguistiques d'appartenance.

Les initiatives autonomes de la M se présentent parfois comme des interruptions : il n'est pas rare qu'elle coupe le tour, mais non pas la parole, de la P qui garde le silence pour chercher une idée, un mot, ou bien une sorte de plan pour ses énoncés. Tout comme les achèvements des énoncés, ces interruptions/suggestions semblent avoir une sorte de finalité de coopération et de rapprochement relationnel. Effectuées à la place, et en faveur, du MDC, ces interruptions renforcent en même temps l'asymétrie de l'interaction, soulignant le droit de celui qui a le titre pour anticiper la pensée/parole de l'autre. Ce dernier aspect, d'une certaine façon, rapproche la fonction de ce genre d'interruption de celle de la correction.

On sait bien que la valeur de transgression de l'interruption varie par rapport aux différentes cultures et que dans une culture méditerranéenne les interruptions sont beaucoup mieux tolérées que dans les cultures anglo-saxonnes (Zorzi Calò 1990). Toutefois, de temps en temps, la M ne semble même pas respecter le «Point de Relief Transitionnel», c'est-à-dire là où un locuteur envisage la fin du tour de son interlocuteur qui s'approche (Sacks, Schegloff, Jefferson 1974, p. 705). Même si l'infraction est mitigée par une sorte d'«urgence psychologique» ou de «cause de force majeure» (Bazzanella 1994, p. 202), il arrive que la M coupe la parole aussi au MDC. Il s'agit d'une infraction par rapport aux règles conversationnelles de l'entretien et à son statut institutionnel. Le but de ces interruptions est peut-être celui d'abrégé les temps en sa propre faveur (à cause des limites de sa mémoire de travail) ou bien en faveur de la P (pour lui faciliter la compréhension, ou lui passer le tour de parole).

J'ai voulu signaler la fonction de ces transgressions, car elles aussi mettent bien en lumière le rôle actif de la M. Elles pourraient être considérées comme des tentatives de coordination — comme l'a suggéré Wadensjö (1998) — ou bien, dirais-je même plus, des indices d'enchaînement de l'interaction à trois. En outre, ces initiatives autonomes sont généralement acceptées de bon gré par le docteur et ne semblent pas être assumées comme de véritables infractions. Peut-être à cause du fait qu'elles témoignent, en tout cas, du sentiment de responsabilité, à la fois communicative et institutionnelle, de la M dans l'entretien.

A côté de ce genre d'interventions, plus ou moins autonomes, par lesquelles la M modifie, pour ainsi dire, l'équilibre du dialogue au niveau de son organisation, il faut prendre en considération les transformations, le «surplus» qu'elles apportent au niveau du discours, en particulier par le biais de la pratique de la reformulation.

3.0. La reformulation

De façon générale, la reformulation a été considérée comme une stratégie communicative privilégiée dans les entretiens médicaux, dont la fonction principale serait celle d'atténuer les dysfonctions qui empêchent d'atteindre les objectifs de chaque entretien, voire de construire un terrain commun de référenciation. Ce qui devrait aboutir, tout compte fait, à un degré adéquat de «compliance» (au niveau cognitif) et à un bon degré de satisfaction, au niveau de la relation entre les trois partenaires.

Dans la reformulation, les transformations des énoncés vont souvent dans le sens d'une «expansion» (telle que des ajouts de mots, d'explications, d'exemples) concernant les répliques de l'un ou de l'autre interlocuteur. Mais nous pouvons aussi trouver des stratégies pour ainsi dire opposées, telles que la «condensation», l'«omission» (ou l'«effacement»). Cette activité de reformulation comprend donc une réélaboration de la représentation des contenus informatifs des énoncés, mais aussi une reconstruction des intentions communicatives des deux interlocuteurs.

3.1. Boucles de corrections

L'une des fonctions spécifiques, parmi les plus importantes, qui caractérisent la pratique de la reformulation dans les entretiens que nous avons analysés semble être la fonction de correction. Plus en détail, cette stratégie fonctionnelle tend à se montrer structurée en séquence en terme de «boucles de correction», selon le schéma suivant: formulation initiale, contrôle, reformulation (Vivier 1998).

Dans le corpus analysé on a relevé l'occurrence de nombreuses boucles de ce type, où ne sont engagés que deux des trois interlocuteurs: MDC et P, M et P, MDC et M. Voici la transcription d'un exemple, extrait de notre corpus, qui ne concerne que deux des trois partenaires:

Extrait 3

VIII

M95: la dottoressa ha scritto la richiesta // te la da' adesso e tu la tieni con te e quando torni il cinque di settembre hai gia' la richiesta/ poi vieni qui o viene tuo marito/ prendi l'appuntamento e fai il prelievo così l'undici hai gia' la risposta e me la porti

P 96: vado subito a prendere l'appuntamento

M97: no/ quando torni prendi l'appuntamento e fai il prelievo/ perche' adesso non abbiamo il calendario di settembre// se tu non hai ancora la risposta per l'undici non e' un problema /cosi' pero' ce l'avrai quando vai a partorire // hai capito bene

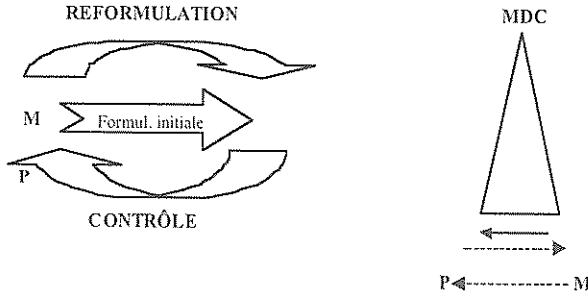
(transposition en français)

M le docteur a écrit la prescription // elle va te la donner et tu la gardes et quand tu reviens le cinq septembre tu as déjà la prescription/ puis tu viens ou tu envoies ton mari/ tu prends rendez-vous et tu fais le prélèvement comme ça pour le onze tu as déjà la réponse et tu me l'apportes

P je vais tout de suite prendre le rendez-vous

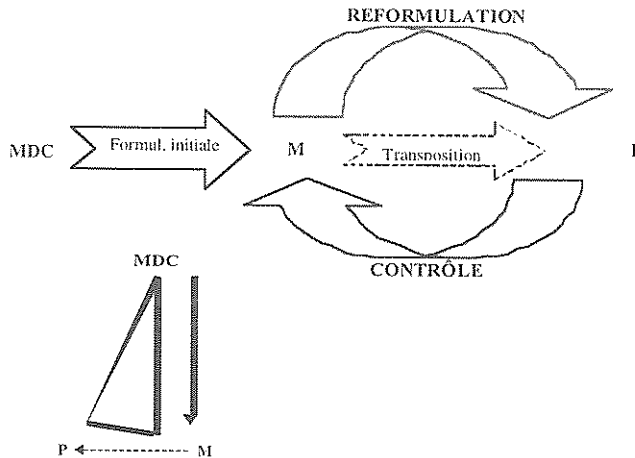
M non/ le rendez-vous tu le prends quand tu reviens et que tu fais le prélèvement/ tu vois maintenant nous n'avons pas le planning de septembre// si tu n'as pas la réponse pour le onze c'est pas un problème/ mais au moins tu l'auras pour l'accouchement// c'est clair

Le schéma du triangle interactif, que nous proposons à droite ci-dessous, ne signale que les mouvements de rapprochement et coalition entre la M et la P et l'exclusion du MDC dans cette séquence. Le schéma de gauche, en revanche, propose une modélisation de la boucle de correction par rapport à l'articulation circulaire des mouvements fonctionnels qui composent ce dialogue:

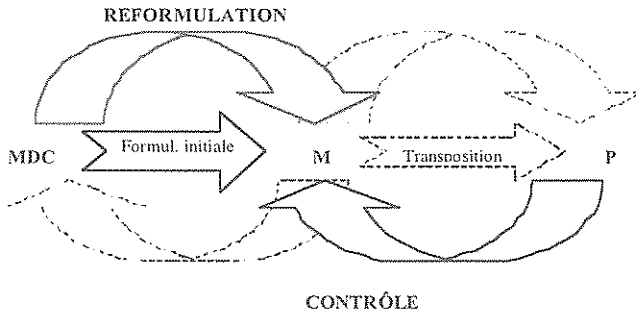


Nous avons pu également observer dans notre corpus d'autres variations par rapport au premier type de boucle de correction, des variations qui engagent à la fois les trois participants à l'entretien. A cause de l'insertion de la M, les boucles se compliquent — pour ainsi dire, se redoublent — par rapport au schéma «à trois temps» de Vivier. Nous avons ainsi avancé comme hypothèse que de ces modifications de la boucle devraient découler des effets pragmatiques par rapport aux dynamiques relationnelles de l'entretien.

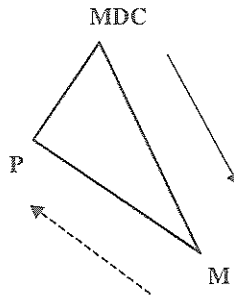
Le modèle de dialogue que nous avons considéré comme le premier type de variation s'articule selon une forme de «redoublement simple». Dans ce cas-ci, très proche à la boucle de correction 'classique', les initiatives de contrôle et reformulation tournent autour de la transposition de M: elles ne regardent que la M et la P, excluant le MDC qui s'est limitée à produire la formulation initiale:



Nous avons aussi observé plusieurs passages « trilogiques » qui présentent un deuxième type de variation, s'organisant de façon plus complexe par rapport à la première, où la M s'introduit entre les deux interlocuteurs. Le modèle de ce type de variation montre que les différentes répliques redoublant la boucle se succèdent selon la séquence circulaire suivante: 1) MDC: formulation initiale; 2) transposition de la M à la P; 3) réplique de contrôle de la P; 4) réplique de contrôle de la M adressée au MDC; 5) reformulation du MDC en faveur de la M; 6) reformulation de la M en faveur de la P:



Le redoublement de la boucle concerne les répliques de contrôle et de reformulation; ce mouvement tourne autour de la M, grâce à laquelle se réalise le rapprochement entre la P et le MDC. Une visualisation de ce genre d'interaction selon le, plus simple, schéma triangulaire se limite à signaler que la médiatrice est le point 'commun', sur lequel les deux autres interlocuteurs convergent:



4.0. En guise de conclusion

Les décalages et les mouvements que nous avons observés mettent en relief — à mon avis — la complexité de l'interaction à trois et l'importance des initiatives des médiatrices culturelles dans cette dynamique. Un rôle actif, celui de cet interlocuteur dans l'entretien, qui relève en même temps du niveau de l'activité discursive et du niveau de la coordination et de l'organisation du dialogue.

Dans l'optique de la recherche fondamentale, cette analyse qui porte sur des types d'interaction, pour ainsi dire, de spécialité, pour ce qui est de leurs composantes contextuelles et

de leurs objectifs, nous a permis de mieux cerner des aspects et des mécanismes qui relèvent du fonctionnement et de l'organisation générale du dialogue.

Quant à l'autre finalité de cette recherche, celle de l'application sur le terrain, une partie de notre corpus a été l'objet d'une analyse commune avec les professionnels, en particulier les médiatrices culturelles concernées dans les entretiens, lors des ateliers qui font partie de leurs cours de formation permanente. D'une part, ce retour d'information a été vécu comme une valorisation de leur travail pratique, il a suscité un travail critique de débat qui est en train de continuer. D'autre part, il serait quand même trop optimiste de dire que les professionnels ont été toujours en mesure de s'approprier des résultats de cette analyse — et de ses instruments — pour les transférer dans leur pratique vécue. En d'autres termes, si ce travail commun n'a pas toujours abouti à l'acquisition d'une véritable compétence métacognitive, nous pouvons affirmer que cette pratique commune de feed-back a entraîné au moins une prise de conscience du fonctionnement/dysfonctionnement communicatif et interactionnel vécus au cours des entretiens avec les patientes. L'enjeu en vaut la peine.

REPÈRES

- Bazzanella, C., 1994. *Le facce del parlare*. Firenze, La Nuova Italia.
- Brunori, L., Tombolini, F. (eds). 2001. *Stranieri fuori, stranieri dentro* Milano, FrancoAngeli.
- Caccialupi, M. G. 2001. Donne che aiutano donne. Esperienze e riflessioni di un consultorio per donne e bambini. In L. Brunori L., F. Tombolini (eds.) *Stranieri fuori, stranieri dentro* Milano, FrancoAngeli, 96-100.
- Cavagni, G., Masellis, G. (eds). 2000. *La salute della donna e del bambino in una società multietnica. Confronto tra culture*. Modena, Agenzia Formativa USL.
- Contento, S. 1997. Fallimenti comunicativi nell'interazione medico-paziente. In C. Alvisi, A. Borromei, G. Chierigatti eds. *La malattia come errore di comunicazione*. Bologna, Editrice Universitaria lo Scarabeo, 49-56.
- Frankel, R. M. 1984. From sentence to sequence: understanding the medical encounter through micro-interactional analysis. *Discourse Processes*, 7, 135-170.
- Frankel, R.M. 1990. Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. In G. Psathas (ed). *Interaction competence*. Washington, America University Press.
- Fredericks, C. 1998. *Using non-professional interpreters in a multiethnic primary care clinic*. Dissertation, University of Malaysia, Malaysia.
- Giles, H., Wiemann, J. M. 1991. *Miscommunication and problematic talks*. Newbury Park, Sage.
- Goffman, E. 1967. *Interaction ritual*. Garden City, Doubleday.
- Kerbrat-Orecchioni, C.; Plantin, C. 1995. *Le Trilogie*. Lyon, PUL.
- Labov, W. Fanschel, D. 1977. *Therapeutic Discourse*. New York, Academic Press.
- Lacoste, M. 1981. The old woman and the doctor. A contribution to the analysis of unequal exchanges. *Journal of Pragmatics*, 5, 169-180.
- Ley, P. 1977. Psychological studies on doctor-patient communication. In S. Rachman (ed). *Contributions to Medical Psychology*, Vol. 1. Oxford, Pergamon.
- Ley, P. 1988. *Communicating with patients*. London, Croom Helm.
- Meyer, B. 2001. How untrained interpreters handle medical terms. In I. Mason. (ed). *Triadic Exchanges: studies in dialogue interpreting*. Manchester, St Jerome Publishing, 87-105.
- Moja, E., Vegni, E. 2000. *La visita medica centrata sul paziente*. Milano, Raffaello Cortina.

- Sacks, H.; Schegloff, E.; Jefferson, G. 1974. A Simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 4, 696-735.
- Stame, S. 1997a. Pragmatica della comunicazione medico-paziente. In C. Alvisi, A. Borromei, G. Chierigatti (eds). *La malattia come errore di comunicazione*. Bologna Editrice Universitaria lo Scarabeo, 41-49
- Stame, S. 1997b. Relational distance and common ground in doctor-patient communication. In M. G. Pinto, J. Veloso, B. Maia (eds). *Proceedings of the 5th ISAPL International Congress*. Porto, FLUP, 93-105.
- Stame, S., Contento, S. 1997c. L'interazione medico-paziente : una prospettiva conversazionale. In M. W. Battacchi, P.E. Ricci-Bitti, G. Trombini (eds). *Le ragioni della psicologia. Saggi in onore di Renzo Canestrari*. Milano, Franco Angeli, 283-293.
- ten Have, P. 1991. Talk and institution: A reconsideration of the "Asymetry" of doctor-patient interaction. In D. Boden, D. H. Zimmermann (eds). *Talk and social structure*. Cambridge, Polity Press.
- ten Have, P.; Heritage, J. 1992. *Talk at work*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Vivier, J. 1998. Fonctionnement et dysfonctionnement de dialogues plurilocuteurs. *Cahiers de la Maison de la Recherche en Sciences Humaines*, 9.
- Wadensjö, C. 1998. *Interpreting as interaction*. New York, Addison Wesley Longman Inc.
- West, C. 1984. *Routine complications : Troubles in talk between doctors and patients*. Bloomington, Indiana University Press.
- West, C.; Frankel, L.M. 1991. Miscommunication in Medicine. In N. Coupland N., H. Giles, J. M. Wiemann (eds). *Miscommunication and problematic talk*. Newbury Park, Sage.
- Zorzi Calò, D. 1990. *Parlare insieme. La co-produzione dell'ordine conversazionale in italiano e in inglese*. Bologna, CLUEB.

