

Pédiatres, parents migrants et interprètes communautaires : un dialogue de sourds ?

Yvan LEANZA

Université de Genève

1. INTRODUCTION

Cet article présente une partie des résultats obtenus dans le cadre d'une recherche menée dans une polyclinique pédiatrique de Suisse romande (Leanza, 2003). S'inscrivant dans le paradigme compréhensif et dans une approche interdisciplinaire, l'objectif de cette étude était de saisir l'expérience de la différence culturelle¹ pour des médecins en spécialisation de pédiatrie pratiquant des « examens de prévention » auprès de familles migrantes.

Ces examens de prévention, aussi appelés par les pédiatres eux-mêmes « examen de développement » ou « psychomoteur », sont des consultations routinières quasi-obligatoires (les examens eux-mêmes ne le sont pas, mais les vaccinations qui y sont en général associées sont, elles, obligatoires) qui ont lieu régulièrement dans les premiers mois de la vie de l'enfant jusqu'à l'âge de 4 ans. Dans ces consultations, non seulement le médecin ausculte l'enfant pour dépister

¹ « Différence culturelle » est ici employé au singulier pour signifier le caractère interactif et contextualisé de sa construction. Dans le discours ambiant, « les différences culturelles » sont considérées comme définies une fois pour toutes et inchangeables. C'est en opposition à cette conception fixiste des différences culturelles que j'emploie le terme au singulier.

quelque maladie infantile, mais il lui fait également passer un examen psychomoteur et explore, en discutant avec les parents, les conditions environnementales et psychosociales dans lesquels l'enfant se développe. Les échanges qui ont lieu pendant ces examens abordent des aspects sensibles de l'éducation (informelle) des enfants comme par exemple l'alimentation, l'hygiène, le sommeil ou la sociabilité. Cet examen, bien que rarement pratiqué en institution hospitalière, représente le développement le plus récent de la profession de pédiatre. En effet, les pédiatres ont progressivement, au cours du siècle qui vient de s'achever, étendu leur domaine d'expertise des maladies infantiles à celui des besoins psychosociaux et développementaux des enfants. Selon la sociologue des professions Pawluch (1983, 1996), cette évolution serait due aux victoires de la pédiatrie sur les maladies infantiles (rougeole, poliomyélite, ...) et à la nécessité pour ces professionnels de la santé de conserver leur statut, voire de l'améliorer. La société suisse de pédiatrie (SSP) présente aujourd'hui ses membres comme des spécialistes d'une médecine qui se veut aussi sociale et préventive. On peut ainsi lire dans une brochure à l'intention des parents éditée par la SSP :

Le pédiatre s'intéresse au maintien de la santé sous tous ses aspects. Ainsi, à côté du diagnostic et du traitement de maladies ou de handicaps, il consacre beaucoup de temps à la médecine préventive et sociale. Directement concerné par « l'environnement » (familial, social, ou climatique) de l'enfant, environnement propre à influencer la santé comme le développement, *il conseille les parents en matière d'éducation², d'alimentation, de sport etc. durant toute l'enfance et l'adolescence.*

Les examens de prévention sont donc des moments privilégiés pour les familles, qui peuvent ainsi exprimer leurs inquiétudes à propos du développement de leurs enfants et, peut-être, y trouver des ressources en matière de soin à l'enfant. C'est également un moment privilégié, en terme de recherche, pour mettre en évidence l'accueil qui est fait à des pratiques éducatives différentes (qui sortent du standard biomédical), par exemple en matière d'alimentation ou de sommeil, dans les institutions de la santé. Il y a en fait un double enjeu dans

² C'est moi qui souligne.

ces consultations. Le premier aspect est « éducatif ». Il se situe autour de la santé de l'enfant. C'est la tâche du médecin de vérifier que le développement de l'enfant se déroule dans les meilleures conditions possibles et, pour ce faire, il va user de divers discours « éducatifs » pour orienter les parents vers ce qu'il conçoit comme les meilleures conditions d'un développement. Le deuxième aspect dépasse le cadre pragmatique du premier. Il s'agit de l'accueil de la parole de l'Autre dans l'institution de la santé et plus largement de l'accueil qui est fait à la différence culturelle dans les institutions garantes de principes démocratiques tels que l'accès aux soins. Ce double enjeu à la fois social et éducatif peut-être résumé par la question suivante : *comment éviter un drame, la maladie ou la mort d'enfants, sans en provoquer un autre, c'est-à-dire le dénigrement systématique de pratiques et théories qui sont considérées comme justes et bonnes par les populations visées par ce discours éducatif (et normatif) ?*

Dans le cadre de cette recherche, j'ai considéré que l'expérience n'était pas la seule expression des significations et du ressenti attribués par le professionnel à la tâche qu'il a accomplie. Cette définition correspond à l'expérience vécue. Les activités mises en œuvre pour réaliser la tâche font partie intégrante de cette expérience, les conditions contextuelles de son accomplissement aussi. Pour paraphraser Clot (2001), je dirais que l'expérience vécue n'est pas toute l'expérience vivante et c'est bien *l'expérience vivante du rapport à la différence culturelle dans la pratique de l'examen de prévention* que j'ai cherché à saisir. Ce sont non seulement le positionnement de chacun des médecins par rapport à leur activité et aux contextes dans lesquels elle se déroule, mais aussi le contexte institutionnel, professionnel (la biomédecine) et social, les ethnothéories (ou représentations) et la pratique qui ont fait l'objet d'analyses.

Pour cet article, je me centrerai sur l'analyse de la communication dans les phases d'examen traitant de thèmes éducatifs. Dans ce cas, il s'agit de comprendre comment la différence culturelle est « traitée » lorsqu'elle émerge dans la communication. Est-elle prise en compte dans les « conseils » prodigués ou est-elle ignorée ? Quels sont les processus communicationnels à l'œuvre qui favorisent l'intégration

(ou alors l'exclusion) de cette dimension socioculturelle au discours biomédical « éducatif » ?

Cette recherche s'inscrit donc dans le mouvement, amorcé aussi bien en linguistique que dans les sciences sociales en général, en Suisse comme ailleurs, qui prend pour objet de réflexion les soins aux migrants avec comme objectif matériel l'amélioration de la qualité des soins, et comme objectif plus théorique la mise en évidence de dynamiques sociales et interactionnelles plus larges (voir par exemple Gajo & Mondada, 2001, ou encore Yanaprasart, 2002) autour de la problématique de l'exclusion – intégration.

2. MONDE VÉCU ET SYSTEME : LES VOIX QUI S'EXPRIMENT DANS LES CONSULTATIONS MEDICALES

Pour mettre en évidence les processus fins de communication qui accompagnent l'émergence de la différence culturelle dans le dialogue entre parents, interprètes et médecins, je me suis inspiré des travaux de C. Barry et de son équipe (Barry, Stevenson, Britten, Barber & Bradley, 2001), qui, dans une approche alliant linguistique, psychologie et anthropologie, analysent des consultations médicales se déroulant en Angleterre. Pour ce faire, ils reprennent les travaux d'un médecin professeur à Harvard et féru de linguistique, E. Mishler (1984).

Mishler (1984) emprunte le concept de « voix » aux sociolinguistes Silverman et Torode (1980). Selon la formule de Mishler, la voix est la réalisation par le langage d'un ordre normatif implicite (« the realization in speech of underlying normative orders », p. 103). En d'autres termes, la voix est une « structure de sens » transmise par le langage. Dans le cadre d'une consultation médicale, deux voix entrent (ou non) en dialogue. Ce sont les voix de la biomédecine (ou de la culture biomédicale) et du monde vécu. La voix du monde vécu est l'expression de l'expérience telle que la vivent les parents. Selon la définition de Schutz et Luckmann (1974), le monde vécu (« Lebenswelt ») est la « province of reality which the wide-awake and normal adult simply takes for granted in the attitude of common

sense. By this taken-for-grantedness, we designate everything which we experience as unquestionable » (pp. 3-4). Dans le cadre de ma recherche, il s'agit de ce qui est évident, naturel, allant de soi, pour l'éducation des enfants ; tout ce qui n'est pas remis en question puisque porteur de sens pour les parents.

Plutôt que de constater la domination d'une voix sur l'autre, Mishler (1984) met en évidence la dynamique des structures de sens de la biomédecine et du monde vécu entrelacées pendant l'entretien et qui s'affrontent dans une dialectique. S'appuyant sur la distinction entre interaction discursive et instrumentale de Habermas³ (1995), Mishler conclut que l'entretien médical est une situation de conflit entre deux façons de construire du sens. Par ailleurs, il souligne l'effort systématique de domination de la voix de la biomédecine sur la voix du monde vécu dans la dialectique de la consultation. Il appelle ce type de consultation la « unremarkable interview » (c'est par l'absence de construction d'un dialogue mutuel qu'elle est justement peu remarquable). Ce serait un exemple de ce que Habermas nomme

³ La théorie dialectique sur l'agir communicationnel de Habermas oppose deux types de rationalités, toutes deux présentes dans les sociétés modernes : la rationalité instrumentale et la rationalité discursive ou communicationnelle. Chacune de ces rationalités engendre un type d'action et de communication particulier. Les actions liées à la rationalité instrumentale sont orientées vers le succès. Il y a un intérêt, un objectif précis qui doit être atteint. La communication qui en découle est, selon Habermas, stratégique, déséquilibrée et tendant à la manipulation, c'est la communication « déformée ». La rationalité discursive génère quant à elle des actions communicationnelles orientées vers la compréhension. Ce ne sont pas des considérations techniques qui en définissent les objectifs comme pour la rationalité instrumentale et la communication « déformée », mais des considérations morales. La communication qui en résulte est nommée « équilibrée » par Habermas. Ces deux ensembles de rationalités, actions et communications font chacun partie d'un monde : le système pour l'une et le monde vécu pour l'autre. Cette théorie repose sur les analyses historiques et sociologiques que le philosophe allemand fait de la modernité. Il met en garde contre le processus de rationalisation ou encore de colonisation du monde vécu par le système, processus qui serait très présent en ce début de millénaire, dans le monde occidental hyper-technicisé et bureaucratisé.

« la colonisation du monde vécu » par le monde instrumental. Du point de vue du patient, il y aurait « objectification » ou encore extraction brutale d'éléments de sens de leur contexte de signification pour les transformer en objets manipulables dans la rationalité instrumentale. Tant que ce processus sera perpétué, l'humanisation des soins restera selon Mishler un vœu pieux.

L'analyse de Mishler (1984) n'exploite pas, selon Barry et al. (2001), un des points forts de la théorie habermassienne et tombe un peu vite dans le jugement. En effet, le « conflit » ainsi mis en évidence entre système biomédical et monde vécu n'implique pas un manque de conscience morale de la part des médecins comme le laisse entendre Mishler. Les médecins peuvent agir en toute bonne foi et satisfaire les attentes des patients tout en continuant à s'exprimer uniquement dans la voix de la biomédecine. Reprenant le cadre théorique développé par Mishler, Barry et al. analysent 35 consultations de généralistes en Angleterre. Ils distinguent, à partir de ces analyses, 4 schémas communicationnels, présentés au tableau 1.

Tableau 1 : Les schémas communicationnels de Barry et al. (2001)

Nom (Abréviation)	Description
Strictly Medicine (SM)	La seule voix employée aussi bien par le patient que le médecin est celle de la biomédecine
Lifeworld Blocked (LB)	Lorsque le patient s'exprime dans la voix du monde vécu, celle-ci est bloquée par le médecin, qui formule une série de questions standard. Il y a tout même une reconnaissance exprimée sous forme d'acquiescement (par exemple : « Hm, hm, mais... », « D'accord. Est-ce que... »)
Lifeworld Ignored (LI)	Le patient s'exprime dans la voix du monde vécu, mais dans ce cas il n'y a aucun acquiescement de la part du médecin, c'est un peu comme si patient et médecin étaient sur 2 longueurs d'ondes différentes
Mutual Lifeworld (ML)	Médecin et patient s'expriment dans la voix du monde vécu

Barry et al. (2001) précisent qu'un même médecin emploie les différents schémas, au cours d'une même consultation ou d'une consultation à l'autre. Les 4 schémas communicationnels s'y retrouvent de manière assez équilibrée. Cependant, patients et médecins sont plus satisfaits de la consultation si elle se déroule sur le mode SM ou ML, c'est-à-dire sans « conflits » de sens. Les schémas LB et LI conduisent à une plus grande déception ou frustration aussi bien pour le patient que pour le médecin.

Pour les chercheurs, les médecins choisissent un schéma de communication plutôt qu'un autre en fonction de leur perception du problème : si c'est un problème somatique, le dialogue se fera par la voix de la biomédecine, dans le schéma SM, et s'il s'agit d'un problème psychologique, alors c'est la voix du monde vécu qui s'exprimera dans un schéma ML. Les conflits apparaissent lorsque les patients souffrent de problèmes chroniques. Aux yeux des médecins, la maladie est uniquement somatique et par là-même ne nécessite pas d'ouverture sur le monde vécu. Par contre, pour les patients, leur problème dépasse le cadre strictement somatique, voire ne l'inclut plus depuis longtemps. C'est dans ces consultations que la voix du monde vécu est considérée comme une nuisance par le professionnel, qui emploie alors un schéma communicationnel de blocage (LB) ou d'ignorance (LI).

3. CORPUS ET MODUS OPERANDI

Je me suis appuyé sur un corpus de 36 « incidents critiques » extraits de 21 consultations filmées lors de mes différents séjours dans l'institution (d'une durée totale de 5 mois). Ces incidents ne sont critiques que dans le sens où ils correspondent à mon intérêt de recherche, à savoir comment les pédiatres travaillent avec la différence culturelle sur ces thèmes particuliers qui font partie du champ d'expertise de leur « nouvelle » identité professionnelle. Ces incidents ont donc été choisis en fonction des thèmes abordés, les thèmes éducatifs déjà cités, afin de mettre en évidence le discours « éducatif » de la pédiatrie telle qu'elle est pratiquée dans cette policlinique. Ce sont 8 médecins et 4 interprètes qui ont participé à la recherche. Les médecins – 7 femmes et 1 homme – sont diplômés et

se trouvent en spécialisation de pédiatrie (cette spécialisation nécessite en Suisse 5 années de formation et pratique postgrades). C'est pour la majorité d'entre eux la première année qu'ils pratiquent cet examen de prévention de façon aussi systématique et routinière. Les interprètes sont des personnes – trois femmes (deux albanophones et une tamiloophone) et un homme albanophone – issues des communautés kosovare et sri-lankaise. Les trois femmes ont reçu une formation à la « médiation interculturelle ». Ce n'est pas le cas de l'homme, qui est le remplaçant de l'une des femmes albanophones.

Pour l'analyse, j'ai codé chaque occurrence du dialogue français (les passages en albanais ou en tamoul n'ont pas été traduits) en essayant de répondre à la question suivante : *quelle est la voix qui s'exprime ? Celle du monde vécu ou celle du monde biomédical ?* En me basant sur le travail de synthèse sur la culture biomédicale de l'anthropologue Helman (1994), j'ai déterminé trois critères pour caractériser la voix de la biomédecine :

1. Un langage spécialisé (jargon) ;
2. Des demandes ou interventions orientées sur les faits bruts isolés ou les symptômes, si possible mesurés et quantifiés ;
3. Des demandes ou interventions qui excluent les faits familiaux, sociaux, culturels ou affectifs.

La voix du monde vécu est caractérisée en opposition à la voix de la biomédecine :

1. Un langage commun, populaire ;
2. Des demandes ou interventions qui incluent des faits contextualisés, situés historiquement, accompagnés de commentaires affectifs, en quelque sorte intégrés dans un ensemble de significations qui dépasse le cadre médical habituel.

Je rappelle ici qu'aussi bien les parents que les médecins et les interprètes peuvent user de chacune des deux voix.

Qu'en est-il alors de cette pratique de soin particulière, centrée sur des questions psychosociales et, de plus, accompagnée par un interprète dont l'un des rôles est de faire valoir la voix du monde vécu auprès du corps médical ?

4. LES PROCESSUS COMMUNICATIONNELS

Ce que je trouve est en partie semblable à ce que décrivent Barry et al. (2001) pour les généralistes britanniques, mais je mets en évidence des schémas communicationnels que l'équipe britannique ne mentionne pas. Un premier constat est que, malgré la présence d'un interprète et la particularité pédiatrique de ces consultations, ce sont les schémas privilégiant la voix de la biomédecine qui dominant. Bien que plusieurs de ces extraits de consultation montrent que la voix du monde vécu est écartée, ceci peut se dérouler avec plus ou moins de douceur et d'empathie de la part du médecin et avec plus ou moins de complicité de la part de l'interprète.

4.1 LES SCHEMAS « NON CONFLICTUELS »

Le schéma SM est largement dominant parmi les incidents critiques. Tous les médecins emploient le schéma de communication SM. Dans l'incident critique 8, présenté ci-dessous, l'interprète n'intervient jamais en dehors de son rôle « classique » d'interprète et l'échange se déroule sans diverger des critères biomédicaux en matière d'alimentation. C'est la diversité alimentaire lors de chaque repas qui est évaluée et non pas les conditions contextuelles de celui-ci. Les parents adoptent d'emblée « l'ordre » biomédical. Ce n'est sûrement pas la première fois qu'ils ont affaire à ce genre d'entretien, et ils semblent parfaitement à l'aise avec le format, donnant même plus de détails qu'ils n'en faut (par exemple l'heure du biberon matinal). Il semble également que l'alimentation ne soit pas une cause de souci, puisqu'il n'est jamais question de difficulté autour de ce thème.

	Dialogue (incident critique 08)	Voix	Schéma de com.
M: I-P1	Et puis sinon elle mange bien ?	Biomed	
I:	Elle mange bien, il n'y a pas de problèmes.	Biomed	
M: I-P1-P2	Qu'est-ce qu'elle mange ?	Biomed	
I:	Le matin elle mange une sorte de biscuit et de fromage.	Biomed	
P2-P1			
I:	Et puis elle donne aussi des céréales le matin.	Biomed	
M: P2-I-P1	Oui.	Biomed	
I: P1	Et puis elle boit du lait.	Biomed	SM
I: P1	Vers 9h30. Beba.	Biomed	
I:	Beba.	Biomed	
M:	Hm, hm. Beba... ?	Biomed	
P2:	Deux	Biomed	
M:	Beba 2?	Biomed	
P2-P1:	Oui (avec geste de la tête).	Biomed	
M: I-P1	Oui.	Biomed	
I:	Et elle mélange un peu de chocolat avec le Beba.	Biomed	
M:	Oui.	Biomed	

M = médecin ; I = interprète ; P1 et P2 = parents

Les interactions dans la langue des parents sont indiquées par la seule mention des interlocuteurs (par exemple I-P1 est une interaction entre la mère et l'interprète).

Ces conventions sont valables pour l'ensemble des extraits présentés ci-après.

Quand ils surviennent, les échanges dans le format ML sont plutôt brefs, et ils ne semblent pas modifier la pratique du médecin dans le sens où les discours normatifs restent les mêmes. Cependant, leurs analyses permettent de mettre en évidence quelques pratiques face à

la différence. Ils surviennent dans un peu moins de la moitié des incidents critiques.

D'abord, ce schéma de communication peut servir, de la part de l'interprète, à détourner la conversation vers des sujets plus consensuels. C'est le cas dans l'incident 7, où le schéma ML apparaît suite à une « diversion » de l'interprète. La discussion porte sur l'alimentation et est dans une impasse : la pédiatre répète le discours biomédical classique sans beaucoup de nuances. C'est alors que l'interprète prend l'initiative de questionner la mère sur les compétences en français de sa fille. Voici le passage en question :

	Dialogue (incident critique 07)	Voix	Schéma de com.
M:	Oui... mais bon... elle a eu une anémie. Elle a eu un traitement pendant plusieurs mois, maintenant ça va mieux, mais c'est clair qu'il faut quand même faire attention. Vraiment être attentif à lui donner des protéines, un petit peu de viande qu'il n'y ait pas de nouveau une anémie.	Biomed	
I-P			
M:	Parce que le lait c'est très bon pour les enfants, mais ce n'est pas suffisant. Pour l'anémie ce n'est pas suffisant. Il faut aussi des légumes, des fruits, ...	Biomed	
I-P			
I:	J'ai demandé si elle comprend un peu le français. Elle a dit que non.	Vécu	
M:	La petite ?	Vécu	
I:	Oui.	Vécu	
M:	La maman oui. Elle comprend beaucoup.	Vécu	ML
I			
P:	Un peu.	Vécu	
M:	Oui, oui.	Vécu	

La question (sensible) de l'alimentation ne sera pas reprise au cours de l'entretien. La diversion par le monde vécu a exercé son effet.

Outre le « détournement » de sujets de conversation, j'ai aussi observé ce schéma communicationnel (ML) dans une conversation entre pédiatre et interprète. Dans l'incident 18, c'est à propos des pratiques

d'allaitement nocturne des mères kosovares que les deux professionnelles interagissent. Ce moment est exceptionnel dans la mesure où c'est le seul du corpus pendant lequel un médecin entre en matière et adapte son intervention en fonction d'une différence culturelle.

	Dialogue (incident critique 18)	Voix	Schéma de com.
M:	Oui... et puis tu lui avais donné à elle la feuille ?	Biomed	
I:	Je me rappelle pas. Je vais lui demander.	Biomed	
M:	Si jamais tu lui donnes.	Biomed	
I-P			
I:	Elle avait la feuille, je lui ai donné. Mais elle dit qu'il ne mangeait rien... ce que c'était noté. Donc elle a commencé à voir quand le bébé est plus grand et maintenant il mange des fois la viande de poulet, la viande de bœuf un tout petit peu. Il ne mange pas de poisson. Et je lui ai dit que ce serait bien de lui donner au moins une fois par semaine du poisson.	Biomed	
M:	Oui... (inaudible) une alimentation variée pas uniquement axée sur le lait. Parce que le problème c'est l'anémie. Ils deviennent assez rapidement anémiques ces enfants. Déjà elle prend combien de ml par jour (inaudible) ?	Biomed	
I:	Par 24 heures.	Vécu	
M:	Oui ! par 24 h et pas par jour.	Vécu	ML
I-P			
I:	Donc 4 et 2...	Biomed	
M:	Ça fait combien ?	Biomed	
I:	1 litre et 200.	Biomed	
M:	C'est beaucoup hein...	Biomed	

En corrigeant la pédiatre, l'interprète fait référence à la pratique d'allaitement qui veut que l'enfant reste avec la mère toute la nuit pour se nourrir quand il le désire. Si l'interprète ne demandait que « par jour », une partie de ce que l'enfant ingère ne serait pas comptabilisé.

L'échange est vraiment bref, puisqu'il s'agit de deux phrases. Mais elles n'ont rien d'anodin. Elles montrent plusieurs choses. D'abord qu'il y a eu échange entre interprète et pédiatre avant la consultation sur ce thème, puisque la seule évocation des « 24 heures » résonne significativement pour le médecin. La dynamique interpersonnelle pré-existant à la consultation entre le médecin et l'interprète semble être importante pour que l'expression des différences culturelles n'aboutisse pas à un schéma communicationnel d'interruption. Ensuite, cet échange est d'autant plus exceptionnel que c'est l'interprète qui intervient dans ce registre et que l'intervention est acceptée sans opposition par le médecin, qui reconnaît de fait une expertise à l'interprète.

Il faut cependant noter que ce court épisode de « mutual lifeworld » s'inscrit dans un entretien pour lequel c'est le schéma SM qui domine. Bien que remarquable pour les deux raisons citées ci-dessus, l'extrait présenté, réintégré au dialogue qui précède, qui est SM, et à celui qui suit, qui est également SM, est un exemple de ce que je nomme « lifeworld rationalisation » (LRat). C'est un schéma que Barry et al. (2001) ne décrivent pas. Il s'agit d'interactions dans lesquelles le médecin entre dans le monde vécu du patient de sa propre initiative ou avec l'aide de l'interprète et s'exprime dans cette voix. Cependant, une fois l'information qu'il cherche obtenue, c'est la voix de la biomédecine qui s'exprime à nouveau, surtout en énonçant des normes. Dans la l'incident critique 18, ce sont les normes en matière d'alimentation pour cet âge qui sont répétées, sans essayer d'entrer dans le sens de cette pratique parentale. Dans l'exemple suivant (incident critique 4), la pédiatre insiste dans le registre du monde vécu pour obtenir une information précise sur la qualité du lait que donne la mère à son enfant. Une fois qu'elle connaît cette qualité, elle retourne assez brutalement au discours habituel et normé sur l'alimentation. La mère continue sur sa lancée en donnant le sens de son action (il faut préparer la petite au retour au Kosovo, qui risque d'être difficile), mais elle n'est pas entendue par la pédiatre, qui continue dans son discours normatif sur le lait, sans tenir compte des inquiétudes de la mère (schéma LB dans cette deuxième partie).

	Dialogue (incident critique 4)	Voix	Schéma de com.
M:	Oui. Mais c'est juste. D'accord, oui. Puis le lait, elle donne quoi comme lait.	Biomed	
I-P			
I:	C'est du lait de Migros.	Biomed	
M:	Mais du lait pour bébé ou du lait...	Biomed	
I-P			
I:	C'est pour... c'est du lait pour les enfants.	Biomed	
M:	Mais c'est du lait en poudre qu'elle prépare ?	Biomed	
I-P	(P dit "drink", qui est compréhensible dans son discours).		
I:	Non, non c'est du lait de Migros.	Biomed	
M:	Mais elle est sûre que ce n'est pas le lait... parce qu'elle dit "drink", c'est des berlingots ?	Véçu	
I:	Oui, c'est ce que je pense. Ce que je pense, elle lui donne du lait normal.	Biomed	
M:	C'est des berlingots qu'elle achète ?	Véçu	
I-P			
I:	Oui, oui.	Véçu	
M:	Puis pourquoi elle pense que c'est pour les enfants ? C'est écrit dessus ou ... ?	Véçu	ML
I-P			
I:	C'est parce qu'on lui a dit. On lui a dit que c'est le meilleur.	Véçu	
M:	Alors il est trop petit pour ça. Il faut lui dire.	Biomed	
I			
M:	Il faut que... parce que ça c'est du lait de vache.	Biomed	
I			
M:	Qui risque effectivement de faire des allergies. Il ne faut pas donner au plus...	Biomed	
I-P			
I:	C'est que peut-être ils ont pensé un jour ils vont nous renvoyer et puis là-bas il n'y a pas de... pour les enfants des trucs comme ça. C'est pour ça qu'on a commencé à mettre dans le lait de vache. Et comme ça la vache existe [là-bas]. Pas de problème.	Véçu	

M: Mais même, c'est mieux... même s'ils vont
 une fois donner du lait de vache, à partir de
 9 mois on peut commencer à donner. Donc, Biomed
 d'ici 3 mois il sera dans l'âge où il pourra
 l'avoir.

Ce schéma de communication met en évidence un problème fondamental : les aspects socioculturels ne sont intéressants pour le pédiatre que dans la mesure où ils servent son objectif de soins à prodiguer ou de normes à transmettre. C'est ce que Habermas (1995) dénonce. Dans ces quelques moments d'échange, c'est la rationalisation ou la colonisation du monde vécu par le système qui se donne à voir sans détours. Une question se pose alors de façon dramatique : s'il s'agit de donner plus de compétences en matière de relation ou une meilleure sensibilisation aux questions interculturelles aux professionnels de la santé, n'est-ce pas donner plus de moyens à cette colonisation ? Comment permettre une humanisation de la médecine sans pour autant réifier encore plus le monde vécu ? Ce n'est pas le lieu ici de discuter de cette problématique, mais c'est évidemment un sujet à reprendre.

4.2 LES SCHEMAS D'INTERRUPTION

Les deux schémas communicationnels d'interruption de la voix du monde vécu décrit par Barry et al. (2001) se différencient par le fait que le médecin acquiesce ou non à ce que dit le patient. Dans LB, il y a, de la part du médecin, un minimum de reconnaissance (bien que le mot soit fort) du monde vécu. Cependant, le registre biomédical reste dominant. Dans LI, le médecin ne montre rien et continue, comme s'il était dans une bulle fermée, à exprimer la voix de la biomédecine malgré les tentatives du patient pour se faire entendre. Je retrouve ces deux schémas dans les consultations observées. LB apparaît dans la moitié des incidents critiques. LI est moins massivement employé dans ces moments sensibles. Il n'intervient que dans un tiers des incidents critiques. L'incident 27 contient aussi bien un passage LB que des passages LI.

Dialogue (incident critique 27)		Voix	Schéma de com.
<i>NB : l'italique est utilisé pour rendre compte d'un changement de voix à l'intérieur même d'une intervention</i>			
I:	Il regarde beaucoup la télé, elle a dit. Il regarde les dessins animés et elle pense que ce retard de langage qu'il a c'est suite à ça.	Véçu	
M:	(En même temps que I) mais elle, elle a... Oui, donc elle, elle a remarqué qu'il parle moins que les autres enfants ?	Biomed	
I:	Oui effectivement, parce qu'on a pas mal échangé par rapport à ça (avant la consultation)... Elle a dit que les autres enfants ils ont commencé à parler plus vite et lui il parle mais vraiment du langage d'un petit enfant. Il coupe les mots, il y a certains mots qu'il n'arrive pas à dire complets, donc il coupe la moitié et... <i>Peut-être il mélange trop avec le français. Maintenant, l'autre jour, il m'a demandé de lui acheter une poupée et je ne comprenais pas, il a dit poupée en français et c'est après mon fils qui m'a aidé à comprendre.</i> Sinon il a un vocabulaire très pauvre, par rapport à son âge.	Biomed Véçu	
M:	Donc si j'ai bien compris, il n'y a pas seulement le fait qu'il parle peu, mais les mots qu'il utilise ne sont pas compréhensibles pour les parents.	Biomed	LB
I-P			
I:	C'est ça oui.	Biomed	
M:	Donc...		
P	(Interrompt M).		
I:	Pour comprendre, il comprend tout ce qu'on lui dit.	Biomed	
M:	D'accord, mais juste encore au niveau du langage, il n'arrive pas à faire de phrases pour l'instant, même avec 2 mots par exemple ?	Biomed	
I-P	(Pendant ce temps, le bip de M sonne et elle prend le téléphone. Un autre médecin ouvre la porte et jette un œil à l'intérieur du box, puis referme).		
M:	Je m'excuse...	Véçu	
I:	Oui, par rapport au langage, les phrases, elle dit euh... qu'il arrive à faire donc deux, trois mots comme ça...	Biomed	

M:	Mais qui sont liés l'un à l'autre ou bien c'est des mots comme ça, qu'il jette. Il dit bus, fleur, ... ou est-ce qu'il arrive à dire 2 mots... euh... par exemple... euh...	Biomed	
I-P			
I:	Donc il ne lie pas les mots, il dit "vient bus", par exemple.	Biomed	
M:	Donc il arrive quand même à dire des phrases à 2 mots, alors quand même ?	Biomed	
I:	Oui, il arrive même à 3 mots: "on y va chez" son cousin, qui s'appelle je sais plus quoi, mais il arrive même à 3 mots donc de faire les phrases, mais qui sont simples, sans...	Biomed	
M:	D'accord.	Biomed	
I:	Elle dit j'ai très peur qu'il va rester comme ça, pour toute sa vie. Qu'il progresse pas.	Vécu	
M:	Elle a l'impression aussi qu'il a des problèmes d'élocution ? C'est-à-dire qu'il y a certains sons qu'il n'arrive pas à faire ? C'est pour ça des fois elle ne comprend pas ce qu'il dit ? Elle a l'impression qu'il a de la peine à articuler quelque chose des fois ?	Biomed	LI
I-P		Biomed	
I:	Donc le "ze", le "se", le "re" il n'arrive pas à prononcer	Biomed	
M:	Hm hm.		
I:	J'ai demandé le "che", elle a dit que il arrive. <i>Ce sont des sons que... c'est plus difficile à prononcer en albanais.</i>	Biomed Vécu	
M:	Que des consonnes... il y avait quoi "r", "s", ...	Biomed	LI
I:	"Ze", "se",... <i>je sais pas si tu arrives à... (sourire)</i>	Biomed Vécu	
M:	Il ne bégaie pas...	Biomed	LI
I:	(Interrompant M) si il veut une tartine, faire une tartine. Il montre, il dit "fais-moi", non pas "fais-moi", non mais "tartine" avec ça. Donc il montre mais il ne dit pas le nom, par exemple confiture ou...	Biomed	
M:	Oui, mais il arrive dire "avec ça" quand même.	Biomed	
I:	"Ça" seulement, pas "avec ça", mais "ça" il montre avec son doigt.	Biomed	
M:	"Tartine ça".	Biomed	
I:	Voilà.	Biomed	

M:	D'accord. Et il ne bégaie pas ?	Biomed	
I-P			
I:	Il ne bégaie pas mais j'ai l'impression elle dit qu'il parle avec le nez, beaucoup.	Biomed	
M:	Et donc elle trouve...elle a l'impression qu'il comprend tout, il entend bien, elle ne doit pas répéter plusieurs fois les mêmes mots ou bien qu'il écoute la télé beaucoup plus fort que les autres ?	Biomed	
I-P			
I:	Donc non, parce que sinon elle dit des fois je fais attention et je le regarde comme ça en cachette quand il regarde la télé, il essaie de répéter les mots qu'il entend et bon elle a l'impression qu'il entend bien. Et tout à l'heure il a vu que vous étiez en retard et il a dit "médecin dodo" (rires). Pas de chance (rires).	Biomed Vécu	
M:	(Rire) bon ben c'est bien. Et puis... sinon elle a l'impression que au niveau du contact avec les autres enfants elle a l'impression que ça le limite ou bien, elle trouve qu'il joue bien avec les autres enfants ?	Vécu Biomed	
I-P			
I:	(En même temps que P) il joue normalement.	Biomed	
P			
I:	(En même temps que P) il joue au foot.	Vécu	
P			
I:	Non... il parle avec eux, il essaie de jouer vite.	Vécu	
M:	Il n'a pas fait d'infections ou d'angines à répétition, beaucoup d'otites, beaucoup de choses comme ça ?	Biomed	LI
I-P			
I:	Une fois il avait des problèmes... donc il a... il était pas bien il était malade et la nuit donc il a eu mal à l'oreille et le lendemain matin j'ai vu qu'il y avait le sang là (montre son oreille) qui sortait. J'étais tout de suite venu ici et puis ils ont dit que ce n'était rien de grave. Ils ont juste nettoyé.	Biomed	
P			
I:	Il avait 6 mois à l'époque.	Biomed	
M:	D'accord. Mais sinon, pas d'autres infections à répétition ? Ou de choses comme ça ?	Biomed	
I-P			
I:	Non.	Biomed	

Dans cet incident critique, on voit que LI est employé aussi bien lorsque la mère parle et que l'interprète reste dans son rôle (linguistique) de « traductrice », mais aussi en réponse à des interventions propres à l'interprète lorsqu'elle se positionne en tant que professionnelle, ici comme « experte » de la langue albanaise.

A ces deux schémas d'interruption de l'expression du monde vécu, je peux en ajouter un 3^e, que j'ai nommé « Lifeworld recognition » (LRec) et qui est un schéma plus doux que les deux autres. Dans ce schéma, l'expression d'une reconnaissance du monde vécu est plus importante ou plus détaillée qu'un simple acquiescement. Parfois, il m'a même semblé sentir une certaine empathie pour les difficultés soulevées, mais très rapidement, ce sont soit les normes éducatives de la biomédecine qui sont exprimées, soit des questions standard sur un thème éducatif qui ne permettent pas à la voix du monde vécu de s'exprimer plus avant. Lorsque ce sont des normes (ou ethno-théories) qui sont affirmées par le médecin, c'est à la manière d'une connaissance « qui fait autorité » selon la formule de Jordan (1997) (« authoritative knowledge »). Le caractère autoritaire de ces normes pourrait avoir le même effet que les questions standard, à savoir l'interruption de l'expression du monde vécu. Cependant, dans la suite de ces dialogues je remarque que le monde vécu réapparaît et est reconnu par le médecin. Il ne s'agit pas pour autant de différences culturelles, comme la reconnaissance de la pertinence d'une pratique alimentaire ou d'un rituel d'endormissement différents. C'est plutôt la difficulté d'être parent, et en particulier la difficulté (fatigue émotionnelle) de tenir les limites face aux enfants, qui est reconnue. L'incident 21 est parlant à ce propos. Dans le schéma LRec, la pédiatre reconnaît la difficulté de la maman pour faire manger l'enfant par son « oui, oui », mais tout de suite après elle fait le lien avec la norme, matérialisée ici par la courbe de poids. Plus loin, on peut observer un épisode LI pendant lequel c'est le discours classique de la biomédecine sur l'alimentation qui s'exprime. L'extrait se termine par un bref instant de « mutual lifeworld », dans lequel la difficulté de la mère est cette fois reconnue pleinement, avec une certaine empathie.

	Dialogue (incident critique 21)	Voix	Schéma de com.
M:	(Interrompant P) et puis l'alimentation, il mange de tout ?	Biomed	
I-P			
I:	Il mange très peu et je le force pour manger si peu.	Vécu	
M:	<i>Oui, oui</i> ça se voit sur [la courbe de poids] euh... (en même temps P s'adresse à I).	Vécu Biomed	LRec
I-P			
M:	Il est pas très... (en même temps que I et P dialoguent).	Biomed	
I-P			
I:	Il boit beaucoup de lait... assez de lait, 50...500 millilitres.	Biomed	
M:	Ah oui...	Biomed	
I:	J'ai dit peut-être c'est pour ça qu'il ne mange pas.	Biomed	
M:	Hmm, bon c'est vrai qu'il faut qu'elle insiste maintenant sur la nourriture, mais il ne me semble pas qu'il soit anémique cet enfant. Il a pas l'air, mais il ne prend pas beaucoup de poids. Disons que c'est pas un très très gros. Il mange quoi ? 3 fois par jour avec eux ?	Biomed	
I-P			
I:	Des fois il mange que du pain toute la journée, des fois il se met avec eux à table et il joue, il ne veut pas manger. Toute la journée...	Biomed Vécu	
P			
I:	Il aime bien les pommes de terre.	Vécu	
M:	Il faut qu'ils axent... qu'ils... qu'ils l'asseyent à table avec eux maintenant. A 3 ans il faut qu'il mange avec eux à table. Et que ce soit pas un jeu, le repas c'est important.	Biomed	LI
I			
M:	(Interrompant I) pas le forcer, mais gentiment lui faire comprendre que	Biomed	

maintenant c'est l'heure de manger et pas l'heure de jouer.

I-P

I: Elle dit, ces temps j'essaie que je vais lui acheter une moto et qu'il faut qu'il soit grand pour monter sur la moto. Et des fois ça marche et des fois rien à faire. J'essaie pendant une heure et au bout d'un moment je laisse.

Vécu

ML

M: Bon. Qu'elle continue à faire ces efforts... C'est pas facile hein, tu vois comme il est, il bouge partout. Il est...

Vécu

I-P

Les trois schémas communicationnels d'interruption du monde vécu peuvent être organisés sur un continuum allant de l'interruption la plus douce (LRec) à l'interruption la plus brutale (LI) en passant par un intermédiaire qui serait LB.

4.3 POSITIONNEMENTS DES INTERPRETES ET COMMUNICATION

Comme je l'ai montré plus haut avec l'incident critique 27, il arrive que les schémas de communication d'interruption soient employés à l'encontre des interventions des interprètes lorsqu'elles sortent de leur positionnement stricte d'interprète. Il arrive également que les interprètes elles-mêmes interviennent directement en utilisant un schéma de communication interrompant la voix du monde vécu. Cela arrive entre médecin et interprète, mais aussi dans les dialogues entre interprètes et parents. Il est possible de s'en rendre compte dans la mesure où elles mentionnent au médecin qu'elles ont déjà « corrigé le tir », c'est-à-dire qu'elles ont déjà (re)donné la norme biomédicale.

Il y a un autre ensemble d'incidents critiques dans lesquels les interprètes interviennent non pour interrompre la voix du monde vécu, mais pour donner plus de force à celle de la biomédecine. Dans l'incident critique 26, l'interprète intervient directement auprès de la mère à propos de l'hygiène dentaire, non sans montrer après coup un malaise par rapport à son audace par un petit rire retenu. Bien que la réponse comporte une part de monde vécu (l'enfant s'amuse), la

pédiatre en profite pour exprimer un peu plus la voix de la biomédecine (question sur le rythme de l'alimentation).

	Dialogue (incident critique 26)	Voix
I:	Elle dit oui, qu'elle a pas de problème. Tout va bien. Elle mange bien, elle dort bien, j'ai pas de question. Et tout d'un coup ça m'est venu l'idée de lui demander si elle brosse les dents (avec un petit rire gêné). Elle dit <i>oui elle s'amuse à faire</i> , une fois le matin, le soir...	Biomed Vécu
M:	(Interrompant I) et la nuit elle donne pas le biberon... ?	Biomed
I-P		
I:	(En même temps que P) non elle prend plus le biberon. Non, ce qu'elle a utilisé quand elle était tout bébé elle a arrêté avec tout ça.	Biomed
M:	(Toujours en même temps que P) non, non elle a des jolies dents. OK.	Biomed

5. LA PEDIATRIE : UNE BIOMEDECINE COMME LES AUTRES ?

Au vu de ces analyses, les consultations pédiatriques ne se différencient guère des consultations de généralistes anglais telles que les décrivent Barry et al. (2001). De plus, les incidents critiques choisis ne traitent que de thèmes éducatifs ou psychosociaux. Si l'on suit Barry et al., le schéma communicationnel dominant devrait être dans ce cas ML, c'est-à-dire des échanges dans le registre de la voix du monde vécu. Or, ce n'est pas le cas. Ce schéma est plutôt rare en comparaison des schémas à dominante biomédicale.

Par ailleurs, le rôle des interprètes est des plus ambigus : officiellement dans l'institution comme médiateurs, c'est-à-dire aussi bien comme porte-voix de la biomédecine pour les parents que du monde vécu pour les médecins, ils semblent se cantonner de façon préférentielle dans le rôle d'agent de santé. Jamais dans les échanges sur ces thèmes sensibles ils n'interviennent comme négociateurs (médiateurs) à la recherche d'un compromis qui ferait sens pour les deux parties. Ce constat va en fait dans le même sens que les résultats de quelques recherches récentes sur l'intervention d'interprètes dans les consultations médicales. Gajo, Molina, Graber et D'Onofrio (2001)

montrent que l'intervention d'interprètes formés, dans la représentation des professionnels de la santé, « concourt plutôt [...] à organiser un second réseau de communication » (p. 172) entre le patient et l'interprète, parallèle à celui qui relie l'interprète au professionnel. D'autres recherches, peu nombreuses, ont en commun d'observer l'interaction et de ne pas se contenter des dires des différents interlocuteurs sur ce qui se passe dans ces consultations à trois. Par exemple Traverso (2002), par une analyse linguistique de consultations d'un service de gynécologie-obstétrique français, met en évidence que la présence de l'interprète tend à exclure le patient de l'échange. Rivadeneyra, Elderkin-Thompson, Silver et Waitzkin (2000) montrent la même tendance dans des consultations de généralistes, aux Etats-Unis, avec des patients latino-américains qui « bénéficient » de l'aide d'un interprète. Les patients sont doublement défavorisés : ils font moins de commentaires et ces derniers sont moins pris en considération que ceux d'un patient parlant la même langue que le médecin. La présence de l'interprète est nécessaire pour surmonter l'obstacle de la langue, mais n'aide en rien à la mise en œuvre d'une médecine plus centrée sur le patient, au contraire. C'est ce qu'observe aussi Wadensjö (1998), qui estime qu'il n'y a là que la confirmation d'un rapport institutionnalisé dans lequel l'institution et son agent sont dominants et le restent. L'interprète serait donc plus enclin à favoriser le discours du dominant. C'est également ce que j'observe dans ces examens de prévention.

Ces consultations particulières, de par le caractère hautement symbolique des thèmes abordés⁴, de par le caractère systématiquement répétitif de l'énonciation des normes biomédicales, mais aussi par le langage spécialisé et les différents objets employés, pourraient être considérées comme un rite si l'on se réfère par exemple à la définition du rite que propose l'anthropologue Segalen (1998). L'hôpital est d'ailleurs considéré par Pouchelle (2003) comme un lieu de transition, d'entre-deux propice à toutes sortes de rites. Dans les recherches de Pouchelle, il s'agit d'un lieu, à la fois matériel et

⁴ L'alimentation, le sommeil, etc. sont les thèmes charnières entre le biologique et le culturel, thèmes par l'intermédiaire desquels les cultures « fabriquent » leurs enfants, processus que l'on nomme l'enculturation (Dasen, 2000).

symbolique, entre la vie et la mort. Sans atteindre ce niveau de tragédie, ces examens de prévention sont, pour moi, une forme d'action symbolique. Il s'agit de remettre de l'ordre là où il n'y en a plus (ou là où il n'y en a jamais eu), de réorganiser la réalité, de lui donner un sens. Il faut faire passer ces familles migrantes d'un état hors normes à un état acceptable socioculturellement. Le pédiatre officie alors comme un agent d'assimilation : ce sont certaines pratiques et ethnothéories, c'est-à-dire une symbolisation particulière propre à la biomédecine occidentale, associées à ces thèmes charnières qu'il va imposer, du moins dans le strict cadre de la consultation. En ce sens, ces examens de prévention font office de rite d'assimilation.

La pratique de la pédiatrie telle que je l'ai observée se situe dans un paradigme assimilationniste, qui peut être compris comme le volet sanitaire d'une politique de contrôle et d'uniformisation des populations « différentes » en Suisse. En effet, le sociologue Bolzman (2001) analysant les modèles d'intégration de différents pays en fonction des droits accordés (ou pas) aux « étrangers », montre que la Suisse propose une insertion assimilationniste non participative. En d'autres termes, il est offert aux migrants résidant en Suisse des droits sociaux (accès à l'éducation, à la santé et aux assurances sociales) ainsi que des droits économiques (accès à l'emploi), mais peu ou aucun droit politique (droit de vote, exercice de la souveraineté) ou droit culturel (conserver et transmettre certaines façons de penser, de sentir et d'agir, par exemple la langue). Les migrants sont surtout considérés « comme des citoyens socio-économiques : producteurs, consommateurs, cotisants et contribuables, mais non pas comme des citoyens actifs qui contribuent à la formation de la volonté commune » (p. 172). Et ils doivent par là même se mouler dans les pratiques culturelles locales.

Mais le rite est-il efficace ? C'est en effet un des critères selon Segalen (1998) pour qu'une séquence de comportements soit considérée comme un rite : il faut qu'elle fasse la preuve de son efficacité symbolique. D'autres résultats de ma recherche, que je n'ai pas l'espace de présenter en détail ici, laissent voir que la majorité des médecins questionnent fortement cette pratique. Ils doutent de la validité et pertinence des normes qu'ils ont à transmettre ; ils sont en état de rébellion par rapport aux conditions de formation et de travail

qui leur sont réservées et ils se sentent impuissants à faire évoluer les familles vers des pratiques parentales plus adéquates (selon le cadre de référence biomédical). Le rite n'est donc pas efficace de l'aveu même des maîtres de cérémonie que sont les pédiatres. Ils se sentent bloqués dans une pratique rituelle vide de sens, qui par là même en perd son caractère symbolique et son efficacité. Il y aurait donc bien un rite, originellement conçu pour les « autochtones » pour qui il garde (à vérifier tout de même ...) son sens de rite d'appartenance (« cet enfant est des nôtres, il mange, dort et se purifie comme les autres »), mais qui tourne au ritualisme, c'est-à-dire à une « exagération chimérique », selon la formule de Segalen, lorsqu'il est appliqué tel quel aux familles migrantes.

Par défaut, la pédiatrie préventive telle qu'elle est pratiquée dans cette institution reste une biomédecine comme beaucoup d'autres, souvent dénoncées pour absence d'humanité. Je dis « par défaut », parce que ce travail de recherche a permis de mettre en évidence que les médecins eux-mêmes souffrent de cette situation, en particulier du manque d'encadrement de leur pratique avec des familles migrantes. Comme le relève Molina (2002), travailler avec les migrants introduit un désordre dans la routine institutionnelle et dans les rituels de communication. C'est même une menace à l'identité professionnelle, selon les termes de Cohen-Emerique et Hohl (2002). Les médecins réagissent à ce désordre et cette menace dans les limites d'un cadre institutionnel qui ne leur permet pas (ou très peu) de faire preuve de souplesse ou de créativité. La formation des professionnels est essentielle pour que cet accueil tende vers une qualité interculturelle telle que la définit Rey (1996), c'est-à-dire une forme de partenariat entre famille, interprète et professionnel. Il ne s'agit pas de donner uniquement des savoirs sur les cultures des patients ou plus « d'outils » de communication interculturelle comme le proposent certains courants de recherche principalement anglo-saxons (pour une revue de la littérature à ce propos, voir Ogay, 2000), mais aussi d'amener les professionnels à une réflexion sur leur pratique et leur propre culture professionnelle (Leanza & Klein, 2000). Mais il y a aussi la nécessité d'un accompagnement institutionnel des changements engendrés par l'accueil de ces « nouvelles » populations. Sans une réflexion et certaines transformations à ce

niveau, les médecins continueront à reproduire une médecine ignorant les différences. Bien entendu, il y a urgence à continuer le travail de recherche en particulier dans les consultations mêmes, de poursuivre l'analyse de la communication aussi bien pour améliorer la compréhension de la pratique que celle des processus sociaux en jeu dans le cadre des institutions garantes de la démocratie.

BIBLIOGRAPHIE

Barry, C., Stevenson, F., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care ? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine*, 53, 487-505.

Bolzmann, C. (2001). Quels droits citoyens ? Une typologie des modèles d'intégration des migrants aux sociétés de résidence. In C. Perregaux, T. Ogay, Y. Leanza & P. Dasen (Ed.), *Intégrations et migrations. Regards pluridisciplinaires* (pp. 159-183). Paris: L'Harmattan.

Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. In J.-M. Baudouin & J. Friedrich (Ed.), *Théories de l'action et éducation* (pp. 255-277). Bruxelles: De Boeck Université.

Cohen-Emerique, M. & Hohl, J. (2002). Menace à l'identité personnelle chez les professionnels en situation interculturelle. In C. Sabatier, H. Malewska-Peyre & F. Tanon (Ed.), *Identités, acculturation et altérité* (pp. 199-228). Paris: L'Harmattan.

Dasen, P. (2000). Développement humain et éducation informelle. In P. Dasen & C. Perregaux (Ed.), *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 107-123). Bruxelles: De Boeck.

Gajo, L., Molina, M., Graber, M. & D'Onofrio, A. (2001). Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services ? *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 153-174.

Gajo, L. & Mondada, L. (Ed.). (2001). Communiquer en milieu hospitalier: de la relation de soin à l'expertise médicale [Numéro spécial]. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74.

Habermas, J. (1995). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris: Fayard.

Helman, C. (1994). *Culture, health and illness*. Londres: Butterworth & Heinemann.

Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. In R. E. Davis-Floyd & C. Sargent (Ed.), *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives* (pp. 55-79). Berkeley: University of California Press.

Leanza, Y. (2003). *Education, pédiatrie et cultures. Du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès de familles migrantes*. Thèse en sciences de l'éducation, Université de Genève.

Leanza, Y. & Klein, P. (2000). Professionnel de la santé et de la relation d'aide en situation interculturelle: quelle formation ? In P. Dasen & C. Perregaux (Ed.), *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation ?* (pp. 281-298). Bruxelles: De Boeck Université.

Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.

Molina, M. (2002). Communication interculturelle en psychiatrie: enjeux linguistiques. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, 36, 101-112.

Ogay, T. (2000). *De la compétence à la dynamique interculturelle*. Berne: Peter Lang.

Pawluch, D. (1983). Transitions in pediatrics: a segmental analysis. *Social Problems*, 30(4), 449-465.

Pawluch, D. (1996). *The new pediatrics: a profession in transition*. New York: Aldine de Gruyter.

Pouchelle, M.-C. (2003). *L'hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*. Paris: Seli Arslan.

- Rey, M. (1996). *D'une logique « mono » à une logique « inter »* (Cahier de la Section des sciences de l'éducation 79). Genève: Université de Genève.
- Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R. & Waitzkin, H. (2000). Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *American Journal of Medicine*, 108(6), 470-474.
- Schutz, A. & Luckmann, T. (1974). *Structures of the Life-World*. Londres: Heinemann educational books.
- Segalen, M. (1998). *Rites et rituels contemporains*. Paris: Nathan.
- Silverman, D. & Torode, B. (1980). *The material world*. Routledge and Keagan Paul.
- Traverso, V. (2002). Rencontre interculturelle à l'hôpital: la consultation médicale avec interprète. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, 36, 81-100.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Londres: Longman.
- Yanaprasart, P. (Ed.). (2002). Communiquer en milieu interculturel [Numéro spécial]. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, 36.