

Mémoire de master



Université d'Utrecht

Causes et conséquences des pauses et des hésitations dans la communication interculturelle : Une étude dans un service d'urgence d'un hôpital bruxellois

Premier superviseur: Dr A. Cox

Deuxième superviseur: Dr M. Steffens

Emma van Rijswijk (1919997)

Juin 2024

Table de matières

Résumé	4
1.1 Motivation pour le mémoire de master	5
1.2 Super-diversité	5
1.3 Contexte	6
1.4 Questions de recherche et pertinence	8
1.5 Structure du mémoire	8
2. Cadre théorique	9
2.1 Introduction	9
2.2 Microanalyse	9
2.3 Pauses	10
2.4 Hésitations	11
2.5 Les trois perspectives	11
2.5.1 Perspective : Stress et la parole	11
2.5.2 Perspective : Défis de communication interculturelle	12
2.5.3 Perspective : Barrières linguistiques	13
2.6 Théories utilisées et taxonomie des stratégies d'interaction	14
2.6.1 Cadre de la participation de Goffman (1981)	14
2.6.2 Théorie de la politesse de Brown et Levinson (1978)	15
2.6.3 Stratégies de communication dans une langue étrangère	17
2.6.4 Analyse critique du discours (ACD)	18
3. Méthodologie	19
3.1. Introduction	19
3.2 Données utilisées	19
3.3 Forme de recherche	19
3.4 Motivation pour la sélection des cas et des extraits	19
4. Cas 1 : Une femme marocaine enceinte atteinte de syphilis	21
4.1 Contexte	21
4.2 Analyse	22
4.2.1 Ouverture et présentation de la plainte	22
4.2.2 Examen physique	23
4.3 Analyse critique du discours (ACD)	27
4.4 Impression personnelle	28
4.5 Causes et effets des pauses	28
4.6 Causes et conséquences des hésitations combinée à stratégies de communication	30
4.7 Conclusion	32

5. Cas 2 : Femme marocaine malade et stagiaire médecin	35
5.1 Contexte de cette consultation médicale	35
5.2 Analyse	36
5.2.1 Présentation de la plainte	36
5.2.2 Examen physique.....	41
5.2.3 Fermeture.....	42
5.3 Analyse critique du discours	43
5.4 Impression personnelle	43
5.5 Causes et effets des pauses.....	44
5.6 Causes et effets des hésitations aux stratégies de communication utilisées.....	46
5.7 Conclusion	47
6. Conclusion	50
6.1 Introduction.....	50
6.2 Sous-question 1	50
6.3 Sous-question 2.....	53
6.4 La question de recherche.....	57
6.5 Recommandations pour la pratique.....	60
6.6 Limitations de l'étude et suggestions de recherches futures	61
Références	63
Annexes	69
Annexe 1 : Tannen (1984)	69
Annexe 2: transcription du cas 1 (une femme marocaine enceinte atteinte de syphilis)	70
Annexe 3 : aperçu des stratégies de communication par Dörnyei & Scott (1997)	74
Annexe 4 : transcription du cas 2 (femme marocaine malade et stagiaire médecin).....	78

Résumé

Les flux migratoires importants ont entraîné une diversité culturelle et linguistique considérable à Bruxelles. Cette diversité se manifeste également dans le triage du service des urgences d'un hôpital bruxellois et pose plusieurs défis. L'objectif de ce mémoire de maîtrise est d'analyser les pauses et les hésitations dans les consultations médicales interculturelles, à la fois en termes de causes et de conséquences, sous trois angles : (1) le stress, (2) les barrières linguistiques, et (3) les différences interculturelles, afin de contribuer à une prestation de soins plus efficace et plus inclusive dans les situations médicales urgentes. Ce mémoire comprend deux cas qui ont été analysés à l'aide d'une approche inductive, en appliquant diverses théories scientifiques telles que la théorie de la politesse (Brown & Levinson, 1978), le cadre de la participation (Goffman, 1981) et l'analyse critique du discours. Des transcriptions, des clips audio et des walk and talk interviews ont été utilisés à cette fin. Il a été constaté que le stress entraîne des disfluences qui aident au traitement cognitif des informations, à la formulation d'une réponse et au contrôle des émotions, ce qui permet aux participants de conserver une face positive. De plus, les barrières linguistiques causées par l'utilisation du français comme lingua franca entraînent des pauses pendant lesquelles l'information est traitée cognitivement et la formulation correcte est envisagée, tandis que les hésitations sont également utilisées pour surmonter ces obstacles à l'aide d'une variété de stratégies de communication (Dörnyei & Scott, 1997). Les différences culturelles peuvent conduire à des pauses et à des hésitations, en particulier lors de conversations sur des sujets sensibles. Pour favoriser la compréhension et maintenir le respect, des stratégies de convergence comme l'approximation peuvent être utilisées, ce qui permet d'employer des termes moins gênants. Des pauses de parole plus longues sont utilisées, considérées comme respectueuses dans certaines cultures, et des stratégies de convergence comme l'approximation sont employées pour éviter les mots potentiellement conflictuels. Il est par conséquent conseillé de former les médecins à gérer les facteurs susmentionnés de la manière la plus efficace possible. Il peut s'agir de cours de gestion du stress, d'une formation à la sensibilité culturelle et d'une formation visant à sensibiliser les médecins aux problèmes linguistiques et à leur conseiller de faire appel à des interprètes professionnels. Si cela n'est pas possible en raison de contraintes de temps ou pour des raisons financières, la stratégie de communication de l'approximation peut être utilisée.

Mots clés : service des urgences, diversité culturelle et linguistique, pauses, hésitations, stress, barrières linguistiques, culture, théorie de la politesse, cadre de participation, analyse critique du discours, stratégies de communication

1. Introduction

1.1 Motivation pour le mémoire de master

En 2023, ma grand-mère a été transportée d'urgence à l'hôpital. Une fois arrivée, elle n'a pas pu répondre elle-même aux questions du médecin. Par conséquent, le médecin s'est tourné vers mon grand-père et lui a posé toutes sortes de questions sur la santé et les antécédents médicaux de sa femme. Il est vite apparu qu'il ne pouvait guère ou pas du tout répondre à ces questions. À cause de l'énorme stress qu'il subissait à ce moment-là, il ne comprenait pas ou mal les questions du médecin. Heureusement, dans cette situation stressante, les membres de la famille ont pu intervenir et aider à répondre aux questions du médecin, soulageant ainsi mon grand-père et donnant à ma grand-mère plus de clarté sur son état.

Cette expérience personnelle m'a appris l'importance d'une communication efficace dans les situations d'urgence. Combinée à mes études en communication interculturelle à l'université d'Utrecht, elle m'a incitée à consacrer mon mémoire de maîtrise à la communication interculturelle dans les consultations médicales au service des urgences. Après tout, si la communication entre un membre de la famille et un médecin ayant le même bagage culturel et linguistique est déjà si difficile, les défis pour les médecins, les patients et leurs accompagnants dans un contexte interculturel pourraient être considérablement plus importants. L'étude de ces défis pourrait contribuer à une meilleure compréhension des obstacles à la communication et conduire à une prestation de soins plus efficace dans les services d'urgence.

1.2 Super-diversité

La société actuelle se caractérise par une super-diversité. Ce terme fait référence à la complexité et la diversité croissantes des flux migratoires et la multiplicité des cultures, des langues et des identités qui en résultent au sein d'une société donnée (Vertovec, 2007). Cet afflux continu de migrants internationaux contribue de manière significative à sa diversité culturelle et linguistique (Liu et al., 2019). Selon les données de World Bank (2023), le nombre mondial de migrants s'élève actuellement à 184 millions, dont 37 millions sont catégorisés comme réfugiés. L'afflux constant de migrants se reflète également dans la société belge. La Belgique accueille actuellement 1,4 million d'immigrés, ce qui correspond à 12,7 % de la population totale (Statista, 2024). À Bruxelles, ce pourcentage est encore plus élevé, avec 39,1 % (Bisa, 2024).

Bruxelles est par conséquent une métropole très diversifiée et cosmopolite. Dans la ville, les Belges néerlandophones et francophones cohabitent avec un nombre considérable de ressortissants étrangers. Il s'agit notamment d'élites européennes¹, d'autres travailleurs migrants européens et d'immigrés d'Afrique et d'Asie (Bousetta et al., 2018). Cette diversité considérable de langues et de cultures à Bruxelles a des implications pour divers aspects de la société dans la ville, y compris les soins de santé. Par exemple, le personnel hospitalier est de plus en plus souvent amené à communiquer avec des patients qui parlent une autre langue (Cox, 2017). De plus, une étude de Solé-Auró et Crimmins (2008) montre que les migrants, en particulier la cohorte plus âgée (50+), rencontrent généralement plus de problèmes de santé que leurs homologues européens. Dans les hôpitaux en général et dans les hôpitaux bruxellois en particulier, cela signifie que les médecins et les patients sont souvent issus de milieux culturels, ethniques et linguistiques différents, ce qui complique régulièrement la communication entre eux.

1.3 Contexte

Pour ce mémoire de master, le service des urgences d'un hôpital sert de cadre de recherche. Il s'agit d'un service où les médecins et les patients sont souvent confrontés à différents facteurs de stress. Par exemple, les médecins sont souvent confrontés à la nécessité de prendre des décisions qui peuvent avoir des répercussions importantes et travaillent de longues journées qui perturbent leur biorythme (Knopp et al., 1996). Les patients, en revanche, peuvent éprouver des sentiments de douleur et d'anxiété (Knopp et al., 1996). En outre, la communication dans ce service est souvent compliquée par les situations chaotiques et imprévisibles (Tuohy & Wallace, 2022) et par les interruptions fréquentes, le manque de temps et l'absence de relation médecin-patient (Degabriel et al., 2023).

Un autre défi du service des urgences est sa nature interculturelle, car il est souvent fréquenté par des patients issus de milieux culturels ou linguistiques différents (Knopp et al., 1996). Cela peut notamment créer des inégalités en matière de soins de santé. Ceci a été démontré, entre autres, par Lopez et al (2010), qui ont montré que la race joue un rôle important dans la qualité des soins fournis aux patients dans les services d'urgence aux États-Unis. Leur étude montre que les Afro-Américains et les Hispaniques souffrant de douleurs thoraciques ont moins de chances de recevoir les soins dont ils ont besoin que les patients blancs présentant les mêmes symptômes. Les chercheurs pensent que ces différences sont dues à des *préjugés*

¹ Il s'agit probablement du groupe de personnes hautement qualifiées qui vivent à Bruxelles et travaillent pour des institutions européennes comme l'Union européenne.

conscients ou, plus probablement, inconscients concernant la race et l'ethnicité, entre autres. De plus, l'interculturalité peut entraîner des barrières linguistiques entre les médecins et les patients, ce qui rend difficile une communication efficace (Al Shamsi et al., 2020). Ces barrières font qu'il est plus difficile pour les médecins d'obtenir des informations précises sur les antécédents médicaux, les symptômes et les plaintes du patient, ce qui complique l'établissement du bon diagnostic et l'application du bon traitement (Cox & Lazaro Gutiérrez, 2016). En outre, dans les cas urgents, il est essentiel que les prestataires de soins de santé puissent communiquer rapidement et efficacement. Cependant, les barrières linguistiques peuvent compliquer cette communication, ce qui fait que les patients passent plus de temps aux urgences (Cox & Lazaro Gutiérrez, 2016).

Pour surmonter ces barrières linguistiques, des interprètes professionnels peuvent être engagés (Ramirez et al., 2008). Cependant, la pratique montre que cela se produit rarement dans les services d'urgence, par manque (perçue) de temps ou de ressources financières (Benda et al., 2019). Au lieu de cela, les docteurs choisissent de communiquer avec un patient de langue étrangère dans une lingua franca² ou de travailler avec un interprète ad hoc (Benda et al., 2019). Les interprètes ad hoc sont, par exemple, des membres de la famille ou des connaissances des patients qui sont prêts à traduire pour eux (Jacobs et al., 2018), mais même s'ils font tout leur possible pour traduire de manière appropriée, il peut toujours y avoir toutes sortes de barrières linguistiques (Zendedel, 2010).

Outre les barrières linguistiques, les différences culturelles entre le médecin, d'une part, et le patient et ses accompagnants, d'autre part, peuvent constituer un défi dans les services d'urgence. Cela peut se manifester de plusieurs manières dans différents aspects des soins, par exemple dans la perception du développement de la maladie. Selon Kirmayer (2010), en Haïti, les gens pensent que la maladie peut être causée par les influences malveillantes d'autres personnes, comme la sorcellerie, alors que dans les sociétés occidentales, la maladie est généralement attribuée à des facteurs héréditaires ou génétiques. En outre, les différences culturelles quant à la prise de parole peuvent également jouer un rôle (Tannen, 1984). Ces obstacles et le stress peuvent entraîner des pauses et des hésitations dans les conversations (Cenoz, 2000).

² Une lingua franca fait référence à une langue commune utilisée pour la communication entre des personnes qui ne partagent pas leur langue maternelle (Seidhofer, 2005)

1.4 Questions de recherche et pertinence

Bien que des recherches aient été menées sur les pauses (Tannen, 1984) et les hésitations (Gilquin, 2008 ; Wiese, 1984) dans les conversations, très peu d'études ont été réalisées sur les pauses et les hésitations dans les conversations entre un médecin et un patient dans un service d'urgence hospitalier. La compréhension de ces aspects pourrait contribuer à une communication plus efficace dans les situations médicales urgentes, ce qui pourrait améliorer la qualité des soins et peut-être même sauver des vies (Angus et al., 2012). Ce mémoire de master examine les causes et conséquences des pauses et les hésitations dans la communication interculturelle entre les médecins et les patients d'origines linguistiques et culturelles différentes se produisant dans le service des urgences d'un hôpital bruxellois et la manière dont on y répond. La question de recherche est par conséquent la suivante :

Quelles sont les causes et les conséquences des pauses et des hésitations dans la communication interculturelle au service des urgences d'un hôpital bruxellois ?

Cette question est répondue à l'aide de deux sous-questions :

(1) *Quelles sont les causes et les conséquences des pauses dans la communication interculturelle au service des urgences d'un hôpital bruxellois ?*

(2) *Quelles sont les causes et les conséquences des hésitations dans la communication interculturelle au service des urgences d'un hôpital bruxellois ?*

1.5 Structure du mémoire

Le cadre théorique sera abordé au chapitre 2, dans lequel les concepts, les perspectives et les théories importants pour l'analyse des pauses et des hésitations dans les consultations interculturelles entre un médecin et un patient seront expliqués. La méthodologie utilisée sera ensuite décrite au chapitre 3, suivie des analyses des deux cas aux chapitres 4 et 5. Enfin, la conclusion résumera les causes et les conséquences des pauses et des hésitations dans les consultations médicales interculturelles.

2. Cadre théorique

2.1 Introduction

Pour cette étude, deux consultations médicales interculturelles ont été analysées. qui se sont déroulées au service des urgences d'un hôpital de Bruxelles. Pour cela, une *méthode de travail inductive* a été utilisée, qui signifie que l'on raisonne à partir des observations pour élaborer une théorie pouvant expliquer les observations (Treadwell & Davis, 2020).

Les transcriptions et les enregistrements audio de ces consultations ont été réalisés par le Dr Antoon Cox dans le cadre de sa thèse (Cox, 2017) et ont été analysés à plusieurs reprises. Après une première analyse de contenu des cas, la deuxième analyse s'est concentrée sur les pauses et les hésitations et les ont reliées à des concepts théoriques et à des terminologies issus de mes études de licence et de master, comme le cadre de la participation de Goffman (1981), la théorie de la politesse de Brown et Levinson (1978) et les stratégies de communication de Dörnyei en Scott (1997). Ensuite, j'ai eu des discussions approfondies sur mes résultats avec le Dr Antoon Cox, le superviseur de ce mémoire de maîtrise. C'est ainsi qu'est née l'idée de réaliser une méta-analyse des pauses et des hésitations, autrement dit de les étudier sous trois angles différents : (1) *le stress des interlocuteurs*, (2) *les différences interculturelles entre les interlocuteurs* et (3) *les barrières linguistiques* (tous les participants parlaient le français comme deuxième langue, à l'exception du médecin de la première étude de cas). J'ai ensuite consulté d'autres publications sur ces trois sujets, puis j'ai analysé les données sous chacun de ces trois angles. Ce qui précède a conduit au cadre théorique décrit ci-dessous.

2.2 Microanalyse

Deux méthodes principales sont utilisées dans la littérature pour analyser les conversations entre le médecin et le patient : *l'analyse des processus* et *la microanalyse* (Charon et al., 1994). Alors que l'analyse des processus se concentre sur les schémas généraux et la dynamique globale de ces conversations afin d'identifier les grandes tendances, la microanalyse se concentre sur des aspects spécifiques de ces interactions d'un point de vue ethnographique et interprétatif (Cox & Li, 2020)

Pour cette étude, l'approche micro analytique a été sélectionnée car il était nécessaire d'étudier en profondeur les causes et les conséquences des pauses et des hésitations dans les consultations médicales interculturelles.

L'aspect ethnographique signifie que le Dr Antoon Cox a lui-même assisté aux consultations médicales et qu'il a observé et enregistré les interactions entre les médecins, les patients et leurs accompagnateurs (Cox, 2015). Cela m'a permis non seulement d'analyser les conversations, mais aussi de comprendre le contexte et la dynamique des interactions.

L'aspect interprétatif de cette approche signifie que les données ont été interprétées de manière subjective par le chercheur (Dörnyei, 2020). Dans cette étude, cela signifie non seulement analyser les pauses et les hésitations des médecins, des patients et de leurs superviseurs, mais aussi essayer de comprendre ce qui les a causées, quelles ont été leurs conséquences et quelle couche de signification plus profonde pourrait se cacher derrière les expressions verbales et non verbales.

2.3 Pauses

Les pauses, également nommées *pauses silencieuses* ou *pauses non remplies* dans la littérature, sont *des interruptions de la production vocale, quelle que soit leur durée* (Watanabe & Rose, 2010). Bien que les pauses soient des moments de silence et soient souvent considérées comme inactives, elles ont une fonction dans une conversation (Sacks et al., 1974). Par exemple, une pause peut servir à *passer le tour à une autre personne* parce que le locuteur ne veut pas ajouter d'autres informations ou parce qu'il veut créer un espace pour qu'un autre locuteur exprime son opinion, fasse une réponse ou prenne le tour dans une dynamique conversationnelle plus participative et inclusive (Sacks et al., 1974 ; Goodwin, 1981). Goodwin (1981) identifie en outre trois autres fonctions : *le traitement cognitif*, qui renvoie à l'idée que les locuteurs passent par des processus mentaux pendant les pauses pour traiter les informations qu'ils ont reçues et formuler une réponse appropriée, *le mécanisme de contrôle*, qui signifie que la pause est utilisée pour maintenir le contrôle sur une conversation, et la dernière fonction, qui indique *l'acceptation/le rejet* de ce qui a été dit auparavant.

L'analyse inductive de cette étude a révélé que les pauses dans les consultations médicales interculturelles peuvent également avoir d'autres fonctions. Comme il n'existe pas de terminologie à ce sujet dans la littérature, les fonctions suivantes ont été identifiées et définies par la chercheuse : (1) *pause de recherche d'informations* : interruption délibérée de la progression d'une conversation pour obtenir des informations pertinentes, (2) *pause de transition de phase* : indication de la transition vers la phase suivante de la consultation médicale, (3) *pause de barrière linguistique* : l'interruption de la production de la parole en raison d'un obstacle lexical, phonologique ou syntaxique, (4) *pause interculturelle*: un

moment de discontinuité dans la production de la parole lorsque les interlocuteurs prennent conscience d'une différence culturelle, (5) *pauses procédurales* : l'interruption de la production de la parole pour effectuer des actions pratiques ou des procédures médicales au cours d'une consultation.

2.4 Hésitations

Outre les pauses, les hésitations peuvent également créer des complications dans la communication (Tannen, 1990). Bien que, selon des recherches précédentes, donner et recevoir des conseils dans des conversations entre médecin et patient se fasse généralement sans hésitation (Stivers, 2005 ; Stivers & Robinson, 2006), ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, dans un contexte où le médecin, le patient et l'accompagnant communiquent dans une langue étrangère et non dans leur langue maternelle, l'hésitation peut entraîner l'incapacité des interlocuteurs à s'exprimer correctement (Gilquin, 2008). Selon Wiese (1984), cette hésitation peut se manifester de plusieurs façons, notamment par des pauses remplies, des répétitions, des corrections et des retards. Une autre façon de montrer l'hésitation consiste à utiliser ce que l'on appelle des *smallwords* (Gilquin, 2008) ou l'utilisation d'*éléments de remplissage* (Dörnyei & Scott, 1997). Ces petits mots, comme *hein* et *alors*, donnent au locuteur le temps de trouver les bons mots.

Cependant, les hésitations ne sont pas seulement dues à la maîtrise de la deuxième langue, mais aussi à des sentiments d'incertitude. Les recherches menées par Jalil et al. (2017) montrent que les patients ayant un niveau d'éducation limité, en particulier, hésitent lorsqu'ils posent des questions aux médecins.

Il a été démontré que les hésitations dans les conversations entre le médecin et le patient réduisent considérablement l'efficacité de la communication. Une communication efficace est non seulement cruciale pour créer une expérience positive pour le patient (Morgan & Yoder, 2012), mais il est également prouvé qu'elle a un impact sur l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé (Angus et al., 2012).

2.5 Les trois perspectives

Les données ont été analysées selon trois perspectives différentes : (1) stress et la parole, (2) défis de communication interculturelle, et (3) barrières linguistiques.

2.5.1 Perspective : Stress et la parole

De nombreuses recherches ont été effectuées sur les effets des émotions comme l'irritation et la colère sur la parole (Frick, 1985 ; Scherer, 1986 et Banse & Scherer, 1996). Selon

Johnstone (2001), ces émotions sont souvent causées par le stress. L'un des principaux indicateurs de stress dans la parole est la hauteur de la voix. En général, les gens ont une voix plus aiguë lorsqu'ils sont stressés. Cette augmentation du ton s'accompagne souvent d'une accélération du rythme de la parole qui reflète l'état d'excitation accru (Frick, 1985 ; Scherer, 1982).

Le volume de la parole est un autre indicateur du stress (Scherer, 1982). Scherer (1982) suggère que lorsque les gens sont stressés, ils ont tendance à parler plus fort que d'habitude. Cette modification du volume de la parole peut être considérée comme une réponse physiologique au stress, le corps essayant de se mobiliser pour faire face à la situation stressante. L'augmentation du volume peut être associée à un sentiment d'urgence ou au besoin d'être entendu, qui accompagne souvent les situations stressantes.

De plus, les disfluences comme l'utilisation d'éléments de remplissage augmentent sous l'effet du stress (Woodberg et al, 2015). Cela peut être attribué au fait que si la charge cognitive augmente dans une situation de stress, le contrôle cognitif peut diminuer.

2.5.2 Perspective : Défis de communication interculturelle

Tannen (1984) identifie huit défis spécifiques pouvant résulter des différences culturelles entre les interlocuteurs (voir Annexe 1a pour un aperçu complet). Dans ces études de cas, trois de ces différences en particulier se sont révélées importantes (1) *quand parler*, (2) *que dire* et (3) *rythme et pause*. Par quand parler, on entend quand est-il approprié de parler. Dans la première étude de cas, par exemple, le médecin commence à parler dès que le patient entre, alors que son accompagnant répond seulement après quelques secondes. Cela peut refléter une différence de perception du moment approprié pour parler (énoncés 1 et 2).

Que dire signifie que dans une culture, certains sujets de conversation ou certains mots sont acceptés alors que dans une autre, ils peuvent être perçus comme inappropriés (Tannen, 1995). Par exemple, dans un premier temps, le mot *fesses* est remplacé par le mot *ici : non non, ici, un bouton, tu vois ?* (extrait 1, énoncé 14). Une raison possible est que l'accompagnant marocain de la patiente trouve inapproprié de nommer cette partie intime du corps.

Pour *le rythme et la pause*, c'est-à-dire la vitesse d'élocution et la durée des pauses entre les énoncés, la deuxième partie, la pause, s'est avérée particulièrement importante dans cette étude. Ainsi, il existe une différence dans la durée des pauses entre les énoncés du médecin et du mari de la patiente dans le premier cas. En effet, les pauses du médecin français sont

significativement plus courtes que celles du mari d'origine marocaine. Cela suggère que le médecin français peut avoir un style de communication plus conforme aux normes occidentales, tandis que le mari peut avoir un style de communication plus conforme aux modèles de communication arabes. En effet, les recherches menées par Almakrob et Ahdal (2020) ont montré que *les cultures occidentales utilisent généralement moins de temps entre les énoncés que les cultures arabes*.

2.5.3 Perspective : Barrières linguistiques

Les barrières linguistiques peuvent constituer un obstacle important à une communication efficace entre les prestataires de soins et les patients lors de consultations médicales interculturelles (Al Shamsi et al., 2020). Par exemple, il devient plus difficile pour les médecins d'obtenir des informations précises sur les antécédents médicaux, les symptômes et les plaintes du patient, ce qui complique le processus d'établissement d'un diagnostic précis et d'application du traitement approprié (Cox & Lázaro Gutiérrez, 2016). Les barrières linguistiques peuvent également retarder la communication, ce qui allonge les temps d'attente des patients dans les services d'urgence (Cox & Lázaro Gutiérrez, 2016).

Dans cette étude, les barrières linguistiques jouent également un rôle car les médecins parlent une langue maternelle différente de celle des patients et de leurs accompagnants (français et néerlandais vs. darije³). Par conséquent, le français a été utilisé comme lingua franca lors des consultations médicales⁴. Une lingua franca fait référence à une langue commune utilisée pour la communication entre des personnes qui ne partagent pas leur langue maternelle (Seidlhofer, 2005).

Cependant, la maîtrise du français des Bruxellois d'origine marocaine peut varier considérablement (Janssen, 2005). Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs, comme (1) le milieu d'origine du locuteur : vit-il à Bruxelles depuis longtemps ou non (Baban & Rygiel, 2017), (2) la situation familiale : le locuteur parle-t-il uniquement en arabe à la maison ou également en français (Bousetta, 2005), (3) le degré d'interaction sociale : dans quelle mesure le locuteur participe-t-il activement à la société à travers le travail, l'école et les interactions quotidiennes (Baban & Rygiel, 2017).

L'importance de la barrière linguistique lors des consultations médicales dépend également en partie de la difficulté des questions (Cox, 2017). Il est plus facile de répondre dans une

³ Cette langue est également connue sous le nom d'arabe marocain.

⁴ A l'exception du médecin du premier cas dont la langue maternelle est le français.

deuxième langue à des questions générales comme *vous avez beaucoup d'enfants*, qu'à des questions médicales comme *les anti-inflammatoires c'est pour l'hypertension, pour les douleurs ?* Lors des consultations interculturelles, cela peut conduire à un *swing communicatif* (Cox, 2017) ou, en d'autres termes, à une différence dans la fluidité de l'échange d'informations, l'échange se déroulant de manière fluide lorsque le médecin pose des questions générales, mais devenant plus laborieux lorsque des questions médicales sont abordées.

2.6 Théories utilisées et taxonomie des stratégies d'interaction

2.6.1 Cadre de la participation de Goffman (1981)

Le sociologue Goffman a introduit le cadre de la participation pour mieux comprendre le comportement des personnes dans les situations sociales. Il compare ainsi les interactions sociales à une pièce de théâtre, dans laquelle les personnes agissent dans le but de créer une impression spécifique. Dans son cadre de participation, il utilise différents concepts pour décrire la dynamique complexe des interactions sociales (Goffman, 1981).

Tout d'abord, Goffman identifie trois rôles différents que les participants peuvent adopter dans les interactions sociales. Le premier rôle, celui de *l'auteur*, est celui qui initie et formule le message (*Et c'est depuis hier soir qu'elle ne se sent pas bon?*, extrait 7, énoncé 2). Le deuxième rôle, le *principal*, désigne l'individu qui formule le message mais ne l'initie pas (*Écoutez, ma femme est enceinte*, extrait 1, énoncé 2). Enfin, il y a *l'animateur*, qui est responsable de la prononciation des mots, de l'exécution des actions ou du comportement (*Voilà, attendez, je vais mettre le lit propre ici ...*, extrait 4, énoncé 34).

De plus, Goffman distingue les interactions *centrées* et *non centrées* dans le cadre de la participation. Les interactions centrées font référence à des situations dans lesquelles les individus sont déterminés et structurés et travaillent à la réalisation d'un objectif central (*Voilà, je me présente, je m'appelle le docteur XXX. Dites-moi, qu'est-ce qu'il vous arrive ?*, extrait 1, énoncé 1). Dans les consultations médicales, l'attention des autres participants est focalisée sur le médecin car c'est lui qui prend les choses en main en posant des questions, en menant la conversation, en procédant à l'examen et en donnant des conseils, ce qui fait que ces interactions sont centrées. En revanche, les interactions non centrées ont lieu lorsque les individus n'ont pas d'objectif central spécifique (*Et hier elle n'arrivait pas à respirer et une crise d'angoisse*, extrait 7, énoncé 1). Dans les interactions non centrées, les situations sont plus courantes et moins structurées. Lorsque les médecins et les accompagnants des patients

discutent entre eux de l'état de santé du patient, l'accent est mis sur le médecin et l'accompagnant plutôt que sur le patient.

Troisièmement, une distinction est faite entre les participants *ratifiés* et *non ratifiés*. Alors que les participants ratifiés ont le droit de s'exprimer dans une conversation, les participants non ratifiés n'ont pas ce droit. Ainsi, lors d'une consultation médicale, le médecin a le droit de parler et de diriger la consultation en posant des questions, en donnant des informations et des conseils médicaux, et le patient a le droit de répondre. Cependant, lors de la consultation initiale, le mari répond généralement aux questions du médecin, ce qui donne l'impression que la patiente n'est pas autorisée à donner des réponses (*Écoutez, ma femme est enceinte COMe*, extrait 1, énoncé 2).

Finalement, Goffman fait une autre distinction entre *l'avant-scène* et *les coulisses*. Ces termes sont utilisés pour décrire différents aspects des interactions et des comportements sociaux. L'avant-scène fait référence à la conscience qu'ont les individus de leur rôle public, en essayant de créer une impression spécifique sur les autres et en tenant compte des normes et des attentes sociales. D'autre part, les coulisses désignent la partie de la vie sociale où les gens se retirent de leur rôle public. Ici, ils peuvent être eux-mêmes, se détendre et exprimer leurs véritables sentiments, sans avoir à se conformer aux normes et aux attentes sociale. Dans la première cas, lorsque le médecin se présente au début de la consultation et pose les questions sur l'état de santé de la patiente, il se trouve à l'avant-scène. C'est parce qu'il est préoccupé par la création d'une impression professionnelle et qu'il suit les normes sociales et le comportement attendus d'un professionnel de la santé. L'enfant de la patiente présent à la consultation est dans les coulisses car il ne cherche pas à répondre aux attentes sociales.

2.6.2 Théorie de la politesse de Brown et Levinson (1978)

La théorie de la politesse de Brown et Levinson (1978) est basée sur *le travail de figuration* du sociologue Goffman (1967). Goffman (1967) entend par le terme face la construction d'une réputation positive pour un individu à travers sa propre présentation, basée sur la façon dont les autres jugent ses actions dans certaines situations. Il s'agit de façonner une image de la personne basée sur des traits valorisés par la société.

Lorsque des situations menaçant l'image créée se présentent, les individus prennent des mesures pour les réduire ou les prévenir. Il peut s'agir de diverses actions, allant de l'utilisation de certains mots à la modification du comportement. L'effort continu pour

maintenir une impression positive sur les autres est appelé *le travail de figuration* par Goffman (1967).

Brown et Levinson (1978) ont utilisé le travail de figuration de Goffman, mais ont divisé la face en *face positive* et *face négative*. La face positive implique le désir d'être apprécié et aimé par les autres. Dans le second cas, si le médecin demande *Ça fait mal ?* (extrait 11, énoncé 327) demande à la patiente, celle-ci peut avoir l'impression que son bien-être est important pour le médecin, ce qui lui permet de l'apprécier davantage. Dans les interactions, on peut également faire appel à la face positive des autres en leur faisant des compliments ou en étant d'accord avec eux. Si le même médecin dit *ok* (extrait 8, énoncé 42), l'accompagnante peut se sentir bien car elle a fourni les bonnes informations nécessaires.

La face négative, en revanche, implique un désir de défendre les droits et la liberté personnelle. Un exemple de face négative du locuteur lui-même est lorsque le médecin du premier cas demande à examiner le bouton en disant *montrez-moi* (extrait 2, énoncé 25). Cependant, cette demande n'est pas honorée par la patiente et son mari, de sorte que le médecin peut percevoir cela comme un rejet de son autorité ou de son expertise en tant que médecin. Cela peut déclencher des sentiments de frustration chez le médecin. Cependant, cette même demande peut également avoir un effet négatif sur la patiente. Montrer le bouton peut en effet porter atteinte à l'espace personnel et à l'intégrité corporelle de la patiente. Le refus peut donc être considéré comme un moyen de préserver l'autonomie et le sentiment de contrôle de son propre corps, ce qui maintient la face négative de la patiente.

La théorie de la politesse introduit également le concept de *FTAs (Face Threatening Acts)*. Un FTA se manifeste lorsque la communication peut menacer soit la face du locuteur, soit la face de l'auditeur. Il existe trois types d'actes menaçants : verbaux (mots ou langage), paraverbaux (ton ou inflexion) ou non verbaux (expressions faciales ou langage corporel). Ce dernier point ne fait pas partie de cette étude car aucune vidéo n'a été utilisée pour l'analyse.

Les pauses font partie des FTA paraverbales et peuvent jouer un rôle dans la communication, en particulier dans un contexte interculturel où les styles de communication et les stratégies de maintien de la face peuvent être différents. Les pauses peuvent avoir différentes fonctions dans ces situations, comme l'acquisition d'un temps de réflexion supplémentaire lorsque l'auditeur est critiqué (Goffman, 1967). Par exemple, lorsque le destinataire fait une courte pause après avoir entendu une critique, il peut éviter de réagir de manière trop émotionnelle, ce qui lui permet de garder la face. En outre, une pause avant une demande peut être un

moyen d'envisager des stratégies pour réduire l'impact de la demande (Gofman, 1967). Une troisième raison est qu'elles peuvent être utilisées pour adoucir les mauvaises nouvelles. En effet, une pause peut montrer de l'empathie et atténuer l'impact d'une mauvaise nouvelle (Ekman, 2003). Il est important de comprendre que si les pauses sont considérées comme respectueuses et réfléchies dans les cultures occidentales, elles peuvent être perçues comme inconfortables ou inappropriées dans d'autres cultures (Tannen, 1984).

2.6.3 Stratégies de communication dans une langue étrangère

En cas d'obstacles à la communication interculturelle, des *stratégies de communication* peuvent être utilisées (Dörnyei & Scott, 1997). Le terme de stratégies de communication a été introduit par Selinker en 1972 pour décrire les méthodes et les techniques qui permettent aux locuteurs d'une deuxième langue de communiquer efficacement avec des locuteurs natifs, malgré les obstacles linguistiques qu'ils peuvent rencontrer.

A l'origine, les stratégies de communication étaient considérées comme *des dispositifs de secours verbaux ou non verbaux utilisés pour compenser les lacunes du locuteur dans sa compétence en L2* (Dörnyei & Scott, 1997). Aujourd'hui, le terme est également utilisé par les chercheurs pour désigner d'autres types de problèmes de communication : (1) *les problèmes de performance propre*, (2) *les problèmes de performance des autres* et (3) *la pression du temps de traitement*. Dans la première catégorie, le locuteur se rend compte que ce qu'il a dit est totalement ou partiellement incorrect. Il tente alors de rectifier son erreur en *s'autoréparant* par exemple (*la tête elle tourne, elle a la tête qui tourne*, extrait 5, énoncé 40) (Dörnyei & Scott, 1997). Le deuxième type de problème de communication mentionné, *les problèmes de performance des autres*, fait référence au fait que l'interlocuteur remarque que la communication du locuteur est totalement ou partiellement incorrecte. En conséquence, l'interlocuteur veut réparer cette erreur. La réparation de l'autre est un exemple de ce type de problème. Par exemple, le locuteur montre son pouce et dit : *j'ai mal au petit doigt*. L'interlocuteur le corrige alors en disant : *je pense que vous voulez dire le pouce*⁵. Le dernier problème de communication mentionné est *la pression du temps de traitement*. Cela signifie que le locuteur L2 a régulièrement besoin de plus de temps que le locuteur natif pour traiter le discours dans la deuxième langue et réfléchir à ce qu'il veut dire. Les exemples incluent *l'utilisation d'éléments de remplissage* (par exemple, *hein*, extrait 6, énoncé 82) et *d'auto-répétitions* (par exemple, *elle a elle a elle a comment on dit*, extrait 7, énoncé 3).

⁵ La réparation de l'autre n'apparaît pas dans ces deux cas.

Dörnyei & Scott (1997) ont établi un aperçu des stratégies de communication qui peuvent être utilisées dans les conversations entre personnes ayant des antécédents linguistiques différents, qui ont été adaptées par Cox (2017) (voir l'Annexe 2).

2.6.4 Analyse critique du discours (ACD)

Dans la société, la langue est un facteur important dans la distribution du pouvoir et du statut, comme l'a souligné Bourdieu (1982). En effet, la langue peut agir comme un moyen d'exclusion et contribuer à l'inégalité dans les relations de pouvoir. En d'autres termes, la façon dont on parle et l'attribution de prestige à certaines variétés de langue peuvent déterminer l'attribution du pouvoir et du statut.

Conformément à la perspective de Bourdieu, l'analyse critique du discours (ACD) peut être utilisée. Il s'agit d'une méthode de recherche qui analyse l'utilisation du langage pour étudier les relations de pouvoir et l'inégalité dans le langage (Blommaert & Bulcaen, 2000). Cette méthode peut être appliquée non seulement pour comprendre les grands schémas sociaux (Jan, 2022), mais aussi pour examiner l'utilisation du langage dans les consultations médicales (Cox & Li, 2020). Dans ces consultations, des aspects tels que l'adaptation de l'utilisation de la langue par les médecins et les patients, la manifestation des relations de pouvoir et d'autorité (Wodak, 2002), l'identification des barrières linguistiques et la diversité culturelle dans le domaine linguistique peuvent être étudiés (Cox & Li, 2020).

Il arrive que le médecin et le patient ne partagent pas la même langue maternelle, ce qui peut nécessiter de faire appel à un interprète (Kletečka-Pulker et al., 2018). Il peut s'agir d'un interprète professionnel ou d'un membre de la famille du patient (Rimmer, 2020). Le rôle de cet intermédiaire est d'accompagner le patient et de servir de médiateur entre le médecin et le patient.

3. Méthodologie

3.1. Introduction

Dans ce chapitre, après avoir décrit les données utilisées dans la section 3.2, le format de la recherche est expliqué dans la section 3.3. Le chapitre se termine par une motivation pour la sélection des cas et des extraits.

3.2 Données utilisées

Les données de cette étude ont été collectées par Cox (2017) dans le service des urgences d'un hôpital bruxellois où il a observé 129 consultations médicales multilingues sur une période de six mois. Dans 22 de ces consultations, non seulement le médecin et le patient étaient présents, mais aussi un ou plusieurs accompagnants. Les deux consultations médicales analysées dans le cadre de cette étude font partie de cette collection. Outre les clips audio et les transcriptions réalisées, les transcriptions des entretiens *walk-and-talk* au cours desquels les médecins respectifs ont brièvement réfléchi à la communication lors des consultations ont été utilisées pour l'analyse (Cox, 2017).

3.3 Forme de recherche

Des études de cas ont été réalisées dans le cadre de cette recherche, car cette forme de recherche permet une investigation empirique d'un phénomène dans son contexte réel (Yin, 2009). Selon Yin (2014), une étude de cas peut être descriptive, explicative ou exploratoire. Dans cette étude, les études de cas sont à la fois explicatives et descriptives. Explicatives car les facteurs de causalité de l'utilisation des hésitations et des pauses ont été étudiés et descriptives car les conséquences de ces pauses et hésitations ont été décrites. Il a été choisi de mener plus d'une étude de cas parce que les études de cas multiples sont plus susceptibles d'éliminer les erreurs et les préjugés dans la collecte des données et de produire un résultat final plus acceptable (Yin, 2014), mais pas plus de deux parce que cela pourrait se faire au détriment de la microanalyse. Pour cette étude, deux consultations médicales interculturelles ont été analysées. Pour ce faire, une méthode inductive a été utilisée, ce qui signifie que des observations ont d'abord été faites afin de développer une théorie à partir de là pour expliquer ces observations (Treadwell & Davis, 2020).

3.4 Motivation pour la sélection des cas et des extraits

Les cas sélectionnés illustrent la complexité des consultations médicales interculturelles, entre autres parce que les patients des deux cas, les accompagnants et le médecin du second cas utilisent le français comme deuxième langue.

L'utilisation d'une deuxième langue impliquait plusieurs barrières linguistiques et culturelles, ce qui se manifestait par des pauses et des hésitations au cours des conversations. Ces hésitations étaient souvent accompagnées de stratégies de communication (Dörnyei & Scott, 1997). De plus, des accompagnants étaient souvent présents dans les consultations médicales sélectionnées. Cela a entraîné des difficultés de communication supplémentaires, comme l'utilisation d'un jargon médical complexe.

Les extraits ont été sélectionnés parce qu'ils représentaient différents moments de la consultation (Heritage & Maynard, 2006) et parce qu'ils étaient représentatifs en termes de barrières linguistiques et culturelles. En outre, ils ont fourni des informations contextuelles intéressantes, telles que la position de pouvoir des participants (Goffman, 1981), les FTAs (Brown & Levinson, 1978), les causes et les conséquences des pauses et des hésitations en combinaison avec les stratégies de communication (Dörnyei & Scott, 1997).

4. Cas 1 : Une femme marocaine enceinte atteinte de syphilis

Ce chapitre analyse le premier cas dans lequel une femme enceinte d'origine marocaine et son mari consultent un médecin au service des urgences. Pendant la consultation, le médecin soupçonne que la patiente a contracté la syphilis de son mari. La section 4.1 décrit le contexte de cette consultation médicale, suivie en 4.2 d'une analyse à partir d'un certain nombre d'extraits axés sur l'utilisation des pauses et des hésitations. Ensuite, dans les sections 4.3 et 4.4, les principales causes et conséquences de ces pauses et hésitations sont résumées et les hésitations sont mises en relation avec les stratégies de communication utilisées pour surmonter les obstacles à la communication. Enfin, quelques conclusions seront tirées au point 4.5.

4.1 Contexte

Au service des urgences en Belgique, les patients ont accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des soins pour des symptômes urgents ou mettant leur vie en danger. Un triage est effectué à l'entrée, classant systématiquement les patients en fonction de la gravité de leurs symptômes. Le prestataire de soins de santé attribue ensuite un score de priorité, allant de l'urgence vitale à la non-urgence (UZ Gent, s.d). Cette consultation médicale s'inscrit dans le cadre du triage.

Dans cette consultation, cinq participants sont présents : un interniste francophone, une patiente marocaine enceinte, son mari, l'enfant du couple et un chercheur (A. Cox).

L'interniste mène la conversation en français, tandis que la patiente parle principalement l'arabe marocain et parfois le français, une langue qu'elle maîtrise peu. Par conséquent, son mari sert d'interprète, bien que le français soit également sa langue seconde (voir Tableau 1). L'enfant et l'observateur sont présents mais ne participent pas activement à la conversation. Cette réunion marque la première rencontre entre le médecin et la famille. Il est important de souligner que le rôle du mari n'est pas neutre.

Tableau 1. Langues utilisées par les participants parlants dans le cas 1

Participant	Langue(s) parlée(s)
Interniste (DOC)	Le français comme L1
Patiente (PAT)	Le darije comme L1, français comme L2 (très faible)
Mari de la patiente (COM)	Le darije comme L1, français comme L2

4.2 Analyse

Des extraits d'une transcription de la consultation médecin-patient susmentionnée ont été utilisés pour cette analyse (voir l'Annexe 1 pour le texte complet). Comme déjà expliqué dans le cadre théorique, la structure d'une consultation médicale consiste généralement en six étapes consécutives (Heritage & Maynard, 2006). Les extraits choisis proviennent des étapes 1 (ouverture), 2 (présentation de la plainte) et 3 (examen physique).

4.2.1 Ouverture et présentation de la plainte

Les deux premières étapes de la consultation sont présentées ci-dessous.

Extrait 1 : ouverture et présentation de la plainte

- | | | | |
|-----|-----------|-----|--|
| 1. | 00 : 09.5 | DOC | voilà, je me présente, je m'appelle le docteur XXX ⁶ .
dites-moi, qu'est-ce qu'il vous arrive ? |
| 2. | 00 : 13.4 | COM | écoutez, ma femme est ence COMe |
| 3. | 00 : 15.4 | DOC | ence COMe de combien de .. ? |
| 4. | 00 : 15.5 | COM | ence COMe de quatre mois et dix jours |
| 5. | 00 : 16.8 | DOC | quatre mois. Elle est suivie ici à Sa COM-Pierre ? |
| 6. | 00 : 18.8 | COM | ouai |
| 7. | 00 : 18.3 | DOC | par qui ? |
| 8. | 00 : 26.2 | COM | parce qu'on l'a suivie par ailleurs et ma COM enant il va
me donner pour ici à Sa COM-Pierre. Parce qu'elle avait l'année
passée, elle est venue ici |
| 9. | 00 :26.3 | DOC | ici ? |
| 10. | 00 :29.4 | COM | ici et alors elle est sortie pour tout ici |
| 11. | 00 :29.7 | DOC | et qu'est-ce qu'il lui arrive ? |
| 12. | 00 :31.8 | COM | ma COM enant elle a là |
| 13. | 00: 31.5 | DOC | mal au dos? |
| 14. | 00: 32.4 | COM | non non, ici, un bouton, tu vois? |
| 15. | 00: 33.6 | DOC | un bouton? |
| 16. | 00: 35.0 | COM | ouai ouai |

Le médecin débute la conversation en se présentant, indiquant qu'il mène la conversation et qu'il souhaite s'investir dans la construction d'une relation professionnelle et empathique avec la patiente et son accompagnant. Il joue le rôle d'*auteur* (Goffman, 1981) en posant une question ouverte et en demandant la raison de la visite aux urgences (énoncé 1). Il semble que le mari ait besoin d'une courte pause pour organiser ses pensées avant de formuler une

⁶ Le nom du médecin est omis pour des raisons de confidentialité

réponse (*écoutez, ma femme est enceinte*, énoncé 2). Comme il formule ce message mais ne l'initie pas, il joue ici le rôle de *principal* (Goffman, 1981).

Ensuite, le médecin demande la durée de la grossesse en ne terminant pas sa phrase mais en laissant un silence (*enceinte de combien de .. ?*, énoncé 3). Le mari fournit alors les informations nécessaires (*enceinte de quatre mois et dix jours*, énoncé 4). Quand le médecin évoque les antécédents médicaux de la patiente et demande au mari par qui la patiente a été traitée, ce dernier, après une pause, donne une réponse divergente (*parce qu'on l'a suivie par ailleurs et ma INT enant il va me donner pour ici à Sa INT-Pierre. Parce qu'elle avait l'année passée, elle est venue ici*, énoncé 8), ce qui pourrait indiquer une barrière linguistique. Alors que le mari parle des antécédents médicaux de la patiente (*ma enant elle est là*, énoncé 12), le médecin l'interrompt pour se concentrer sur le site de la douleur (*mal au dos ?*, énoncé 13). A ce moment-là, le volume de la voix du médecin augmente, ce qui peut indiquer un stress (Scherer, 1982). Une cause possible de stress chez le médecin est qu'il est pressé par le temps parce que d'autres patients attendent ses soins. À ce stade de l'examen, il faut noter que la patiente elle-même n'a pas encore parlé, ni émis de bruits de fond. Cela peut être dû à une barrière linguistique ou à des présupposés socioculturels sur la hiérarchie médecin-patient (Roberts & Sarangi, 2005). Ce dernier point signifie que dans certaines cultures, les patients sont supposés être passifs et s'en remettre entièrement à l'expertise du médecin. Cela peut conduire à une situation où le patient ne se sent pas à l'aise pour poser des questions ou fournir des informations, en particulier si le médecin domine la conversation.

4.2.2 Examen physique

L'extrait 2 provient de la troisième partie de la consultation médicale, l'examen physique.

Extrait 2: Examen physique (location et duration)

18.	00 : 39.6	COM	c'est entre les fesses. Comme l'année passée, elle avait..
19.	00 : 41.1	DOC	elle avait la même chose
20.	00 : 42.6	COM	ouai
21.	00 : 42.7	DOC	et ça revient?
22.	00 : 44.0	COM	ça revient ..
23.	00 : 45.0	DOC	alala
24.	00 : 45.1	COM	ouai ...
25.	00 : 48.6	DOC	montrez-moi. je vais vous débarrasser. elle fait de la température ?

Au début de cet extrait, on ne sait pas encore exactement ce qui se passe avec la patiente. Puisque le problème médical ne peut pas encore être formulé par le mari, le médecin utilise un élément lexical générique vide de sens, à savoir la *même chose*. L'ambiguïté de cet extrait peut entraîner des problèmes de communication. Par exemple, c'est entre les fesses peut indiquer une condition médicale inoffensive ou une condition plus grave. Cette imprécision fait qu'il est difficile pour le médecin de comprendre exactement quel est le problème spécifique de la patiente, ce qui rend difficile une évaluation médicale précise de la situation. De plus, en utilisant les mots *elle avait la même chose* (énoncé 19), le mari fait référence à un problème médical antérieur de sa femme, ce qui permet au médecin de comprendre qu'il s'agit de quelque chose de similaire. Cependant, la nature exacte du problème n'est pas clairement exprimée, ce qui laisse place à l'interprétation et à l'ambiguïté. Cela peut conduire à une mauvaise communication et compliquer une évaluation médicale précise de la situation.

Au moment de la consultation médicale où le médecin est informé que la patiente a un bouton récurrent entre les fesses, il s'arrête pour traiter cette information. Il semble que ce soit le moment clé où il réalise ce qui pourrait se passer avec la patiente. Au cours de la conversation avec l'enquêteur après la consultation, le médecin indique qu'il soupçonne fortement la femme d'être atteinte de syphilis et que son mari pourrait l'avoir infectée par cette MST.

Dans l'énoncé 23, il y a *backchanneling* lorsque le médecin dit *alala*. Ce terme a été introduit par Yngve (1970) et il l'explique comme suit : *both the person who has the turn and his partner are simultaneously engaged in both speaking and listening. This is because of the existence of what I call the back channel, over which the person who has the turn receives short messages such as yes and uh-huh without relinquishing the turn. Backchannel responses are a part of basic human interaction because to have a productive or meaningful person-person interaction, humans must cooperate with one another when participating in a conversation.* En utilisant le mot *alala*, (énoncé 23) le médecin indique qu'il est choqué et irrité par les informations qu'il a reçues. Cela se traduit dans son débit de parole, puisqu'il prononce ce mot plus rapidement (Johnstone, 2001).

Dans l'extrait, le médecin joue un rôle différent, celui d'*animateur* de la patiente (Goffman, 1981). Il veut savoir si le patient a de la fièvre (énoncé 25) et passe ensuite à l'action en prenant effectivement la température (*on va prendre les paramètres*, énoncé 32).

Extrait 3 : Examen physique (symptômes)

27. 00 : 51.5 DOC chaud ? frissons ?
28. 00 : 51.6 COM ouai un peu
29. 00 :52.5 PAT oui oui
30. 00 :52.4 DOC un peu de frissons ?

Comme le médecin ne sait pas si le patient a chaud ou s'il a des frissons, il demande des précisions dans l'extrait ci-dessus (*chaud ? frissons ?*, énoncé 27). Cet extrait montre également un FTA concernant la face positive de la patiente (Brown & Levinson, 1978). La femme se sent vulnérable en tant que patiente parce qu'elle est malade et que son diagnostic est incertain (Rising et al., 2016). Cela pourrait affecter son estime de soi, ce qui, à son tour, pourrait affecter la perception que les gens ont d'elle.

Extrait 4: Examen physique (signes vitaux)

32. 00:52. 6 DOC alors on va prendre les paramètres
33. 00:54. 9 COM ((enfant))
34. 00: 55.8 DOC voilà, attendez, je vais mettre le lit propre ici ...
35. 01 :03.0 DOC voilà, allongez-vous

Dans l'extrait ci-dessus, le médecin examine les signes vitaux de la patiente. Cependant, avant de pouvoir le faire, il doit régler toutes sortes de questions pratiques, ce qui entraîne des pauses dans la consultation. Parmi ces questions pratiques, on peut par exemple mentionner la disposition d'un lit propre (*voilà, attendez, je vais mettre le lit propre ici ...*, énoncé 34), la mesure de la tension artérielle (entre les énoncés 37 et 38) et la prise de température (entre les énoncés 46 et 47, voir la transcription complète à l'annexe 2). Ces mesures sont effectuées par le médecin pour évaluer l'état de santé de la patiente et détecter les signes d'éventuels problèmes médicaux.

Extrait 5 : Examen physique (symptômes et médicaments)

39. 01 :29.8 PAT et ma tête aussi elle tourne beaucoup ARAB ...
40. 01 :34.1 COM en plus, la tête elle tourne, elle a la tête qui tourne
41. 01 :36.4 DOC ça, ça arrive bien souvent quand on est ence COMe
42. 01 :37.7 COM ah ouai
43. 01 :43.5 DOC fermez la bouche. Elle prend des ..
est-ce qu'elle prend des vitamines ?
44. 01 :45.3 COM ouai, des vitamines

Peu après, lorsque la patiente dit en darije au médecin qu'elle souffre de vertiges (*et ma tête aussi elle tourne beaucoup ARAB ...*, énoncé 39), son mari, qui sert également d'interprète,

veut traduire en français, mais comme ce n'est pas sa langue maternelle, il a besoin de temps pour organiser ses idées. Quand il se rend compte que sa phrase *la tête elle tourne* n'est pas correcte en français, il la remplace par *elle a la tête qui tourne* (énoncé 40).

En termes de rôles, il faut noter que la patiente joue ici le rôle d'*auteur*, puisqu'elle initie mais aussi formule le message qu'elle a des vertiges. Dans le reste de la conversation, elle joue seulement le rôle de *principal*, puisqu'elle formule des réponses aux questions mais ne les initie pas (Goffman, 1981).

À l'énoncé 43 (*Fermez la bouche. Elle prend des .. est-ce qu'elle prend des vitamines ?*), le médecin veut savoir si le patient prend des vitamines. Il transforme donc sa phrase en une phrase interrogative, car il se rend probablement compte à ce moment-là qu'il s'agit d'une question à laquelle il veut obtenir une réponse.

Extrait 6 : Examen physique

74.	02:35.2	DOC	pas de tension, un bon rythme cardiaque, pas de température. montrez-moi le bouton ...
75.	02:40.5	COM	juste ici monsieur. enlève ça (ARAB contre PAT)
76.	02:43.2	PAT	j'enlève ça? ARAB
77.	02:47.1	COM	oui ARAB
78.	02:50.4	PAT	les genoux?
79.	02:50.5	DOC	oui, s'il vous plait
80.	02:52.1	PAT	oui
81.	02:59.0	DOC	on va enlever, voilà. je vais. excusez-moi, je vais mettre des gants
82.	03:17.2	DOC	attendez hein, restez comme ça
83.	03:23.0	COM	ouai ouai. L'année passée elle a commencé comme ça et après ça a pris..
84.	03:24.6	DOC	ici?
85.	03:24.7	PAT	oui
86.	03:45.4	DOC	allongez-vous un peu, couchez-vous sur le dos
87.	03:45.5	COM	ouai
88.	03:48.2	DOC	euuhm, sur l'autre dos
89.	03:49.7	COM	ouai comme ça
90.	03:52.1	DOC	>non non non< sur le dos, sur le dos

La pause après la demande du médecin de montrer le bouton (énoncé 74) semble découler d'une différence interculturelle. En effet, cette demande peut être perçue comme problématique en raison des opinions religieuses de la patiente et de son mari. Il est probable

que le couple soit musulman puisque 99,7% de la population marocaine est musulmane (Arda, 2024). Cela signifie que demander à la patiente de se dénuder partiellement peut être délicat. Selon le Coran 24:31 (s.d.), il n'est pas permis à une femme de montrer son corps nu à un homme qui n'est pas son mari : *Et dis aux croyantes de baisser leurs regards, de garder leur chasteté, et de ne montrer de leurs atours que ce qui en paraît et qu'elles rabattent leur voile sur leurs poitrines; et qu'elles ne montrent leurs atours qu'à leurs maris.*

Cela pourrait donc expliquer pourquoi le mari a ignoré la demande du médecin de montrer le bouton les deux premières fois (dans les énoncés 17 et 25) et qu'il l'honore maintenant après une hésitation, que l'on peut entendre dans sa voix plus douce. Cela menace la face négative du médecin (Brown & Levinson, 1978) car il a limité sa liberté d'action. Par ailleurs, la patiente se sent manifestement mal à l'aise puisqu'elle répète l'ordre de son mari de se dénuder en arabe marocain (*j'enlève ça? ARAB*, énoncé 76) en posant des questions. Elle demande la permission à son mari avant de procéder à la dénudation. Son mari lui donne alors cette autorisation.

La demande du médecin de montrer le bouton peut également avoir un effet négatif sur la patiente et son mari (Brown & Levinson, 1978). En effet, elle peut interférer avec leur désir d'être indépendants et libres de toute interférence. La patiente demande ensuite comment s'asseoir sur le lit. En raison de sa faible maîtrise du français, elle ne formule pas de phrase complète à l'énoncé 78 mais prononce seulement les mots *les genoux*. Un peu plus tard, le médecin commence une nouvelle phrase en utilisant *je vais*, mais il décide ensuite d'ajouter *excusez-moi* (énoncé 81) pour être poli. Par ailleurs, des hésitations dues à la barrière linguistique apparaissent dans cet extrait, comme à l'énoncé 83 qui ne permet pas au mari de terminer sa phrase et à l'énoncé 88 où le médecin se rend compte que la patiente n'a pas compris sa demande. Afin de s'assurer de sa compréhension, le médecin emploie l'expression *autre dos* plutôt que *fesse*. Les deux mots sont cependant liés, puisqu'il s'agit de deux parties du corps. Si le patient ne le comprend toujours pas, il utilise à nouveau l'autorépétition pour faire comprendre ce qu'il veut dire (énoncé 90).

4.3 Analyse critique du discours (ACD)

Dans cette conversation, on peut observer des dynamiques de pouvoir et des schémas de communication qui sont courants dans une consultation médicale. En posant la question *Dites-moi, qu'est-ce que vous arrivez ?* (énoncé 1), la dynamique de pouvoir est établie. En effet, le médecin prend la position dominante en posant les questions et en contrôlant la

conversation, tandis que la patiente et son conjoint adoptent un rôle plus réactif. Cependant, la dynamique du pouvoir est influencée non seulement par les rôles des participants, mais aussi par le choix du médecin de s'exprimer dans sa langue maternelle, le français, alors que la patiente et son mari sont d'origine marocaine. Il en résulte une relation de pouvoir asymétrique où le médecin a plus de contrôle sur la communication. De plus, le choix de la langue crée un rapport de pouvoir asymétrique entre la patiente et son mari puisque ce dernier maîtrise beaucoup mieux la langue française que sa femme.

La participation de la patiente est très limitée dans cette conversation et si elle parle, elle utilise l'arabe marocain ou des phrases très courtes en français ne dépassant pas trois mots. Elle confirme les paroles de son mari en disant *oui oui* (énoncé 29) ou demande la permission de son mari en arabe marocain (*j'enlève ça ?*, énoncé 76). Lorsqu'elle répond directement à la question du médecin qui lui demande si elle a beaucoup d'enfants, elle dit *non*, ce qui amène son mari à reprendre la conversation directement à sa place. Cela peut indiquer une hiérarchie dans la relation où le mari a le contrôle et le pouvoir.

4.4 Impression personnelle

Cependant, on ne peut pas affirmer avec certitude que l'engagement limité de la patiente peut être entièrement attribué à la relation hiérarchique au sein du couple. D'autres facteurs peuvent également avoir joué un rôle. L'un d'eux peut être le manque de confiance en soi, découlant du besoin de la patiente de s'exprimer dans une langue non maternelle. De plus, l'influence de la culture peut également avoir été déterminante. La patiente, craignant une éventuelle inconvenance ou mettant en doute l'autorité du médecin, a peut-être choisi d'être prudente. De plus, son incertitude face à la situation médicale peut avoir joué un rôle. Dans sa position vulnérable due à des problèmes de santé, elle a pu être submergée par les émotions ou l'incertitude, ce qui aurait réduit sa capacité à participer activement à la conversation. Enfin, l'engagement limité pourrait également avoir été causé par le fait que le médecin s'est principalement adressé au mari de la patiente. Si le médecin avait impliqué davantage la patiente dans la conversation, cela aurait pu améliorer la communication en établissant une relation médecin-patient plus forte, ce qui aurait pu donner à la patiente plus de confiance pour parler ouvertement de ses symptômes et de ses inquiétudes.

4.5 Causes et effets des pauses

L'une des raisons des pauses est le traitement de l'*information mentalement*. Par exemple, le mari a besoin de temps pour organiser ses pensées et réfléchir à la meilleure façon de formuler

la situation quand le médecin pose une question ouverte sur l'état de santé de la patiente (énoncé 1). Il y a également un moment où le médecin réalise que le patient est probablement atteint de syphilis (énoncé 22), ce qui conduit à la nécessité d'un traitement mental de sa part. En effet, la charge émotionnelle de la MST contribue à la nécessité d'un moment de réflexion. C'est ce qu'on appelle *la gestion des émotions* (Fraser et al., 2015 ; Leppink & Van den Heuvel, 2015 ; Van Merriënboer & Sweller, 2010). L'effet de ces pauses est qu'elles permettent aux interlocuteurs de passer par des processus mentaux pendant les pauses pour traiter les informations qu'ils ont reçues et formuler une réponse appropriée (Goodwin, 1981).

Une deuxième cause est la *recherche d'informations*. Par exemple, le médecin utilise une pause pour demander la durée de la grossesse au tour 3. L'interlocuteur comprend à son tour pourquoi le médecin laisse tomber ce silence et fournit les informations nécessaires.

De plus, les pauses sont utilisées pour manquer les *différentes parties de la consultation*. Par exemple, il y a à la fois une pause et un chevauchement entre la partie de la consultation concernant les antécédents médicaux et la partie concernant la localisation de la douleur (énoncés 12, 13). Dans ce cas, la pause semble servir de période de transition, alors que le chevauchement est utilisé pour concentrer l'attention directement sur la localisation de la douleur. Ceci est également compris par le conjoint.

Une autre cause d'interruption de la communication est la *barrière linguistique*. Le médecin parle une langue maternelle différente de celle des mariés, ce qui entraîne des obstacles dans la conversation. Par exemple, après une pause, le mari donne une réponse incohérente et inappropriée à la question du médecin parce qu'il ne l'a pas compris (énoncés 7,8). Cette mauvaise communication peut conduire à une ambiguïté sur l'état de santé du patient, ce qui peut affecter le processus de diagnostic.

La cinquième cause de cette conversation est une *différence interculturelle* entre le médecin et le couple, probablement liée à des points de vue différents sur la dénudation d'une partie du corps féminin. Alors que le médecin n'y voit aucun problème puisqu'il doit établir un diagnostic correct, le couple marié peut trouver cela problématique en raison de ses convictions religieuses. La pause et l'hésitation à montrer le bouton, suivies de la répétition de la demande de la patiente en arabe marocain (énoncé 76) suggèrent que la patiente et son mari ne sont pas à l'aise pour se conformer à la demande du médecin. Le résultat de cette hésitation est que le médecin semble irrité lorsque sa demande est péniblement respectée, également parce que ses deux demandes précédentes ont été ignorées (énoncés 17 et 25).

La cause finale dans ce cas est *régler les questions pratiques*. Plusieurs fois, les pauses ont des causes pratiques comme la prise de la tension artérielle (énoncé 35) et l'étude des résultats (énoncé 45). Une première conséquence de ces pauses est qu'elles améliorent l'efficacité de la prestation des soins. Par exemple, il est important pour le médecin d'examiner les signes vitaux. Les pauses permettent au médecin de mesurer la température et la pression artérielle avec précision. Cela augmente la fiabilité des données médicales recueillies et permet un meilleur diagnostic.

4.6 Causes et conséquences des hésitations combinée à stratégies de communication

Dans la communication interculturelle, les locuteurs issus de milieux linguistiques ou culturels différents peuvent rencontrer des obstacles, notamment des hésitations dans la conversation. Dörnyei et Scott (1997) présentent un inventaire de 33 stratégies de communication, dont certaines peuvent être utilisées pour surmonter les hésitations (voir Annexe 2).

Une hésitation peut être causée principalement par une barrière linguistique, comme dans l'énoncé 18, lorsque le mari veut décrire l'état de santé de sa femme il y a un an, mais qu'il ne trouve pas les mots justes. La conséquence de cette barrière est qu'il ne termine pas sa phrase. Cette stratégie de communication s'appelle *l'abandon de message*. Le médecin réagit en l'aidant à utiliser un *mot passe-partout (la même chose)*. Il s'agit d'ailleurs d'une stratégie linguistique couramment utilisée par les prestataires de soins de santé lorsque les spécificités d'un problème médical ne sont pas claires ou lorsque le patient ou son accompagnant n'est pas en mesure de formuler le problème avec précision. L'utilisation d'un mot passe-partout permet de poursuivre la conversation tout en reconnaissant le manque d'informations détaillées.

Un autre exemple de barrière linguistique est l'énoncé 40 dans lequel le mari réalise que la phrase *la tête elle tourne* n'est pas correcte. Il utilise alors la *stratégie d'autoréparation* pour produire une phrase française correcte et dire *elle a la tête qui tourne*. Le médecin répond en montrant qu'il a compris le message du mari et rassure la patiente et son mari en mentionnant que les vertiges sont un symptôme commun aux grossesses.

La deuxième cause est la décision d'utiliser une *stratégie de convergence*. Il s'agit d'une adaptation du langage, du comportement ou du style de communication d'un locuteur pour le rendre plus conforme à celui de son interlocuteur, comme l'explique la *théorie de l'accommodation de la communication (CAT)* de Giles (2007). Dans le cas présent, le médecin utilise le mot de remplissage euhm pour exprimer son hésitation et sur l'autre dos (énoncé 88)

pour éviter le mot fesse. En effet, le médecin remarque que le patient ne l'a pas bien compris et cherche à transmettre l'information le plus clairement possible, sans complexité inutile. Cette stratégie est appelée *stratégie d'approximation* par Dörnyei et Scott (1997), ou en d'autres termes, vous utilisez un autre mot qui est similaire. Bien que les mots fesse et l'autre dos ne soient pas synonymes, ils sont liés car ils désignent tous deux des parties du corps adjacentes. Cette stratégie a pour conséquence d'améliorer l'intelligibilité. Une autre conséquence peut être que le mot dos contribue à une consultation médicale respectueuse dans laquelle des mots comme fesse sont évités parce qu'ils peuvent être perçus comme gênants.

Un autre exemple de stratégie de convergence est lorsque, par politesse, le médecin interrompt la phrase qu'il a commencée par *je vais* pour s'excuser (*excusez-moi*). Il le fait parce qu'il doit mettre ses gants pour examiner le bouton. Cette stratégie qui consiste à changer les mots choisis est la stratégie de communication par *auto-rephrasage*. En s'excusant, le médecin montre qu'il respecte l'intimité et le confort du patient, ce qui peut contribuer à établir la confiance et à maintenir une relation professionnelle et respectueuse.

De plus, il peut y avoir une hésitation parce qu'une personne se rend compte qu'elle a fait une erreur et qu'elle veut la réparer. Par exemple, cette stratégie, l'*autoréparation*, est utilisée au énoncé 43 lorsque le médecin change sa phrase affirmative en une phrase interrogative parce qu'il a besoin d'une réponse à sa question de savoir si le patient prend des vitamines. Par cette modification, le médecin cherche à clarifier et à confirmer l'information qu'il recherche. Cela permet de clarifier les incertitudes et de s'assurer que le médecin obtient les bonnes informations. Cela peut également accroître le degré d'implication de la patiente et de son époux, car ils sont encouragés à participer activement à la consultation médicale.

Une quatrième cause d'hésitation consiste à *faire preuve d'empathie*. Une stratégie de communication utilisée à cet effet est l'autorépétition. Par exemple, cette stratégie est utilisée à l'énoncé 41 par le médecin lorsqu'il dit ça, ça arrive bien souvent quand on est ence COMe. En répétant le mot ça, le médecin confirme qu'il a bien compris ce qui a été dit à propos des vertiges du patient. Il s'agit d'une forme d'affirmation et de connexion avec le patient par laquelle le médecin montre une attitude de soutien et de compréhension.

Une autre cause est de *demander des précisions*. Puisque le médecin ne sait pas si la patiente a chaud ou si elle frissonne, il lui demande des précisions en demandant à son tour 30 *un peu de frissons ?* La réponse à cette question fournit donc au médecin des informations

supplémentaires qui peuvent l'aider à identifier les causes possibles des symptômes. Par exemple, des frissons peuvent indiquer de la fièvre ou une infection.

La dernière cause d'hésitation est de *disposer de plus de temps pour formuler ce que la personne souhaite dire*. Pour ce faire, la stratégie de communication *l'utilisation d'éléments de remplissage* peut être utilisée, comme *hein* dans la phrase *attendez hein, restez comme ça* (énoncé 82). Le locuteur gagne ainsi du temps pour la formulation. De plus, cette stratégie augmente la fluidité de la conversation car l'utilisation de fillers permet à l'orateur de poursuivre la communication sans silences.

4.7 Conclusion

Cette étude de cas montre que les ruptures de communication lors d'une consultation médicale interculturelle peuvent être dues à différents facteurs, comme le stress, les barrières linguistiques et les différences culturelles. Ces ruptures de communication se manifestent souvent sous la forme de pauses et d'hésitations, mais remplissent également des fonctions importantes au cours de la consultation. Les disfluences causées par le stress semblent nécessaires au traitement mental de l'information et à la gestion des émotions. Elles offrent aux interlocuteurs le temps d'organiser leurs pensées, de formuler des réponses et de contrôler leurs émotions. Dans un contexte médical, où des informations sensibles et cruciales sont souvent partagées, ce temps supplémentaire est essentiel. Il aide les interlocuteurs à rester calmes et à conserver une face positive (Brown & Levinson (1978).

De plus, les disfluences sont dues aux barrières linguistiques, car les interlocuteurs, à l'exception du médecin, ne communiquent pas dans leur langue maternelle. Les pauses servent à réfléchir à la formulation correcte dans une deuxième langue, tandis que les hésitations donnent aux locuteurs la possibilité d'ajuster ou de transmettre leur message plus clairement. Un certain nombre de stratégies de communication, décrites par Dörnyei et Scott (1997), semblent être utiles à cet égard, telles que l'approximation, l'autoréflexion et l'autorépétition. Ces stratégies aident à surmonter les barrières linguistiques, ce qui améliore la compréhension mutuelle.

Les différences culturelles entraînent également des pauses et des hésitations, en particulier lorsque l'on aborde des sujets sensibles. Les différences dans les normes de décence ou de politesse peuvent causer de l'incertitude, entraînant des moments de silence au cours desquels les participants tentent de trouver la bonne approche. Les stratégies de convergence, telles que l'utilisation de termes moins embarrassants ou d'une approximation qui favorise le respect

mutuel, sont essentielles à cet égard. Ces stratégies permettent non seulement de favoriser la compréhension, mais aussi de créer et de maintenir une atmosphère respectueuse pendant la consultation.

Les pauses et les hésitations dans cette consultation médicale peuvent également être expliquées par le cadre de participation de Goffman (1981), qui décrit la dynamique complexe des interactions sociales et les rôles spécifiques que les participants y jouent. Le médecin agit en tant qu'auteur en initiant des sujets et en posant des questions. Ces questions entraînent parfois des pauses, car l'accompagnant, qui joue le rôle de principal en donnant des informations sur la patiente sans initier lui-même le message, a besoin de temps pour organiser ses pensées avant de pouvoir répondre. Par exemple, il a du mal à articuler les détails médicaux, ce qui entraîne des pauses et des hésitations lors de l'explication des antécédents médicaux. Le médecin joue également le rôle d'animateur en effectuant les actions physiques nécessaires à l'examen du patient, ce qui provoque des pauses procédurales.

La théorie de la politesse de Brown et Levinson (1978) permet également de comprendre les causes des pauses et des hésitations. Ainsi, le maintien d'une face positive et d'une face négative joue un rôle important. Le médecin essaie de renforcer la face positive de lui-même et de la patiente en faisant preuve d'empathie et en prenant ses sentiments au sérieux, de sorte qu'elle se sente reconnue et valorisée. Il peut en résulter des pauses au cours desquelles la patiente réfléchit à sa réponse. En revanche, la demande d'un médecin de procéder à un examen physique peut menacer la face négative de la patiente en empiétant sur son espace personnel et son autonomie. Cela peut conduire à des hésitations ou à des pauses, la patiente et son partenaire essayant de protéger leur autonomie et leur intégrité corporelle. Les pauses peuvent s'avérer cruciales dans les FTAs, par exemple lorsqu'une pause après une demande difficile donne au destinataire le temps de réfléchir et de formuler une réponse qui préserve sa face.

Enfin, les disfluences peuvent être expliquées par l'analyse critique du discours, dans laquelle les relations de pouvoir asymétriques jouent un rôle central. La patiente dépend de son mari pour parler à sa place, ce qui entraîne des disfluences lorsqu'elle demande la permission ou cherche une confirmation. Cela ralentit la communication et complique la conversation. En outre, l'asymétrie est aggravée par le fait que le médecin peut s'exprimer dans sa langue maternelle, tandis que la patiente et son mari doivent communiquer dans une deuxième langue, ce qui entrave encore leur capacité à communiquer efficacement.

Ces relations de pouvoir affectent également l'interaction directe entre le médecin et la patiente. La patiente peut hésiter à communiquer directement avec le médecin, ce qui provoque des pauses plus longues lorsqu'elle réfléchit à la manière de s'exprimer. C'est particulièrement le cas si elle ne se sent pas sûre de ses compétences linguistiques ou de son rôle dans la conversation. La dynamique du pouvoir peut également contribuer à accroître le stress de la patiente, ce qui se traduit par un plus grand nombre de disfluences. Les pauses et les hésitations peuvent ainsi servir de mécanismes d'adaptation pour traiter mentalement les informations et contrôler les émotions dans une situation où elle se sent vulnérable et subordonnée.

Cependant, trouver les raisons exactes de l'utilisation des pauses et des hésitations reste un défi, car la situation est très complexe et de nombreux facteurs différents entrent en jeu lors d'une consultation médicale interculturelle. Ce qui est certain, c'est que tous ces facteurs influencent considérablement le déroulement d'une consultation médicale interculturelle.

5. Cas 2 : Femme marocaine malade et stagiaire médecin

Ce chapitre analyse la deuxième cas dans lequel une femme marocaine se rend au service des urgences avec de nombreuses plaintes médicales différentes. Elle est accompagnée de deux femmes d'origine marocaine qui jouent également le rôle d'interprètes ad hoc. La consultation médicale est dirigée par une femme médecin néerlandophone en formation âgée de 23 ans que mène la consultation en français. L'analyse suit la même structure que dans le cas 1.

5.1 Contexte de cette consultation médicale

Comme dans le cas 1, la langue utilisée dans cette consultation médicale est le français et fait également partie du processus de triage dans le service des urgences d'un hôpital bruxellois. Dans cette consultation, cependant, la langue est utilisée comme une lingua franca puisqu'aucun des participants n'a le français comme langue maternelle, mais elle est utilisée pour la communication. Cinq personnes sont présentes à cette consultation : une femme médecin en formation, une patiente marocaine, deux accompagnantes également d'origine marocaine et un chercheur. La femme médecin en formation est en cinquième ou sixième année d'études à une université néerlandophone en Belgique. Sa langue maternelle est le néerlandais, mais elle a appris le français comme deuxième langue à l'école primaire et secondaire. La patiente marocaine est âgée de 30 à 40 ans et s'exprime principalement en darije lors de la consultation. Cependant, ses accompagnants, dont la langue maternelle est également l'arabe marocain, maîtrisent mieux la langue française que la patiente et assument donc le rôle de traducteur ad hoc (voir le Tableau 2 pour un des langues parlées par les participants). Le chercheur ne participe pas activement à la conversation et n'est donc pas inclus dans Tableau 2.

Tableau 2. Langues utilisées par les participants parlants dans le cas 2

Participant	Langue(s) parlée(s)
Stagiaire médecin (DOC)	Le néerlandais comme L1 et le français comme L2 (niveau avancé)
Patiente (PAT)	Le darije comme L1, le français comme L2 (très faible)
Accompagnant 1(INT)	Le darije comme L1, le français comme L2
Accompagnant 2 (VERT)	Le darije comme L1, le français comme L2

5.2 Analyse

Des extraits d'une transcription de la consultation médecin-patient susmentionnée ont été utilisés pour cette analyse (voir l'Annexe 3 pour le texte complet). Les extraits sélectionnés sont issus des étapes 2 (présentation de la plainte), 3 (examen physique) et 6 (fermeture), telles que décrites par Heritage et Maynard (2006).

5.2.1 Présentation de la plainte

Des fragments de la deuxième phase de la consultation médicale sont présentés et analysés ci-dessous.

Extrait 7 : présentation de la plainte

1.	0 : 04.8	INT	et hier elle n'arrivait pas à respirer et une crise d'angoisse
2.	0 : 08.3	DOC	et c'est depuis hier soir qu'elle ne se sent pas bon?
3.	0 : 18.1	INT	elle a elle a elle a comment on dit (inc.) elle a du mal à marcher jusqu'ici comment elle a une elle n'arrive pas à marcher (inc.)
4.	0 : 19.7	DOC	ok
5.	0 : 21.3	INT	donc ça c'est pas (inc.)
6.	0 : 26.2	DOC	avec la chute (inc.) les autres chutes elle perd la connaissance ?
7.	0 : 27.9	INT	non
8.	0 : 31.4	INT	tu m'entendais lorsque tu as eu une crise? ## ARAB
9.	0 : 31.5	PAT	oui je t'entendais #ARAB
10.	0 : 32.2	INT	tu sais ce qui s'est passé? #ARAB
11.	0 : 33.6	PAT	oui oui.
12.	0 : 35.7	DOC	elle sait elle sait très bien ce qui ce passe?
13.	0 : 38.8	INT	oui elle écoute et elle entend tout et.
14.	0 : 39.9	PAT	(inc.) ## ARAB
15.	0 : 41.3	DOC	est-ce qu'elle a des vertiges?
16.	0 : 42.5	INT	tu as des vertiges? ## ARAB
17.	0 : 43.2	PAT	oui #ARAB
18.	0 : 43.9	INT	oui
19.	0 : 44.9	DOC	les maux de têtes?
20.	0 : 45.5	PAT	oui
21.	0 : 46.4	DOC	oui
22.	0 : 46.8	INT	mal de tête? # ARAB
23.	0 : 53.6	DOC	c'est seulement quand elle fait une crise ou elle a ça régulièrement?
24.	0 : 58.7	INT	est-ce que tu as toujours des maux de tête et des vertige ou (inc.)? # ARAB
25.	1 : 01.3	VER	toujours toujours elle a des maux de têtes
26.	1 : 03.6	VER	(inc.) # ARAB

Dans cette consultation, la phase d'ouverture, au cours de laquelle le médecin salue généralement la patiente et tente de créer une atmosphère ouverte et confidentielle (Heritage & Maynard, 2006), est omise car l'un des deux accompagnants de la patiente démarre la conversation en nommant immédiatement les plaintes du patient (*et hier elle n'arrivait pas à respirer et une crise d'angoisse*, énoncé 1). L'une des raisons possibles est que la patiente semble souffrir de problèmes respiratoires et de crises d'angoisse, ce qui peut amener les accompagnants à penser que des soins immédiats sont plus importants qu'une présentation formelle.

À son tour, le médecin demande l'origine des plaintes (*et c'est depuis hier soir qu'elle ne se sent pas bon?*, énoncé 2). En posant elle-même cette question, le médecin se prend activement en charge. Cela montre son rôle d'auteur (Goffman, 1981), qui donne la direction de la conversation et recueille des informations importantes pour permettre une première évaluation de la situation. Le fait que l'accompagnante parle et non la patiente semble indiquer que l'accompagnante maîtrise mieux la langue française que la patiente. Cela entraîne une relation de pouvoir asymétrique entre l'accompagnante et la patiente car cela donne à l'accompagnante plus de contrôle sur la communication.

À l'énoncé 3 (*elle a elle a elle a comment on dit (inc.) elle a du mal à marcher jusqu'ici comment elle a une elle n'arrive pas à marcher*), l'accompagnante ne sait pas tout de suite comment articuler en français que le patient a des difficultés à marcher, de sorte qu'elle se répète. Le médecin répond par *ok*, qui est une stratégie de convergence (Giles, 2007) qui, malgré les différences linguistiques et culturelles, permet de favoriser la compréhension commune et de créer un lien entre les interlocuteurs. Cela montre que les efforts de l'autre personne pour se faire comprendre sont appréciés et que le médecin est activement impliqué dans la conversation.

Ok (énoncé 4) contribue également à la création de la face positive (Brown & Levinson, 1978) tant pour le médecin que pour l'accompagnante. Pour le médecin parce qu'il montre son désir de comprendre son interlocuteur. Pour l'accompagnante, parce que cela peut lui donner un sentiment de reconnaissance car sa contribution à la consultation est prise au sérieux par le médecin, malgré le fait qu'elle ait eu du mal à formuler son message. En disant *ok*, le médecin évite un FTA pour la face négative de l'accompagnante (Brown & Levinson, 1978). En ne la forçant pas à donner une explication, son sentiment d'autonomie n'est pas compromis.

À l'énoncé 5, la phrase entière du locuteur n'est pas audible, ce qui est plus fréquent dans cette conversation. Cela peut être dû à différents facteurs comme la qualité de l'équipement d'enregistrement ou le lieu de la consultation médicale. Knopp et al. (1996) décrivent le service des urgences comme un environnement bruyant. La dernière raison pourrait être que les participants sont inintelligibles parce qu'ils appliquent la *stratégie de communication du marmonnement* (Dörnyei & Scott, 1997). Cette stratégie est utilisée parce que l'on n'est pas sûr du mot correct dans la deuxième langue, comme dans ça c'est pas (énoncé 5).

Le médecin pose successivement à l'accompagnante plusieurs questions sur un certain nombre de symptômes (crises de panique, vertiges et maux de tête) afin de se faire une idée plus précise de la gravité de la situation. L'accompagnante qui agit comme traductrice ad-hoc traduit à son tour les questions pour la patiente (énoncés 8, 10, 16, 22). Puisque l'accompagnante a le même bagage culturel que la patiente, elle peut comprendre et mettre en évidence des nuances et des sensibilités culturelles spécifiques qui seraient autrement perdues dans une traduction directe. Cela peut aider la patiente à se sentir plus à l'aise et à mieux comprendre les questions et les instructions du médecin. La satisfaction de la patiente et la qualité des soins peuvent s'en trouver améliorées, comme le mentionne l'étude de Jongen et al. (2017).

Lorsque le médecin demande à la patiente si elle a mal à la tête (les maux de têtes ?, énoncé 19), la patiente confirme en disant *oui* (énoncé 20). Bien que le médecin sache que la patiente maîtrise mal le français, il suppose que l'information donnée par la patiente est correcte en disant également *oui* (énoncé 21). Ce faisant, le médecin ne tient pas compte du fait que les gens ont tendance à donner la réponse socialement souhaitable pour maintenir leur face positive (Brown & Levinson, 1978). Les patients peuvent donc avoir tendance à répondre de manière favorable à la question d'un médecin sans être conscients du contenu exact de la question. L'accompagnante traduit la question du médecin en darije pour la patiente (*mal de tête ? # ARAB*, énoncé 22) mais la patiente ne répond pas à cette question.

Après avoir évoqué le symptôme de la vision floue, le médecin se concentre sur les antécédents dans l'extrait ci-dessous.

Extrait 8: présentation de la plainte (past history)

- | | | | |
|-----|----------|-----|----------------------------------|
| 39. | 1 : 31.7 | DOC | (inc.) Pas de traumatismes? |
| 40. | 1 : 35.4 | INT | Traumatisme je crois. (inc.) |
| 41. | 1 : 36.5 | INT | quatre mois, depuis quatre mois. |
| 42. | 1 : 37.7 | DOC | ok |

L'extrait illustre une situation dans laquelle un interprète ad hoc non professionnel, comme l'accompagnante dans ce cas, peut mettre en péril le diagnostic. Il s'agit d'une erreur fréquente commise par les interprètes ad hoc non professionnels qui parlent au nom de la patiente au lieu de se limiter à traduire (Flores et al, 2003 ; Karliner et al, 2007). Le médecin accepte la réponse de l'accompagnante sans autre vérification, comme le montre la réponse affirmative *ok* de l'énoncé 42. Ce manque d'interaction directe entre le médecin et la patiente peut entraîner des malentendus et des conclusions incorrectes dans le processus de diagnostic.

De plus, dans cette consultation médicale, les accompagnantes sont considérées comme ratifiées (Goffman, 1981) puisque leur rôle et leur statut sont officiellement reconnus dans le cadre de la consultation médicale. Le rôle du médecin est également ratifié par l'institution dans laquelle il travaille et par la patiente, qui voit en lui l'expert qui peut l'aider.

Après avoir évoqué les vomissements de nourriture, la conversation porte sur les vomissements de sang :

Extrait 9: présentation de la plainte (symptôme sang vomissements)

- | | | | |
|-----|----------|-----|--|
| 82. | 3 : 19.7 | DOC | c'est ce qu'elle vient de manger? il y a du sang la dedans ?// |
| 83. | 3 : 20.7 | INT | il y du sang quand tu vomis? ## ARAB |
| 84. | 3 : 24.4 | PAT | des fois il y a du sang, alors ça me déchire (inc.) ## ARAB |
| 85. | 3 : 28.7 | DOC | // de temps en temps, c'est du sang vraiment rouge ou flou ?// |
| 86. | 3 : 29.2 | INT | // noir ou? // |
| 87. | 3 : 37.3 | PAT | // noir parce qu'une fois... // ## ARAB |

Lorsque le médecin demande s'il y a du sang dans son vomi (*il y a du sang la dedans*, énoncé 82), l'accompagnante traduit cette question pour la patiente, qui répond en darije que c'est parfois le cas (*des fois il y a du sang*, énoncé 84). Elle utilise alors l'expression *ça me déchire* (énoncé 84), qui est une expression émotionnelle de douleur intense. Cela n'est pas inhabituel pour les personnes issues des cultures arabes *qui ont tendance à exprimer leurs émotions de manière désinhibée... et à voix forte et animée* (Burgoon et al., 2010). Alarmé par ce nouveau fait et par l'exclamation puissante de la patiente, le médecin a besoin d'une pause pour traiter l'information. Pour savoir si les vomissements sont dus à une forte hémorragie soudaine, où le sang est rouge vif, ou à une hémorragie lente, où le sang est moins clair (Gezondheid en Wetenschap, 2024), interrogez le médecin sur la couleur du sang (énoncé 85). Il y a une pause avant que l'accompagnante parle, ce qui peut être dû à une différence interculturelle dans la description de la couleur du sang. Au lieu de rouge ou flou, elle utilise la couleur noir (énoncé

86). Un moment d'hésitation suit (*noir ou...*) pour que le patient nomme la couleur du sang (énoncé 86).

De plus, dans l'extrait ci-dessus, le médecin utilise des FTAs potentielles en relation avec la face négative de la patiente (Brown & Levinson, 1978). En demandant des informations médicales pertinentes comme *c'est ce qu'elle vient de manger? il y a du sang la dedans ?* (énoncé 82) et *de temps en temps, c'est du sang vraiment rouge ou flou ?* (énoncé 85), le médecin envahit en fait l'intimité de la patiente.

Après avoir évoqué les autres symptômes et la qualité de la douleur, l'extrait ci-dessous traite des antécédents de la patiente :

Extrait 10: Antécédents (début)

150.	8 : 03.2	DOC	donc il y a quatre ans elle a eu un thrombose dans le cerveau ?
151.	8 : 06.1	PAT	(inc.) alors j'ai mal à la tête ici (inc.) # ARAB
152.	8 : 07.0	INT	depuis la thrombose? # ARAB
153.	8 : 09.2	PAT	oui, la thrombose, depuis la thrombose... (inc.) # ARAB
154.	8 : 09.7	INT	(inc.)
155.	8 : 17.9	PAT	alors il y a quelque chose qui me fait mal à l'intérieur (inc.) # ARAB
156.	8 : 22.0	INT	quelque chose ici qui lui fait mal comme ça
157.	8 : 23.3	DOC	mais elle a elle a le
158.	8 : 24.5	INT	(inc.)
159.	8 : 32.9	DOC	elle a elle a son visage mais ça c'est à cause du nerfs (inc.) mais là aussi elle a eu un autre thrombose, elle a eu un autre paralysie

La patiente indique que depuis qu'elle a eu une thrombose au cerveau, elle souffre de maux de tête (énoncés 151, 153). Après une pause, la patiente communique en français à la accompagnante qu'*il y a quelque chose qui me fait mal à l'intérieur* (énoncé 155). Cela pourrait indiquer une différence interculturelle. Alors que dans les cultures occidentales, une maladie est généralement attribuée à un trouble physique ou mental, dans les cultures non occidentales, la cause est souvent recherchée en dehors du patient (Hermans, 2007). Au Maroc, par exemple, les gens supposent que de nombreuses maladies sont causées par des démons (Hermans, 2007). Dans un contexte culturel où la croyance en des pouvoirs surnaturels est très répandue, la patiente peut penser que la douleur est causée par des esprits maléfiques qui ont envahi son corps. Cependant, en l'absence d'informations complémentaires, on ne peut pas affirmer avec certitude que la patiente le croit réellement. En effet, le mot *quelque chose* dans l'énoncé 155 pourrait également faire référence à l'un des

organes. Le médecin montre une hésitation à l'énoncé 157, ce qui pourrait signifier qu'elle se rattache au modèle explicatif non occidental de la maladie. Si c'est le cas, elle ne fait rien avec cela puisqu'elle continue à discuter des antécédents médicaux (à partir de l'énoncé 159).

5.2.2 Examen physique

Après avoir discuté des autres symptômes et de la prise de médicaments, le médecin commence l'examen physique :

Extrait 11: examination

318.	16 : 27.4	DOC	ça va. je peux regarder ? je peux écouter ?
319.	16 : 39.7	PAT	oui oui
320.	16 : 40.4	DOC	je vais d'abord écouter le dos madame. bien respirer
321.	16 : 45.1	DOC	ok on y va.
322.	16 : 54.0	INT	(inc.)
323.	16 : 56.2	DOC	elle a eu de la fièvre ?
324.	16 : 58.9	INT	tu as encore eu de la fièvre? ARAB
325.	17 : 01.7	INT	je me rappelle quand j'étais chez elle (inc.)
326.	17 : 19.4	INT	et des bouffées de chaleur aussi.
327.	17 : 20.1	DOC	ok (inc.) ça fait mal ?
328.	17 : 20.6	PAT	oui.
329.	17 : 21.2	INT	ça fait mal ? ARAB
330.	17 : 22.9	PAT	oui.
331.	17 : 23.1	DOC	ça fait mal ?
332.	17 : 23.7	INT	oui oui.
333.	17 : 25.3	PAT	oui.

Lorsque le médecin demande à la patiente la permission de l'examiner physiquement, elle répond *oui oui* (énoncés 318, 319). Cela indique que la patiente comprend certaines parties de la conversation en français et qu'elle est capable de formuler une réponse courte. En répétant *oui*, la patiente veut souligner que le fait que le médecin veuille l'examiner ne pose aucun problème. A son tour, le médecin utilise une *stratégie de convergence* (Giles, 1973) en utilisant le mot *dos* au lieu du mot *poumons*. Elle s'adapte ainsi à la moindre compétence en français de la patiente (énoncé 320), ce qui garantit une communication plus fluide. Lorsque le médecin demande si la patiente a eu de la fièvre, l'accompagnante traduit en darije mais n'attend pas sa réponse (énoncés 324, 325). Au lieu de cela, elle raconte ses propres observations concernant la patiente, comme le fait que la patiente avait des bouffées de chaleur (énoncé 326). Le médecin ne revient pas à sa question initiale, ce qui montre une fois

de plus qu'un interprète ad hoc non professionnel ne se limite pas à traduire (Flores et al, 2003 ; Karliner et al, 2007). Le médecin poursuit son examen physique et demande à la patiente si son toucher est douloureux (énoncé 327). La pause qui précède ce tour peut également aider à maintenir une face positive. Elle peut donner au médecin l'occasion de réfléchir attentivement à la question avant de la poser, montrant ainsi qu'elle est consciente de la sensibilité du sujet et de l'impact potentiel de ses paroles sur la patiente et son accompagnante. La phrase *ça fait mal ?* peut également être considérée comme un exemple de maintien de la face positive. Le médecin pose la question de manière empathique, ce qui peut faire sentir à la patiente que son bien-être est important pour lui.

La patiente le confirme, puis l'accompagnante repose la question en arabe marocain (énoncé 329). La patiente indique à nouveau en français que cela lui fait mal. Malgré les réponses affirmatives répétées de la patiente, le médecin pose à nouveau la même question. Cela peut indiquer d'éventuels doutes ou incertitudes concernant les symptômes ou la communication avec la patiente.

5.2.3 Fermeture

Après avoir discuté d'autres plaintes et procédé à un examen physique plus approfondi, le médecin commence la fermeture. Dans celle-ci, le médecin indique qu'il partagera ses conclusions avec son superviseur (énoncé 530).

Extrait 12: fermeture

530.	32 : 00.8	DOC	moi je vais lui lui donner la grande histoire ils va vous voir (inc.) ils va vous voir et il va décider ce qu'on va faire.
531.	32 : 03.9	INT	(inc.)
532.	32 : 06.6	DOC	oui mais c'est le docteur qui
533.	32 : 06.7	INT	non on traduit pas (inc.)
534.	32 : 08.2	DOC	comment ?
535.	32 : 09.2	INT	pour traduire c'est
536.	32 : 09.9	DOC	le traduit mon avis c'est
537.	32 : 17.2	INT	(toujours avec moi ?)
538.	32 : 23.1	DOC	oui. surtout si elle est stressée elle a fait ça déjà plusieurs fois. ça
539.	32 : 25.4	INT	(inc.) son truc ici c'est à cause du stress aussi ?
540.	32 : 27.7	DOC	oui, ça
541.	32 : 33.0	INT	le ventre c'est à cause de l'opération.
542.	32 : 42.9	DOC	mais si si elle a vraiment / c'est insupportable pour elle ?
543.	32 : 49.6	INT	(inc.) surtout les côtés (inc.)
544.	32 : 56.7	DOC	non peut-être qu'il y a quelque chose après l'opération on on doit regarder. ils

			ont déjà fait une prise de sang ?
545.	32 : 57.0	INT	// mais là-bas au CPAS (inc.)
546.	32 : 58.0	DOC	ok ça va
547.	34 : 17.4	INT	merci

Bien que les propos de l'accompagnante à l'énoncé 531 ne soient pas audibles, la pause et ses paroles présumées indiquent qu'elle a des réserves quant au fait que le médecin stagiaire veuille discuter de ses résultats avec son superviseur. En effet, on peut conclure des paroles du médecin à l'énoncé 532 que c'est le superviseur qui décide de la suite à donner à la patiente. L'accompagnante indique à l'énoncé 533 qu'elle ne veut plus traduire lors de la consultation de suivi, mais ici elle n'utilise pas le pronom personnel *je* mais *on*. Elle le fait probablement pour rendre son refus moins personnel pour maintenir sa face positive (Goffman, 1981). Une pause suit, au cours de laquelle le médecin doit traiter ce refus. Elle essaie ensuite de convaincre l'accompagnante qu'elle pense qu'il est nécessaire de continuer à traduire (énoncé 536). Après une nouvelle pause, l'accompagnante dit probablement *toujours avec moi*. Elle peut avoir l'impression que la conversation va se répéter, ce qui la rend moins motivée pour reprendre son rôle de traductrice. Cependant, l'accompagnante peut également être mécontente du déroulement du traitement. Lorsque le médecin lui demande si l'état de santé de la patiente est insupportable, elle le confirme en disant *surtout les côtés* (énoncé 543).

5.3 Analyse critique du discours

Bien que l'accompagnante de l'énoncé 1 nomme immédiatement les plaintes de la patiente sans aucune introduction et assume ainsi le rôle d'auteur (Goffman, 1981), à partir de l'énoncé 2, la dynamique du pouvoir et les schémas de communication habituels dans une consultation médicale sont à nouveau observés. En effet, le médecin occupe une position dominante en menant la conversation et en posant des questions, tandis que la patiente et ses accompagnantes jouent un rôle plus réactif.

Le choix de mener la conversation en français contribue également à l'asymétrie de la relation de pouvoir. Bien que tous les participants parlent le français en tant que deuxième langue, la compétence du médecin dans cette langue est considérablement supérieure à celle de la patiente et de ses accompagnantes. Cela renforce encore sa position dominante.

5.4 Impression personnelle

Le rôle des accompagnantes est complexe dans cette consultation médicale. D'une part, grâce à leur travail de traduction, ils contribuent partiellement à combler la barrière linguistique

entre le médecin et la patiente, ce qui permet au médecin de recueillir les informations nécessaires au diagnostic. D'autre part, il a été constaté dans cette consultation qu'ils ajoutent également leurs propres interprétations à la traduction, affectant ainsi l'objectivité de l'information. De plus, la présence des accompagnantes pourrait affecter la confidentialité de la consultation, ce qui pourrait rendre la patiente plus réticente à partager des informations sensibles.

5.5 Causes et effets des pauses

La première cause de l'utilisation des pauses est le *turn-taking delay*, c'est-à-dire le temps qui passe entre le tour d'une personne et la réponse d'une autre. Ce délai est généralement plus long dans les cultures arabes que dans les cultures occidentales (Almakrob & Ahdal, 2020). Dans les cultures occidentales, en particulier dans les contextes formels, on s'attend souvent à ce que la réponse soit relativement rapide. Cela s'explique par le fait que répondre rapidement est souvent considéré comme un signe d'engagement et d'efficacité (Tannen, 1984). En revanche, dans les cultures arabes, comme la marocaine, il peut y avoir une tendance à attendre plus longtemps pour répondre, surtout dans les situations où la conversation porte sur des sujets plus profonds ou lorsque l'accent est mis sur la politesse et la considération (Al-Khatib, 2003). Cependant, dans cette consultation médicale, il y a souvent un temps relativement long entre les tours des interlocuteurs (par exemple entre l'énoncé 5-7). Concernant l'accompagnante, cela est conforme aux attentes puisqu'elle est d'origine marocaine, mais pas concernant le médecin qui est d'origine belge. Le retard du médecin dans la prise de son tour peut éventuellement s'expliquer par une volonté d'éviter le stress. En effet, des recherches ont montré que le stress a un impact négatif sur la qualité d'une conversation médecin-patient (Thomas et al., 2007). Par exemple, les professionnels de santé stressés commettent plus rapidement des erreurs et font preuve de moins d'empathie envers les patients. La conséquence de la décision du médecin de prendre plus de temps avant de parler peut contribuer à réduire le stress tant chez elle que chez le patient et les personnes qui l'accompagnent. Il peut en résulter une atmosphère plus détendue et plus empathique pendant la consultation.

Une autre raison est le *traitement de l'information*. Lorsque le médecin apprend que la patiente a souffert de problèmes respiratoires et d'une crise d'angoisse (énoncé 1), il prend un moment pour traiter la gravité de cette information. La conséquence de ce traitement est que l'attention se déplace vers l'apparition des symptômes à l'énoncé 2 parce que le médecin veut comprendre la chronologie des symptômes de la patiente et parce qu'elle veut obtenir des

informations plus précises sur l'apparition des symptômes. Elle a également besoin de ces informations pour en discuter ultérieurement avec son supérieur.

Ce traitement de l'information se reflète également lorsque le médecin examine les autres symptômes qui pourraient correspondre à ceux de la patiente. Comme le médecin est encore en formation, ce processus peut prendre plus de temps que pour un médecin expérimenté. Un exemple peut être trouvé à l'énoncé 323 lorsqu'elle veut savoir si la patiente avait de la fièvre en plus de ses symptômes respiratoires. Par conséquent, cela permet au médecin de recueillir de meilleures informations pour poser le bon diagnostic ultérieurement.

Une troisième cause est la *barrière linguistique*. Le fait de ne pas pouvoir communiquer dans la langue maternelle peut entraîner des difficultés à comprendre les questions et à donner des réponses appropriées. On peut en voir un exemple dans l'énoncé 3, où l'accompagnante donne une réponse qui ne correspond pas à la question du médecin. L'utilisation des mots *comment on dit* montre également qu'il y a des difficultés à trouver les bons mots en français. Cela entraîne un retard dans le déroulement de la conversation et dans l'obtention des informations nécessaires.

Une quatrième cause est le fait de poser une *question à double barreau* comme dans l'énoncé 23. Lorsque deux questions sont posées en une, cela entraîne une confusion qui fait que la personne interrogée réfléchit plus longtemps avant de répondre à la question.

De plus, une pause peut être utilisée pour la *recherche de l'information*. À l'énoncé 85, lorsque le médecin demande quelle est la couleur du sang, l'accompagnante traduit *ce noir ou... ?* En lâchant un silence, elle espère motiver la patiente à répondre. Cela réussit également, puisque cette dernière répond à la question à l'énoncé 87.

En outre, les pauses et les hésitations peuvent être interprétées comme des *stratégies pour sauver la face*. Quand une accompagnante hésite à traduire, cela peut être considéré comme un moyen de garder la face. De même, le docteur peut utiliser des pauses pour réfléchir soigneusement à sa réponse afin de garder sa propre face et d'orienter la communication en fonction de son rôle professionnel.

Une dernière cause est une éventuelle *différence interculturelle*. Si la patiente dit *il y a quelque chose qui me fait mal à l'intérieur*, cela peut indiquer une différence interculturelle dans la cause d'un mal, comme décrit dans la section 5.2. Après cela, le médecin a besoin d'un moment pour traiter cognitivement cette information et peut-être faire le lien avec le modèle

explicatif marocain. Elle semble confuse car elle répète *elle a* et ne termine pas sa phrase (énoncé 157).

5.6 Causes et effets des hélistations aux stratégies de communication utilisées

L'une des causes de l'hésitation communicative est que l'orateur a besoin de plus de temps pour *traiter mentalement les informations*. L'une des stratégies utilisées à cet effet est *l'autorépétition*. À l'énoncé 3, l'accompagnante répète les mots *elle a* trois fois parce qu'elle a du mal à formuler ses pensées de façon cohérente et claire dans une langue étrangère. L'une des conséquences est que cela rend la communication plus inefficace parce qu'elle prend maintenant plus de temps qu'elle ne le devrait. Une autre conséquence est qu'avec sa réponse *ok* (tour 4), le médecin montre qu'il apprécie les efforts de son interlocuteur pour se faire comprendre, ce qui aura un effet positif sur la relation mutuelle.

Une autre cause est de *préciser* ce qui a été dit avant. Par exemple, lorsque le médecin demande *avec la chute (inc.) les autres chutes elle perd la connaissance ?* (énoncé 6) elle se corrige pour indiquer qu'il y avait plusieurs chutes. La stratégie utilisée pour corriger soi-même son discours est connue sous le nom de *stratégie d'autoréparation*. Par conséquent, le médecin clarifie la question en s'exprimant plus précisément. Un effet supplémentaire peut être que, parce que le locuteur reconnaît et corrige sa propre erreur, l'auditeur peut la trouver plus crédible, ce qui lui donne davantage confiance en elle.

Une autre stratégie utilisée dans ce cas pour préciser est *l'autoréflexion*. Lorsqu'elle discute de l'histoire passée, l'accompagnante dit *quatre mois, depuis quatre mois* (énoncé 41). La locutrice reformule la phrase pour ajouter plus de précision aux informations qu'elle fournit. En précisant que le traumatisme s'est produit il y a quatre mois, la locutrice fournit des informations plus spécifiques, ce qui rend le contexte du traumatisme plus clair pour le médecin. Cette précision peut être essentielle dans les contextes médicaux, où des détails tels que la chronologie des événements et la précision de l'échange d'informations peuvent avoir un impact direct sur l'établissement d'un diagnostic correct (Heritage, 1984).

Une troisième cause est l'utilisation d'une *stratégie de convergence* (Giles, 2007). Bien que tous les participants s'expriment dans une langue qui leur est étrangère, la compétence linguistique du médecin en français est meilleure que celle de ses interlocuteurs. Pour que la consultation se déroule plus harmonieusement, le médecin ajuste son choix de mots. Par exemple, après une courte pause, elle dit, *je vais d'abord écouter le dos madame* (tour 320) pendant l'examen physique. Elle utilise donc *dos* au lieu de *poumons*. Bien que *dos* et

poumons soient tous deux des parties du corps, le mot *dos* a plus de chances de faire partie du vocabulaire de ses interlocuteurs car il est utilisé plus fréquemment. L'utilisation d'un seul élément lexical alternatif est connue sous le nom de *stratégie d'approximation*.

Les *barrières linguistiques* peuvent également susciter des hésitations. Par exemple, si l'on ne connaît pas un mot de la langue étrangère ou si l'on n'est pas sûr d'utiliser le bon mot, cela peut entraîner l'utilisation de la *stratégie du marmonnement* comme dans *donc ça c'est pas (inc)* (énoncé 5) où l'accompagnante peut ne pas savoir exactement comment continuer la phrase ou avoir du mal à trouver les bons mots. La conséquence du marmonnement est qu'il y a une interruption dans le flux de la parole qui empêche le message d'être entièrement transmis. Cela peut entraîner à la confusion chez l'interlocutrice et cela peut réduire l'efficacité de la communication parce que le message n'est pas communiqué clairement.

Une barrière linguistique peut également conduire à *l'abandon du message* comme dans l'énoncé 325 où l'accompagnante ne termine pas la phrase *je me rappelle quand j'étais chez elle* après avoir marmonné. Par conséquent, cela réduit la possibilité de bien comprendre la situation médicale. Il entraîne également une interruption du flux de communication qui peut avoir un effet négatif sur l'efficacité de l'examen médical.

La cause finale est *la prise de conscience que la locutrice discute de quelque chose avec la mauvaise personne*. À l'énoncé 542, le médecin veut d'abord expliquer que les symptômes abdominaux ne sont pas dus à l'opération (*mais si elle a vraiment*). À ce stade, elle se rend probablement compte qu'elle ne devrait pas en discuter avec l'accompagnante mais avec son superviseur, et change alors sa phrase en *c'est insupportable pour elle ?* Le remplacement du message original par un nouveau message est connu sous le nom de *remplacement de message*. Par conséquent, de cette façon, le médecin fait preuve d'empathie envers la patiente, ce qui peut améliorer la relation entre eux.

5.7 Conclusion

Comme dans la première étude de cas, les pauses et les hésitations sont dues au stress, aux barrières linguistiques et aux différences culturelles ou peuvent être expliquées en grande partie par le cadre de participation de Goffman (1981), la théorie de la politesse de Brown et Levinson (1978) ou les relations de pouvoir mutuel. Par exemple, le stress entraîne des pauses pour gagner du temps lorsqu'il y a trop d'informations à traiter. Ces pauses permettent aux participants d'organiser leurs pensées et de formuler des réponses appropriées. En outre, il semble que le médecin utilise une stratégie de convergence pour prévenir ou réduire le stress,

qui implique des pauses plus longues correspondant à la durée des pauses dans les cultures arabes. Cette stratégie contribue à créer une atmosphère détendue et empathique.

De plus, toutes les personnes impliquées dans cette consultation médicale communiquent dans une lingua franca, ce qui implique plusieurs barrières linguistiques. Ces barrières entraînent des pauses qui ralentissent la communication et réduisent l'efficacité. Pour faire passer le message et surmonter les barrières, différentes stratégies de communication sont utilisées, telles que l'autoréparation et l'autorépétition (Dörnyei & Scott, 1997). Dans cette étude de cas, le médecin semble prendre en compte la différence de niveau de compétence en français des participants en appliquant une forme de communication plus inclusive, comme l'utilisation de l'approximation (Dörnyei & Scott, 1997), qui permet à ses interlocuteurs de mieux comprendre les questions. Par ailleurs, la barrière linguistique conduit au marmonnement (Dörnyei & Scott, 1997), par exemple lorsque l'accompagnante marmonne lorsqu'elle ne sait pas comment s'exprimer en français.

Les facteurs culturels sont également à l'origine des disfluences dans cette étude de cas. Par exemple, les pauses entre les prises de parole peuvent être utilisées dans certaines cultures comme un signe de respect et de politesse (Tannen, 1984). En outre, les pauses interculturelles permettent de traiter cognitivement le fait qu'il existe des différences culturelles dans la description de la couleur du sang, dans la manière d'exprimer la douleur et dans l'attribution de la cause d'une maladie. Le médecin réfléchit également à des stratégies de convergence, comme l'approximation, afin d'éviter les mots de confrontation pour ne pas choquer ses interlocuteurs d'une autre culture.

Les différents rôles dans le cadre de participation de Goffman (1981) peuvent également entraîner des pauses et des hésitations dans la communication. Lors d'une consultation médicale, les médecins occupent généralement le rôle d'auteur, puisqu'ils mènent la conversation, initient et formulent les messages. Les accompagnants et les patients, quant à eux, jouent souvent le rôle de principal, puisqu'ils répondent aux questions du médecin mais n'en posent pas eux-mêmes. Lorsque l'accompagnant assume le rôle d'auteur par inquiétude au début de la consultation, cela peut être une cause de confusion pour le médecin. Cette confusion peut amener le médecin à avoir besoin d'une pause pour traiter cette question d'un point de vue cognitif.

Le désir des participants de créer ou de maintenir une face positive ou négative (Brown & Levinson, 1978) peut également entraîner des pauses et des hésitations. Lorsque le médecin

pose une série de questions pour établir un diagnostic, elle menace la face négative du patient. La face négative fait référence au désir d'un individu d'être autonome et de ne pas être limité par les autres. Cependant, lorsque le médecin pose des questions détaillées, la patiente peut se sentir obligée de révéler des informations personnelles et peut avoir l'impression que sa vie privée et son autonomie sont menacées, ce qui provoque des pauses et des hésitations.

Les disfluences pour maintenir une face positive de soi-même ou de l'interlocuteur sont également fréquentes. Par exemple, lorsque le médecin fait preuve d'empathie, il y a souvent des pauses ou des hésitations pour trouver les bons mots afin de maintenir la face positive de lui-même et de la patiente. En outre, il y a des pauses avant que la patiente ne dise *oui* aux questions du médecin, par désir de donner une réponse socialement souhaitable et de faire une impression positive.

Enfin, les disfluences se manifestent en raison d'une relation de pouvoir asymétrique. La relation de pouvoir asymétrique entre le médecin, d'une part, et l'accompagnante et la patiente, d'autre part, est renforcée par la maîtrise supérieure de la langue française par le médecin. Cette supériorité linguistique du médecin peut entraîner des sentiments d'insécurité et d'infériorité chez l'accompagnante et la patiente. Par exemple, lorsque l'accompagnante tente d'expliquer les antécédents de la patiente en français, elle peut hésiter et marquer une pause, de peur de faire des erreurs ou d'être mal comprise. Ces hésitations reflètent les tensions et les malaises résultant d'une dynamique de pouvoir inégale, dans laquelle le médecin est non seulement dominant sur le plan médical, mais aussi sur le plan linguistique. Cela peut compliquer la consultation et perturber la communication, car le conseiller et la patiente s'efforcent de communiquer leurs préoccupations et leurs informations de manière efficace.

6. Conclusion

6.1 Introduction

Avant de répondre à la question de recherche dans la section 6.4, les deux sous-questions sont d'abord traitées dans les sections 6.2 et 6.3, respectivement. Pour répondre à ces questions, les causes et les conséquences des pauses et des hésitations dans les conversations interculturelles entre le médecin et le patient ont été examinées sous trois angles différents (*stress, barrières linguistiques et culture*). Les causes et les conséquences qui ne pouvaient être attribuées à ces trois catégories ont été rassemblées dans la catégorie *autres*. Les implications de cette étude pour la pratique sont ensuite décrites au point 6.5, tandis que certaines suggestions de recherches futures et les limites de cette étude sont discutées au point 6.6.

6.2 Sous-question 1

Cette section répond à la première sous-question, à savoir *quelles sont les causes et les conséquences des pauses dans la communication interculturelle au service des urgences d'un hôpital bruxellois ?* Pour répondre à cette question, les causes des pauses sont réparties en quatre catégories : (1) *le stress*, (2) *les barrières linguistiques*, (3) *la culture ou les différences culturelles* et (4) *d'autres facteurs*. Le stress, par exemple, peut conduire à des pauses pour traiter mentalement des informations chargées d'émotion. Ce temps supplémentaire permet à un locuteur de formuler une réponse appropriée qui ne se fait pas au détriment de sa propre face positive ni de celle de son interlocuteur (Brown & Levinson, 1978).

De plus, une pause peut également être utilisée pour éviter ou réduire le stress. Par exemple, des délais de prise de parole qui permettent à une consultation médicale de se dérouler plus calmement peuvent contribuer à créer une atmosphère plus détendue et plus empathique. Cela peut réduire le stress des patients et de leurs accompagnants, surtout s'ils viennent d'une culture où les temps d'attente plus longs entre les tours sont courants.

Deuxièmement, il y a les pauses causées par les barrières linguistiques. Celles-ci peuvent survenir parce que le médecin n'a pas la même langue maternelle que les patients et leurs accompagnants, utilisant ainsi une lingua franca. Cependant, cela peut créer des obstacles lexicaux, phonologiques ou syntaxiques qui conduisent à une pause pour réfléchir à la formulation correcte. Cependant, l'utilisation de ces pauses ne conduit pas toujours au résultat souhaité : par exemple, les questions ne sont pas bien comprises, ce qui peut entraîner des réponses incorrectes. Ces obstacles linguistiques ne rendent pas seulement la communication un peu plus difficile, mais peuvent également ralentir le processus de diagnostic.

Les pauses peuvent également être dues à la culture et aux différences culturelles. Par exemple, dans les cultures arabes, les pauses entre les tours sont généralement plus longues qu'en Occident, surtout lorsque l'accent est mis sur la politesse et la considération. Cela peut parfois conduire à une convergence des interlocuteurs occidentaux qui, par conséquent, prennent également plus de temps entre les tours.

De plus, une pause peut indiquer une différence culturelle dans la description des symptômes, comme la description de la couleur du sang en cas de vomissement de sang. Bien que cette différence culturelle soit enregistrée et prise en compte par une pause, la conversation se poursuit avec sa propre terminologie.

Une éventuelle différence culturelle dans la cause de l'apparition d'une maladie peut également susciter une pause. Alors que dans les cultures occidentales, une maladie est généralement attribuée à un trouble physique ou mental, dans d'autres cultures, comme certaines cultures marocaines, la cause est souvent recherchée en dehors du patient. Il en résulte une pause au cours de laquelle cette différence peut être enregistrée et traitée cognitivement, mais là encore, rien n'est fait de l'information obtenue.

Un dernier exemple de différence culturelle dans une consultation médicale est la perception de la dénudation du corps d'une femme. Dans certaines cultures, cette pratique peut être considérée comme tout à fait normale, alors qu'elle est interdite dans d'autres, comme dans certaines communautés musulmanes strictes qui vivent selon les règles du Coran. La demande du médecin de procéder à la dénudation peut entraîner une pause pendant laquelle cette demande est traitée sur le plan cognitif. Par la suite, la demande est encore ignorée dans un premier temps.

La quatrième catégorie, les autres facteurs, comprend les pauses utilisées par les locuteurs pour récupérer des informations. Le locuteur le fait en ne terminant pas sa phrase, mais grâce à l'intonation ascendante, l'interlocuteur comprend qu'il s'agit d'une demande à laquelle il donne les informations nécessaires.

Une autre pause s'est produite, pendant laquelle le médecin doit régler toutes sortes de questions pratiques pour l'examen médical, comme la prise de la tension artérielle. Le résultat est de permettre un examen médical conduisant à un meilleur diagnostic. Les patients peuvent ainsi recevoir les soins dont ils ont besoin.

Des pauses ont également été utilisées pour marquer la transition vers une autre partie de la consultation médicale. Par exemple, le passage des antécédents à la détermination de la localisation de la douleur. Ce marquage permet de mieux structurer la consultation et est également compris par les patients et leurs accompagnants.

Enfin, une pause s'est produite en raison d'une question à double barreau. Comme il est impossible de répondre à ce type de question en une seule fois, il en résulte une confusion qui nécessite un temps de traitement cognitif de la question. Par conséquent, l'accompagnant ne traduit qu'une partie de la question. Sur la base des analyses effectuées dans le cadre de cette étude, le Tableau 3 a été créé, résumant ce qui précède.

Tableau 3. Aperçu des causes et des conséquences des pauses dans les consultations médicales interculturelles : Liens entre les fonctions des pauses et le stress, les barrières linguistiques, la culture et d'autres facteurs.

Perspective	Fonction de pause	Cause	Conséquence
Stress	pause de traitement cognitif	gérer les émotions négatives	générer du temps supplémentaire pour formuler une réponse et garder la face
	pause de prise de parole	éviter ou réduire le stress	créer une atmosphère plus détendue et empathique
Barrière linguistique	pause de barrière linguistique	réfléchir à une formulation correcte	une communication plus difficile et un diagnostic plus retardé
Culture	pause de prise de parole / pause interculturelle	politesse et considération	convergence (parfois)
	pause interculturelle	différence dans la description des symptômes	les différences sont perçues, mais ne sont pas adaptées

		différence dans l'émergence des maladies	les différences sont perçues, mais ne sont pas adaptées
		différence de perception sur les questions sensibles	les différences sont ignorées par le médecin, mais le diagnostic devient possible
Autre	pause de recherche d'informations	demande d'informations complémentaires	des informations complémentaires sont fournies ; améliorer les diagnostics
	pause procédurales	organiser des aspects pratiques de l'examen physique	améliorer les diagnostics
	pause de transition de phase	indiquer le transfert vers une autre phase de la recherche	plus de structure dans la recherche
	pause de traitement cognitif	poser une question à double barreau	un diagnostic plus retardé

6.3 Sous-question 2

Cette section répond à la deuxième sous-question, à savoir *quelles sont les causes et les conséquences des hésitations dans la communication interculturelle au service des urgences d'un hôpital bruxellois ?* Pour répondre à cette question, les causes des hésitations constatées dans les cas peuvent être divisées en quatre catégories : (1) le stress, (2) les barrières linguistiques, (3) la culture ou les différences culturelles et (4) d'autres facteurs. Ces hésitations impliquent souvent des stratégies de communication décrites par Dörnyei et Scott (1997).

Le stress est un facteur qui peut provoquer des disfluences dans la communication, par exemple en cas de surcharge cognitive. À ce moment-là, le locuteur veut se donner plus de temps pour organiser ses pensées et utilise la stratégie de communication *l'utilisation d'éléments de remplissage* pour ce faire. Le locuteur dispose ainsi de plus de temps pour traiter mentalement les informations et formuler une réponse, ce qui favorise la fluidité de la conversation.

Les hésitations peuvent également provenir des barrières linguistiques. Communiquer dans une lingua franca peut parfois rendre plus difficile l'expression claire et cohérente des pensées. Dans ces situations, le déploiement de stratégies de communication comme *l'autorépétition* peut être un moyen de donner plus de temps pour formuler les pensées et de réduire la pression de répondre immédiatement. Une autre stratégie, *l'abandon de message*, peut être utilisée lorsque le vocabulaire de la langue étrangère est insuffisant, souvent en raison d'une méconnaissance du jargon médical. L'interlocuteur peut alors aider en utilisant des termes généraux plus simples, ce qui permet de comprendre le message et de poursuivre la communication. De plus, un interlocuteur peut se corriger s'il s'aperçoit qu'il a commis une erreur linguistique qui permet à l'auditeur de mieux comprendre le message. Si le locuteur ne connaît pas la forme correcte d'un mot, il peut se mettre à marmonner. Cela perturbe la communication et le message n'est pas transmis clairement.

La culture joue également un rôle dans l'utilisation des hésitations. Si le locuteur hésite à utiliser un mot culturellement sensible, il peut utiliser des *mots de remplissage*. Le temps supplémentaire ainsi gagné lui permet de réfléchir à l'utilisation d'une *approximation*, d'un mot lié au mot original mais non sensible. Cela permet à la consultation médicale de se dérouler de manière respectueuse.

Il existe également plusieurs stratégies de communication qui ne sont pas liées au stress, aux barrières linguistiques ou à la culture, comme *l'auto-rephrasage*. Par exemple, un locuteur, après avoir hésité, peut choisir de s'exprimer d'une manière plus polie, ce qui lui permet de conserver ou d'augmenter sa face positive (Brown & Levinson, 1978) et de contribuer à une relation professionnelle et respectueuse. De plus, la stratégie d'*autoréparation* peut être utilisée pour vérifier ou préciser des informations, ce qui favorise à la fois un diagnostic plus précis et l'évitement de malentendus. La répétition de mots ou de phrases peut indiquer clairement qu'un message a été compris, ce qui peut renforcer la relation médecin-patient. En revanche, une stratégie d'*autoréflexion* peut être utilisée pour spécifier des informations, ce qui contribue à un meilleur diagnostic. L'adaptation à l'interlocuteur (Giles & Ogay, 2007) peut se faire par approximation. Cela permet une meilleure compréhension de la communication, ce qui rend la consultation plus fluide. Enfin, la stratégie de remplacement de message peut être utilisée s'il s'avère que l'information est partagée avec la mauvaise personne, ce qui peut produire de l'empathie. Sur la base des analyses effectuées dans le cadre de cette étude, le Tableau 4 a été établi. Ce tableau résume les causes et les conséquences des

hésitations lors des consultations médicales interculturelles selon différentes perspectives, liées aux stratégies de communication utilisées.

Tableau 4. Aperçu des causes et des conséquences des hésitations dans les consultations médicales interculturelles combinées à des stratégies de communication : Liens avec le stress, les barrières linguistiques, la culture et d'autres facteurs.

Perspective	Stratégie de communication	Cause	Conséquence
Stress	Utilisation d'éléments de remplissage	Surcharge cognitive	Plus de temps pour le traitement cognitif de l'information et la formulation d'une réponse. La communication est plus fluide (pas de silences)
Barrière linguistique	Autorépétition	Défi de formuler des pensées claires et cohérentes dans une lingua franca	Plus de temps pour la formulation d'une réponse.
	Abandon de message	Manque de vocabulaire dans la lingua franca	L'interlocuteur aide le locuteur en utilisant un mot passe-partout qui est facile à comprendre
	Mot passe-partout	Le patient ou son accompagnateur ne connaît pas un terme médical et le médecin vient à la rescousse en utilisant un mot général et « vide ».	La conversation peut se poursuivre en reconnaissant le manque d'informations détaillées
	Autoréparation	Le locuteur s'aperçoit qu'il a commis une erreur linguistique	Le locuteur corrige son erreur et le message est compris par l'interlocuteur.
	Marmonner	Ne pas connaître la forme correcte d'un mot	Une interruption dans le flux de la parole qui empêche le

			message d'être entièrement transmis
Culture	Mot de remplissage	Le locuteur hésite à utiliser un mot sensible sur le plan culturel.	Le locuteur décide d'utiliser un mot qui est largement accepté en utilisant une approximation
	Approximation	Le locuteur décide d'utiliser un mot qui est largement accepté en utilisant un terme apparenté qui partage des caractéristiques sémantiques avec le mot cible.	Elle conduit à une consultation médicale respectueuse dans laquelle les mots qui peuvent être perçus comme embarrassants sont évités
Autre	Auto-rephrasage	Le locuteur se rend compte que ce qu'il dit peut également être formulé de manière plus polie	Elle contribue à une relation professionnelle et respectueuse.
	Autoréparation	Une phrase affirmative est transformée en phrase interrogative	Les informations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic sont obtenues
		Préciser les informations	Prévenir les malentendus
	Autorépétition	Elle met l'accent sur la compréhension du message	Cela montre que le médecin soutient et comprend le patient, ce qui renforce leur relation.
	Autoréflexion	Préciser les informations	L'amélioration du processus de diagnostic
	Approximation	S'adapter à l'interlocuteur en utilisant des mots plus	Une meilleure compréhension et une consultation plus harmonieuse

simples qui peuvent
être plus faciles à
comprendre

Remplacement de
message

Prise de conscience que
les informations sont
partagées avec la
mauvaise personne

Fait preuve d'empathie, ce qui
peut améliorer la relation
médecin-patient

6.4 La question de recherche

En utilisant les réponses aux sous-questions des sections 6.2 et 6.3 et les conclusions des deux cas, la question de recherche sera répondue, à savoir *quelles sont les causes et les conséquences des pauses et des hésitations dans la communication interculturelle au service des urgences d'un hôpital bruxellois ?*

Les causes et les conséquences des pauses et des hésitations dans la communication interculturelle au service des urgences d'un hôpital bruxellois peuvent être expliquées sous plusieurs angles, à savoir le stress, les barrières linguistiques, les différences culturelles et d'autres facteurs.

Le stress peut provoquer des disfluences dans la communication, en particulier en cas de surcharge cognitive. Cela peut conduire à des pauses pendant lesquelles le locuteur traite des informations chargées d'émotion et formule une réponse appropriée sans endommager son propre face positive ou celle de son interlocuteur (Brown et Levinson, 1978). En revanche, des pauses plus longues entre les tours peuvent contribuer à réduire le stress, en particulier pour les interlocuteurs issus de cultures dans lesquelles il est d'usage de prendre plus de temps entre les tours. Cela permet une consultation médicale plus calme et favorise une atmosphère plus détendue et empathique.

Lorsque le médecin n'a pas la même langue maternelle que les patients et leurs accompagnants, une lingua franca est souvent utilisée. Cependant, cela peut entraîner des obstacles lexicaux, phonologiques et syntaxiques, conduisant à des pauses ou à des hésitations au cours desquelles on réfléchit à la formulation correcte. Ceux-ci ne sont pas toujours favorables à la communication : les questions ne sont pas toujours bien comprises, ce qui peut entraîner des réponses erronées ou retarder le processus de diagnostic. Pour surmonter ces obstacles linguistiques, le médecin, le patient et ses accompagnants appliquent différentes

stratégies de communication. Par exemple, *l'autorépétition* est utilisée pour donner plus de temps à la formulation des pensées et réduire la pression de répondre immédiatement. En outre, *l'abandon de message* peut être utilisé lorsque le vocabulaire de la langue étrangère est déficient, ce qui permet au message d'être compris et à la communication de se poursuivre. Même avec ces stratégies, des obstacles peuvent survenir. Lorsqu'un locuteur fait une erreur linguistique ou ne connaît pas la forme correcte d'un mot, cela peut entraîner des marmonnements ou d'autres perturbations dans la communication, ce qui empêche le message d'être transmis clairement.

Le troisième facteur est celui des différences culturelles. Celles-ci peuvent provoquer des pauses dans la communication interculturelle au sein du service des urgences d'un hôpital bruxellois. Ces pauses se produisent, par exemple, lorsqu'il y a des différences dans la description des symptômes de la maladie ou dans la perception des causes possibles de la maladie. Bien que les différences dans ces pauses soient traitées cognitivement, la conversation se poursuit sans ajustement du point de vue.

Une autre différence culturelle qui peut provoquer des pauses concerne la perception de la dénudation du corps d'une femme. Alors que dans certaines cultures, cette pratique est considérée comme normale, dans d'autres, elle est considérée comme taboue. Dans ce dernier cas, une demande de dénudation peut provoquer des pauses au cours desquelles cette demande est traitée cognitivement et, dans un premier temps, ignorée.

De plus, la culture joue également un rôle dans l'utilisation des hésitations au cours de la communication. Si un locuteur hésite à utiliser un mot culturellement sensible, il peut utiliser des mots de remplissage pour se donner le temps de réfléchir à une manière respectueuse de faire passer le message, par exemple en utilisant un mot lié au mot d'origine (approximation) mais moins sensible. Cela contribue à rendre la consultation médicale respectueuse et efficace dans un contexte interculturel.

De plus, les pauses et les hésitations peuvent être expliquées à partir du cadre de participation de Goffman (1981), qui peut être utilisé pour décrire les interactions sociales complexes et les rôles que les médecins, les patients et les accompagnants jouent ou sont censés jouer. Selon cette théorie, les médecins jouent le rôle d'auteur lorsqu'ils lancent des sujets au cours de la consultation médicale en posant des questions aux patients et à leurs accompagnants. Ces derniers sont ensuite supposés répondre à ces questions, jouant ainsi le rôle de principal.

Cependant, il n'est pas toujours facile de répondre à ces questions, car ils se heurtent à des barrières linguistiques ou ne sont pas toujours au courant des détails médicaux. Cela peut nécessiter une pause pour traiter cognitivement l'information et formuler une réponse.

Lorsque les rôles sont inversés, une pause semble nécessaire pour traiter cognitivement l'inversion des rôles. Par ailleurs, lors d'une consultation médicale, les médecins jouent souvent le rôle d'animateur, par exemple lorsqu'ils souhaitent examiner physiquement un patient. Cependant, la préparation de l'examen physique prend du temps, ce qui conduit à des pauses procédurales.

La théorie de la politesse de Brown et Levinson (1978) permet de mieux comprendre comment les modèles de communication et de politesse peuvent provoquer des pauses et des hésitations. Cette théorie distingue la face positive, le désir d'être valorisé et respecté, et la face négative, le désir d'être indépendant et de ne pas être dérangé. Dans un contexte médical, les questions personnelles du médecin menacent souvent la face négative du patient ou de son accompagnant en portant atteinte à leur vie privée et à leur autonomie. Cela peut conduire à des pauses au cours desquelles les patients ou leurs accompagnants réfléchissent à la manière de révéler des informations personnelles sans se sentir mal à l'aise. D'un autre côté, des pauses peuvent également se produire lorsque les médecins tentent de maintenir leur propre face positive ou celle des patients en faisant preuve d'empathie et en réfléchissant soigneusement à la formulation de ce qu'ils veulent communiquer.

Les relations de pouvoir inégales entre les médecins et les patients jouent également un rôle dans les disfluences. Dans les consultations médicales interculturelles, les médecins jouissent souvent d'une supériorité à la fois linguistique et professionnelle. D'un point de vue linguistique, parce qu'ils maîtrisent mieux la lingua franca que les patients et leurs accompagnants, et d'un point de vue professionnel, parce que de nombreuses personnes admirent un médecin en raison de son expertise. Cela peut entraîner un sentiment d'insécurité chez les patients et leurs accompagnants, qui se sentent alors incapables de transmettre des informations de manière efficace.

Il y a plusieurs autres facteurs qui peuvent causer des pauses dans la communication pendant les consultations médicales. Par exemple, les locuteurs peuvent utiliser les pauses pour récupérer des informations en ne terminant pas une phrase. L'intonation augmente et indique qu'il s'agit d'une demande. L'interlocuteur le comprend et répond.

Une autre pause se produit lorsque les médecins doivent régler des questions pratiques pour l'examen médical, comme la prise de la tension artérielle. Ces pauses contribuent à un meilleur diagnostic car elles permettent d'effectuer l'examen médical et donc de fournir au patient les soins nécessaires.

De plus, les pauses sont utilisées pour marquer la transition vers une autre partie de la consultation médicale, par exemple des antécédents à la détermination de la localisation de la douleur. Ces marques structurent davantage la consultation et sont comprises à la fois par les patients et leurs accompagnants.

Un autre exemple de facteur pouvant provoquer des pauses est le fait de poser des questions complexes auxquelles on ne peut pas répondre immédiatement, comme une question à double barreau. Ces questions entraînent une certaine confusion et nécessitent un temps de traitement cognitif avant de pouvoir donner une réponse.

Il existe également plusieurs stratégies de communication utilisées pour surmonter les problèmes de communication et améliorer la qualité de la consultation médicale. Par exemple, *l'auto-réflexion* permet aux locuteurs de s'exprimer de manière polie, en préservant à la fois leur face positive et celle de l'interlocuteur et en contribuant à une relation professionnelle et respectueuse. Des stratégies d'*auto-réparation* et d'*auto-réflexion* peuvent également être utilisées pour clarifier les informations et améliorer la précision du diagnostic, tandis que des ajustements à l'interlocuteur et des stratégies comme le remplacement de message peuvent être appliqués pour éviter les malentendus et faire preuve d'empathie.

6.5 Recommandations pour la pratique

Les disfluences dans les consultations médicales interculturelles ne sont pas seulement dues aux barrières linguistiques, mais aussi à plusieurs autres facteurs, comme la relation de pouvoir entre le médecin et le patient, le stress et la culture, comme l'a montré cette étude. Il est donc conseillé de former les médecins et les jeunes médecins à ces causes afin de traiter ces facteurs le plus efficacement possible.

Ainsi, les barrières linguistiques constituent un défi important dans la communication interculturelle au sein des établissements de santé (Al Shamsi et al., 2020) où, entre autres choses, elles entraînent des retards de communication et empêchent les médecins d'obtenir des informations précises sur les antécédents médicaux et les plaintes du patient (Cox & Lazaro Gutiérrez, 2016). Pour surmonter ces obstacles, il serait souhaitable de sensibiliser les médecins à la diversité des langues parlées par leurs patients et de faire appel à des interprètes

professionnels si possible (Ramirez et al., 2008). Si cela n'est pas possible en raison de contraintes de temps et/ou d'un manque de ressources financières, il peut être utile d'utiliser des approximations pour transmettre des informations essentielles et faciliter la communication (Dörnyei & Scott, 1997).

La relation de pouvoir inégale entre le médecin et le patient peut également être un aspect qui peut conduire à des problèmes de communication. Dans de nombreuses cultures, le médecin est considéré comme une autorité dotée de connaissances et d'expertise. De peur de saper l'autorité du médecin, les patients peuvent être réticents à poser des questions ou à exprimer leurs inquiétudes (Street, 1991). Les médecins doivent donc être formés à encourager la participation active des patients. Les médecins peuvent la promouvoir en s'investissant dans la création d'un lien mutuel plus fort avec les patients et en communiquant avec eux d'une manière positive (Street et al., 2005).

De plus, le médecin et le patient peuvent être stressés lors d'une consultation médicale, ce qui peut provoquer des disfluences. Par exemple, les patients peuvent être anxieux en raison de leur situation médicale (Knopp et al, 1996), ce qui peut les rendre moins capables de s'exprimer clairement et, par exemple, d'utiliser des éléments de remplissage (Woodberg et al, 2015). D'autre part, les médecins peuvent être stressés parce qu'ils doivent, par exemple, prendre des décisions qui peuvent avoir des conséquences importantes pour le patient (Knopp et al, 1996). Toutefois, une formation peut être dispensée sur la manière de gérer le stress à l'aide de méthodes comme les techniques de respiration (De Herdt et al, 2013).

Enfin, les facteurs culturels jouent un rôle important dans les disfluences de la communication interculturelle. Par exemple, certains sujets de conversation peuvent être acceptés dans une culture et non dans d'autres (Tannen, 1985). Il est donc conseillé de proposer aux médecins une formation à la sensibilité culturelle dans le cadre de laquelle celle-ci est développée et entraînée (Majumbar et al., 1999).

6.6 Limitations de l'étude et suggestions de recherches futures

La première limitation est l'accent limité mis sur la communication non verbale car seuls des clips audio, des transcriptions et des *walk and talk interviews* ont pu être utilisés pour l'analyse. Par conséquent, des éléments non verbaux importants tels que le langage corporel, les expressions faciales et les gestes n'ont pas pu être analysés alors qu'ils jouent un rôle important dans les interactions (Knapp, 1972). Cela aurait pu conduire à une compréhension incomplète de la dynamique de communication entre les participants aux consultations.

Une deuxième limite de cette étude est que la présence du chercheur A. Cox et le fait que des enregistrements audio aient été réalisés lors des consultations médicales ont pu affecter la communication des participants. Ce phénomène, dans lequel les participants modifient leur comportement parce qu'ils font partie d'une étude scientifique, est connu sous le nom d'effet Hawthorne (Hart, 1943).

Une recommandation pour les recherches futures est d'utiliser des entretiens en marchant et en parlant non seulement avec les médecins, mais aussi avec les patients et leurs accompagnants. Cela permettrait de mieux comprendre les causes et les conséquences des disfluences et la manière dont ils les ont expérimentées.

Références

- Al-Khatib, H. (2003). Language Alternation among Arabic and English Youth Bilinguals: Reflecting or Constructing Social Realities? *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 6(6), 409–422.
- Almakrob, A.Y., & Al-Ahdal, A. (2020). Culture-specific aspects of turn-taking: An analysis of conversations in a Saudi context. *SSRN Electronic Journal* 16 (2.1), 50-69.
- Al Shamsi, H., Almutairi, A.G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020) Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Medical Journal* 35(2), e122.
- Angus, D., Watson, B., Smith A., Gallois C., & Wiles, J. (2012). Visualising conversation structure across time: Insights into effective doctor-patient consultations. *PLOS ONE* 7(6), e38014.
- Arda. (2024). *World religion*. <https://www.thearda.com/world-religion/national-profiles?u=155c>.
- Baban, F. , & Rygiel, K. (2017). Living with others: fostering radical cosmopolitanism through citizenship politics in Berlin. *Ethics & Global Politics*, 10 (1) , 98-116.
- Banse, R., & Scherer, K. R. (1996). Acoustic profiles in vocal emotion expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 614–636.
- Benda, N. C., Fairbanks, R. J., Higginbotham, D. J., Lin, L., & Bisantz, A. M. (2019). Observational study to understand interpreter service use in emergency medicine: Why the key may lie outside of the initial provider assessment. *Emergency Medicine Journal*, 36(10), 582–588.
- Bisa (2024). *Perspective Brussels*. <https://bisa.brussels/cijfers/kerncijfers-per-gemeente/stad-brussel>.
- Blommaert, J., & Bulcaen, C. (2000). Critical discourse analysis. *Annual Review of Anthropology*, 29, 447–466.
- Bourdieu, P. (1982). *Langage et pouvoir symbolique*. Paris : Points.
- Bousetta, H., Favell, A., & Martiniello, M. (2018). Governing multicultural Brussels : Paradoxes of a multi-level, multi-cultural, multi-urban anomaly. *Journal of Ethnic and migration studies*, 44 (12), 2070-2085.
- Brown, P. & Levinson, S.C. (1978). Universals in language usage: Politeness phenomena. In E.N. Goody (Ed.), *Questions and Politeness: Strategies in Social Interaction* (pp.56-311). Cambridge: Cambridge University Press.
- Burgoon, J.K., Guerrero, L.K. , & Floyd, K. (2010). *Nonverbal communication*. Boston:

- Allyn & Bacon.
- Cenoz, J. (2000). Pauses and hesitation phenomena in second language production. *Review of Applied Linguistics*, 127-128, 53-69.
- Charon, R., Greene, M.G., & Adelman, R.D. (1994). Multi-dimensional interaction analysis: A collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science and Medicine*, 39 (7), 955-965.
- Coran. (s. d.). *Coran en Ligne*. <http://www.coran-en-ligne.com/coran-en-arabe.html>.
- Cox, A. (2015). Ethnographic research on ad hoc interpreting in a linguistically diverse emergency department: The challenges of data collection. *New Voices in Translation Studies*, 12, 30-49.
- Cox, A. (2017). The dynamics of (mis)communication in language discordant multi-party consultations in the emergency department. Vrije Universiteit Brussel.
- Cox, A., & Lázaro Gutiérrez, R. (2016). Interpreting in the emergency department: How context matters for practice. In F. M. Federici (Ed.), *Mediating emergencies and conflicts* (pp. 33-58). (Palgrave Studies in Translating and Interpreting). Palgrave Macmillan. <http://www.palgrave.com/us/book/9781137553508>
- Cox, A., & Li, S. (2020). The medical consultation through the lenses of language and social interaction theory. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 25 (1), 241-257.
- Degabriel, D., Petrino, R., & Frau, E.D. (2023). Factors influencing patients' experience of communication with the medical team of the emergency department. *Internal and Emergency Medicine*, 18, 2045–2051.
- De Herdt, A., Simons, J., & Probst, M. (2013). Relaxatietherapie in de GGZ. In: van Wilgen, C., Calders, P., Geraets, J., Nijs, J., Veenhof, C., van Wegen, E. (eds) *Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie* (pp. 247-262). Houten: Bohn Stafleu van Loghum,
- Dörnyei, Z., & Scott, M. L. (1997). Communication strategies in a second language: Definitions and taxonomies. *Language Learning*, 47, 173-210.
- Dörnyei, Z. (2020). *Innovations and challenges in language learning motivation*. Abingdon: Routledge
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Times Books.
- Flores, G., Laws, M.B., Mayo, S.J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., & Hardt, E.J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.

- Fraser, K.L., Ayres, P., & Sweller, J. (2015). Cognitive Load Theory for the Design of Medical Simulations. *Simulation in Healthcare, 10*(5):295-307.
- Gezondheid en Wetenschap (2024). *Bloedbraken(hematemese)*.[https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/bloedbrakenhematemese#:~:text=Bloedbraken%20\(hematemese\),%2D%20Pati%C3%ABntenrichtlijn%20%2D](https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/bloedbrakenhematemese#:~:text=Bloedbraken%20(hematemese),%2D%20Pati%C3%ABntenrichtlijn%20%2D).
- Giles, H., & Ogay, T. (2007). Communication Accommodation Theory. In B. B. Whaley & W. Samter (Eds.), *Explaining communication: Contemporary theories and exemplars* (pp. 293–310). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gilquin, G. (2008). Hesitation markers among EFL Learners: Pragmatic deficiency or difference? In J. Romero-Trillo (Ed.), *Pragmatics and corpus linguistics: A mutualistic entente* (pp. 119-149). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Goffman, E. (1955). On face-work: An analysis of ritual elements in social interaction. *Journal for the Study of Interpersonal Processes, 18*, 213-231.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: Essays on face to face behavior*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1981). *Forms of talk*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Goodwin, C. (1981) *Conversational organization - Interaction between speakers and hearers*. New York: Academic Press.
- Hart, C.W.M. (1943): The Hawthorne experiments. *The Canadian Journal of Economics and Political Science, 9*(2), 150-163.
- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and Ethnomethodology*, Cambridge: Polity Press.
- Heritage, J., & Maynard, D.W. (2006). *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hermans, P. (2007). *De wereld van de Djinn: Traditionele Marokkaanse geneeswijzen*. Amsterdam: Bulaaq.
- Jacobs, T., Vanreusel, I., Monsieurs, K., & Haine, S.E. (2018). Taalbarrières in de huisartsenpraktijk : wat zijn de gevolgen en hoe kan het beter? *Huisarts Nu, 47*, 131-133.
- Jan, R. (2022). Critical Discourse Analysis: A retrospective approach to examining social issues and challenges. *International Journal of Early Childhood Special Education, 14* (5), 6273-6280.
- Jalil, A., Zakar, R., Zakar, M.Z., & Fischer, F. (2017). Patient satisfaction with doctor-patient interactions: A mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BMC Health Services Research, 17*, 155.

- Johnstone, T. (2001). The effect of emotion on voice production and speech acoustics. University of Western Australia & University of Geneva.
- Jongen, C.S., McCalman, J., & Bainbridge, R.G. (2017). The implementation and evaluation of health promotion services and programs to improve cultural competency: A systematic scoping review. *Front Public Health*, 27(5), 24.
- 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. *Health Services Research*, 42(2), 727-54.
- Kirmayer, L.J. (2010). *Culture and mental health in Haiti: A literature review*. Geneva: WHO.
- Kletečka-Pulker, M., Parrag, S., Droždek, B., & Wenzel, T. (2018). Language barriers and the role of interpreters: A challenge in the work with migrants and refugees. In T. Wenzel & B. Droždek, (Eds.) *An Uncertain Safety* (pp.345-361). New York: Springer.
- Knapp, M.L. (1972). *Nonverbal communication in human interaction*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Knopp, R., Rosenzweig, S., Bernstein, E., & Totten, V. (1996). Physician-Patient Communication in the Emergency Department, Part 1. *Academic Emergency Medicine* 3 (11): 1065–1076.
- Leppink, J., & van den Heuvel, A. (2015). The evolution of cognitive load theory and its application to medical education. *Perspectives on Medical Education*, 4(3), 119-27.
- Liu, S., Volcic, Z., & Gallois, C. (2019). *Introducing intercultural communication: Global cultures and contexts*. Los Angeles: Sage.
- López, L., Wilper, A.P., Cervantes, M.C., Betancourt, J., & Green A.R. (2010). Racial and sex differences in emergency department triage assessment and test ordering for chest pain, 1997-2006. *Academic Emergency Medicine*, 17(8), 801-808.
- Majumdar, B., Keystone, J.S , & Cuttress, L.A.(1999). Cultural sensitivity training among foreign medical graduates. *Medical Education* 33(3), 177-184.
- Morgan, S., & Yoder, L.H. (2012). A concept analysis of person-centred care. *Journal of Holistic Nursing*, 30 (1), 6-15.
- Ramirez, D., Engel, K.G., & Tang, T.S. (2008). Language interpreter utilization in the emergency department setting: A clinical review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(2), 352–362.
- Rimmer, A. (2020). Can patients use family members as non-professional interpreters in

- consultations? *British Medical Journal*, 368, m 447.
- Roberts, C., & Sarangi, S. (2005). Theme-oriented discourse analysis of medical encounters. *Medical Education* 39(6):632-40.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turntaking for conversation. *Language*, 50, 696-735.
- Scherer, K. R. (1982). Methods of research on vocal communication: Paradigms and parameters. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Handbook of Methods in Nonverbal Behavior Research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scherer, K.R. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99(2), 143-65.
- Seidlhofer, B. (2005). English as a lingua franca. *ELT Journal*, 59 (4), 339–341.
- Selinker, L. (1972). Interlanguage. *International Review of Applied Linguistics in Language Teaching*, 10, 209-241.
- Solé-Auró, A., & Crimmins E.M. (2008). Health of immigrants in European countries. *International Migration Review*, 42(4), 861-876.
- Statista (2024). *Population of Belgium from 2009 to 2023, by origin*.
<https://www.statista.com/statistics/519586/population-of-belgium-by-origin/>
- Stivers, T. (2005) Parent resistance to physicians' treatment recommendations: One resource for initiating a negotiation of the treatment decision. *Health Communication*, 18 (1), 41-74.
- Stivers, T., & Robinson, J. (2006). A preference for progressivity in interaction. *Language in Society*, 35, 367-392.
- Street, R.L., L., Gordon, H. S., Ward, M.M., Krupat. E., & Kravitz,R.L.(2005). Patient participation in medical consultations: Why some patients are more involved than others. *Medical Care* 43(10), 960-969.
- Tannen, D. (1984). The pragmatics of cross-cultural communication. *Applied Linguistics* 5 (3), 189-195.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation*. New York: William Morrow & Co.
- Tannen, D. (1995). *You just don't understand: Talking from 9 to 5*. Londres: Virago.
- Thomas, M.R., Dyrbye, L.N., Huntington, J.L., Lawson, K.L., Novotny, P.J., Sloan , J.A., & Shanafelt, T.D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177-83.
- Treadwell, D., & Davis, A. (2020). *Introducing communication research: Paths of inquiry*.

- London: Sage Publications Ltd.
- Tuohy D., & Wallace, E. (2022). Ensuring effective intercultural communication in the emergency department. *Emergency Nurse*, 30 (4), 33-40.
- UZ Gent (s.d.). *Verloop van de spoedopname*. <https://www.uzgent.be/patient/zoek-een-arts-of-dienst/spoedgevallendienst/verloop-van-despoedopname#:~:text=observatie%20en%20opname-,Triage,geeft%20van%20de%20mogelijke%20wachtijd>.
- Van Merriënboer, J.J., Sweller, J. (2010). Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. *Medical Education* 44(1), 85-93.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethical and racial studies*, 30 (6), 1024-1054.
- Watanabe, M., & Rose, R.L. (2010). Pausology and Hesitation Phenomena in Second Language Acquisition.
- Wiese, R. (1984). Language production in foreign and native languages: same or different? In H. W. Dechert, D. Möhle & M. Raupach (Eds), *Second Language Productions* (pp. 11-25). Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Wodak, R. (2002). What CDA is about – a summary of its history, important concepts and its development. In R. Wodak & M. Meyer (Eds), *Methods of critical discourse analysis* (pp.1-13). London: Sage Publications.
- Woodberg, A., Graetzer, S., Hunter, E.J., & Bottalico, P. (2015, le 15 mai). *Effect of social stress on disfluency and fundamental frequency in speech*. Conference Michigan Speech-Language-Hearing Association at Lansing, Michigan.
- World Bank. (2023). *World development report 2023: Migrants, refugees, and societies*. World Bank. <http://hdl.handle.net/10986/39696>.
- Yin, R.K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Londres: Sage Publications Ltd.
- Yin, R.K. (2014). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. Londres: Sage Publications Ltd.
- Yngve, V. H. (1970). *On getting a word in edgewise*. In CLS-70 (pp. 567–577). Chicago: University of Chicago.
- Zendedel, R. (2010). ‘Dat wil je gewoon niet weten van je moeder!’; ervaringen van jongvolwassenen met informeel tolken tijdens het medisch consult [Masterthesis Communicatiestudies]. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Annexes

Annexe 1 : Tannen (1984)

Tannen (1984) identifie huit facteurs qui peuvent rendre la communication difficile entre des locuteurs de cultures différentes.: (1) quand parler : quand est-il approprié de parler (2) que dire : ce qu'il est ou n'est pas approprié de dire, (3) rythme et pause : la vitesse d'élocution et la durée des pauses entre les énoncés, (4) écouter : est-il approprié de regarder l'interlocuteur tout en parlant et l'utilisation d'interjections telles que wow est-elle attendue ou non, (5) intonation : les variations de hauteur, de volume et de rythme peuvent transmettre des significations différentes, (6) formule: ce qui est une expression familière pour une culture peut sembler poétique pour une autre, (7) indirect : certaines cultures sont plus directes dans la communication tandis que d'autres sont plus implicites et (8) cohésion et cohérence: comment le discours est organisé et comment les éléments sont reliés entre eux.

Annexe 2: transcription du cas 1 (une femme marocaine enceinte atteinte de syphilis)

1.	00:09.5	DOC	voilà, je me présente, je m'appelle le docteur XXX. dites-moi, qu'est-ce qu'il vous arrive?
2.	00:13.4	COM	écoutez, ma femme est ence COME
3.	00:15.4	DOC	ence COME de combien de..?
4.	00:15.5	COM	ence COME de quatre mois et dix jours
5.	00:16.8	DOC	quatre mois. elle est suivi ici à Sa COM-Pierre ?
6.	00:18.8	COM	ouai
7.	00:18.3	DOC	par qui?
8.	00:26.2	COM	parce qu'on l'a suivi par ailleurs et maCOM enant il va me donner pour ici à Sa COM-Pierre. parce qu'elle avait l'année passée, elle est venu ici
9.	00:26.3	DOC	ici?
10.	00:29.4	COM	ici et alors elle est sortie pour tout ici
11.	00:29.7	DOC	et qu'est-ce qu'il lui arrive?
12.	00:31.8	COM	maCOM enant elle a là
13.	00:31.5	DOC	mal au dos?
14.	00:32.4	COM	non non, ici, un bouton, tu vois?
15.	00:33.6	DOC	un bouton?
16.	00:35.0	COM	ouai oua
17.	00:38.3	DOC	montrez moi
18.	00:39.6	COM	c'est entre les fesses. comme l'année passée, elle avait..
19.	00:41.1	DOC	elle avait la même chose?
20.	00:42.6	COM	ouai
21.	00:42.7	DOC	et ça revient?
22.	00:44.0	COM	ça revient
23.	00:45.0	DOC	alala
24.	00:45.1	COM	ouai
25.	00:48.6	DOC	montrez-moi. je vais vous débarrasser. elle fait de la température?
26.	00:50.2	COM	<non>
27.	00:51.5	DOC	chaud? Frissons?
28.	00:51.6	COM	ouai un peu
29.	00:52.3	PAT	oui oui
30.	00:52.4	DOC	un peu de frissons?

31.	00:52.5	COM	ouai
32.	00:52.6	DOC	alors on va prendre les paramètres
33.	00:54.9	COM	((enfant))
34.	00:55.8	DOC	voilà, attendez, je vais mettre le lit propre ici ...
35.	01:03.0	DOC	voilà, allongez-vous ...
36.	01:25.4	COM	((chantonne))
37.	01:25.6	DOC	ça va gonfler dans le bras enfaite
38.	01:29.7	COM	oui oui
39.	01:29.8	PAT	et ma tête aussi elle tourne beaucoup ARAB ...
40.	01:34.1	COM	en plus, la tête elle tourne, elle a la tête qui tourne
41.	01:36.4	DOC	ça, ça arrive bien souvent quand on est ence COMe
42.	01:37.7	COM	ah ouai
43.	01:43.5	DOC	fermez la bouche. elle prend des.. est-ce qu'elle prend des vitamines?
44.	01:45.3	COM	ouai, des vitamines
45.	01:45.4	DOC	très bien ...
46.	01:49.5	COM	((contre enfant qui pleure))
47.	01:50.2	DOC	pas de température
48.	01:50.5	COM	ah bein ça va alors ...
49.	01:52.3	DOC	elle n'a pas de température, ça c'est bien
50.	02:02.1	DOC	on va attendre les résultats pour la tension
51.	02:02.2	COM	ouai
52.	02:02.3	DOC	vous avez beaucoup d'enfants?
53.	02:03.0	PAT	non
54.	02:04.6	COM	non, la première elle est là
55.	02:04.9	DOC	ah ouai, elle va bien?
56.	02:07.5	COM	ouai, ça va
57.	02:08.9	DOC	elle a un petit bouton rouge là, c'est quoi?
58.	02:10.2	COM	ouai, je sais pas c'est quoi
59.	02:13.1	DOC	montrez moi
60.	02:17.3	COM	je sais pas moi qu'est-ce qu'elle a.hier elle avait ça le matin
61.	02:19.3	DOC	vous donnez pas un bisou?
62.	02:20.0	COM	je crois, ouai
63.	02:20.2	DOC	montrez moi
64.	02:20.4	ENF	((pleure))
65.	02:20.6	DOC	un petit moustique
66.	02:20.8	COM	ouai, un petit moustique je crois
67.	02:21.5	DOC	montrez moi
68.	02:24.5	COM	apapap ((contre enfant))
69.	02:23.0	DOC	a::h

70.	02:27.2	ENF	((pleure))
71.	02:27.3	DOC	c'est un petit moustique
72.	02:27.4	COM	un petit moustique, ouai
73.	02:35.1	DOC	s'il grossit, fallait voir le (??)
74.	02:35.2	DOC	pas de tension, un bon rythme cardiaque, pas de température montrez-moi le bouton
75.	02:40.5	COM	juste ici monsieur. enlève ça (ARAB contre PAT)
76.	02:43.2	PAT	j'enlève ça? ARAB
77.	02:47.1	COM	oui ARAB
78.	02:50.4	PAT	les genoux?
79.	02:50.5	DOC	oui, s'il vous plait
80.	02:52.1	PAT	oui
81.	02:59.0	DOC	on va enlever, voilà. je vais..excusez-moi, je vais mettre des gants...
82.	03:17.2	DOC	attendez hein, restez comme ça
83.	03:23.0	COM	ouai ouai. L'année passée elle a commencé comme ça et après ça a pris..
84.	03:24.6	DOC	ici?
85.	03:24.7	PAT	oui
86.	03:45.4	DOC	allongez-vous un peu, couchez-vous sur le dos
87.	03:45.5	COM	ouai
88.	03:48.2	DOC	euhm, sur l'autre dos
89.	03:49.7	COM	ouai comme ça
90.	03:52.1	DOC	>non non non< sur le dos, sur le dos
91.	03:52.2	COM	voila
92.	03:52.9	DOC	voila
93.	03:55.1	PAT	comme ça? ARAB
94.	04:01.2	DOC	on va regarder le ventre. ça fait mal ici?
95.	04:02.3	PAT	oui, toujours
96.	04:03.6	DOC	là?
97.	04:07.9	COM	ça va baba ((contre enfant))
98.	04:10.7	DOC	ça va, niquel
99.	04:14.6	PAT	ici douleurs beaucoup ici
100.	04:15.5	DOC	douleur là
101.	04:15.6	PAT	oui, comme ça
102.	04:19.6	COM	elle ne sait pas s'asseoir enfaite
103.	04:24.7	DOC	c'est le petit bouton, c'est le petit bouton. Je lui ai donné une Petite pommade et ça devrait passer
104.	04:24.8	COM	ah bien ça va

- | | | | |
|------|---------|-----|---|
| 105. | 04:31.6 | DOC | et faudra aller voir, il faudra suivre ça en dermatologie, ça va? |
| 106. | 04:31.7 | COM | ouai, en dermatologie. ouai ça va, merci |
| 107. | 04:37.4 | DOC | ça va? vous pouvez vous rehabiller faites à votre aise, nous on va. |

Annexe 3 : aperçu des stratégies de communication par Dörnyei & Scott (1997)

Stratégie	Description
abandon de message	laisser un message incomplet en raison d'une difficulté linguistique
réduction du message/évitement du sujet	réduire le message en évitant certaines structures linguistiques ou certains sujets considérés comme problématiques sur le plan linguistique ou en omettant certains éléments prévus en raison d'un manque de ressources linguistiques
remplacement de message	remplacer le message original par un nouveau message parce qu'on ne se sent pas capable de l'exécuter
circonlocution (paraphrase)	exemplifier, illustrer ou décrire les propriétés de l'objet ou de l'action cible
approximation	l'utilisation d'un seul élément lexical alternatif, tel qu'un superordonné ou un terme apparenté, qui partage des caractéristiques sémantiques avec le mot ou la structure cible
l'utilisation de mots passe-partout	l'extension d'un élément lexical général et "vide" à des contextes où des mots spécifiques font défaut
création de mots	création d'un mot inexistant dans la langue non native en appliquant une règle supposée de la langue non native à un mot non natif existant
la restructuration	abandonner l'exécution d'un plan verbal en raison de difficultés linguistiques, laisser l'énoncé inachevé et communiquer les messages prévus selon un plan alternatif
traduction littérale (transfert)	traduction littérale d'un élément lexical, d'une expression idiomatique, d'un mot composé ou d'une structure de la langue maternelle (ou d'une autre langue) vers la langue non maternelle.
aliénation	adapter un mot de sa propre langue maternelle (ou d'une autre langue) à la

	phonologie ou à la morphologie d'une langue non maternelle
changement de code (changement de langue)	inclusion d'un mot de la langue maternelle (ou d'une autre langue) dans un discours non natif (allant de mots isolés à des tournures complètes)
l'utilisation de mots à consonance similaire	compenser un élément lexical dont le locuteur n'est pas sûr de la forme par un mot (existant ou non) qui ressemble plus ou moins à l'élément cible
marmonner	marmonner de façon inaudible un mot (partie d'un mot) dont le locuteur n'est pas sûr de la forme correcte
omission	laisser un vide lorsqu'on ne connaît pas un mot et continuer comme s'il avait été dit
récupération	dans une tentative de récupération d'un élément lexical, dire une série de formes ou de structures incomplètes ou erronées avant d'atteindre la forme optimale
autoréparation ou autre réparation	corriger soi-même son discours ou celui de son interlocuteur
auto-rephrasage	répéter un terme, mais pas tout à fait tel quel, en y ajoutant quelque chose ou en utilisant la paraphrase
sur explicitation (<i>waffling</i>)	utiliser plus de mots pour atteindre un objectif de communication particulier que ce qui est considéré comme normal dans des situations similaires pour un locuteur natif
le mime (stratégies non linguistiques/paralinguistiques)	décrire des concepts entiers de manière non verbale ou accompagner une stratégie verbale d'une illustration visuelle
l'utilisation d'éléments de remplissage	l'utilisation de stratagèmes pour combler les pauses, gagner du temps afin de maintenir les canaux de communication ouverts et de maintenir le discours dans les moments difficiles
l'autorépétition et l'autre-répétition	répéter un mot ou une série de mots immédiatement après les avoir prononcés, ou après que l'interlocuteur les a prononcés,

	pour gagner du temps
feindre de comprendre	tenter de poursuivre la conversation malgré l'incompréhension en faisant semblant de comprendre
les marqueurs verbaux de stratégie	utiliser des phrases de marquage verbal avant ou après une stratégie pour signaler que le mot ou la structure ne porte pas parfaitement le sens voulu dans la langue non maternelle
appel à l'aide direct ou indirect	se tourner vers l'interlocuteur pour obtenir de l'aide en posant une question explicite concernant une lacune dans sa connaissance de la langue non maternelle ; ou essayer d'obtenir de l'aide indirectement en exprimant le manque d'un élément nécessaire de manière verbale ou non verbale
demander la répétition	demander de répéter lorsqu'on n'a pas bien entendu ou compris quelque chose
demander une clarification	demander l'explication d'une structure de sens non familière
demander une confirmation	demander la confirmation que l'on a bien entendu ou compris quelque chose
deviner	similaire à la demande de confirmation, mais avec un degré moindre de certitude quant au message entendu
exprimer l'incompréhension	exprimer que l'on n'a pas bien compris quelque chose, que ce soit verbalement ou non verbalement
résumé interprétatif	paraphrase étendue du message de l'interlocuteur pour vérifier que l'orateur a bien compris
contrôle de la compréhension	poser des questions pour vérifier que l'interlocuteur peut vous suivre
vérification de sa propre exactitude	vérifier que ce que vous avez dit est correct en posant une question concrète ou en répétant un mot avec une intonation interrogative

réponse : répéter, réparer, reformuler,
développer, confirmer

en réponse à un signal de mauvaise communication de la part de l'autre (par exemple, réparation par l'autre, demande de clarification, ...), le locuteur peut répéter le déclencheur original (éventuellement sous une forme corrigée), fournir une auto-réparation initiée par l'autre, reformuler le déclencheur original, le placer dans un contexte plus large, ou confirmer ce que l'interlocuteur a dit ou suggéré

Adapté de Cox (2017)

Annexe 4 : transcription du cas 2 (femme marocaine malade et stagiaire médecin)

1.	0 : 04.8	INT	et hier elle n'arrivait pas à respirer et une crise d'angoisse
2.	0 : 08.3	DOC	et c'est depuis hier soir qu'elle ne se sent pas bon?
3.	0 : 18.1	INT	elle a elle a elle a comment on dit (inc.) elle a du mal a marcher jusqu'ici comment elle a une elle n'arrive pas à marcher (inc.)
4.	0 : 19.7	DOC	ok
5.	0 : 21.3	INT	donc ça c'est pas (inc.)
6.	0 : 26.2	DOC	avec la chute (inc.) les autres chutes elle perd la connaissance ?
7.	0 : 27.9	INT	non
8.	0 : 31.4	INT	tu m'entendais lorsque tu as eu une crise? ## ARAB
9.	0 : 31.5	PAT	oui je t'entendais #ARAB
10.	0 : 32.2	INT	tu sais ce qui s'est passé? #ARAB
11.	0 : 33.6	PAT	oui oui.
12.	0 : 35.7	DOC	elle sait elle sait très bien ce qui ce passe?
13.	0 : 38.8	INT	oui elle écoute et elle entend tout et.
14.	0 : 39.9	PAT	(inc.) ## ARAB
15.	0 : 41.3	DOC	est-ce qu'elle a des vertiges?
16.	0 : 42.5	INT	tu as des vertiges? ## ARAB
17.	0 : 43.2	PAT	oui #ARAB
18.	0 : 43.9	INT	oui
19.	0 : 44.9	DOC	les maux de têtes?
20.	0 : 45.5	PAT	oui
21.	0 : 46.4	DOC	oui
22.	0 : 46.8	INT	mal de tête? # ARAB
23.	0 : 53.6	DOC	c'est seulement quand elle fait une crise ou elle a ça régulièrement?
24.	0 : 58.7	INT	est-ce que tu as toujours des maux de tête et des vertige ou (inc.)? # ARAB
25.	1 : 01.3	VER	toujours toujours elle a des maux de têtes
26.	1 : 03.6	VER	(inc.) # ARAB
27.	1 : 05.7	VER	depuis quand elle elle n'était pas (inc.)
28.	1 : 07.0	DOC	oui (inc.)
29.	1 : 10.4	PAT	(inc.) alors je vois flou # ARAB
30.	1 : 12.7	INT	même les yeux (inc.)
31.	1 : 13.3	DOC	c'est une paralysie?
32.	1 : 14.2	PAT	oui
33.	1 : 16.2	DOC	tous les côtés ou juste le visage?
34.	1 : 17.0	INT	juste le visage
35.	1 : 21.5	DOC	(inc.)

36.	1 : 21.9	PAT	oui
37.	1 : 23.3	DOC	c'est depuis quand?
38.	1 : 29.1	INT	(inc.) trois ou quatre mois comme ça.(inc.) trois ou quatre mois.
39.	1 : 31.7	DOC	(inc.) Pas de traumatismes?
40.	1 : 35.4	INT	Traumatisme je crois. (inc.)
41.	1 : 36.5	INT	quatre mois, depuis quatre mois.
42.	1 : 37.7	DOC	ok
43.	1 : 41.6	PAT	comme un (inc.) # ARAB
44.	1 : 43.9	INT	est-ce le médecin te le prescrit? # ARAB
45.	1 : 49.1	DOC	et quand elle fait des crises elle elle a des nausées ?
46.	1 : 50.4	INT	oui oui oui
47.	1 : 51.8	INT	elle a vomi
48.	1 : 53.3	DOC	// elle vomit? elle vomit plusieurs fois?//
49.	1 : 55.8	INT	(inc.)
50.	1 : 58.5	DOC	(inc.) déjà en train de manger depuis hier ?
51.	2 : 00.5	INT	hier, tu as encore vomi? # ARAB
52.	2 : 03.4	PAT	je vomi tout le temps # ARAB
53.	2 : 05.9	INC	(inc.)
54.	2 : 07.1	DOC	elle vomit tout le temps ?
55.	2 : 08.1	INT	c'est tout te temps
56.	2 : 10.0	PAT	je vomi tout ce que je mange ## ARAB
57.	2 : 11.0	DOC	mais depuis quand? (FR contre PAT)
58.	2 : 12.8	INT	depuis combien de temps est-ce que tu vomi? ## ARAB
59.	2 : 16.5	PAT	depuis 3 mois maintenant# ARAB
60.	2 : 18.5	INT	// déjà trois mois quelque chose comme ça. // (inc.) n'est-ce pas ?
61.	2 : 19.2	DOC	qu'elle vomit?
62.	2 : 19.9	PAT	oui
63.	2 : 20.7	DOC	c'est
64.	2 : 26.2	INT	en fait elle a fait une opération dans le ventre et après (inc.) elle a commencé à vomir
65.	2 : 27.8	DOC	le (inc.)
66.	2 : 28.8	INT	oui c'est ça
67.	2 : 28.9	INT	oui
68.	2 : 29.7	PAT	oui
69.	2 : 44.6	PAT	((tout le monde parle en même temps)) // (inc.) //
70.	2 : 52.4	DOC	et les vomissements, c'est c'est quand elle mange ou quand elle boit? //
71.	2 : 54.8	PAT	// quand je bois // ## ARAB
72.	2 : 57.5	INT	quand elle mange elle dit tout ce qu'elle mange elle le vomit
73.	2 : 59.5	DOC	ok mais c'est pas le matin ?
74.	3 : 02.1	INT	// le matin ou après avoir mangé? // ARAB

75. 3 : 03.2 DOC c'est après qu'elle a mangé ?
76. 3 : 05.0 PAT // (inc.) //
77. 3 : 05.3 DOC ok
78. 3 : 06.8 INT maintenant tu n'as quand-même rien mangé? ## ARAB
79. 3 : 10.7 PAT le docteur m'avait prescrit un médicament
80. 3 : 15.7 DOC ok et donc les vomissements c'est la nourriture
81. 3 : 16.7 INT // apparemment. //
82. 3 : 19.7 DOC c'est ce qu'elle vient de manger? il y a du sang la dedans ?//
83. 3 : 20.7 INT il y du sang quand tu vomis? ## ARAB
84. 3 : 24.4 PAT des fois il y a du sang, alors ça me déchire (inc.) ## ARAB
85. 3 : 28.7 DOC // de temps en temps, c'est du sang vraiment rouge ou flou ?//
86. 3 : 29.2 INT // noir ou? //
87. 3 : 37.3 PAT // noir parce qu'une fois... // ## ARAB
88. 3 : 38.5 DOC elle a de la diarrhée aussi ?
89. 3 : 39.7 INT oui elle elle a un problème (inc.)
90. 3 : 41.8 DOC elle est connue avec des problèmes
91. 3 : 58.4 INT en fait, on a été chez le médecin, il a dit on va lui faire une prise de sang, il n'a rien trouvé. Je ne sais pas si c'est, moi je pense qu'elle a quelque chose parce que quand elle touchait ses reins derrière et tout elle disait aïe ça fait mal ça fait mal. je ne sais pas (inc.) je pense qu'elle a quelque chose (inc.)
92. 4 : 01.5 INT elle a des bouffées de chaleur apparemment.
93. 4 : 05.8 DOC depuis depuis trois mois elle ne va pas bien qu'elle
94. 4 : 09.5 INT plus de trois mois qu'elle (inc.)
95. 4 : 12.7 DOC // et maintenant depuis hier c'est elle a (inc.)
96. 4 : 15.2 INT // (inc.) //
97. 4 : 17.1 DOC elle a beaucoup (inc.)
98. 4 : 18.5 INT ton ventre (inc.) ## ARAB
99. 4 : 21.0 DOC et vous êtes venues à l'hôpital parce que c'est pire que normal ?
100. 4 : 23.4 INT (non j'avais rendez-vous, j'avais pas ?) (inc.)
101. 4 : 24.3 DOC ah ok
102. 4 : 28.2 INT je pense que les yeux ils ont failli tomber ses yeux (ils ont quelque chose ?)
103. 4 : 34.3 DOC elle voit (sounds like boit) des cachets noirs quand elle a une crise?
104. 4 : 36.2 INT est-ce que tu bois une chose noir quand tu as une crise? ## ARAB
105. 4 : 37.1 PAT oui ## ARAB
106. 4 : 37.2 INT oui ## ARAB
107. 4 : 54.8 DOC est-ce que quand elle fait une crise elle a aussi des le sentiments qu'il y a des petits fourmis sur les mains ?
108. 4 : 58.7 INT (inc.) elle est comme ça.

109. 5 : 00.9 DOC ah ça c'est quelque chose de nouveau oui ok ?

110. 5 : 03.0 INT quand elle est tombée ses mains ils sont restées comme ça.

111. 5 : 05.7 DOC mais c'est pas normal ? c'est quelque chose de nouveau ?

112. 5 : 07.8 INT non (inc.) c'est comme ça.

113. 5 : 08.7 DOC ha toujours ?

114. 5 : 16.4 INT oui oui, alors elle est.. (inc.). ces fourmis ARAB

115. 5 : 20.9 DOC // (inc.) les mains ? //

116. 5 : 21.4 PAT oui

117. 5 : 23.8 DOC // la bouche aussi? //

118. 5 : 24.2 PAT oui oui. Les yeux (inc.)

119. 5 : 26.8 INT fourmille? ## ARAB

120. 5 : 32.6 PAT des fourmilles et des vertiges et je me sens (inc.) et ça me fait mal #
ARAB

121. 5 : 33.4 INT elle a ça elle a

122. 5 : 34.6 DOC donc les mains et le visage ?

123. 5 : 35.0 INT oui c'est

124. 5 : 36.5 DOC le visage côté droit ?

125. 5 : 37.6 PAT oui. (inc.)

126. 5 : 38.0 PAT ((vomissement))

127. 5 : 38.6 DOC quand elle fait une crise elle a aussi mal à respirer ?

128. 5 : 38.8 INT oui.

129. 5 : 41.4 DOC elle a l'impression qu'elle se (inc.)

130. 5 : 51.0 INT // elle a quelque chose ici //

131. 5 : 52,2 DOC quand elle fait une crise elle respire plus vite ?

132. 5 : 52,9 INT oui

133. 5 : 54.0 DOC oui elle transpire ?

134. 5 : 56.0 INT oui elle a des bouffées de chaleur et des sueurs.

135. 7 : 17.6 PAT ((vomissement))

136. 7 : 20.3 DOC ça va madame ? vous voulez un peu d'eau ?

137. 7 : 23.7 INT tu veux un peu d'eau? ## ARAB

138. 7 : 24.9 PAT oui mais j'ai peur de devoir vomir à nouveau #ARAB

139. 7 : 30.7 INT tu veux un peu d'eau?

140. 7 : 32.1 PAT je n'arrive pas à respirer ## ARAB

141. 7 : 36.5 INT (inc.) Sa respiration est bloquée.

142. 7 : 39.7 DOC bien respirer.

143. 7 : 43.2 PAT oh bon Dieu! ## ARAB

144. 7 : 50.4 DOC et c'est depuis quand qu'elle a ça les crises ? ça a toujours été comme ça
ou ?

145. 7 : 52.8 INT depuis quand tu as commencé à avoir ces crises? # ARAB

146. 7 : 54.3 PAT depuis la thrombose # ARAB

147. 7 : 55.8 INT depuis qu'elle s'est paralysée.

148. 7 : 56.4 DOC ha ok.

149. 7 : 58.0 INT (inc.) un choc

150. 8 : 03.2 DOC donc il y a quatre ans elle a eu un thrombose dans le cerveau ?

151. 8 : 06.1 PAT (inc.) alors j'ai mal à la tête ici (inc.) # ARAB

152. 8 : 07.0 INT depuis la thrombose? # ARAB

153. 8 : 09.2 PAT oui, la thrombose, depuis la thrombose... (inc.) # ARAB

154. 8 : 09.7 INT (inc.)

155. 8 : 17.9 PAT alors il y a quelque chose qui me fait mal à l'intérieur (inc.) # ARAB

156. 8 : 22.0 INT quelque chose ici qui lui fait mal comme ça

157. 8 : 23.3 DOC mais elle a elle a le

158. 8 : 24.5 INT (inc.)

159. 8 : 32.9 DOC elle a elle a son visage mais ça c'est à cause du nerfs (inc.) mais là aussi elle a eu un autre thrombose, elle a eu un autre paralysé

160. 8 : 36.7 INT oui ici, elle a, non pas paralysé, elle a, elle a fait une opération des pieds.

161. 8 : 38.9 DOC // oui pourquoi, pour le //

162. 8 : 43.2 INT // elle a eu un accident

163. 8 : 43.3 PAT ((gémissements))

164. 8 : 43.9 DOC ok elle (inc.) depuis quand ?

165. 8 : 49.6 INT (inc.)

166. 8 : 53.6 PAT il y a ça et mon ventre, c'était une année auparavant. Il y a un an et demi ## ARAB

167. 8 : 55,5 INT un an et demi.

168. 8 : 57.4 DOC un an.
les deux pieds ?

169. 8 : 58.8 PAT // docteur (Fabienne ?) m'a (inc.) ## ARAB

170. 8 : 59.9 INT // elle a fait une opération

171. 9 : 00.6 PAT l'autre à Ixelles.

172. 9 : 07.5 DOC c'est à cause d'un accident ? ok (inc.)
on a le nerfs (inc.) quatre ans ?

173. 9 : 10.7 INT oui. opération ouvert.

174. 9 : 11.9 DOC ouvert depuis

175. 9 : 12.3 INT six mois.

176. 9 : 13.5 DOC six mois

177. 9 : 17.2 PAT (kystes ?)

178. 9 : 21.2 INT et apparemment elle a un petit souci dans (inc.) dans le gauche.

179. 9 : 21.6 PAT les kystes.

180. 9 : 22.5 INT elle s'est fait opérer.

181. 9 : 23.2 DOC ça a été opéré ?

182.	9 : 23.8	PAT	// oui.//
183.	9 : 25.5	DOC	c'était ici ?
184.	9 : 25.9	PAT	// non non non. //
185.	9 : 26.6	DOC	à Saint- Pierre?
186.	9 : 28,5	PAT	oui.
187.	9 : 29.2	DOC	ici ?
188.	9 : 34,8	PAT	oui. (inc.)
189.	9 : 36.3	DOC	des autres maladies ?
190.	9 : 42.0	INT	autre chose? ARAB
191.	9 : 44.4	PAT	// dis-lui que ça s'est empiré ARAB
192.	9 : 44.8	DOC	non mais en générale il y a des ?
193.	9 : 45.8	INT	non.
194.	9 : 48.0	DOC	hypertension de l'hypertension ?
195.	9 : 49.8	PAT	ça fait longtemps que je ne me suis pas fait examiner ARAB
196.	9 : 52.1	INT	elle a pas, mais elle ne s'est pas. Elle ne s'est pas (inc.)
197.	9 : 55.2	DOC	ok elle a encore été opérée ?
198.	9 : 56.8	INT	la dernière fois c'était (inc.)
199.	10 : 01.0	DOC	ok. hospitalisée? quelque chose d'autre ?
200.	10 : 03.8	INT	elle a été hospitalisée je crois une fois
201.	10 : 08.2	INT	tu es allé à l'hôpital? ARAB
202.	10 : 11.5	PAT	lorsque j'ai été opérée et que j'ai eu une crise, l'ambulance est venu me chercher ARAB
203.	10 : 15.0	INT	quand elle (a fait une crise ?) à l'hôpital Ixelles.
204.	10 : 15.6	DOC	donc elle est déjà hospitalisée pour le même problème ?
205.	10 : 17.1	PAT	oui. ARAB
206.	10 : 19.4	DOC	ça va, et qu'est-ce qu'ils ont dit à ce moment- là?
207.	10 : 22.5	INT	qu'est-ce qu'ils t'ont dit à l'hôpital? ARAB
208.	10 : 24.4	PAT	urgences. puis l'ambulance est venu me chercher ARAB
209.	10 : 26.2	INT	ce n'est pas hospitalisé, c'est urgences elle a dit. ce n'est pas hospitalisation.
210.	10 : 32.8	DOC	oui et qu'est-ce qu'ils ont dit? Ils ont trouvé quelque chose ?
211.	10 : 34.6	INT	// (inc.) //
212.	10 : 36.1	DOC	c'était ici aussi ?
213.	10 : 40.5	INT	une fois ici.
214.	10 : 44.6	PAT	// oui, je suis venu une fois ici (inc.) // ARAB
215.	10 : 45.5	INT	et aussi elle est suivie par son médecin du CPAS de (Saint-Jobs ?)
216.	10 : 46.5	DOC	et c'était ?
217.	10 : 47.8	INT	(inc.)

218.	10 : 48.8	DOC	c'était / qui est son médecin ?
219.	10 : 52.7	INT	(inc.)
220.	10 : 53.3	PAT	(inc.)
221.	10 : 59.7	DOC	elle prend des médicaments ?
222.	11 : 04.3	INT	elle prend des médicaments trois (inc.) du fer et (inc.) (antidouleur ?)
223.	11 : 05.5	DOC	vous savez pour l'estomac c'est du (inc.) quand elle (inc.)
224.	11 : 08.4	PAT	// (inc.) beaucoup //
225.	11 : 15.5	DOC	elle fait des ulcères (inc.) ?
226.	11 : 23.2	INT	est-ce que tu as des remontés d'acide ? ARAB
227.	11 : 24.7	PAT	il y a quelque chose qui remonte et je n'arrive plus à respirer et la nourriture reste et donc je dois vomir ARAB
228.	11 : 26.6	INT	elle dit que
229.	11 : 31.7	PAT	et ça brule, ça brule ARAB
230.	11 : 34.0	INT	(inc.) quand elle (inc.)
231.	11 : 35.0	DOC	mais elle a elle a fait des ulcères déjà ?
232.	11 : 42.0	INT	je ne sais pas
233.	11 : 44.7	INT	tu avais dit que tu vomissais du sang?
234.	11 : 46.7	PAT	des fois quand je vomi il y a aussi du sang ARAB
235.	11 : 50.6	DOC	(inc.)
236.	11 : 55.7	PAT	alors j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui reste ARAB
237.	12 : 01.3	INT	elle dit que quand elle est venue quand (inc.) malaise (inc.)
238.	12 : 07.2	PAT	// quand (inc.) //
239.	12 : 08.6	DOC	// et les anti-inflammatoires c'est pour l'hypertension ? pour les douleurs ? //
240.	12 : 12.0	INT	// ces anti-inflammatoires // ARAB
241.	12 : 18.0	INT	antidouleur.
242.	12 : 18.7	DOC	antidouleur c'est quoi comme / parce qu'il y a de anti-inflammatoires qui ne sont pas bien pour l'estomac.
243.	12 : 19.3	INT	non non non.
244.	12 : 20.2	INT	// ça ce n'est pas
245.	12 : 24.2	INT	non ce ne sont pas les médicaments.
246.	12 : 28.8	INT	(inc.) tu connais le nom des anti-inflammatoires que tu prends? ARAB
247.	12 : 33.9	PAT	elle a reçu le truc pour l'estomac au même temps qu'elle a reçu les anti-inflammatoires ?
248.	12 : 35.2	INT	lorsqu'ils t'ont donné les médicaments, tu as aussi reçu les anti-inflammatoires ou tu les as reçu avant ou après? ARAB
249.	12 : 41.9	PAT	comment? ARAB
250.	12 : 48.4	INT	lorsqu'il t'a donné les médicaments contre le mal de ventre, il te les a donné avant, après ou en même temps? ARAB

251. 12 : 50.8 PAT non, il me les a donnés avant mais ça n'a pas aidé, ça n'a eu qu'un effet relaxatif sur moi, c'est tout ARAB

252. 12 : 53.8 INT (avant celui pour se calmer ?)

253. 12 : 59.6 DOC ok d'abord les anti-inflammatoires ? ok ça va.

254. 13 : 08.8 PAT ça ne fait rien du tout appart me calmer. si ça avait aidé, je serais guérisse à l'heure qu'il est ARAB

255. 13 : 14.5 INT le vert

256. 13 : 16.7 PAT (inc.)

257. 13 : 18.1 INT (inc.)

258. 13 : 44.1 PAT (inc.)

259. 13 : 44.5 DOC (inc.) elle respire, les mains ?

260. 13 : 44.6 INT oui.

261. 13 : 50.9 DOC les tremblements ?

262. 13 : 53.4 INT oui. (inc.)

263. 13 : 55.1 DOC aucun (inc.) il lui en a parlé avec le docteur ?

264. 14 : 02.8 INT oui oui mais (inc.)

265. 14 : 11.2 DOC c'est c'est un (inc.) niveau transpiration parce qu'elle est agitée et stressée elle ne respire pas bien

266. 14 : 12.5 INT et (inc.) elle peut être asthmatique par exemple ?

267. 14 : 15.6 DOC elle a du mal à respirer.

268. 14 : 21.0 INT mais elle a déjà une espèce de (inc.)

269. 14 : 25.5 DOC oui (inc.) elle (inc.) c'est récent ? c'est quelque chose de nouveau ?

270. 14 : 27.2 INT le truc que le médecin t'a donné pour mieux respirer, c'est nouveau ou est-ce qu'il te l'avait déjà donné auparavant? ARAB

271. 14 : 27.9 PAT non, il me l'a donné il y a trois mois ARAB

272. 14 : 30.0 INT trois mois

273. 14 : 33.2 DOC trois mois. c'est du (Vantolin ?)

274. 14 : 35.8 INT et ce n'est pas (inc.)

275. 14 : 36.9 DOC vantolin ? elle le prend quand elle a des problèmes ?

276. 14 : 37.8 INT tu l'utilises lorsque tu sens que ARAB

277. 14 : 41.0 PAT (inc.) vite ARAB

278. 14 : 43.8 INT ok jusqu'à ce que le docteur vienne. quand est-ce que tu le prends ARAB

279. 14 : 49.1 PAT alors ça ne me fait rien ARAB

280. 14 : 53.3 DOC elle le prend chaque jour, chaque matin, ou elle le prend quand elle sent que ça ne va pas

281. 14 : 58.1 INT tu l'utilises tout le temps ou juste quand tu sens que tu n'as plus d'air? ARAB

282. 15 : 02.1 PAT non, juste quand j'ai du mal, mais je ne l'utilise plus. Ça déjà un petit temps que je ne l'utilise plus ARAB

283.	15 : 03.9	INT	en fait (inc.) rien apparemment
284.	15 : 05.8	DOC	ok ça va elle a elle tousse ?
285.	15 : 08.7	TOUS	((tout le monde parle)) // (inc.) /
286.	15 : 09.6	DOC	c'est aussi depuis trois mois depuis qu'elle est opérée ?
287.	15 : 12.1	INT	tu tousses? depuis 3 mois déjà maintenant ARAB
288.	15 : 14.0	PAT	(inc.)
289.	15 : 14.1	DOC	elle a du mal à respirer ?
290.	15 : 15.7	INT	oui
291.	15 : 17.0	DOC	mais tout le temps ?
292.	15 : 17.6	DOC	à repos ?
293.	15 : 19.7	INT	oui
294.	15 : 28.7	DOC	quand elle est à plat ?
295.	15 : 28.8	DOC	elle a aussi / elle a / quand elle est allongée ?
296.	15 : 30.3	INT	oui
297.	15 : 33.1	DOC	// quand elle est assise //
298.	15 : 34.9	INT	// (inc.) elle n'arrive pas à respirer. //
299.	15 : 37.0	DOC	// quand elle est quand elle est //
300.	15 : 39.8	INT	// (inc.) //
301.	15 : 42.4	DOC	// c'est mieux quand vous vous //
302.	15 : 42.6	PAT	alors j'arrete de tousser ARAB
303.	15 : 44.4	INT	// et quand elle dors // ARAB
304.	15 : 47.9	INT	et quand elle s'assoit ARAB
305.	15 : 50.2	PAT	quand je m'assois aussi mais j'ai surtout du mal quand je dors ou quand je suis couchée # ARAB
306.	15 : 55.0	INT	elle dit les deux mais c'est plus quand elle est allongée comme ça.
307.	15 : 56.7	DOC	ok ça devient pire quand elle fait des escaliers ou quelque chose comme ça ?
308.	15 : 56.9	INT	c'est pire quand tu montes l'escalier? ARAB
309.	16 : 00.7	PAT	oui
310.	16 : 00.9	INT	// en fait elle a (inc.) //
311.	16 : 01.9	DOC	// oui ok. //
312.	16 : 10.2	INT	// elle a du mal //
313.	16 : 18.2	DOC	// ok ça va. // quand elle a du mal à respirer, vous entendez qu'elle siffle la respiration ça siffle ?
314.	16 : 18.7	INC	(inc.) beaucoup (inc.) # ARAB
315.	16 : 21.4	DOC	mais ça siffle ?
316.	16 : 23.4	PAT	(inc.) ça fait beaucoup de bruit ARAB
317.	16 : 26.7	INT	(inc.)
318.	16 : 27.4	DOC	ça va. Je peux regarder ? je peux écouter ?

319.	16 : 39.7	PAT	oui oui
320.	16 : 40.4	DOC	je vais d'abord écouter le dos madame. bien respirer
321.	16 : 45.1	DOC	ok on y va.
322.	16 : 54.0	INT	(inc.)
323.	16 : 56.2	DOC	elle a eu de la fièvre ?
324.	16 : 58.9	INT	tu as encore eu de la fièvre? ARAB
325.	17 : 01.7	INT	je me rappelle quand j'étais chez elle (inc.)
326.	17 : 19.4	INT	et des bouffées de chaleur aussi.
327.	17 : 20.1	DOC	ok (inc.) ça fait mal ?
328.	17 : 20.6	PAT	oui.
329.	17 : 21.2	INT	ça fait mal ? ARAB
330.	17 : 22.9	PAT	oui.
331.	17 : 23.1	DOC	ça fait mal ?
332.	17 : 23.7	INT	oui oui.
333.	17 : 25.3	PAT	oui.
334.	17 : 26.4	DOC	son dos donc lui fait mal ?
335.	17 : 27.5	INT	partout partout.
336.	17 : 34.4	DOC	(inc.)
337.	17 : 37.8	PAT	oui
338.	17 : 38.6	DOC	(inc.) les deux côtés ?
339.	17 : 41.5	INT	oui.
340.	17 : 42.8	PAT	dis-lui tout mon corps (inc.) ARAB
341.	17 : 44.3	INT	tout son corps (inc.)
342.	17 : 49.4	DOC	ok ok ça va.
343.	17 : 58.3	INT	(inc.) On est allée chez le médecin elle avait mal ici.
344.	18 : 03.0	DOC	je vais écouter. ça va ? bien respirer.
345.	18 : 06.6	INT	(inc.)
346.	18 : 09.6	DOC	elle a un problème de coeur ?
347.	18 : 12.0	INT	(inc.)
348.	18 : 34.6	PAT	j'ai mal et j'ai le sentiment que (inc.) ARAB
349.	18 : 58.6	DOC	bien respirer.
350.	19 : 00.4	DOC	les oreilles ?
351.	19 : 05.1	INT	les deux côtés.
352.	19 : 05.6	DOC	ça fait mal quand je touche ici ?
353.	19 : 10.3	PAT	oui oui. //
354.	19 : 11.0	INT	(inc.)
355.	19 : 13.5	INT	oui
356.	19 : 17.7	DOC	désolée madame.
357.	19 : 19.1	INT	laisse la voir (inc.) ARAB

358.	19 : 19.3	DOC	ici aussi ça fait mal ?
359.	19 : 29.6	PAT	oui oui
360.	19 : 34.9	INT	dis-lui (inc.) ARAB
361.	19 : 35.9	DOC	c'est surtout ici.
362.	19 : 37.7	PAT	oui oui
363.	19 : 39.9	DOC	je suis désolée madame.
364.	19 : 43.7	INT	(inc.)
365.	19 : 45.3	DOC	et c'est depuis quand que vous avez ça ?
366.	19 : 46.8	INT	quand est-ce que la douleur a commencé? ARAB
367.	19 : 53.3	PAT	ça fait une semaine que ça a empiré ARAB
368.	19 : 59.9	INT	(inc.) depuis une semaine c'est devenu grave.
369.	20 : 04.1	PAT	// (inc.) tourner la tête tourner la tête//
370.	20 : 11.0	PAT	lorsque je tourne ma tête comme cela, il y a quelque chose qui craque ARAB
371.	20 : 11.3	INT	elle dit que (inc.) elle touche comme ça ça lui fait mal et quand elle bouge elle sent quelque chose qui (inc.) ici quand elle bouge (beaucoup ?)
372.	20 : 13.1	DOC	fais comme ça.
373.	20 : 16.8	INT	fais comme ça un petit peu. (FR contre PAT)
374.	20 : 21.8	PAT	quand je fais comme ça (inc.) ARAB
375.	20 : 27.2	DOC	// regardez regardez- moi. //
376.	20 : 27.6	PAT	il y a quelque chose qui craque ARAB
377.	20 : 28.3	DOC	ça vient d'ici ?
378.	20 : 31.4	PAT	oui.
379.	20 : 46.7	DOC	ça vient.
380.	20 : 47.6	DOC	// et les oreilles ? //
381.	20 : 50.3	PAT	// oui. //
382.	21 : 52.3	DOC	// elle a ça depuis quand ? //
383.	21 : 51.4	INT	depuis quand tu as ça à 'les oreilles'? (FR) deux semaines? ARAB
384.	21 : 55.6	DOC	oui il y a du (inc.) c'est normal.
385.	21 : 59.2	PAT	(inc.)
386.	22 : 00.3	DOC	non elle a ça depuis une semaine elle fait de la fièvre avec ?
387.	22 : 01.5	INT	ça te fait de la fièvre? ARAB
388.	22 : 02.1	PAT	oui. ARAB
389.	22 : 07.2	INT	// oui. //
390.	22 : 12.0	DOC	ok ça va. je vais regarder son ventre.
391.	22 : 17.6	INT	(inc.)
392.	22 : 18.7	DOC	ça fait mal où ? montre-moi.
393.	22 : 33.9	INT	(inc.)

394.	22 : 37.2	PAT	mon ventre, comme si (inc.) ARAB
395.	22 : 38.0	DOC	ça fait mal où ? montre-moi.
396.	22 : 38.8	PAT	ici.
397.	22 : 42.4	DOC	ici ?
398.	22 : 43.7	INT	(inc.)
399.	22 : 45.3	DOC	et c'est depuis l'opération ?
400.	22 : 46.6	INT	(inc.)
401.	22 : 47.7	DOC	vous avez de la diarrhée ?
402.	22 : 48.7	INT	non.
403.	22 : 50.6	DOC	non. (Vous pouvez) aller aux toilettes ?
404.	22 : 53.3	INT	tu sais aller au toilette? ARAB
405.	22 : 54.6	PAT	(inc.)
406.	22 : 56.2	INT	elle dit (inc.)
407.	22 : 57.6	DOC	ok c'est normal pour vous ?
408.	22 : 58.1	INT	(inc.)
409.	22 : 58.6	DOC	c'est moins.
410.	22 : 59.7	INT	oui.
411.	23 : 03.0	DOC	c'est moins (inc.)
412.	23 : 05.7	INT	quand elle est (inc.) elle est
413.	23 : 10.7	DOC	// (quand ?) elle est constipée. non (inc.) c'est normal.//
414.	23 : 15.2	INT	(inc.) maintenant deux trois jours ce n'est pas normal non ?
415.	23 : 21.3	INT	(inc.)
416.	23 : 22.1	PAT	je ne sais pas, on dirait qu'ils se moquent de moi, ma fille. Ça fait longtemps que je souffre ARAB
417.	23 : 26.9	INT	(inc.)
418.	23 : 28.7	PAT	(inc.)
419.	23 : 30.8	DOC	et les touchés ? (inc.)
420.	23 : 34.8	PAT	(inc.)
421.	23 : 43.8	DOC	ça (inc.)
422.	23 : 46.4	DOC	bien relaxer bien relaxer.
423.	23 : 48.2	INT	desserre, desserre, desserre bien ARAB
424.	23 : 56.2	DOC	(inc.)
425.	23 : 57.5	INT	(inc.)
426.	24 : 07.2	DOC	(inc.) ici.
427.	24 : 14.2	INT	apparemment cette opération vraiment (inc.) que Dieu nous protège (inc.) ARAB
428.	24 : 24,8	PAT	grand
429.	24 : 31.1	DOC	bien respirer.
430.	24 : 31.3	DOC	beaucoup de (pipi ?)
431.	24 : 34.0	PAT	oui.

432.	24 : 40.5	DOC	ok (inc.)
433.	24 : 44.8	INT	(inc.) kyste (inc.)
434.	24 : 48.5	DOC	ok et qu'est-ce qu'ils ont fait? ils l'ont enlevés ou...?
435.	24 : 50.3	PAT	les kystes
436.	24 : 53.8	INT	oh Allah (inc.) ARAB
437.	24 : 57.7	PAT	(inc.)
438.	25 : 00.9	DOC	ils l'ont trouvés avant ? (inc.)
439.	25 : 05.1	DOC	ok ça va.
440.	25 : 06.0	INT	elle dit qu'elle a beaucoup de (inc.)
441.	25 : 13.3	DOC	oui.
442.	25 : 22.2	INT	jusque quand quand quand? ARAB
443.	25 : 25.1	INT	penche toi vers l'avant, penche toi ARAB
444.	25 : 25.2	DOC	elle a l'impression qu'elle a moins de force ?
445.	25 : 29.3	PAT	fatiguée
446.	25 : 32.7	DOC	fatiguée ok. mais tu laisses tomber les choses ?
447.	25 : 39.4	INT	(inc.) tu fais tomber des trucs de tes mains? ARAB
448.	25 : 40.6	DOC	vous sentez quand je vous touche ?
449.	25 : 47.1	INT	tu sens quand (inc.) ARAB
450.	25 : 47.6	DOC	ici aussi ? c'est le même ?
451.	26 : 00.9	PAT	oui.
452.	26 : 02.8	DOC	ok. bien relaxer le bras. bien relaxer. ici. bien relaxer. relaxer. lâchez.
453.	26 : 02.9	INT	desserre ton bras, détends le ARAB
454.	26 : 08.0	DOC	non
455.	26 : 10.7	INT	desserre le bien ARAB
456.	26 : 11.7	DOC	relâchez sinon ça ne marche pas.
457.	26 : 17.5	INT	desserre ou ça ne marchera pas ARAB
458.	26 : 18.8	DOC	c'est ici, relaxez.
459.	26 : 20.3	INT	desserre, desserre ARAB
460.	26 : 22.1	DOC	ça ce n'est pas relaxé
461.	26 : 22.9	INT	(inc.) elle dit que (inc.)
462.	26 : 24.6	DOC	ça c'est relaxé ?
463.	26 : 38.3	INT	oui, c'est peut-être à cause du (inc.)
464.	26 : 41.6	PAT	faible faible.
465.	26 : 45.0	DOC	vous vous sentez faible (inc.)
466.	26 : 48.6	INT	(inc.)
467.	26 : 53.6	DOC	non c'est depuis trois mois que (inc.)
468.	27 : 10.4	INT	(c'est aggravé oui ?)
469.	27 : 10.7	DOC	bien relaxer. (inc.) chatouillez (inc.) oui ? ça fait pas mal ?
470.	27 : 11.7	PAT	mon ventre ici (inc.) ARAB
471.	27 : 12.3	DOC	des deux côtés ?

472.	27 : 17.5	PAT	oui.
473.	27 : 17.9	DOC	// mal vous avez mal partout ? les pieds gonflent?
474.	27 : 25.1	PAT	oui.
475.	27 : 59.9	DOC	(maintenant ce n'est pas gonflé)
476.	28 : 11.1	INT	les (inc.) sont où ?
477.	28 : 11.2	INT	(inc.) ici ici. ARAB
478.	28 : 19.4	DOC	elle a
479.	28 : 23.4	DOC	ok ça va.
480.	28 : 25.0	INT	(inc.) tout (inc.)
481.	28 : 25.6	DOC	regardez-moi (inc.)
482.	28 : 26.9	INT	regarde devant toi. ARAB
483.	28 : 33.6	DOC	(inc.)
484.	28 : 39.3	DOC	grands yeux. les yeux grands. (la lumière ne fait) pas mal ?
485.	28 : 39.4	PAT	oui, ça brule (inc.) ARAB
486.	28 : 45.6	INT	ça lui fait mal.
487.	28 : 50.4	DOC	et comme comme ça la lumière de la chambre fait mal aussi (inc.)
488.	28 : 53.1	PAT	(inc.) je ne peux pas regarder la lumière trop longtemps ARAB
489.	28 : 58.8	INT	elle dit elle ne sait pas voir à la lumière beaucoup mais
490.	28 : 59.2	DOC	suivez mes doigts doucement avec les yeux.
491.	29 : 03.4	INT	regarde (inc.) ARAB
492.	29 : 04.7	DOC	ça va ? vous voyez en double ?
493.	29 : 06.1	PAT	j'en ai des vertiges ARAB
494.	29 : 07.1	INT	(inc.) oui. elle a des vertiges.
495.	29 : 22.4	DOC	ok.
496.	29 : 27.1	INT	mais apparemment le médecin l'ophtalmologue lui a dit que (inc.) qu'elle a des (pansements ?) (inc.)
497.	29 : 30,6	DOC	vous sentez (inc.) (tourne ?) les deux côtés?
498.	29 : 33.3	INT	les deux? ARAB
499.	29 : 33.7	DOC	les deux côtés (inc.) ?
500.	29 : 35.8	INT	oui.
501.	29 : 48.0	INT	ça aussi ?
502.	29 : 49.2	INT	(inc.) paralysé quand elle (inc.)
503.	29 : 51,9	DOC	// mais elle elle elle sent //
504.	29 : 56.2	INT	// elle sent les deux ici elle sent ici ici un peu
505.	29 : 57.8	DOC	ici moins ici ?
506.	29 : 59.5	INT	tu sens quand elle te touche ici? ARAB
507.	30 : 03.7	PAT	je sens (inc.)
508.	30 : 18.8	DOC	donc ça c'est le même (inc.) ok. fermez les yeux très fort fort fort fort. ok ça va.
509.	30 : 26.4	PAT	aïe.

510.	30 : 28.0	INT	les sourcils ?
511.	30 : 34.0	DOC	les sourcils. levez comme ça.
512.	30 : 35.4	DOC	très bien. (gonflez ?) les joues.
513.	30 : 40.2	INT	gonfle les joues ARAB
514.	30 : 41.1	DOC	ce côté, montre-moi les dents.
515.	30 : 43.9	INT	montre lui tes dents ARAB
516.	30 : 46.8	DOC	ok. tirez la langue.
517.	30 : 47.0	INT	tire la langue
518.	30 : 48.0	DOC	ok ça va.
519.	30 : 51.7	PAT	aïe.
520.	30 : 53.1	DOC	très bien (inc.)
521.	30 : 54.7	PAT	avec ma main? ARAB
522.	30 : 59.5	INT	avec votre main ARAB
523.	31 : 02.4	DOC	avec les mains c'est bon. fermez les yeux. ok vas-y.
524.	31 : 19.1	INT	détends la main ARAB
525.	31 : 38.5	DOC	c'est bon ouvrez les yeux. regarde-moi. donc ça (inc.) avec les yeux fermés.
526.	31 : 45.7	DOC	ok ok. très bien. maintenant (inc.) comme ça et fermez les yeux. très bien c'est bon. ok ça va.
527.	31 : 46.5	INT	et maintenant quand le médecin va revenir il va expliquer tout ça.
528.	31 : 48.3	DOC	oui oui oui
529.	31 : 57.2	INT	vous allez lui dire passer le.
530.	32 : 00.8	DOC	moi je vais lui donner la grande histoire ils va vous voir (inc.) ils va vous voir et il va décider ce qu'on va faire.
531.	32 : 03.9	INT	(inc.)
532.	32 : 06.6	DOC	oui mais c'est le docteur qui
533.	32 : 06.7	INT	non on traduit pas (inc.)
534.	32 : 08.2	DOC	comment ?
535.	32 : 09.2	INT	pour traduire c'est
536.	32 : 09.9	DOC	le traduit mon avis c'est
537.	32 : 17.2	INT	(toujours avec moi ?)
538.	32 : 23.1	DOC	oui. surtout si elle est stressée elle a fait ça déjà plusieurs fois. ça
539.	32 : 25.4	INT	(inc.) son truc ici c'est à cause du stress aussi ?
540.	32 : 27.7	DOC	oui, ça
541.	32 : 33.0	INT	le ventre c'est à cause de l'opération.
542.	32 : 42.9	DOC	mais si si elle a vraiment / c'est insupportable pour elle ?
543.	32 : 49.6	INT	(inc.) surtout les côtés (inc.)
544.	32 : 56.7	DOC	non peut-être qu'il y a quelque chose après l'opération on on doit regarder. ils ont déjà fait une prise de sang ?
545.	32 : 57.0	INT	// mais là-bas au CPAS (inc.)

546.	32 : 58.0	DOC	ok ça va.
547.	34 : 17.4	INT	merci