

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL  
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

\*\*\*\*\*

ANNEE 2012

N° 1058

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE  
DOCTEUR EN MEDECINE  
Discipline : Médecine Générale

-----

Présentée et soutenue publiquement le  
à : POINTE-A-PITRE (ANTILLES-GUYANE)

Par Dominique HODEBAR

Né le 02 juin 1969 à Maisons-Alfort

-----

**TITRE** : Les représentations de l'expression créole « tout kò an mwen  
ka fè mwen mal » par les médecins généralistes en Guadeloupe : une  
étude qualitative exploratoire

**PRESIDENT DE THESE** :  
MME Jeannie HELENE-PELAGE

**LE CONSERVATEUR DE LA**  
**BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE**

**DIRECTEUR DE THESE** :  
M. Lyonel BELIA

Signature du  
Président de thèse

Cachet de la bibliothèque  
universitaire

## REMERCIEMENTS

A ma mère, mon père, mon frère, mes fils

A Féfé

A Lasuze, Antonine, Tatave, Adèle

Au professeur Hélène-Pelage J., au docteur Belia L.

Au docteur Cittée J.

A monsieur Tacita V., à monsieur Polybe R.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à l'étude

Aux membres du jury

A Tribord M-P., Seymour V., Ribac G., Nathou F., Anani E., Coverty F.

Et à tous ceux qui n'ont eu de cesse de me témoigner leur soutien.

## AVERTISSEMENT

L'écriture en créole utilisée pour ce travail, est celle qui est enseignée officiellement au début du XXI<sup>e</sup> siècle en Guadeloupe. Elle est basée sur le seul système graphique cohérent reconnu en Guadeloupe, en Guyane et en Martinique, et proposé par le GEREC-F (Groupe d'Etudes et de Recherches en Espace Créole et Francophone). Cette écriture à base phonologique est établie à partir de l'analyse des constituants phonémiques. Elle est dite aussi écriture « phonétique » par acception.

Les traductions en français, des mots et des phrases créoles, sont en italique.

## TABLE DES MATIERES

Remerciements et avertissement.....	2
Table des matières .....	3
Table des matières des tableaux .....	6
Liste des abréviations .....	6
I. INTRODUCTION .....	7
1. Les représentations de la maladie et de la douleur par les médecins .....	8
1.1. Les représentations de la maladie .....	9
1.2. Une représentation supplémentaire en Guadeloupe .....	10
1.3. Les représentations de la douleur .....	12
2. Le contexte historique et social du créole guadeloupéen .....	13
2.1. La Guadeloupe .....	13
2.2. Le créole Guadeloupéen .....	15
2.2.1. La naissance du créole guadeloupéen .....	15
2.2.2. L'évolution du créole guadeloupéen .....	15
2.2.3. L'usage du créole dans la société guadeloupéenne .....	16
II. MATERIEL ET METHODE .....	18
1. L'étude qualitative .....	18
1.1. Les sujets de l'étude .....	18
1.1.1. La population étudiée .....	18
1.1.2. La sélection .....	19
1.1.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion .....	20
1.2. Le schéma de l'étude .....	20
1.2.1. Description de l'expérimentation .....	20
1.2.1.1. Le mode de conduite des entretiens : des entretiens non directifs..	20
1.2.1.2. Le cadre des entretiens .....	21
1.2.1.3. Le déroulement des entretiens .....	21
1.2.2. Le recueil des données .....	22
1.2.3. L'analyse des données .....	23
2. La recherche bibliographique anthropologique et linguistique .....	24

III. RESULTATS .....	25
1. La population de l'étude .....	25
2. Les résultats de l'étude qualitative des représentations de la phrase .....	25
2.1. L'expression de la douleur somatique .....	25
2.1.1. Des douleurs somatiques diffuses .....	25
2.1.2. Une douleur somatique localisée .....	26
2.1.3. Une douleur somatique non localisée par le patient .....	27
2.2. L'expression de la douleur psychique .....	28
2.2.1. La douleur morale .....	28
2.2.2. La maladie psychosomatique .....	28
2.2.3. Le mal être .....	29
2.2.4. La souffrance résultante de la douleur physique .....	30
2.2.5. La souffrance sociale .....	30
2.2.6. Les fatigues .....	30
2.3. Les représentations non diagnostiques .....	32
2.3.1. Le reflet de l'insuffisance langagière .....	32
2.3.2. La valeur libératrice .....	32
2.3.3. Le non-dit .....	32
2.3.4. L'entrée en matière .....	33
2.3.5. L'alerte .....	33
2.3.6. La plainte informelle .....	33
2.4. L'instrument de valorisation identitaire et social .....	34
2.5. Les équivalents .....	34
IV. DISCUSSION .....	37
1. Discussion concernant la méthodologie .....	37
2. Discussion des résultats .....	39
2.1. Les représentations habituelles de la douleur .....	39
2.2. Les représentations péjoratives .....	40
2.3. La variété des représentations .....	42
2.4. Les contradictions et les antagonismes .....	43
2.5. La représentation du non-dit .....	44
2.6. Les représentations, l'anthropologie, la linguistique .....	45

V. CONCLUSION .....	52
BIBLIOGRAPHIE .....	53
ANNEXES .....	57
Annexe n°1 : Le guide d'entretien .....	57
Annexe n°2 : Tableau des durées des entretiens .....	60
Annexe n°3 : Tableau des caractéristiques des médecins interviewés .....	61

## TABLE DES MATIERES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau des durées des entretiens .....	60
Tableau 2 : Tableau des caractéristiques des médecins interviewés .....	61

## LISTE DES ABREVIATIONS

A.R.S: Agence Régionale de Santé

IEDOM: Institut d'Emission des Départements d'Outre-mer

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

U.R.P.S: Union Régionale des Professionnels de Santé

## I. INTRODUCTION

En Guadeloupe, lors de consultation en cabinet libéral de médecine générale, certains patients utilisent la phrase créole : « tout kò an mwen ka fè mwen mal ».

Sa traduction littérale en français est : « tout mon corps me fait mal ». Dans le dictionnaire de Henry Tourneux et Maurice Barbotin, « Tout kò an mwen ka fè mwen mal » est traduit par *j'ai mal partout* (dans ce dictionnaire, l'exemple donné est : tout kò a'y ka fè'y mal : *il a mal partout*) (48).

L'observation des consultations en cabinet permet de constater que cette phrase créole est également prononcée par le patient alors que l'intéressé n'a pas mal partout, et même lorsque le patient s'exprime en français. Cette dernière singularité témoigne probablement du sens créole de la locution qui correspond à une certaine vision guadeloupéenne du monde.

Dans cette région de la caraïbe, le médecin généraliste est confronté d'une part au bilinguisme et d'autre part à une certaine représentation du corps et de la maladie (13,17). Il n'y est pas obligatoirement préparé. Il a sa représentation de la maladie qui a des fondements divers (29).

L'étude de la représentation de cette locution créole par les médecins généralistes libéraux montrerait-elle l'utilité de compléter leur formation médicale universitaire par des données anthropologiques et linguistiques ? La comparaison entre leurs représentations de cette phrase et ces données permettrait de répondre à cette question.

Avant de présenter l'étude que nous avons réalisée, nous proposons de faire le point sur les représentations des médecins concernant la maladie et la douleur, et sur certains aspects anthropologiques et linguistiques en Guadeloupe.

## 1. Les représentations de la maladie et de la douleur par les médecins

La représentation mentale est « une entité de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système » (24).

La représentation sociale est « une forme de connaissance courante, dite de « sens commun », caractérisée par ses propriétés suivantes :

- 1- elle est socialement élaborée et partagée ;
- 2- elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéal) et d'orientation des conduites et communications ;
- 3- elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné » (24).

La représentation sociale désigne un domaine particulier des représentations collectives qui sont externes, et participent de la conscience collective.

La représentation mentale, elle, est individuelle et interne (à l'individu) (21).

La représentation, mentale ou sociale est avec son objet dans un rapport de symbolisation, et d'interprétation qui résulte d'une activité mentale pouvant engager des mécanismes intrapsychiques tels que motivations, projections, investissements affectifs, identitaires (24).

Tout individu acquiert et entretient ces deux types de représentations.

Si les représentations des médecins sont moins étudiées que celles des patients, elles permettent néanmoins d'appréhender certaines conduites et notamment d'éventuels freins du soignant. Elles sont doubles. En effet, le soignant étant à la fois un individu et un professionnel de santé, il est porteur du mode de représentations de l'un et de l'autre, chacun des deux modes revêtant des aspects collectifs et individuels (8).



## 1.1. Les représentations de la maladie

Les représentations de la maladie peuvent être regroupées en deux grands courants (29,31) :

La conception ontologique de la maladie, lui conférant une existence autonome. Elle attaque l'organisme de l'extérieur. Elle résulterait de la condensation de la médecine égyptienne entre l'idée de la maladie-possession et l'expérience orientale des affections parasitaires. Les conceptions religieuses de la maladie comme sortilège, envoûtement ou possession, maladie-châtiment participent de la même façon de voir. L'agent causal est à rejeter hors de l'organisme. Trouver l'ennemi qui est matérialisé indirectement par une lésion anatomo-clinique, facilite l'alliance entre le malade et le soignant.

La conception d'inspiration hippocratique où la maladie est considérée comme une réaction de l'organisme et de l'individu dans leur globalité à une perturbation de leur équilibre. La maladie reflète la rupture de l'équilibre d'un jeu dynamique de fluides à l'intérieur de l'organisme. Cette dernière n'est pas localisée mais concerne l'homme dans son entier. Elle résulte aussi de l'expression du tempérament. Elle traduit la recherche d'un nouvel équilibre. Les facteurs externes à l'organisme sont des facteurs favorisants et pas causaux. L'individu est beaucoup plus impliqué dans son trouble et dans sa guérison. L'importance des facteurs liés à l'environnement, le rôle du moral, de l'affectivité y figurent, avec le pendant de la toute puissance de la psyché, les pathologies auto-immunes. Cette conception préfigure l'approche psychosomatique moderne.

Dans la médecine contemporaine, comme dans la médecine traditionnelle en Guadeloupe, les deux courants ne s'excluent pas, mais se complètent (13,15,29). La formation médicale universitaire assure au médecin une vision basée sur des domaines tels que l'anatomie, la biochimie, la physiologie, la génétique. Cette formation lui permet d'avoir une approche rationnelle et objective, conforme à la biomédecine, basée sur les preuves (26). Cependant, elle ne l'isole pas d'autres conceptions comme l'attestent l'acupuncture et l'homéopathie dans la pratique courante de certains médecins issus des mêmes universités.

Les sciences démontrent de nombreux phénomènes, expliquent les mécanismes, apportent des réponses et dans un certain sens, rassurent. Dans les sociétés qui ont accès à leur enseignement, elles annihilent ou simplement réduisent le champ de certaines théories traditionnelles explicatives du monde et de l'être humain (35). Néanmoins, elles laissent, en général, encore des vides sur la question des genèses du monde et de l'homme, des rêves, des causes et des guérisons de certaines maladies, notamment mentales (39). Le fond de chaque lacune non comblée constitue un point d'ancrage de ces autres visions du monde où le magico- religieux opère afin de gérer l'inconnu. La société guadeloupéenne ne fait pas exception.

## 1.2. Une représentation supplémentaire en Guadeloupe<sup>1</sup>

« Si le corps biologique est universel, il est en effet pensé, donc traité différemment selon les cultures » (50).

L'homme a un corps composé d'humeurs, d'organes, délimité par une enveloppe poreuse qui assure une interpénétration du corps et de son milieu, une alchimie et une métaphysique de leurs fluides, dans un cosmos régi en partie par la physique (13,15).

Dans la compréhension humorale du fonctionnement du corps et de l'univers, la circulation des fluides procède de la mise en relation des humeurs du corps humain et des autres éléments de l'univers en tenant compte de la qualité de chaud et de froid, des fluides (13,15,51). La notion de chaud et de froid, modèle étiologique et thérapeutique dont les origines sont les plus controversées (13,51), est une notion globale qui concerne le corps et le cosmos, et qui conditionne la maladie et la thérapie. Elle est basée sur la conception qu'un corps en bonne santé est un corps qui maintient un équilibre thermique avec son environnement. La rupture de cet équilibre déclenchant la maladie (15).

---

<sup>1</sup> Nous nous intéressons aussi à une référence relative à ce type de représentation en Martinique car les cultures de la Guadeloupe et de la Martinique, sont extrêmement proches. Ces cultures se distinguent par la forme et non par le fond. Elles sont différenciées plus par les volontés politiques que par les faits culturels, à l'instar de leur créole (2,25).

L'univers procède à l'équilibre de l'être humain qui est une de ses composantes. Et il participe au rétablissement de l'équilibre rompu. La cause de la maladie est toujours externe.

En Guadeloupe, la médecine populaire est omniprésente, et plurielle avec ses différents courants d'inspiration religieuse plus ou moins forte. Elle s'enrichit de pratiques de nouvelles religions et de la biomédecine, elle modifie ses représentations et ses pratiques, au gré du développement des technologies, en cultivant le paradoxe et en évitant la contradiction (51). Compte tenu de sa branche de phytothérapie, elle est considérée comme une médecine douce lorsqu'elle est pratiquée en automédication dans les familles sans l'intervention de spécialistes que sont les frotteurs, les guérisseurs, les « kenbwazè » (*quimboiseurs*) ou les « gadèdzafè » (littéralement *celui qui regarde les affaires*)<sup>2</sup>. Elle comporte aussi des techniques plus spécialisées et moins connues, qui consistent à soigner des maladies ignorées de la médecine scientifique tel que « blès<sup>3</sup> » (13,51). Par ailleurs, les deux étiologies, sorcière et naturelle, peuvent correspondre à un même tableau clinique. Les maladies dues à un acte de sorcellerie sont de toute sorte, avec une prédominance de maladies chroniques que la biomédecine ne guérit pas dans des délais satisfaisants ou pas du tout. (Impuissance, éléphantiasis, terme de grossesse dépassé (35), psychose (39).).

C'est une médecine globalisante avec ses tenants ésotériques et religieux : elle prend en compte chaque homme dans son environnement, en relation avec le cosmos ; chaque homme est donc à comprendre par rapport à la totalité de l'univers et en rapport avec le sacré (13,51). Elle est difficilement réductible. Sa forme de pensée est éloignée de celle de la médecine moderne (15).

---

<sup>2</sup> « Kenbwazè » et « gadèdzafè » sont des thérapeutes dont certains actes sont en rapport avec le supranaturel (13,15).

<sup>3</sup> un état appelé « blès », se manifeste par des troubles principalement thoraciques et lombaires, notamment à type de douleurs, des signes généraux, des signes respiratoires surtout chez l'enfant, et constitue la maladie emblématique de la médecine populaire aux Antilles françaises ; la sensation que quelque chose s'est déplacé au niveau du sternum, est déterminante pour le diagnostic (13,15,51).

### 1.3. Les représentations de la douleur

La douleur est « le symptôme type de l'état de maladie » (29). Le médecin, conformément à sa formation, la caractérise pour la confronter à la nosographie et identifier la maladie dont elle est une des expressions. Son devoir est de s'employer à la calmer. La douleur « symptôme », aiguë ou subaiguë, signal d'alarme, protectrice donc utile, et la douleur « maladie », chronique, destructrice, considérée comme inutile s'opposent non seulement par leurs caractères mais aussi par leur évolution et leur pronostic (29,32).

Ce n'est pas simplement un flux sensoriel, dont l'intensité peut être modulée par des relais nerveux interposés ou par d'autres perceptions sensorielles (thermique, tactiles). La dimension affective ne peut être négligée. Il n'y a pas de douleur sans signification affective traduisant le glissement d'un phénomène physiologique au cœur de la conscience morale de l'individu (33).

Mécanisme de défense, c'est une perception qui soulève la question du rapport au monde de l'individu et de l'expérience accumulée à son égard. La tradition catholique continue à consentir une valeur particulière à l'expérience de la souffrance, après avoir entretenu des notions variées (signe de grâce, de punition ou d'expiation, valeur de dévotion, de puissance de rédemption) (32,33). Toute licence est accordée de s'opposer à la douleur dans la pensée juive. La douleur est un dessein de Dieu, et peut être même considérée comme prédestinée dans la conception islamique. Elle est toujours méritée pour des raisons parfois oubliées par l'individu souffrant, dans certaines spiritualités orientales (33).

Les usages sociaux de la douleur (douleurs éducatrice, consentie de la culture sportive, et initiatique), la douleur comme statut social, ou comme valeur identitaire rendent compte de l'ampleur de ses représentations (33).

Le médecin a une représentation de la douleur tout à la fois physiopathologique, affective, morale, sociale, culturelle, et religieuse.

## 2. Le contexte historique et social du créole guadeloupéen

Il convient de préciser le contexte géographique, historique, culturel et social de la langue pour saisir certaines valeurs de cette locution créole.

### 2.1. La Guadeloupe

La Guadeloupe située dans la caraïbe, est un archipel composé d'une vingtaine d'îles. Seules six d'entre elles sont véritablement habitées. Les deux principales sont Basse-Terre et Grande-Terre. Le peuplement de cette région est repris succinctement comme suit (1,3,6) :

En novembre 1493, Christophe Colomb découvrit la Guadeloupe. Débuta l'installation des Européens qui chassèrent les caraïbes, derniers occupants des périodes précéramique et céramique.

En 1635, l'île devint possession française avec l'arrivée des français. L'arrivée des premiers esclaves Africains noirs suivit en 1643. L'intensification de la traite de ces derniers dans les années 1660, fit qu'ils devinrent plus nombreux que les Français.

L'abolition de l'esclavage en 1794 puis en 1848 (un rétablissement de l'esclavage survint en 1802), fut suivi par des premières vagues d'immigration d'Européens (du Gers en France, de Portugais), de Madériens, de Chinois, et d'Africains, travailleurs contractuels suppléant la main d'œuvre anciennement esclave. De 1854 jusqu'en 1889, 42500 indiens immigrèrent au total (40). Dès 1876, des réfugiés libanais et syriens furent accueillis pour former en 1917 une communauté de 123 personnes (30).

En dehors de périodes comme dans les années 1970 où des départs massifs s'effectuèrent vers la France avec un plafonnement démographique pendant 12 années IEDOM, ou encore les années 1990 quand les arrivées furent nombreuses, les mouvements migratoires qui suivirent, n'ont plus affecté l'évolution démographique de la Guadeloupe qui a eu un solde naturel qui lui a permis de croître (1,28). En

2006, les départs plus nombreux que les arrivées ont été le fait des jeunes migrants (28).

La population, multiethnique, est estimée à 402 000 habitants en 2011 (27), et est composée :

- de descendants des Africains de la Traite (estimés à 290 000 entre 1643 et 1848) et issus ou non de divers métissages. Ils sont dits parfois « créoles de couleur » forment la proportion majoritaire des guadeloupéens.
- d'Indiens d'origine Asiatique,
- de descendants des colons appelés « blancs créoles » ou « blancs pays »,
- de « syro- libanais »,
- de migrants de France,
- d'autres composantes tels que des Africains, des Haïtiens, des Dominicains, des Dominicains, des chinois, des européens...

Les recensements de l'INSEE ne prenant pas en compte l'appartenance ethnique, au demeurant difficile à définir compte tenu du fort taux de métissage, ces groupes ethniques et géographiques sont peu quantifiables.

Département français depuis 1946, la Guadeloupe présente des infrastructures sociales et sanitaires dérivées du modèle français. Il y existe notamment un système hospitalier public avec un Centre Hospitalier Universitaire et des hôpitaux périphériques et un système libéral avec des médecins spécialistes, des médecins généralistes<sup>4</sup> en cabinet, et des cliniques (27). La population médicale est hétérogène, formée de médecins tout autant guadeloupéens que migrants de France, qu'étrangers africains, européens et caribéens.

La langue officielle est le français, mais une deuxième langue, le créole, est parlée et comprise par une très large partie de la population.

---

<sup>4</sup> Le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2010, était de 94 (27).

## 2.2. Le créole guadeloupéen

### 2.2.1. La naissance du créole guadeloupéen.

Le créole guadeloupéen s'est développé lors de la mise en contact d'individus d'origines et de langues diverses (amérindiennes, européennes, africaines) et à la faveur d'une stabilisation démographique relative.

Il naquit d'un des pidgins utilisés dans l'archipel. Moyen de communication devenu moyen d'expression de soi, il a été adopté comme première langue par un des groupes qui parlaient ce pidgin. Ce changement s'est renforcé en Guadeloupe à mesure que les Africains parlaient de moins en moins les langues africaines et arrivaient en moins grand nombre à partir de 1814, et il devint efficient lorsque leur immigration commerciale cessa vraiment en 1848 (17,19).

C'est un créole à base lexicale française « parce qu'on identifie énormément de mots français dans son lexique » et à base grammaticale d'influence (ouest-) africaine (17,37,41).

### 2.2.2. L'évolution du créole guadeloupéen

Ainsi créé, le créole était, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, avant tout la langue (maternelle) d'une population essentiellement ouvrière, rurale et infériorisée (2). Il en a gardé les stigmates tant dans son vocabulaire et ses expressions, que dans l'opinion qu'en avait la population (41). Bien qu'il fût utilisé par toute la population, il était alors considéré comme vulgaire, incarnant un passé « honteux », ne servant qu'aux injures, aux plaisanteries (à la légèreté), comme la langue de la campagne, de la familiarité, du concret, incapable d'abstraction... (2,17,37).

Son caractère péjoratif était accentué par les caractéristiques antinomiques du français, langue officielle, écrite, symbole du raffinement, de la bienséance, de la connaissance, du pouvoir, et instrument de l'accession à ceux-ci, utilisée « lorsque

l'on cherchait, pour une raison ou pour une autre, à faire bonne impression ou à faire montre de respect » surtout « à quelqu'un que l'on ne connaissait pas ou peu », au point d'être magnifié, sublimé (2,9,17,25,37).

Cet état de coexistence de deux langues de niveaux d'usage différent, déterminait un type particulier de bilinguisme : la diglossie (2,17,18,37). Avec le français pour langue dite « haute » et le créole pour langue dite « basse ».

La proportion de Guadeloupéens exclusivement créolophones diminuait compte tenu de l'instruction scolaire obligatoire en français.

Le dénigrement du créole était permanent, conscient ou non, volontaire ou non, dans le temps comme dans l'espace : en Guadeloupe, en Martinique, en France (37,44). Le créole n'était donc pas considéré comme une langue, bien qu'elle fut décrite comme autonome par rapport au français, et considérée comme telle par les linguistes (2,18).

A partir de 1966, des actions de réhabilitation furent entreprises. L'usage s'en faisait progressivement dans des lieux autrefois tabous (9,37,41,44). La circulaire du 21 juin 1982 relatif à un enseignement facultatif en tant que langue régionale, a permis au créole de bénéficier d'un véritable statut dans l'éducation nationale (41). Et certains considéraient que sa standardisation était efficiente (2).

### 2.2.3. L'usage du créole dans la société guadeloupéenne

Il passait alors d'un créole honteux à un créole valorisé, avec une approche de langue maternelle double, le créole et le français, pour certains (2). « Un changement sensible de la représentation que la société avait du créole est noté chez les parents, les enseignants... » (45).

Davantage toléré en public et en privé, il était utilisé partout. Outre le fait d'avoir acquis son droit d'entrée à l'église et à l'école où son enseignement était en constante hausse, le créole était fréquemment utilisé dans la publicité commerciale et dans les médias (45).



La diglossie a évolué, jusqu'à parfois se modifier par l'inversion de la dynamique des rapports des deux langues dans certains domaines. Pourtant, la francisation du créole, son évolution interne rapide, et l'émergence du français régional<sup>5</sup>, ne lui garantissaient pas une assise confortable (2,37,46).

Cependant, le dénigrement, le mépris, le rejet, le reniement du créole ont persisté et se sont transmis. Le refus du véritable bilinguisme a demeuré plus par idéologie que pour des raisons pratiques (25).

A travers l'histoire de la Guadeloupe et du créole Guadeloupéen, nous mettons l'accent sur les représentations sociales et psychologiques de cette langue.

Comprendre la parole du patient est fondamentale pour la démarche médicale (43). Elle permet au médecin d'organiser, d'orienter sa prise en charge voire d'envisager d'emblée un diagnostic.

La phrase créole « tout kò an mwen ka fè mwen mal » prononcée par des patients présente, comme nous l'avons souligné plus haut, une singularité linguistique et renvoie à des aspects représentatifs.

Nous nous demandons si l'interprétation de cette locution par les médecins est en adéquation avec les données anthropologiques et linguistiques.

L'objectif de ce travail était donc d'explorer les représentations que les médecins avaient de la locution créole « tout kò an mwen ka fè mwen mal » exprimée dans le cadre d'une consultation en médecine générale.

---

<sup>5</sup> Le français régional de la Guadeloupe est un compromis entre le créole et le français. Il crée sa syntaxe à partir de la leur. La plus grande partie de ses mots, locutions et expressions est empruntée au créole. Les mots et les locutions du français standard utilisés, ont leur signification modifiée, enrichie, produisant alors des expressions originales. Il est avant tout oral, de plus en plus utilisé par les écrivains de la Caraïbe francophone (2,46).

## **II. MATERIEL ET METHODE**

L'objectif de notre travail était l'étude des représentations par les médecins généralistes d'une locution créole. Il s'agissait de savoir si leurs perceptions étaient en adéquation avec les données anthropologiques et linguistiques de la Guadeloupe. Notre travail a donc été fondé :

Dans un premier temps, sur une étude qualitative en réalisant des entretiens individuels (4,14) ;

Dans un deuxième temps, sur une recherche bibliographique anthropologique et linguistique se référant à la phrase d'étude.

### **1. L'étude qualitative**

Elle a été réalisée avec la collaboration de la société Qualistat, institut d'études spécialisées dans la conduite d'études qualitatives et quantitatives, sous la direction de monsieur TACITA Vincent. Cette société avait déjà œuvré pour l'A.R.S (Agence Régionale de Santé) et l'U.R.P.S (Union Régionale des Professionnels de Santé) de la Guadeloupe.

#### **1.1. Les sujets de l'étude**

##### **1.1.1. La population étudiée**

Il s'agissait de médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet dans le département de la Guadeloupe.

### 1.1.2. La sélection

La constitution du groupe de médecins n'était pas guidée par une représentativité statistique mais par la recherche d'une diversité, source de la richesse des données (4,14,16). Un groupe de 20 sujets a été jugé nécessaire et suffisant pour les entretiens individuels de cette enquête exploratoire, avec analyse par entretien.

Pour le constituer, l'institut Qualistat a d'abord contacté 120 médecins généralistes sur les 260 installés en Guadeloupe et répertoriés sur les pages jaunes. Pour chaque ville, la moitié des médecins a été appelée. Les médecins de la première moitié de la liste dans l'ordre alphabétique pour une ville, puis ceux de la deuxième moitié pour la suivante, et ainsi de suite.

Après présentation et explication du but de l'appel téléphonique, il leur a été demandé de préciser leur sexe, leur âge, leur nombre d'année d'exercice au total et en Guadeloupe, leur type de zone d'installation, s'ils parlaient et comprenaient le créole guadeloupéen. Pour s'assurer qu'ils entendaient la locution créole en consultation, il leur a été posé 5 questions en rapport avec leur patientèle, parmi lesquelles figurait la question : les patients vous disent-ils parfois « tout kò an mwen ka fè mwen mal » ?

91 médecins ont pu être contactés et ont tous répondu aux questions. 3 médecins n'ont pu être retenus puisqu'ils déclaraient que les patients ne leur disaient pas cette phrase. Les 88 autres médecins ont donné leur accord pour être éventuellement interviewés pour le travail de thèse d'un étudiant en médecine, dont le sujet concernait l'entretien avec les patients, sans autre précision.

Ensuite, le choix des 20 médecins à interviewer parmi les 88, a été fait dans l'optique de cette diversité de profils. Ces 20 médecins ont été sollicités de nouveau par téléphone pour l'entretien, toujours sans dévoiler le thème de l'étude pour éviter toute préparation (22). Aucun médecin n'a refusé l'enquête.

### 1.1.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons retenu les médecins installés en cabinet en Guadeloupe qui exerçaient la médecine générale avec ou sans orientation thérapeutique spécifique (homéopathie, acupuncture, ostéopathie) et qui ont accepté de nous répondre.

Nous avons exclu les médecins remplaçants, les collaborateurs, ceux qui ne pratiquaient plus la médecine générale tels que les médecins voués exclusivement à l'expertise médicale, les allergologues, et ceux qui exigeaient une demande écrite.

Nous avons décidé d'exclure les médecins que nous n'étions pas arrivés à joindre après quatre tentatives infructueuses au minimum sur au moins deux jours différents.

Les médecins qui disaient ne pas entendre la phrase, ont été exclus également.

## 1.2. Schéma de l'étude

Pour cette étude qualitative, nous avons procédé à une enquête par entretiens individuels à usage exploratoire.

### 1.2.1. Description de l'expérimentation

#### 1.2.1.1. Le mode de conduite des entretiens : des entretiens non directifs

Compte tenu des objectifs de l'enquête, le choix de la formule appropriée a été celui des entretiens non directifs ou libres (22). Les recherches fondées sur des entretiens libres avaient généralement pour but de décrire les croyances profondes (22). L'interviewer présentait brièvement le thème. Il demandait à l'interviewé de l'analyser et le laissait ensuite parler librement. Il se manifestait assez peu, ses interventions étaient destinées uniquement à encourager et à aider l'interviewé à développer son discours. Il s'appliquait à avoir une attention positive inconditionnelle en montrant

qu'il accordait de l'intérêt à tout ce qui était dit et en veillant à n'exprimer ni approbation ni improbation. Il adoptait une attitude empathique (22).

#### 1.2.1.2. Le cadre des entretiens

Le lieu de l'entretien a été le cabinet professionnel du médecin, plus précisément la salle de consultation. L'interviewer occupait la place du consultant devant le bureau et en face du médecin. Un médecin a reçu l'interviewer dans une salle de consultation d'un service d'hôpital où il effectuait des vacations, persuadé d'optimiser ainsi sa disponibilité.

Les entretiens se sont déroulés à la fin des consultations de première partie de journée (7 cas) ou en soirée (10 cas), ou le matin une heure avant le début des consultations (3 cas). Toutes les dispositions étaient prises pour obtenir et conserver le calme, éviter toute interruption et tout détournement d'attention (fermeture du cabinet, d'ordinateur, de téléphones).

#### 1.2.1.3. Le déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par la société Qualistat. L'interviewer de cet institut a été sélectionné pour sa compétence en créole guadeloupéen et sa sensibilisation antérieure aux termes médicaux.

Avant le début de l'entretien, l'interviewer effectuait les présentations en donnant des indications sur l'organisme chargé de l'enquête et sur l'étude. Ensuite il lisait le guide d'entretien que nous avons établi avant le début de l'enquête, afin de définir ce qui était attendu du médecin, de rappeler les engagements, indiquer le type d'enregistrement (dictaphone), la durée approximative de l'entretien (30 minutes) (14,22).

Les présentations terminées, l'interviewer donnait la parole au médecin en énonçant la consigne initiale. Il intervenait lors de l'entretien selon les relances indiquées sur le guide d'entretien (annexe n°1) et suivant son libre arbitre s'il le jugeait nécessaire ...

(14,22). Un médecin a demandé s'il pouvait s'exprimer en créole. Cela lui a été accordé pour ne pas l'inhiber.

L'enquête a été menée du 19 mai au 05 juin 2012. Deux médecins pouvaient être interviewés le même jour.

Un médecin s'est désisté 48 heures avant le rendez-vous à cause d'une surcharge de travail. Il a pu être remplacé par un médecin de profil identique.

La durée des entretiens, à partir de la lecture du guide jusqu'à la fin du discours du médecin a été très variable, atteignant rarement 30 minutes (Annexe n°2 : tableau 1).

### 1.2.2. Le recueil des données

Nous avons élaboré le guide d'entretien, qui était à la fois le support du lancement des discours et la garantie d'un recueil de données exploitables. Il a été validé par monsieur TACITA Vincent (annexe n°1). Nous avons réalisé deux entretiens-tests en interviewant deux médecins généralistes. Suite à ces tests et en fonction de nos hypothèses, il a été précisé, et reporté dans le guide, des mots et des notions qui pourraient nécessiter une demande de développement. Il était convenu que des améliorations, des réajustements du guide, notamment des interventions de l'interviewer, seraient apportées à mesure des entretiens (4,14). Nous avons apporté des modifications au guide deux fois pendant l'enquête.

Les discours ont été enregistrés par un dictaphone numérique Panasonic RR-US511. Les enregistrements ont été écoutés le jour même pour améliorer les interventions en fonction de l'objectif de l'enquête. Les impressions de l'interviewer (concernant le niveau créolophone, le degré de sincérité par moment) et les déclarations des médecins qui suivirent l'enregistrement, ont été notées sur un livret avec la correspondance au numéro d'entretien.

### 1.2.3. L'analyse des données

Elle était qualitative. Il s'agissait de l'analyse de contenu, entretien par entretien. La procédure comprenait la transformation du discours oral en texte, puis la construction de l'outil d'analyse des données pour étudier les représentations (codage et traitement) (14).

La retranscription de tous les enregistrements, opération essentielle, a été établie de façon littérale. Les rares réécritures autorisées consistaient à corriger certaines fautes grammaticales pour faciliter la lecture, comme « parlent pas » corrigé en « ne parlent pas » (14).

Chaque entretien a été retranscrit sur une fiche numérotée dans l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens, de N1 à N20. Les fiches comprenaient d'une part le sexe, l'âge, le nombre d'années d'exercice en totalité, le nombre d'années d'exercice en Guadeloupe, le type de zone d'installation du médecin et s'il était créolophone, et d'autre part l'entretien avec les interventions de l'interviewer.

Le codage des données des verbatim, les a décrites, classées et transformées. Ce codage a été ouvert, c'est-à-dire qu'il a été conduit par une technique ouverte et induite : nous avons établi les catégories d'analyse à partir des entretiens.

D'abord, nous nous sommes intéressés seulement aux passages correspondant aux représentations (analyse sémantique du contenu). Ensuite, dans ces passages, nous avons le plus souvent, sélectionné des extraits et découpé le texte en fragments. Enfin, nous les avons comparés et regroupés en catégories et sous-catégories (ou types) répondant à l'objectif de l'étude (analyse thématique) (7).

Le traitement des données a été réalisé par une analyse conduite manuellement, a reposé sur une compréhension approfondie des données et une étude du sens par approximations successives, par lecture et relectures des textes et des verbatim. Nous avons terminé cette étape par la mise en place des catégories des représentations des médecins et la recherche d'explications.

## **2. La recherche bibliographique anthropologique et linguistique**

La recherche bibliographique relative à la locution et à la question que nous nous posions a été réalisée en français, créole et anglais.

Les mots-clés utilisés ont été principalement :

En français : « représentation », « anthropologie », « linguistique », « dictionnaire créole », « Guadeloupe », « Antilles françaises », « langue créole », « corps », « maladie » ;

En créole : « kò », « kò an mwen », « fè », « mal », « tout kò an mwen ka fè mwen mal » ;

En anglais : « representation », « anthropology », « French West Indies », « creole language », « body », « pathology » ;

Nous avons utilisé ces mots sous diverses combinaisons avec des opérateurs booléens, les moteurs de recherche Sudoc, Google scholar.



### III. RESULTATS

#### 1. La population de l'étude

Nous avons établi un tableau qui récapitulait les caractéristiques des médecins de l'enquête (Annexe n°3 : tableau 2).

#### 2. Les résultats de l'étude des représentations de la phrase

##### 2.1. L'expression de douleur somatique

Selon N20 : « il y a toujours une douleur physique à la base ».

##### 2.1.1. Des douleurs somatiques diffuses

Pour N19 : « c'est tout le corps », et pour N18 : « mais c'est pas vraiment une localisation précise pour moi ».

Ces douleurs pouvaient être systématisées :

- comme les myosites et les arthrites infectieuses :

N1 a déclaré : « si je sens que c'est une pathologie aigue [...] je penserai à [...] un syndrome fébrile avec des myalgies...m'enfin, ça s'est secondaire ».

Ces perceptions ont été abordées par N2, N3, N4, N5, N6, N7, N10, N14 et15, qui ont cité : « syndromes viraux », « épisodes fébriles », « la grippe », « la dengue », et « la leptospirose ».

N18 : « Moi, pour moi, c'est j'ai mal partout. [...] Oui, pour moi c'est simplement j'ai mal partout docteur, a priori peut être fébrile. ».

- comme les arthralgies dégénératives car le corps correspondait aux articulations :

N1 : « Tout kò an mwen ka fè mwen mal [...] peut vouloir dire j'ai mal partout, j'ai mal aux articulations. » ; et : « Spontanément quand j'entends ça je m'oriente d'abord

vers une pathologie rhumatismale lorsqu'il s'agit d'une personne âgée » ; puis : « j'aurais l'impression que 80% des gens qui disent ça, parlent de pathologie rhumatismale quand il s'agit de personnes d'un certain âge ».

N19 : « parce que, s'ils ont mal à la poitrine ils diront qu'ils ont mal à l'estomac, ils vont préciser,...parce que quand ils ont le ventre qui fait mal c'est pas le corps [...] souvent c'est des problèmes d'antalgiques pour des problèmes arthrosiques ».

N4 : « Et puis un diagnostic évident, ce sont les personnes âgées poly arthrosiques ». N12 : « Mais chez la personne âgée, au-delà de 70 ans, ils vont se plaindre de rhumatismes. Voilà, donc ça c'est clair c'est la douleur habituelle ».

N8 : « Ca peut déboucher, sur effectivement une vraie douleur arthrosique, mais comment s'imaginer que quelqu'un ait une douleur aussi générale, si on le prend au mot à mot, « tout kò an mwen », c'est-à-dire « tout zo an mwen, tout chè an mwen, tout tèt an mwen ka fè mwen mal » (*J'ai mal à toutes mes articulations, tous mes muscles, toute la tête*), c'est le corps dans son entier, comment arriver à faire la part des choses ».

Cette douleur généralisée peut ne pas être systématisée :

N4 et N12 citaient « la fibromyalgie ».

### 2.1.2. Une douleur somatique localisée

N2 déclarait : « ben ! Rien que le rachis peut être tout le corps » et « Même le ventre si on peut aller plus loin ».

Selon N8 : « Mais ce n'est jamais, jamais à mon avis, à 99 %, « tout kò la » (*tout le corps*). A mon avis, c'est jamais ... c'est peut être 1 % des gens, quand on fait la part des choses » ; et : « A mon avis, enfin ce n'est pas mon avis, c'est la réalité, on est quand même médecin, oui on peut avoir une céphalée, on peut avoir une gonalgie, une lombalgie et les gens ils vous lancent ça de manière à ce que vous puissiez les soulager, [...] Il peut y avoir une exacerbation de cette douleur chronique, mais à mon avis c'est jamais des choses ... c'est jamais dramatique [...] Mon expérience me permet de ...et ça m'affole jamais » ; puis ; « on prend le cas de quelqu'un qui a une colique néphrétique qui fait affreusement mal, elle ne dira pas « tout kò an an ka fè

an mal »<sup>6</sup>, elle dira « docteur, j'ai mal là ». La personne désigne le truc. [...] Les femmes qui ont une endométriose, elles ne diront pas « tout kò an an ka fè an mal », elles diront « j'ai mal là », elles vont désigner la région pelvienne [...] Il n'y a pas dix mille diagnostics de « tout kò ... mal », non ».

N11 : « mais ça peut être un infarctus au final, comme une angine, comme rien du tout, [...], bon je n'ai pas une grande pratique médicale en Guadeloupe, ça fait 8 ans que je suis là, mais ça peut englober tout et n'importe quoi, du rien au très, très, très grave ».

N20 : « Moi quand j'ai quelqu'un qui me dit ça, j'ai peur, dans le sens où souvent si c'est une personne âgée que je ne connais pas...je me dis, ça peut être tout et n'importe quoi et surtout n'importe quoi. [...] du gaz à l'infarctus du myocarde ».

### 2.1.3. Une douleur somatique non localisée par le patient

C'était une représentation de N3 : « ou, ça arrive que des gens n'arrivent pas à définir véritablement l'origine de leur douleur [...] ils poussent à une recherche dans tout l'organisme, dans tout l'organisme disant « tout kò an mwen »...comme ça on va trouver l'origine de leur douleur. Voilà. [...] Si bien qu'il y a la demande rituelle : « docteur, fè on skanè, tout kò an mwen ka fè an mal. Fè on radio de tout kò-la ». (*Faites un scanner, j'ai mal partout. Faites une radio de l'ensemble du corps.*) Tout ça pour pouvoir déterminer un endroit bien précis de leur douleur en fait... comme ça on va trouver l'origine de leur douleur. Comme ça on va pouvoir préciser si c'est le bras, si c'est la tête, si c'est le corps ».

Elle était aussi mentionnée par N9 : « en fait, les gens ont des douleurs diffuses assez chroniques, ils n'arrivent pas trop à définir l'endroit où ils ont mal, et voilà en fait, ça s'exprime comme ça. C'est vite fait ».

---

<sup>6</sup> En créole guadeloupéen, « an » pronom personnel sujet (« je » en français) est utilisé aussi à la place de « mwen », pronom C.O.D (« me » en français) et dans le déterminant possessif « an mwen » (« mon » en français).

## 2.2. L'expression de douleurs psychiques

### 2.2.1. La douleur morale

- Avec somatisation à type de douleurs physiques :

N4 : « Deuxièmement, c'est quelque chose, c'est que ça a une connotation heu...de dépression » ; puis : « C'est une phrase-type de certaines formes de dépressions en Guadeloupe [...] Dépression avec somatisation » ; puis : « C'est l'expression d'une souffrance qui n'est pas seulement physique, c'est quand même une souffrance physique : « tout kò » (*tout le corps*), mais qui est aussi mentale, une souffrance mentale ».

- La douleur morale isolée :

N8 : « ce n'est pas forcément une douleur physique, des fois aussi, c'est une douleur morale » ; et « (une phrase que) certaines personnes lancent pour demander une prise en charge de certaines douleurs qui ne sont pas forcément physiques. Et même dans notre langage trivial de tous les jours, on n'est pas forcément chez un médecin, [...] sans pour autant avoir une douleur ».

N13 : « ...et il n'y a aucune douleur physique. Une douleur psychologique, une souffrance morale, un épuisement, un syndrome anxio-dépressif ».

N14 : « sé pa toulè on soufrans fizik, sa pé on soufrans moral, on soufrans pèwsonèl, sa pé on soufrans pou on dèt moun » (*ce n'est pas constamment une souffrance physique, ce peut être une souffrance morale, une souffrance personnelle, ce peut être une souffrance partagée*).

- La douleur morale sans précision, ou, en rapport avec des douleurs physiques :

N5, N7, N9, ont cité « Une dépression », N1 et N17 : « un syndrome anxio-dépressif », sans préciser s'il y avait des douleurs physiques en rapport.

N13 : « ça peut cacher une femme battue ».

### 2.2.2. La maladie psychosomatique

N1 : « Et lorsqu'il s'agit d'une personne encore moins âgée, je vais m'orienter vers une maladie psychosomatique [...] on a déjà un a priori ; si c'est une fille, une jeune

personne qui le dit heu...à moins que ce ne soit des pathologies rares [...] tout kò... oui effectivement c'était une polyarthrite rhumatoïde [...] mais bon ça c'est rare ».

N3 : « C'est une souffrance, c'est une souffrance...psychique, physique. Et souvent derrière ça...c'est souvent psychique...que physique. Enfin psychosomatique ».

N9 : « Le mal-être du patient. Souvent, le mal-être s'exprime par des douleurs un peu diffuses et en fait, il faut aller au delà de la douleur physique, il faut rechercher une douleur morale, une souffrance morale, exprimée par ses douleurs entre guillemets, de tout le corps ».

N 16 : « des problèmes, plus des, on va dire conflictuels dans la famille à un moment où la personne a du mal à gérer et à ce moment là, on somatise en quelque sorte » ; puis : «un problème [...] d'ordre psychologique, de difficultés relationnelles, de difficultés de gestion au quotidien de leur stress ou quelque soit l'origine du stress, qui peut se traduire par une manifestation somatique, à type de douleur » ; et, « une douleur qui en fait, qui est dans leur tête quoi, [...] qui ne cède pas aux antalgiques habituels [...] d'ordre psychologique. [...] mieux avec des anxiolytiques, ou après des traitements on va dire plus relaxants, qu'antalgiques. Ce qui montre bien qu'il y a un retentissement de ces problèmes psychologiques, une somatisation de problèmes psychologiques, qui n'ont strictement rien à voir avec des douleurs diffuses, comme on pourrait en trouver chez un type qui a un cancer avec des métastases multiples, par exemple ».

### 2.2.3. Le mal être

N5 : « Soit une personne qui est en mal être, qui veut évoquer un mal être ».

N12 : « ils ne sont pas bien dans leur peau » et N19 : « ils sont mal dans leur peau ».

N16 : « Plus, des choses liées à des soucis, autres que somatiques. Voilà, des gens qui sont un peu angoissés, stressés, qui ne se sentent pas bien, enfin, pas bien dans leur corps quoi [...] c'est plus un mal-être, que...c'est plus un ressenti ».

N9 : « Mal-être, une souffrance morale, un état dépressif, une souffrance morale, des soucis particuliers qui seraient à l'origine d'une dépression réactionnelle ou d'une dépression caractérisée, par exemple. Voilà, un mal-être, oui ».

#### 2.2.4. La souffrance résultante de la douleur physique

N6 : « Donc, quand on fait préciser, il dit « tout kò an mwen ka fè mwen mal », mais ça peut être un genou, peut-être que c'est un bras, peut-être que c'est une épaule, donc ça traduit son malaise général de la douleur qui peut exister en un point, mais c'est tellement difficile à supporter que pour lui, c'est l'ensemble. C'est tout le corps ».

N20 : « ça traduit un mal être général [...] au départ, une douleur initiale puis en fait il est <sup>7</sup> tellement mal qu'il dit que tout lui fait mal ».

#### 2.2.5. La souffrance sociale

N1 : « Oui. Si c'est quelqu'un de relativement jeune [...], bon là j'ai l'impression que nous quittons assez rapidement le domaine de la médecine somatique pour s'orienter vers toute la misère sociale, la misère morale, la misère mentale, la misère du monde ».

N3 : « ça arrive aussi lors d'une fatigue psychique que plutôt physique, liée simplement au poids des soucis...au poids des soucis » ; puis : « Ce sont des gens, véritablement qui sont soucieux, qui ont un problème psy, un problème avec la famille, un problème avec les enfants et un moment « an las, tout kò an mwen ka fè an mal »... Le poids des soucis surtout...mais à mon sens, tout ça c'est véritablement pour montrer qu'il y a beaucoup de souffrance».

#### 2.2.6. Les fatigues

- La fatigue sans précision :

N1 : « Lorsqu'il s'agit d'une personne un peu moins âgée, je pense qu'elle veut, qu'elle a besoin de me parler d'une asthénie ».

- Le ras-le-bol, ou, l'impuissance à autogérer son problème de santé :

N4 : « Première chose, c'est que...c'est quelqu'un qui très souvent en a marre... C'est-à-dire quelqu'un qui arrive au bout d'un processus, c'est-à-dire que la personne

---

<sup>7</sup> Le médecin avait bien dit «il est ».

a pris de l'aspirine, elle a pris ceci, elle a pris des conseils, c'est quelqu'un qui arrive au bout d'un processus [...] soit de diagnostic ...soit thérapeutique parce qu'elle a pris ceci, elle a pris cela etc. En Guadeloupe, les gens pratiquent beaucoup l'automédication [...] puis après ils n'arrivent plus, ils ne comprennent plus rien. »  
 « Quelqu'un ne va pas venir comme ça « tout kò an mwen ka fè an mal », sans avoir tenté quelque chose. [...] La personne qui en a marre, sait d'où vient son truc, d'où vient son mal, sa souffrance, mais parfois les gens sont inquiets, ont très peur des cancers, très peur des maladies. Il y a un petit côté où ils se disent est-ce qu'ils n'ont pas un gros « pète ». ».

N19 : « souvent ils ont des douleurs et ils ne savent pas les gérer [...] c'est souvent la gestion de la douleur, ils ont déjà fait des massages, ils ont déjà pris des bains, des bains de mer ».

- La fatigue globale :

N4 a ajouté : « Et puis, il y a d'autres variétés de patients : ceux...y'en a marre, qui sont pas somatiques, qui sont un peu anxio-déprimés, qui sont un peu dans le ras-le-bol parce que heu...ils ont quand même un support physique parce qu'ils ont beaucoup travaillé, ils ont beaucoup marché ».

N3 : « lorsque le patient dit « tout kò an mwen... » ça peut être simplement un patient fatigué, qui a beaucoup travaillé, qui a véritablement des courbatures, qui a la fatigue du travail ».

N6 : « fatigué, fatigué psychologiquement, fatigué physiquement, débordé. Donc, ça traduit aussi tout un mal être. Donc, ça peut être un mal être psychologique, peut-être sous entendu par quelque chose de physique. ..., une personne, elle travaille beaucoup, elle a des courbatures, mais quand il y a cette phrase chez quelqu'un qui n'a pas de vraie douleur à objectiver, ça traduit souvent un ras le bol ».

N12 : « ils (les patients) sont dans une lassitude totale, ils ont des courbatures, ils sont surmenés [...], un peu déprimés, mais enfin ce n'est pas toujours à 100 %... surmenés physiquement comme moralement » ; puis : « on a l'impression que c'est un élément global qui font qu'ils ressentent cette douleur générale » ; et : « Ça ne vient jamais de la bouche d'un jeune, c'est des gens à partir de 50 ans qui sont déjà dans la vie active, qui n'arrivent pas à joindre les deux bouts. On a l'impression que sur le plan même de la famille, ils ont des difficultés, ils ont des difficultés souvent au

travail et tout se reporte souvent un petit peu comme si c'était une maladie psychosomatique ».

### 2.3. Les représentations non diagnostiques

Nous regroupons sous cette appellation, les représentations qui, certes, ne se rapportaient ni à un symptôme, ni à une maladie, ni à un état comprenant une douleur, mais, restaient en rapport direct avec la consultation.

#### 2.3.1. Le reflet d'une insuffisance langagière

N3 : « Il y a aussi en fonction de la richesse du vocabulaire de l'autre qui est en face ; comme les Haïtiens n'arrivent pas dans leur créole, à exprimer véritablement leur douleur, du moins l'origine de leur douleur ou bien la douleur qu'ils ont, elle-même ».

N7 : « c'est que très souvent on a quand même un problème de vocabulaire » ; puis : « le malade a quelques fois un peu l'impression de heu...ne sait pas s'exprimer, donc il passe à travers ça ».

#### 2.3.2. La valeur libératrice de la locution

N9 a dit : « S'ils (les patients âgés) ont mal ponctuellement, ils vont signifier l'endroit où ils ont mal. Des fois, c'est plus simple pour eux de dire qu'ils ont mal partout, qu'ils ont des rhumatismes, voilà, ils ont mal partout. En fait, ils se libèrent du poids de leur douleur en disant tout simplement qu'ils ont mal partout ».

#### 2.3.3. Un non-dit

N14 : « Lè i ka di'w sa, tini « tout le non-dit » [...] sa fo ou konprann paw « les paroles intérieures ». ». (*Lorsqu'il (le patient) vous le dit, il y a tout le non-dit [...] ce que vous devez comprendre à partir des paroles intérieures*).



#### 2.3.4. L'entrée en matière :

N1 : « C'est comme une entrée en matière, c'est comme un bonjour » ; puis : « Ce n'est qu'un bonjour docteur ».

N6 : « C'est une manière d'introduire la chose. Et il faut, je pense, ne pas foncer dessus en disant, bon, antalgique, anti-inflammatoire, elle a 60 ans, elle a sûrement un peu d'arthrose et puis on ressort ».

N14 : « sé on entrodiksyon a antretyen-la [...] pou di'w i ni on soufrans entern [...] pou gadé si ou pé rayé'y pou zò pé an senbyòz » [...] pou savé si i pé fè'w konfians. Sé pou sa fo ou ba yo tan a yo, « surtout » sé pèrsonnajé-la » (*C'est une introduction à l'entretien [...] pour vous dire qu'il a une souffrance interne [...] pour savoir si vous pouvez le suivre, pour pouvoir être en symbiose [...] pour savoir s'il peut vous faire confiance. C'est pour ça qu'il faut leur donner le temps, surtout à ces personnes âgées*).

N19 : « ils nous font confiance en disant ça, et c'est à nous d'en profiter [...] et c'est une introduction à la consultation ».

#### 2.3.5. L'alerte

N3 : « Un signal qu'il faut s'occuper d'eux, qu'il y a véritablement du feu dans la maison si on veut ».

N7 : « il y a des gens qui vous le diront tout le temps, tout le temps, parce que pour eux, [...] ils ont l'impression qu'en disant cela, l'attention du médecin sera beaucoup plus importante ».

N4 : « Et troisièmement, c'est quelqu'un qui a une demande d'aide plus accrue que si elle vient pour une grippe par exemple. Une perception d'une demande plus forte » ; puis : « il (le patient) sait bien qu'il y a une connivence et il va dire ça à un médecin créolophone. Donc il sait que le médecin aura un autre déchiffrage ».

#### 3.6. La plainte informelle

N2 : « Si on annonce initialement comme ça, ça veut dire « rien ne va ». « Rien ne va », ça peut être une fièvre et des courbatures initialement donc heu signifie une fièvre après interrogatoire alors poussé, ça peut être des poly arthralgies, des

myalgies, ça peut être une faiblesse musculaire, une faiblesse de façon générale, une fatigue ...» ; et : « comme ça peut être un organisme qui ne répond pas à ce qu'ils attendent ».

N5 : « Y a rien qui va. Un syndrome dépressif exprimé par des tas de petits signes somatiques. Mais la personne n'osera pas dire d'emblée : bon j'ai des soucis avec mon fils ou des choses heu voilà, elle va passer par son corps pour exprimer son mal être ».

N6 : « Ça veut dire souvent : « je ne me sens pas bien », pas toujours ».

N4 : « Souvent...cette phrase-la émane d'une certaine population que le médecin connaît et qui énerve le médecin. Ils ont toujours quelque chose à se plaindre. Tous les hypocondriaques ont toujours quelque chose. Et aujourd'hui, ils sont arrivés avec une autre formule, c'est « tout kò an mwen [...] Donc, dans 1/3 des cas, nous connaissons les gens qui vont dire ça, et ça nous irrite énormément ».

#### 2.4. Instrument de valorisation identitaire et sociale

N8 : « Ce sont des gens à mon avis misérables, [...] venir chez le médecin, pour eux, c'est une façon au moins de gravir sur le plan social, une marche, avoir les mêmes droits, même passer avant les autres. Généralement, les gens qui me demandent de passer avant les autres, ce ne sont pas des gens qui sont malades, ce sont des gens qui viennent et qui ont besoin de revendiquer quand même une certaine...de légitimer leur existence ».

N11 : « Peut être avec une mise en scène plus importante...Dominicains ou haïtiens [...] le disaient avec exubérance et la serviette en éponge sur la tête, pour essayer peut être de passer un peu plus vite, essayer peut être de changer le système d'arrivée, des choses comme ça ».

#### 2.5. Les équivalents

N11 : « ça ressemble beaucoup, je dirais, au syndrome méditerranéen que l'on peut rencontrer dans certains services d'urgences en France » ; puis : « on peut arriver à les mettre au même niveau [...] il peut y avoir un petit parallèle [...]on utilise le créole pour cette entité médicale, qui n'en est peut-être pas une, entre guillemets, par rapport au syndrome méditerranéen où on retrouvait souvent le même type de

catégorie socioprofessionnel [...] Par contre la chose étonnante, c'est toutes les catégories socio- professionnelles, éducatives de la Guadeloupe qui utilisent le « tout kò an mwen ka fè mwen mal ». Ca peut être des enfants, des adultes, des personnes âgées ».

N3 : « ils (les Haïtiens) disent, heu, alors pas « tout kò an an ka fè an mal », mais l'expression que « an santi kò'm krazé »<sup>8</sup>. Oui, « an santi kò'm krazé ». Il dit qu'il a mal partout, c'est une façon d'interpréter ça aussi. [...] Et mieux encore, mieux encore, « an santi kò'm dékonpozé »<sup>9</sup>. ».

N6 : « an ni mal toupatou (*j'ai des douleurs partout*) ou tout kò an mwen ka fè mwen mal, je pense que ce sont des synonymes, à mon avis ».

N13 : « « doulè, doulè (*rhumatisme, ou, douleur*)...certaines personnes âgées rajoutent ça, tout de suite après ça, « tout kò an mwen ka fè mwen mal », notamment les personnes d'origine étrangère, haïtienne notamment, heu, me disent ça après « tout kò an mwen ».

- Enquêteur : Et qu'est-ce que ça veut dire « doulè, doulè » ?

- N13 : (rires) Ben, heu, je leur pose la question, « tout kò an mwen ka fè mwen mal. Doulè » ? Voilà. Ça amène à des choses. L'interrogatoire, heu, depuis quand ? Où ça ? Machin ».

N15 : « « kò-la pa bon » (*ça ne va pas fort*), ce qui est équivalent à « tout kó an mwen ka fè mal...ka fè mwen mal » [...] Plus ou moins, oui. Pour un non créolophone, oui. »

N17 ne distinguait pas lorsqu'il parlait, « tout kò an mwen » (*tout mon corps*) et « tout kò-la » (*tout le corps*).

- Ce qui aurait pu être considéré comme un équivalent :

N14 « Si sé on madanm lakanpagn pasé 60 lanné, ka ki'w : « kò an mwen ka fè an mal », a pa menm biten, a pa « tout kò an mwen ». Eben, sé seks a'y ka fè'y mal. Sé

<sup>8</sup> Le sens est abordé dans le chapitre IV, paragraphe 2.6.

<sup>9</sup> Idem

entimité a'y [...] si sé on nonm, vlédi sé on pann seksiel i ni, mé i pa savé kijan pou di'w sa. Sé entimité a'y osi. *(Si c'est une femme de la campagne, de plus de 60 ans qui vous dit : « kò an mwen ka fè an mal », ce n'est pas la même chose, ce n'est pas « tout kò an mwen ». Eh bien, il s'agit de son sexe, de son intimité[...] si c'est un homme, alors c'est une panne sexuelle qu'il a, mais il ne sait comment vous le dire. Il s'agit de son intimité aussi).*

## IV. DISCUSSION

### 1. Discussion concernant la méthodologie

La sélection de la population reposait entre autres, sur la distinction du caractère créolophone du médecin. Cette distinction a été difficile dans certains cas. 18 médecins sur 20 disaient être créolophones. L'interviewer a douté de la réponse affirmative de 6 médecins, et surtout de N18 qui n'aurait pas su dire la locution créole hors enregistrement.

La relative proximité des deux langues, le français et le créole, et la progressive francisation du créole, grammaticale et lexicale (2), accroissaient les différents niveaux de langues (13,25), et favorisaient le fait de se déclarer facilement créolophone. De plus, avouer ne pas être créolophone tout en exerçant en région créolophone, n'était pas facile. La différence entre les créolophones « de souche » et les créolophones d'acquisition linguistique « secondaire », aurait pu être prise en compte.

Par ailleurs, le médecin le moins âgé avait 39 ans et les femmes étaient au nombre de 6. Mais la nécessité d'une diversité tenant compte des autres caractéristiques a rendu l'optimisation de ces chiffres, difficile.

Le schéma de l'étude présentait aussi, des points sujets à discussion :

Le choix possible de mener l'enquête avant les consultations, même en aménageant un délai long d'une heure, pouvait être un biais. L'interviewé comme l'interviewer avaient dans ce cas, une limite horaire concrète et commune. Bien que le problème pût se poser aussi après les consultations. En effet, les médecins pouvaient avoir des impératifs qui allaient modifier leur disponibilité. Nous ne l'avons pas su.

L'entretien réalisé après les consultations, a exposé à la contamination du discours par les représentations et les actions précédentes et récentes (14). Nous avons pu observer ce mécanisme chez deux médecins qui l'ont énoncé sans équivoque.

La question posée en rapport avec la consigne initiale était très large ou très ouverte. De plus, elle s'inscrivait dans le cadre de la pratique professionnelle. Les médecins ont parfois produit un discours mixte, modal pour les idées et référentiel pour décrire l'état des choses (14). Le discours a parfois été à prédominance référentielle. Cette faiblesse aurait pu être contournée en précisant de nouveau « représentation » dans la question suivant la consigne.

Nous n'avons pas empêché l'usage du créole pour éviter que les médecins ne fussent bloqués par des mécanismes de défense qui les auraient empêchés d'exprimer une partie de leurs pensées ou de leurs sentiments. De plus, dans le cas contraire, nous aurions probablement été privés d'exemples et d'évaluation de leur aisance à parler créole. En revanche, cela a exigé une étape de traduction rigoureuse des passages en créole.

L'autre limite résidait dans le fait que le contenu du discours ne reflétait pas toujours, de façon presque exhaustive, la pensée du locuteur. Ce dernier, bien qu'il disposât du temps imparti par lui-même, se retrouvait parfois à produire un discours singulier ou à apporter des nuances après la fin de l'enregistrement. Les raisons pouvaient être l'épuisement, ou la précipitation pour conclure.

Concernant l'analyse des entretiens individuels, les passages en créole ont été traduits sans recours à un expert. Nous nous sommes basés sur nos compétences et les références bibliographiques en cas de doute.

Enfin, les propos des interviewés étaient difficilement comparables, chaque interviewé ayant développé un discours singulier selon le mode de conduite non directif des entretiens (22).

## 2. Discussion des résultats

Parmi les représentations de « tout kò an mwen ka fè mwen mal » par les médecins généralistes de l'enquête, nous avons retrouvé certaines des représentations de la douleur, admises et partagées ailleurs (29,33). Cependant nous avons pu relever des représentations de cette locution, particulières, et en rapport avec une certaine vision du monde créole. De plus, certaines perceptions découlaient d'interprétations sujettes à controverses. Les représentations de certains médecins ne semblaient pas stables ou faciles comme le laissaient transparaître certains discours confus, parfois même contradictoires, ou encore, orientés davantage sur les pratiques. Ces différents résultats faisaient état de la variété des perceptions.

### 2.1. Les représentations habituelles de la douleur

C'étaient d'abord les représentations évidentes de symptômes des douleurs physiques suggérées par « mal » et « kò ». Le « tout » orientait vers l'ensemble du corps et vers le système largement réparti le plus visible : le système musculo-squelettique. L'identification d'un symptôme dans l'exposé du consultant était à la base de la démarche des médecins. La connaissance sémiologique précédait la correspondance nosographique. Parmi les diagnostics qu'ils pouvaient attribuer aux douleurs généralisées ou multiples, celui d'arthrose, de rhumatisme réservé aux personnes âgées, semblait sous-tendu par une autre perception : la représentation des personnes âgées liée au déclin, aux maladies notamment dégénératives (29).

Une perception suggérait que « tout kò an mwen ka fè mwen mal » aurait pu être traduit aussi par *J'ai si mal que j'ai (l'impression d'avoir) mal partout*.

Les perceptions sémiologiques de cette phrase contenant « kò », comprenaient aussi les troubles psychiques de maladies (dépressions, affections

psychosomatiques), et le retentissement psychique de la douleur somatique (la souffrance).

Mais lorsque les médecins ont mentionné les dépressions, le psychosomatique, le mal être, ils ne se sont pas départis pas de l'existence de douleurs physiques concomitantes. Leurs discours n'étaient que rarement tranché à ce sujet. Parfois le médecin, comme N4, parlait d'une conception uniquement psychique puis nuancit en évoquant la présence de douleur physique. Ou encore le discours semblait confus comme celui de N16 qui expliquait sa vision psychosomatique de la locution. Les affections psychosomatiques sans douleur n'ont pas été mentionnées (notamment certaines dermatoses).

Nous nous sommes demandé si le terme « kò » ne rendait pas cette représentation délicate à saisir ou à expliciter, dans certains cas.

Ont été émises aussi certaines représentations de la douleur sans correspondance médicale au sens où le médecin n'y appliquait pas de correspondance à une pathologie : mal être, la douleur pour exister (33), la douleur comme statut social (33).

## 2.2. Les représentations péjoratives

### - La plainte de l'hypocondriaque

Cette image de la phrase, montrait combien N4 ne pouvait être empathique dans ces cas-là. David Le Breton rappelle que la douleur, pour les hypocondriaques, est leur dernier atout pour attirer l'attention (33). Sur quoi voulaient-ils attirer l'attention de ce médecin qui était leur médecin (puisqu'il les « connaissait ») ? De plus, nous nous sommes demandé dans quelle mesure cette conception n'interférait pas négativement dans les autres représentations de N4, et dans sa pratique, et en particulier dans l'écoute des patients (5).



- La représentation du « syndrome méditerranéen-like »

Les personnes atteintes du « syndrome méditerranéen » étaient celles qui continuaient à exprimer bruyamment leur état, leur trouble en dépit des interventions répétées du personnel soignant, préférentiellement d'un hôpital ou d'une clinique (50). N11 poussait la comparaison jusqu'aux locuteurs, principalement immigrés : les maghrébins en France, les haïtiens et les dominiquais en Guadeloupe.

Le syndrome méditerranéen était le reflet des perceptions négatives par rapport à la différence, par les professionnels, par opposition à leurs modèles culturellement orientés du « bon malade » (50).

- Les insuffisances langagières

La pauvreté en vocabulaire de certains créolophones, les obligeait à utiliser cette locution. Nous n'avons pas pu savoir les termes ou les idées que la locution remplaçait.

Expliquer son symptôme n'était pas toujours facile quelque fût la société (32), quelque fussent son niveau d'études et sa langue, lorsqu'on n'avait pas eu de formation médicale (26). Mais, selon quelques médecins, certains patients en Guadeloupe, avaient trouvé cette solution-là pour palier à cette difficulté ou à leur difficulté.

Cette appréciation ne tenait pas compte de la communication non verbale (32). Elle était en outre, incontournable dans la culture créole. En effet, le créole, comme toute langue orale, était sensible à la gestuelle, à la mimique, qui complétaient le verbe et précisaient ainsi la pensée du locuteur (25).

- L'incapacité à localiser sa douleur

Le créolophone était considéré comme incapable de situer la partie douloureuse de son corps. Cette vision a pour conséquence une interprétation douteuse de la demande d'exploration par la radiologie. Contrairement à N3, nous ne pensions pas à une recherche de localisation du siège de la douleur. Nous envisagions plutôt une demande de recherche ou d'élimination de pathologie, car les patients redoutaient beaucoup les maladies comme le rappelait N9 (26). Cette demande d'examen,

comme la crainte de la maladie, étant déjà sous-entendue dans locution créole (5,49). Cette interprétation-là aurait permis de s'interroger sur d'autres représentations : « tout kò an mwen ka fè mwen mal », cause ou signe de pathologie à débusquer par le médecin ?

Donc, des représentations péjoratives se distinguaient, et la plupart d'entre-elles semblaient fondées sur des représentations sociales et mentales dévalorisantes du créole et des créolophones.

A ce propos, Anne Vega rappelait : « Le passage du jugement négatif de la différence à la reconnaissance d'expressions corporelles et émotives différentes de celles du soignant – lesquelles ne sont qu'une façon d'être parmi d'autres- relève d'une démarche anthropologique ». Cela était aussi valable pour les expressions verbales.

### 2.3. La variété des représentations

La variété des représentations était remarquable non seulement pour un même médecin mais aussi, d'un médecin à l'autre. Cela dénotait une nécessaire adaptation au patient dans la prise en compte de son expression, que les médecins reconnaissaient en majorité (34).

Néanmoins, quatre médecins avaient une perception exclusivement somatique de la phrase : N2 décrivait une vision somatique variée, avec certains points contradictoires ; N18 limitait la perception aux douleurs somatiques d'origine infectieuse ; N15 et N20 n'ont parlé de mal être que pour souligner la dimension mentale de la douleur physique omniprésente.

Cette position « uniciste » a trouvé une opposition chez les autres médecins, et surtout N8 et N14 qui renaient souvent et clairement, une connotation fréquente de douleur morale ou de trouble psychique, isolés.

Bien que certains médecins aient prétendu que la correspondance nosographique était illimitée et que beaucoup de médecins aient cité le syndrome anxio-dépressif, la psychose n'a jamais été abordée.

## 2.4. Les contradictions et les antagonismes

D'autres perceptions contradictoires ou antagonistes que celle qui a été décrite plus haut, s'observaient aussi entre certains médecins :

N2 a dit que « tout kò an mwen » pouvait correspondre au ventre. N19 soulignait que les patients désignaient cette région anatomique quand une douleur y siégeait.

Alors que N8 défendait que les diagnostics n'étaient pas innombrables, N11 et N20 disaient que tout, sans exception, était envisageable, même un infarctus.

N20 trouvait cette phrase anxiogène tandis que N8 « ne s'affolait jamais » ayant la certitude que le patient n'aurait pas utilisé une telle phrase dans l'urgence et pour une douleur physique intense, mais aurait employé des termes précis et irait droit au but.

L'âge des patients utilisateurs de cette phrase, dont certains praticiens en faisaient un critère d'interprétation privilégié, différait selon les médecins. Cette divergence pourrait être attribuée au recrutement propre à chaque médecin.

N19 a prétendu que la phrase était une entrée en matière témoignant de la confiance que le patient donnait au médecin, alors que N14 a parlé d'une introduction comportant de la défiance, contenant une attente du patient pour savoir si le médecin pouvait prendre la direction de sa pensée. N19 avait 4 ans d'exercice professionnel en Guadeloupe alors que N14 en était à sa 34<sup>ème</sup> année. Cette différence soulevait des interrogations. En effet, la discussion de ces interprétations, paradoxales compte tenu des années d'expérience professionnelle de chacun des médecins en Guadeloupe, aurait nécessité des éléments supplémentaires : arguments des médecins, origine des médecins.

Un interviewé s'est contredit lui-même : N2 a d'abord dit : « ça peut être une douleur d'une articulation » et plus loin « c'est-à-dire ça peut pas être un genou et on me dit tout le corps ka fè mwen mal. C'est plusieurs plaintes à la fois ». Nous avons pensé

que cela tenait plus de la confusion, du manque de maîtrise du sujet que de l'erreur de langage. Le discours manquait de clarté concernant la représentation de la locution. Ensuite, il est devenu essentiellement référentiel, N2 s'appesantissant sur la description de ses pratiques.

N19 a cultivé le paradoxe : C'était tout le corps et donc le système musculo-squelettique même articulaire (des problèmes articulaires diffus préférentiellement), d'autant plus que les patients étaient précis pour des douleurs localisées ailleurs, notamment dans le tronc. Cependant, plus loin, N19 déclarait que la tête pouvait être désignée par « tout kò an mwen ka fè mwen mal ». Le médecin n'a pas donné pas d'explication.

## 2.5. La perception d'un non-dit.

C'était une des représentations singulières et neutres de l'enquête, qui pouvait en outre, s'associer à d'autres visions. En effet, les motifs de non-dit étaient d'ordre biomédical (peur de certaines maladies), mais surtout d'ordre psychosocial, ou existentiel (23). Le non-dit renvoie à la relation médecin-malade avec les questions du pourquoi du non-dit, de l'utilité de sa levée pour le patient, et des craintes, angoisses et tabous du médecin (43).

Selon Claude Olievenstein : « Entre secret et sous-entendu, le non-dit est par nature insaisissable, indéfinissable. Convention tacite, système de défense, mais aussi espace de liberté et dialogue intérieur, il est la réponse que chacun d'entre nous apporte aux mille situations de l'existence, expression de l'émotion dans ce qu'elle a de plus immédiat...Il est surtout affectif, émotionnel, thymique. On en a trop souvent mésestimé l'importance et la place spécifique dans l'économie psychique » (42).

Les caractéristiques principales du non-dit pourraient expliquer en partie le fait que cette phrase créole n'était pas dite en français lorsque le patient parlait en français (N11). La langue maternelle était la langue de l'émotion.

Enfin, cette image d'« insaisissable » aurait pu rendre compte de la difficulté de certains médecins à expliciter cette locution, illustrée par une confusion ou une contradiction.

## 2.6. Les représentations, l'anthropologie et la linguistique

- tout le corps versus un corps

Nous l'avons vu plus haut, la globalisation comme généralisation de la douleur localisée insupportable, a été admise dans cette enquête (N6 et N20). En revanche, la perception selon laquelle l'organe ou une partie du corps était assimilée au corps (« le rachis peut être tout le corps » selon N2) s'opposait aux positions anthropologiques qui voulaient que le corps en entier fût composé de plusieurs corps comme nous le verrons plus loin (51). Une vision approchée des données anthropologiques, certes erronée, aurait été celle d'un rachis étant un des corps de l'ensemble du corps.

- La plainte informelle

Cette représentation a amené les médecins à proposer d'autres traductions de la phrase. « *J'ai mal partout* » a été remplacé par « je ne me sens pas bien », « rien ne va ». « Y a rien qui va » a été proposé aussi, avec une connotation psychique et une appréhension de la vie familiale, professionnelle et sociale. Cette approche de N5, très globale puisqu'elle pouvait y inclure les douleurs physiques, correspondait à la notion d'interpénétration constante du corps et de son environnement. Ce dernier élément ne pouvait être dissocié du « kò » (13,15).

Ces traductions « rien ne va », et les considérations de N8 sur l'usage de la locution dans la vie quotidienne, sans référence à la moindre douleur physique, nous laissaient penser qu'une autre traduction que *j'ai mal partout*, aurait pu exister dans le dictionnaire de référence.

Et l'accès éventuel à ce type de traduction, aurait pu modifier des représentations de certains médecins.

En fait, même s'il était de plus en plus écrit, le créole restait surtout au stade de langue orale graphiée (2<sup>e</sup> stade) et accédait progressivement au stade de langue écrite graphiée (3<sup>e</sup> stade), avant d'atteindre le dernier stade de langue écrite parlée

(4<sup>e</sup> stade) (25). Bien que le créole traversât une période de standardisation quasi efficiente avec la publication prolifique d'ouvrages écrits en créole et, ou concernant le créole (41), les dictionnaires de référence élaborés à ce 2<sup>e</sup> stade, n'étaient pas encore exhaustifs et les auteurs le spécifiaient en avant-propos (36).

- La représentation d'une fatigue globale

Cette perception ressemblait à un syndrome particulier, imitant légèrement mais « souvent », « une maladie psychosomatique » (N12). Elle a été décrite par N3, N6, N8, et N12, comme suit :

- une personne de 50 ans qui était dans la vie active, fatiguée,
- fatiguée psychologiquement, ayant un ras-le-bol, souvent un peu déprimée,
- fatiguée physiquement, qui avait beaucoup travaillé et qui avait la fatigue du travail, qui avait beaucoup marché, qui avait des courbatures,
- surmenée physiquement comme moralement,
- qui n'arrivait pas à joindre les deux bouts.

Le critère de la marche importante, renvoyait à une atmosphère rurale peu mécanisée, pas moderne. Les médecins qui avaient cette représentation, étaient 1 femme et 3 hommes. Un médecin était âgé de 58 ans et les autres de 64 et 65 ans. Ils exerçaient depuis 30 à 35 ans en Guadeloupe. Leur connaissance d'une réalité antérieure correspondait à une vision du monde créole d'une certaine époque et de certains lieux, et constituait probablement le fondement de cette représentation de « lassitude totale » (N12).

- « Doulè » ou l'arthrose et la douleur

Les médecins interprétaient la locution en fonction de l'âge. Dite par la personne très âgée, la phrase orientait, d'emblée pour certains, vers l'arthrose. L'arthrose se disait « doulè » <sup>10</sup> (36,46). Et la douleur se disait essentiellement « mal » (11,48), d'où les

---

<sup>10</sup> « Doulè : **rhumatismes**, douleurs » à la page 114 (36) et, « Corps : [...] 2. Organisme, corps, santé ex. : [...] tout mon corps c'est douleur (j'ai des rhumatismes dans tout le corps) » à la page 49 (46).

termes <sup>11</sup> « maldo » (*dorsalgie*), « malren » (*lombalgie*), malvant (*douleur abdominale*). C'était ce que N13 semblait ignorer en affirmant que le fait de rajouter « douè, douè » après la locution, ne changeait rien à ce qu'elle pouvait vouloir dire. Cela dit, aucun médecin n'a mentionné l'existence du mot « douè » pour signifier l'arthrose. N8 soulignait néanmoins que les articulations et les muscles avaient leurs équivalents créoles (« tout zo an mwen » pour *toutes mes articulations*, « tout chè an mwen » pour *tous mes muscles*).

De plus, comme nous l'avons dit plus haut, cette représentation de la locution liée à l'âge semblait se fondre avec la représentation des personnes âgées axée sur les pathologies d'usure et les maladies dégénératives (32).

Ces considérations linguistiques nous conduisaient à nous interroger sur le point suivant : Les personnes âgées en Guadeloupe employaient la locution pour parler des douleurs persistantes ou exacerbées de leur arthrose, plutôt que « douè », au risque de ne pouvoir se faire comprendre lorsqu'elles voulaient parler de leurs soucis.

Les médecins N6 et N14 mettaient en garde contre un manque de discernement concernant les personnes âgées.

- le « Kò krazé »

Si la phrase pouvait être évocatrice de dépression ou de certaines formes de dépression pour de nombreux généralistes interviewés, N3 ne relevait pas la possibilité de l'expression d'une dépression en entendant « kò krazé » dit par un haïtien. En revanche, il l'identifiait à la locution.

Or, en Guadeloupe, « culturellement, la parole souffrante sur le corps autorise le symptôme dépressif. Le « kò krazé » [...] est un signe clinique de la dépression en l'absence de tristesse,... » (38). Ce pouvait être « tout kò an mwen krazé » ou « tout kò-la krazé » ou simplement « kò-la krazé ». (Il ne faut pas les confondre avec « an krazé » qui signifie *je suis exténué(e) (physiquement)* (48), et « an krazé kò an mwen » qui veut dire *je me suis donné(e) à fond, je me suis tué(e) au travail, à l'effort, je suis allé(e) au bout de moi-même*) (11).

---

<sup>11</sup> « malkè » signifie *douleur cardiaque, maladie cardiaque* (36,48) mais aussi, *peine* (11).

En haïtien, « krazé » voulait dire *écraser, broyer, briser, démolir ; être écrasé ; tuer ;* et aussi *un peu de* (47); mais pas *fatigué* comme en créole guadeloupéen.

De plus, « dékonpozé » signifiait *se décomposer, pourrir ; être décomposé ; et avoir un malaise*. (« Dékonpozisyon » ne signifiait que *malaise*) (47).

Il était donc peu probable que nous fussions en présence d'équivalents.

- « An ni mal toupatou »

« An ni mal », pouvait se traduire de deux façons : *j'ai des douleurs, et, j'ai mal*.

« An ni mal toupatou » : *j'ai des douleurs partout, et, j'ai mal partout*.

En créole, l'article ou déterminant indéfini pluriel n'existait pas (20).

La formulation créole de « an ni mal toupatou » et de « tout kò an mwen ka fè mwen mal » avec leur double-sens et leurs connotations, nous ont amené à penser que ces deux phrases n'étaient pas totalement équivalentes. La bibliographie n'a pas fourni d'éléments pour étayer la discussion. Nous avons donc interrogé des créolophones « de souche » qui ont confirmé qu'elles ne pouvaient être équivalentes que dans le cadre de l'image de douleurs somatiques multiples.

- Le « kò-la pa bon »

Le « kò-la pa bon » dont N15 n'avait pas donné la traduction, signifiait « ça ne va pas fort » (11). Cette phrase faisait référence à la santé et pas au corps anatomique. Nous pensions que cet équivalent n'était recevable que lorsqu'il était identifié comme une représentation de plainte informelle au même titre que « je ne me sens pas bien », « rien ne va ».

- L'importance d'un mot

D'une certaine façon, N14 met en garde contre les équivalents, en indiquant une différence de signification portant sur la présence ou l'absence de l'adjectif (20) « tout » dans la phrase. Il rappelait qu'une personne qui disait « kò an mwen ka fè mwen mal » voulait dire qu'elle avait un problème au niveau de la sphère ano-



génitale. Le dictionnaire de Sylviane Telchid le précisait aussi<sup>12</sup>. Cette nuance est retrouvée dans la littérature anthropologique.

#### - Des corps dans un corps

La lexicologie à partir de laquelle Elisabeth Vilayleck proposait une approche de l'image du corps et de la maladie, l'amenait à classer les termes employés dans la médecine traditionnelle, en cinq catégories (51). Dans la partie intitulée « corps souffrant », elle distinguait plusieurs corps : le corps chaud, le corps humoral, le corps démonté, le corps ouvert et le corps aliéné.

Cette classification reprenait chaque principe mécanistique sans faire prévaloir l'un d'entre eux et sans préjuger de la cause toujours externe de la maladie. Donc, le corps souffrant pouvait être un ensemble de perturbations d'un ou de plusieurs corps, voire de tous les corps. Et lorsque le corps souffrait dans son entier, cet imaginaire imposait l'usage de « tout » devant « kò an mwen » pour indiquer le pluriel déterminant l'ensemble (*tous mes corps*). Mais, l'adjectif « tout » était aussi le singulier désigné dans son entier (*tout mon corps*), à la base de la représentation classique.

En général, le distinguo entre pluriel et singulier, dépendait du sens du nom qualifié par « tout » ou du contexte de la phrase<sup>13</sup>.

L'ambiguïté pouvait être levée en utilisant la construction suivante pour exprimer le pluriel : « tout sé + substantif + an mwen-la » (17). En l'occurrence : « tout sé kò an mwen-la » pour *tous mes corps*. Selon notre expérience, dans la vie courante, même lorsqu'elle était nécessaire, cette construction, plus longue, restait rare.

---

<sup>12</sup> Dans le dictionnaire de français régional des Antilles de Sylviane Telchid, à la page 49 : Corps : 1. vagin ex : son corps reste sec quand elle fait l'amour. 2. Organisme, corps, santé. [...] 3. forces.

<sup>13</sup> « Tout timoun an mwen malad » se comprend et se traduit de façon évidente par *tous mes enfants sont malades*.

« Tout fanmi an mwen malad » par *toute ma famille est malade*.

« Tout dwèt an mwen anflé » peut être traduit par *tout mon doigt est enflé* ou *tous mes doigts sont enflés*. Ici, le contexte est primordial. Parfois, il n'est pas suffisant.

Le choix de la construction courte était probablement dû à un certain pragmatisme, et aussi au fait qu'elle permettait parfois au locuteur d'entretenir cette ambiguïté.

- L'absence de l'incontournable magico-religieux

Concernant l'aspect anthropologique de la maladie, les médecins ont abordé l'automédication très prégnante (13,15,51), mais n'ont pas fait allusion au magico-religieux. Ce dernier point était surprenant :

En effet, dans la perception populaire du monde en Guadeloupe, l'homme était en relation avec les éléments naturels mais aussi avec des forces mal connues qui intervenaient parfois dans leur vie selon des modalités très mal définies (39,51). Les maladies dues à un acte de sorcellerie étaient qualifiées de « *maladi voyé* » (*maladies envoyées*) si un objet maléfique était utilisé, ou de « *délégasyon* » (*délégations*) si des esprits de morts y participaient. Ce type de pathologies ne se singularisait pas sémiologiquement des autres. Pour un même tableau clinique, les deux étiologies, sorcière et naturelle, étaient possibles (13).

De plus, « *Fè mal* » voulait dire *faire de la sorcellerie* et aussi, *jeter un sortilège* (11,12,36).

*Jeter un sortilège à quelqu'un, lui jeter un sortilège, me jeter un sortilège* se traduisent respectivement par « *fè on moun mal* », « *fè li mal* », « *fè mwen mal* » (36,46). « *Yo fè'w mal* » : *On t'a jeté un sort* (36).

Le verbe « *fè* » était très utilisé en créole (36), cependant « *fè mal* » avait une place non négligeable dans l'inconscient collectif, dans la société guadeloupéenne où l'on accordait beaucoup d'importance à l'existence et à la pratique de rites magico-religieux (13,35,39).

Comme pour ne pas s'y méprendre, le dictionnaire de Ralph Ludwig et collaborateurs et celui de Sylvianne Telchid n'en formulaient pas de nuances ni d'autres traductions. En revanche, les recueils d'expressions précisaient systématiquement les deux sens de « *fè mal* » (*Jeter un sort*, d'une part, *provoquer une douleur*, d'autre part) (11,12). Enfin, le dictionnaire de Henry Tourneux et Maurice Barbotin, n'en faisait pas du tout état.

Nous pouvons expliquer cette absence d'évocation dans les discours, non seulement par la représentation du médecin rationnel et objectif par le consultant qui s'interdisait de laisser transparaître ses croyances magico-religieuses, mais aussi par un raisonnement scientifique du médecin, en rapport avec une nosographie qui ne laissait de place pour ces aspects supranaturels que dans les discours délirants.

## V. CONCLUSION

« J'ai mal partout » se dit « tout kò an mwen ka fè mwen mal » en créole guadeloupéen.

L'étude exploratoire des représentations de la phrase créole par les médecins généralistes libéraux installés en Guadeloupe, a été effectuée sur un groupe de 20 praticiens et a révélé une diversité de perceptions.

Hormis les représentations de la douleur déjà répertoriées dans la littérature, d'autres perceptions se sont distinguées. C'étaient notamment des perceptions relatives au corps et à la langue créole, qui pouvaient manquer de correspondance avec les données de la littérature. C'étaient aussi des perceptions qui se sont élaborées selon des modalités qui comportaient d'autres représentations, en particulier, les représentations négatives de la différence culturelle, et les représentations mentales et sociales désavantageuses du créole et du créolophone.

L'étude a révélé aussi des méconnaissances linguistiques, source d'erreurs d'interprétation, mais aussi une insuffisance relative des ouvrages de référence concernant d'autres traductions possibles de la locution créole.

Ce manque d'adéquation de certaines représentations avec les données anthropologiques et linguistiques, pourrait être résolu par l'aménagement de formations qui resteraient ciblées, et toutefois, courtes.

Comprendre le patient dans sa culture et parfois, mettre à distance la sienne, est ce que le médecin peut entreprendre par l'anthropologie (10,50), sans négliger la découverte en profondeur de la langue, support dynamique de la culture. L'acte médical, l'observance du patient n'en seront que meilleurs, là où vivent langue et culture régionales, en Outre-mer comme en France, là où la personne, qui s'en remet au médecin, peut être différente.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Abénon LR. Petite histoire de la Guadeloupe. Paris : L'Harmattan ; 1992.
2. Abou A, Adélaïde-Merlande J, Bebel-Gisler D, et al. Créoles de la Caraïbe. Paris : Edition Karthala ; 1996.
3. Adélaïde-Merlande J. Histoire générale des Antilles et des Guyanes. Paris : L'Harmattan ; 2000.
4. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliant L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 84 : 142-5.
5. Balint M. Le médecin, son malade, et la maladie. 2e éd. Paris : Petite Bibliothèque Payot ; 1973.
6. Bangou H. La Guadeloupe Tome 1 : Histoire de la colonisation de l'île 1492-1848. 3e éd. Paris : L'Harmattan ; 1987.
7. Bardin L. L'analyse de contenu. 7e éd. Paris : P.U.F ; 1993.
8. Barthassat V, Lager G, Golay A. Représentations, comportements et obésité. Rev Med suisse. 2008 ; 4 : 848-853.
9. Bebel-Gisler D. La langue créole force jugulée. Paris : L'Harmattan ; 1976.
10. Bégué-Simon AM. Anthropologie et médecine : pour mieux comprendre le patient. Medecine. 2006; 2 : 325-8.
11. Benjamin M, Recoque MN. Dictionnaire Alphabétique des expressions créoles. Fort-de-France : Désormeaux ; 1994.
12. Benjamin M, Recoque MN. Dictionnaire Thématique des expressions créoles. Fort-de-France : Désormeaux ; 1994.
13. Benoît C. Corps, jardins, mémoires (Anthropologie du corps et de l'espace à la Guadeloupe). Paris : CNRS Editions ; 2002.
14. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2e éd. Paris : Colin ; 2007.
15. Bougerol C. La médecine populaire à la Guadeloupe. Paris : Karthala ; 1983.
16. Britten N. Qualitative research: qualitative interviews in medical research. BMJ. 1995; 311: 251-253.
17. Cérol MJ. Une introduction au créole Guadeloupéen. Pointe-à-Pitre : Jasor ; 1991.
18. Chaudenson R. Les Créoles. Paris : Presses Universitaires de France ; 1995.

19. Daget S. L'abolition de la traite des Noirs en France de 1814 à 1831. Cahiers d'études africaines. Mois Année, 11(41) : 14-58. [consulté le 26 février 2012] Disponible : [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/cea\\_0008-0055\\_1971\\_num\\_11\\_41\\_2811](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/cea_0008-0055_1971_num_11_41_2811)
20. Damoiseau R. Eléments de grammaire comparée Français-Créole. Petit-bourg (Guadeloupe) : Ibis Rouge ; 1999.
21. Doron R, Parot F. Dictionnaire de psychologie, P.U.F ; 1991.
22. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 2e éd. Paris : Dunod ; 2007.
23. Gallois P, vallée JP, Le Noc Y. La consultation du généraliste en 2010. pour une médecine centrée sur le patient. Médecine. 2010 ; 6 : 221-7.
24. Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse ; 1994.
25. Hazaël-Massieux MC. Ecrire en créole. Oralité et écriture aux Antilles. Paris : L'Harmattan ; 1993.
26. Hoerni B. La relation médecin-malade : L'évolution des échanges patient-soignant. Paris : Imothep ; 2008.
27. IEDOM (Institut d'Emission des Départements d'Outre-mer). Guadeloupe : rapport annuel 2012. [consulté le 19 juillet 2012] Disponible : [http://www.iedom.fr/IMG/rapport\\_annuel\\_iedom\\_guadeloupe\\_2011/Rapport\\_annuel\\_IEDOM\\_Guadeloupe\\_2011/index.php](http://www.iedom.fr/IMG/rapport_annuel_iedom_guadeloupe_2011/Rapport_annuel_IEDOM_Guadeloupe_2011/index.php)
28. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) Guadeloupe. Présentation de la région. [consulté le 19 juillet 2012] Disponible : <http://www.insee.fr/fr/regions/guadeloupe/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>
29. Jeammet P, Reynaud M, Consoli SM. Psychologie médicale. 2e éd. Paris : Masson ; 1996.
30. Lafleur G. Les libanais et les syriens de Guadeloupe. Paris – Saint-Claude (Guadeloupe) : Karthala - Le Phénicien ; 1999.
31. Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris : Payot ; 1986.
32. Lazorthes G. Sciences humaines et sociales : l'homme, la société et la médecine. 6e éd. Paris : Masson ; 2000.
33. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Paris : Métailié ; 1995.

34. Lemasson A, Gay B, Lemasson JL, Duroux G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. *Médecine*. 2006 ; 2 : 38-42.
35. Leti G. L'univers magico-religieux antillais, ABC des croyances et superstitions d'hier et aujourd'hui. Paris : L'Harmattan ; 2000.
36. Ludwig R, Montbrand D, Pouillet H, Telchid S. Dictionnaire créole- français. Paris - Pointe-à-Pitre : Maisonneuve et Larose – Servedit - Jasor ; 2002.
37. Mazama A. Langue et identité en Guadeloupe : une perspective afrocentrique. Pointe-à-Pitre : Jasor ; 1997.
38. Migerel H. Mots de Morne en Miettes. Pointe-à-Pitre : Jasor ; 2001.
39. Migerel H. La sorcellerie des Autres. Paris : Editions Caribéennes ; 1991.
40. Moutoussamy E. La Guadeloupe et son indianité. Paris : Editions Caribéennes ; 1987.
41. Nazaire R, Derrien E, Prudent LF. Langues et cultures régionales créoles : du concours à l'enseignement. CRDP Martinique ; 2008.
42. Olivenstein C. Le Non-dit des émotions. 2e éd. Paris : Odile Jacob ; 2000.
43. Pouchain D, Attali C, de Butler J, et Al. Médecine générale, concepts et pratiques. Paris : Masson ; 1996.
44. Prudent L.-F. Des baragouins à la langue antillaise. Paris : Editions caribéennes ; 1980.
45. Tassius-Marceline G. Créole, société et enseignement : entre rejet et revendication ou reconnaissance In : Colloque national « Enseigner l'Outre-mer, enseigner en Outre-mer » Paris, 17-18 mai 2011 [consulté le 15 février 2012] Disponible :  
[http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Formation\\_continue\\_enseignants/24/2/Outre-mer-Tassius-2011\\_188242.pdf](http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Formation_continue_enseignants/24/2/Outre-mer-Tassius-2011_188242.pdf)
46. Telchid S. Dictionnaire du français régional des Antilles, Guadeloupe-Martinique. Paris : Edition Bonneton ; 1997.
47. Ti Diksyonnè kréyòl-fransé. Dictionnaire élémentaire créole haïtien-français. Port-au-Prince - Paris : Editions Caraïbes - Hatier ; 1976.
48. Tourneux H, Barbotin M. Dictionnaire pratique du créole de Guadeloupe. Paris : Karthala- ACCT ; 1990.
49. Vallée JP, Gallois P. La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale, ou sa réelle préoccupation ? *Médecine*. 2006 ; 2 : 25-6.

50. Vega A. Soignants- Soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers. Bruxelles : De Boeck Université ; 2001.
51. Vilayleck E. Les mots du corps dans la tradition martiniquaise. Paris : L'Harmattan ; 1999.



## ANNEXES

Annexe n°1 : La grille d'entretien

### Grille d'entretien sur la locution « tout kò an mwen ka fè mwen mal »

---

#### H : PRESENTATION

---

Bonjour docteur. Je vous remercie de bien vouloir participer à cette enquête qualitative. Elle se porte sur la phrase : « tout kò an mwen ka fè mwen mal ». Etant qualitative, cette enquête ne comporte pas de questionnaire. Elle a une partie de présentation, et, est basée sur un entretien, en l'occurrence libre, c'est-à-dire que vous êtes invités à vous exprimer librement, à livrer tout ce que vous avez à dire sur le thème d'étude, en réponse à une seule question.

L'écoute est neutre mais des interventions peuvent être effectuées pour vous faire préciser un point abordé ou un mot utilisé.

La durée de l'entretien est évaluée à 30 minutes mais l'entretien ne sera terminé que lorsque vous n'aurez plus rien à ajouter.

L'entretien est enregistré par un dictaphone pour des raisons de méthodologie. Je garantis le caractère anonyme de l'enquête, et la destruction des enregistrements à la fin de la validation du travail et des conclusions.

Je vous demande de vous assurer que tout est mis en œuvre pour éviter les interférences et les interruptions (réglages des téléphones fixes et mobiles, fermeture du cabinet, de l'ordinateur)...Avez-vous des questions ?

---

#### H+2mn : Phase de mise en route

---

#### **Nous commençons d'abord par la présentation :**

Quel est votre sexe ? Quel est votre âge ?

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine ?

Et en Guadeloupe, depuis quand exercez-vous ?

En quel type de zone êtes-vous installés (es) ? Etes-vous créolophone ?

Entendez-vous la phrase « tout kò an mwen ka fè mwen mal » en consultation ?

---

**H+3 MIN 30 SEC : CŒUR DE L'ENTRETIEN**

---

**Maintenant, nous abordons le thème de l'enquête « la représentation par le médecin de « tout kò an mwen ka fè mwen mal » :**

Pouvez-vous dire tout ce que vous évoque la phrase « tout kò an mwen ka fè mwen mal » dite par un consultant dans votre exercice ?

(Cette question incite l'interviewé à parler de ces représentations, mais aussi de sa pratique en rapport avec cette locution).

### **Interventions privilégiées :**

- Encouragements à poursuivre (*je vois, oui* empathique).

- Incitations à clarifier :

- La répétition en écho par reproduction d'un mot ou segment de phrase, pour que l'interviewé explique ce qu'il vient de dire : *Une douleur diffuse mal systématisée ? Une souffrance ?*
- Le reflet personnalisé si l'interviewé use d'un langage impersonnel ou de stéréotype : *Vous dites que ceux qui l'emploient, manquent de mots ? Vous pensez que ça veut dire tout et n'importe quoi ?*
- L'intervention en miroir pour expliciter une attitude ou un sentiment (mimique, geste, intonation) que l'interviewé ne verbalise pas : *vous semblez être hésitant sur ce dernier point ?*
- La complémentation pour aider à développer pleinement un raisonnement

- Autres interventions :

- La répétition de la consigne de départ si le médecin dit qu'il s'est égaré en début d'entretien.
- L'encouragement par une interrogation générale neutre devant des signes de fatigue faisant suite à un long développement (*voyez-vous autre chose, est-ce tout ?*).
- L'attitude silencieuse et détendue si le médecin marque un silence prolongé pour lui signifier le désir de l'entendre à nouveau.

### **Les mots et les notions pouvant nécessiter des précisions :**

Mal être, dépression, déprime, stress, anxiété,

Asthénie, fatigue, ras-le-bol, soucis, souffrance,

Fait social, relations sociales,

Fait irrationnel ou supra naturel,

Les autres expressions créoles proches voire synonymes de la locution,

La communication extra verbale du patient.

Annexe n°2 : Tableau 1. Durée en minutes et secondes, des entretiens

Médecin	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10
Durée	14 :45	13 :19	12 :16	26 :42	10 :43	18 :22	13 :15	30 :51	14 :48	20 :03

Médecin	N11	N12	N13	N14	N15	N16	N17	N18	N19	N20
Durée	10 :33	16 :10	09 :53	29 :43	09 :49	19 :48	21 :39	04 :25	08 :26	06 :42

Annexe n°3 : Tableau 2. Les caractéristiques des médecins interviewés

Médecin	Age	Sexe	Années totales	Années en Guadeloupe	Zone d'installation	créolophone
<b>N1</b>	52	M	21	21	Semi urbaine	Oui
<b>N2</b>	39	M	9	9	Rurale	Oui
<b>N3</b>	58	M	30	30	Semi urbaine	Oui
<b>N4</b>	62	M	34	34	Rurale	Oui
<b>N5</b>	49	F	20	20	Rurale	Oui
<b>N6</b>	65	F	35	35	Semi rurale	Oui
<b>N7</b>	58	M	28	28	Semi rurale	Oui
<b>N8</b>	64	M	33	33	Urbaine	Oui
<b>N9</b>	50	F	20	20	Semi rurale	Oui
<b>N10</b>	48	F	15	10	Industrielle	Oui
<b>N11</b>	44	M	17	8	Urbaine	Non
<b>N12</b>	64	M	35	33	Urbaine	Oui
<b>N13</b>	44	M	15	15	Semi rurale	Oui
<b>N14</b>	63	M	34	34	Rurale	Oui
<b>N15</b>	50	M	6	6	Rurale	Non
<b>N16</b>	40	M	11	8	Semi rurale	Oui
<b>N17</b>	49	M	19	15	Semi rurale	Oui
<b>N18</b>	44	F	15	4	Rurale	Oui
<b>N19</b>	56	M	30	4	Rurale	Oui
<b>N20</b>	40	F	10	10	Urbaine	Oui

ANNEE : 2012

AUTEUR : HODEBAR DOMINIQUE

PRESIDENT DE THESE : HELENE-PELAGE JEANNIE

DIRECTEUR DE THESE : BELIA LYONEL

TITRE DE LA THESE : Les représentations de l'expression créole « tout kò an mwen ka fè mwen mal » par les médecins généralistes en Guadeloupe : une étude qualitative exploratoire.

#### RESUME

**Introduction** : En Guadeloupe, certains patients disent en consultation : « tout kò an mwen ka fè mwen mal ». Cette phrase est traduite en français par « j'ai mal partout ».

Le médecin est confronté au bilinguisme, français – créole, et à une représentation de la maladie propre à cette région. La formation universitaire ne l'y prépare pas.

En s'intéressant aux représentations que les médecins généralistes libéraux en Guadeloupe, ont de cette phrase, ce travail a cherché à déterminer si une formation post – universitaire, linguistique et anthropologique, aurait été pertinente.

**Méthode** : Une étude qualitative par entretiens individuels, non dirigés, de 20 médecins a permis d'explorer leurs représentations de la phrase créole. Elle a été associée à une recherche bibliographique : anthropologique concernant la maladie et linguistique relative au créole, en Guadeloupe.

**Résultats** : Ces perceptions, variées d'un médecin à l'autre et aussi chez le même médecin, étaient d'une part, des représentations déjà répertoriées dans la littérature, et d'autre part, des représentations singulières.

**Discussion** : Ces dernières étaient notamment en rapport avec des perceptions négatives de la différence culturelle, des représentations désavantageuses du créole et du créolophone, et enfin, des méconnaissances linguistiques.

**Conclusion** : Ce manque d'adéquation de certaines représentations des médecins avec les données anthropologiques et linguistiques, pourrait être résolu par l'aménagement de formations ciblées et toutefois, courtes. Il relance notamment, la question de la formation en anthropologie, en pratique.

#### MOTS-CLES :

- anthropologie médicale
- douleur
- recherche qualitative
- linguistique
- comparaison interculturelle

ADRESSE DE L'U.F.R : 8, RUE DU GENERAL SARRAIL 94 010 CRETEIL CEDEX