



ARTICLE THÉMATIQUE

Représentations et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu

Isabelle Boivin¹, Yvan Leanza² et Ellen Rosenberg³

Résumé

Bien que le travail avec interprète professionnel soit fortement recommandé dans les consultations médicales plurilingues, de nombreuses consultations sont réalisées en présence d'interprètes familiaux (membres de la famille). Cette étude compare la situation médicale avec interprètes professionnels et celle avec interprètes familiaux selon deux perspectives : 1) les conceptions que médecins et interprètes ont des rôles des interprètes dans la consultation médicale, 2) les implications des postures de l'interprète par rapport à la voix du monde vécu (*lifeworld*) lorsque celle-ci apparaît dans la consultation. Les principaux rôles de l'interprète rapportés par les participants à notre enquête sont celui de l'interprète professionnel comme « traducteur effacé » et celui de l'interprète familial comme « interlocuteur à part entière ». L'un et l'autre ont une vision différente du message et du contexte du patient. Dans certains cas, leur apport favorise une négociation de sens, dans d'autres cas, il bloque la communication entre le médecin et le patient. Une meilleure connaissance des implications des postures de l'interprète sur la communication permet de faire des choix éclairés quant à ces postures.

Rattachement des auteurs

¹Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada; ²Université Laval, Québec, Canada; ³Université McGill, Montréal, Canada

Correspondance

yvan.leanza@psy.ulaval.ca

Mots clés

interprétariat médical; communication médecin-patient; consultations médicales interculturelles; théorie de l'agir communicationnel de Habermas

Pour citer cet article :

Boivin, I., Leanza, Y. et Rosenberg, E. (2012). Représentations et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu. *Alterstice*, 2(2), 35-46.

Introduction

Selon le recensement de 2006 au Québec, 70 375 personnes (1 % de la population) ne connaissent ni l'anglais, ni le français et 886 280 personnes (12 % de la population) ont une langue maternelle différente des langues officielles (Statistique Canada, 2007a et 2007b). Ainsi, plusieurs dizaines de milliers de Québécois ont besoin de services adaptés à leurs particularités linguistiques, ce que la Loi sur la santé et les services sociaux prévoit. Favoriser l'accès à des soins de santé de qualité à la population ne maîtrisant pas les langues officielles est une nécessité éthique. L'obstacle de la langue compromet la qualité des soins, notamment en hypothéquant la justesse des diagnostics, les décisions cliniques et le consentement éclairé des patients (Blake, 2003). En cas de différence de langue, l'interprète améliore l'accès aux soins et leur qualité (Ngo-Metzger et collab., 2003; Ngo-Metzger et collab., 2007). Les services d'interprétariat favorisent des soins de santé plus nombreux et mieux ciblés, dans un plus petit nombre de consultations, ce qui permet d'éviter une escalade des coûts à long terme (Bischoff et Denhaerynck, 2010).

L'interprète communautaire pratique en milieu institutionnel. Ses actions visent à rendre la communication possible entre un professionnel et un bénéficiaire de services publics qui ne partagent pas la même langue (Pöchhacker, 1999). La désignation « communautaire » renvoie au fait que l'interprète intervient dans les institutions publiques (en d'autres termes, au sein de la communauté) à la différence des interprètes de conférence qui n'interviennent que dans des rencontres à caractère exceptionnel, comme des conférences internationales. Lors de la rencontre clinique, l'alliance ne se crée plus uniquement entre un médecin et un patient, mais entre trois interlocuteurs; l'interprète fait partie de la dynamique relationnelle et il participe à la relation intersubjective (Janzen et Shaffer, 2008).

L'interprète communautaire peut être professionnel ou informel. L'interprète professionnel a reçu une formation, mais ces formations varient énormément d'une région à l'autre du globe. À Montréal, ses habiletés linguistiques sont évaluées et il doit suivre un cours universitaire (45 h) afin d'être reconnu par la banque des interprètes de l'agence de santé et des services sociaux. À l'inverse, l'interprète informel n'est pas formé. Il peut notamment être un membre de la famille (interprète familial), un inconnu dans la salle d'attente, un employé bilingue de l'institution, etc. Des recommandations, s'appuyant sur des données empiriques, sont formulées voulant que l'interprète professionnel soit priorisé sur l'interprète informel (Brua, 2008; Fernandez et Schenker, 2010; Jacobs et collab., 2001; Karliner, Jacobs, Hm Chen et Mutha, 2007; Kuo et Fagan, 1999). Or, dans les faits, de nombreuses consultations sont réalisées en présence d'interprètes informels (Bischoff et Hudelson, 2010a; Bischoff et Hudelson, 2010b; Gill, Beavan, Calvert et Freemantle, 2011; Ginde, Sullivan, Corel, Caceres et Camargo, 2010; Kai, Beavan et Faull, 2011) qui sont dans la majorité des cas des interprètes familiaux. Pour cette raison, il s'avère aussi important d'étudier la rencontre médicale avec interprètes professionnels qu'informels en vue d'améliorer la qualité des soins.

La préférence tant des patients que des médecins quant au recours à un type ou l'autre d'interprète n'est pas tranchée. Certains patients préfèrent l'interprète professionnel (Hadziabdic, Heikkilä, Albin et Hjelm, 2009). D'autres préfèrent l'interprète familial pour son soutien, ses connaissances de la situation, son aide à un niveau pratique et la confiance qu'ils lui portent (Edwards, Temple et Alexander, 2005; Greenhalgh, Robb et Scambler, 2006). Ces variations soulignent l'avantage de bénéficier de différentes modalités d'interprétation selon les contextes et préférences des patients. Quant à la préférence des médecins, il est intéressant de noter que la collaboration avec interprètes informels continue malgré l'amélioration de l'accessibilité aux services d'interprètes professionnels (Bischoff et Hudelson, 2010a). Bien qu'ils perçoivent que l'interprète professionnel améliore leur capacité à offrir des soins de qualité, nombreux sont les praticiens qui recourent en premier lieu aux services d'un interprète informel. Les motifs invoqués sont les coûts et l'inaccessibilité des interprètes professionnels, la nécessité de planifier les services et d'anticiper les besoins langagiers du patient ainsi que le fait que les services dans lesquels travaillent les praticiens n'encouragent parfois pas le recours aux interprètes professionnels (Gadon, Balch et Jacobs, 2007; Hudelson et Vilpert, 2009; Kai et collab., 2011).

La majorité des codes de déontologie et des normes de pratique pour les interprètes dans le domaine de la santé mettent de l'avant des principes tels que l'exactitude et l'exhaustivité de la traduction, ainsi que la neutralité (Bancroft, 2005). Selon ce type de directive, l'interprète doit s'effacer le plus possible et n'adopter d'autres rôles, par exemple celui de médiateur, qu'en cas de stricte nécessité (Beltran Avery, 2001). Le modèle du « conduit » selon lequel l'interprète ne doit en aucune manière interférer avec le discours est conçu comme un idéal (Watermeyer, 2011). Cette conception est irréaliste, car « partant du principe que toute communication est interprétation, [...] la neutralité au sens strict [est] impossible à atteindre » (Sokol, 2010, p. 22). La question de la neutralité est ambiguë. Ce concept générique en cache en réalité plusieurs autres, tels que le recul, l'impartialité et la transparence (Sokol, 2010). Le recul réfère à la capacité de comprendre, canaliser et réguler ses affects et non la recherche d'une neutralité objective. L'impartialité réfère à l'absence de jugement de valeur. La partialité de l'interprète dans le sens d'une prise de position pour le patient ou l'intervenant est parfois nécessaire. La transparence réfère à la verbalisation de la traduction et des difficultés rencontrées par l'interprète dans son travail, telles que les termes à traduire, les termes à nier, les explications à ajouter. Pour ce faire, l'interprète doit avoir droit à sa propre parole. Ainsi, certains praticiens acceptent que les interprètes transforment leur discours (par exemple pour le rendre « culturellement approprié ») conditionnellement à la transparence de l'interprète, mais ils désirent en être informés (Hsieh, 2010). Dans le même ordre d'idée, si l'interprète adopte un rôle d'avocat, il est important qu'il le signale explicitement au médecin et au patient (Butow et collab., 2010). Un usage réfléchi de la transparence, du recul et de l'implication émotionnelle, de l'impartialité et de la partialité, en regard des contextes et des objectifs de traitement, apparaît essentiel à une action efficace de l'interprète.

Comparer l'interprète à un « conduit », comme cela se fait encore couramment, est une métaphore réductrice (Butow et collab., 2010; Watermeyer, 2011). Cette métaphore informe peu sur le travail avec un interprète aussi bien professionnel que familial. Afin de rendre compte de la complexité de l'activité de l'interprète, Leanza (2005) organise les rôles de l'interprète en différentes postures : agent linguistique, agent du système, agent du monde vécu et agent d'intégration. Chaque posture implique une relation particulière à la différence, que celle-ci soit culturelle ou non. Comme agent linguistique, l'interprète ne semble pas avoir sa propre voix : tel un conduit, il transmet le discours et les significations qu'il contient d'un interlocuteur à l'autre. Comme agent du système, il défend le discours institutionnel. Ces deux postures impliquent la confirmation du discours dominant ou encore le statu quo en termes de pratiques. La différence présentée par le patient peut être ignorée, assimilée ou dénigrée. Comme agent du monde vécu, l'interprète légitime la différence en l'expliquant, la défendant ou en négociant des compromis signifiants. Les rôles associés à la posture d'agent d'intégration se déploient en dehors des rencontres cliniques. Dans ces cas l'interprète soutient le processus d'intégration à la société en accompagnant les migrants dans diverses démarches du quotidien. Prioriser la seule posture d'agent linguistique est moins efficace pour l'atteinte de la compréhension mutuelle qu'une approche flexible, basée sur les préférences et les besoins communicationnels du patient (Watermeyer, 2011). L'approche flexible permet au patient de gérer l'implication de l'interprète selon ses besoins communicationnels et à l'interprète de choisir parmi différents rôles. Ceci n'est possible que si le praticien renonce à une part de son autorité pour la partager et la négocier avec l'interprète et le patient (Hsieh, 2010; Watermeyer, 2011).

Cadre théorique

Le programme de recherche dont nous présentons ici une synthèse s'appuie en grande partie sur la théorie de l'agir communicationnel d'Habermas (1987). Dans cette théorie, le sociologue allemand distingue deux milieux d'action : le système et le monde vécu (*Lifeworld*). Le premier est caractérisé par l'agir stratégique qui est régulé selon l'efficacité et les résultats obtenus. L'évolution du système exclut toute discussion et s'effectue indépendamment de la volonté des acteurs. Le monde vécu est le lieu de l'interaction quotidienne où les acteurs s'accordent, par la discussion, sur les fins à poursuivre. Il est caractérisé par l'agir communicationnel dont l'objectif est d'interpréter collectivement une situation afin d'adhérer librement à une compréhension et une ligne d'action communes (Habermas, 1984 et 1987; Scambler, 2001).

Mishler (1984) a analysé la communication en entretien médical à partir de la théorie d'Habermas. Selon ses observations, cette communication est constituée des voix de la médecine et du monde vécu, voix qui s'opposent. La voix de la médecine est caractérisée par un jargon d'expert technique, par la recherche de faits ou de

symptômes mesurables et quantifiables, isolés de leur contexte familial, socio-culturel ou affectif. La voix du monde vécu est caractérisée par un langage courant, puis par une compréhension de la santé ancrée dans un contexte familial, socio-culturel ou affectif (Leanza, 2004). Les faits s'y inscrivent dans un récit porteur de sens. La voix de la médecine cherche à dominer celle du monde vécu. Lorsqu'elle y parvient, le monde vécu est dit colonisé. Reprenant le concept de voix élaboré par Mishler (1984), Barry, Stevenson, Britten, Barber et Bradley (2001) ont identifié des schémas de communication qui sont soit caractérisés par l'interruption ou par la continuité des voix. Les schémas de continuité sont ceux où la communication se déroule de façon prédominante dans l'une ou l'autre des voix, sans conflits apparents. Les schémas d'interruption se caractérisent par le contrôle de la voix du monde vécu par la voix de la médecine. Les interruptions ont été surtout observées lors de difficultés chroniques où le patient considérait l'aspect somatique comme représentant une partie seulement de sa réalité. Lorsque la voix du monde vécu était reconnue, les auteurs rapportent que les soins étaient plus compatissants et les patients plus satisfaits.

Les études de Mishler (1984) et de Barry et collab. (2001) ont analysé la communication d'entretiens médicaux unilingues. Dans la présente étude, nous désirions comprendre ce qui en est lors d'une rencontre plurilingue avec interprète. Quels rôles sont attendus de l'interprète? Ce dernier peut-il modifier le rapport entre le système et le monde vécu et de quelle façon? Le type d'interprète (professionnel ou familial) influence-t-il différemment ce rapport? Les objectifs de cette étude sont (1) d'explorer les conceptions que médecins et interprètes ont des rôles des interprètes (professionnels et familiaux) dans la consultation médicale et (2) d'explorer, dans la communication, les postures des interprètes (professionnels et familiaux) par rapport à la voix du monde vécu lorsque celle-ci apparaît dans la consultation.

Méthode

La méthode est présentée ici de manière synthétique. Elle a été décrite ailleurs en détail (Leanza, Boivin et Rosenberg, 2010; Rosenberg, Leanza et Seller, 2007).

Population

La recherche a eu lieu dans deux cliniques de médecine familiale situées dans des quartiers de Montréal ayant un fort pourcentage de migrants récents. Au total, 22 consultations ont fait l'objet de cette recherche dans lesquelles 22 patients, 16 interprètes (dont six professionnels) et 18 médecins étaient impliqués. L'analyse de la communication a été effectuée sur 16 de ces consultations (10 avec un interprète professionnel). Les consultations restantes n'ont pu être analysées en raison de problèmes techniques (la mauvaise qualité de l'enregistrement). Le projet a reçu l'approbation des comités éthiques des cliniques et de l'Université McGill. La description détaillée de l'échantillon, comprenant les motifs de consultation, est disponible ailleurs (Leanza, Boivin et Rosenberg, 2010). Pour donner quelques éléments, mentionnons que les langues interprétées étaient le punjabi (neuf consultations), le bengali (deux), le tamil (deux), le vietnamien (deux) et le dari (une). Les relations des interprètes familiaux aux patients étaient variées : un mari, un frère, un beau-fils, deux filles et un fils. La moitié des consultations ont été réalisées en triade exclusivement féminine; l'autre moitié des consultations comptait un ou deux participants masculins.

Procédures

Afin d'envisager la rencontre médecin-patient-interprète dans sa complexité, nous avons effectué une combinaison de deux méthodologies de recherche : entretiens semi-structurés et analyse de la communication. Nous avons filmé une consultation pour chaque patient à l'étude. Nous avons mené des entretiens semi-structurés individuels auprès des médecins et des interprètes pour explorer leurs perceptions du processus de communication et des rôles de l'interprète. Ces entrevues se sont déroulées selon la méthode du rappel stimulé (*stimulated recall*) en visionnant la consultation filmée, ce qui permet d'explorer le sens de l'activité à partir de celle-ci et non en s'appuyant uniquement sur les souvenirs et représentations des protagonistes. Une analyse thématique selon l'approche de Paillé et Mucchielli (2003) a été effectuée sur la retranscription de ces entrevues. Les chercheurs ont discuté des catégories émergentes jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Afin d'analyser la communication, le contenu des entretiens médicaux a été retranscrit et traduit pour avoir accès à l'ensemble du dialogue. Nous avons identifié les segments du discours représentant la voix de la médecine et ceux représentant la voix du monde vécu. Lorsqu'apparaissait la voix du monde vécu, nous relevions qui l'initiait et le traitement qui lui était réservé, c'est-à-dire que nous avons observé si elle était interrompue par la voix de la médecine ou prise en compte en vue de construire une discussion (un sens). Nous avons ensuite comparé la communication en présence d'un interprète professionnel et celle en présence d'un interprète familial.

Résultats

Les résultats de cette recherche ont déjà fait l'objet de diverses publications. Cependant, aucune synthèse n'a été faite. Nous présentons ici cette synthèse. Pour chaque type d'interprètes, nous résumons les rôles évoqués par les médecins (Rosenberg et collab., 2007) et les interprètes eux-mêmes (Rosenberg, Seller et Leanza, 2008). Parallèlement, nous présentons les postures de l'interprète par rapport à la voix du monde vécu (Boivin, Leanza et Rosenberg, soumis; Leanza et collab., 2010; Rosenberg, Richard, Lussier et Shuldiner, 2010).

Interprète professionnel

L'interprète professionnel est conçu principalement dans ses rôles d'agent linguistique tant par les médecins que les interprètes eux-mêmes. Les médecins ne lui reconnaissent un rôle de médiateur culturel qu'en cas de nécessité. Ils décrivent des sentiments d'exclusion, de perte de contrôle et de perte de leur pouvoir symbolique de soignant lorsque l'interprète sort d'une posture d'agent linguistique pour discuter et construire une relation avec le patient. Le confinement de l'interprète aux rôles de la posture d'agent linguistique les rassure (Rosenberg et collab., 2007).

Les interprètes professionnels entretiennent des conceptions plus variées de leurs rôles, bien qu'ils mettent principalement l'accent sur les rôles en lien avec la posture d'agent linguistique. Ils estiment également agir comme médiateurs entre deux cultures, créer un environnement sûr où le patient peut se confier sans craindre une violation du secret professionnel, et veiller au maintien des limites professionnelles. Cependant, pour ce dernier point, étant donné les contradictions qui perdurent entre leur rôle tel que décrit dans les codes de déontologie, les attentes des médecins, celles des patients, les contraintes institutionnelles et leur souhait de travailler en faveur du bien-être des patients, il ne leur est pas aisé de définir et maintenir des limites professionnelles claires (Rosenberg et collab., 2008).

Notre analyse de la communication suggère que la posture d'agent linguistique se retrouve principalement dans les consultations avec interprète professionnel. En s'effaçant, l'interprète permet aux voix du patient et du médecin de circuler. On pourrait s'attendre à ce que cette circulation favorise la discussion du monde vécu ou encore la négociation de sens. En effet, la négociation du monde vécu se déroule harmonieusement lors de certains échanges, sans interventions particulières de l'interprète. Il s'avère tout de même que le médecin interrompt plus facilement et souvent la voix du monde vécu du patient en présence d'un interprète professionnel qu'en présence d'un interprète familial (Leanza et collab., 2010).

Parfois, le patient cherche activement à être entendu et reconnu et refuse de répondre au médecin d'une façon « biomédicalement acceptable », c'est-à-dire des réponses fermées, quantitatives et décontextualisées (Leanza et collab., 2010). Ceci se produit surtout dans le cadre de rencontres en présence d'un interprète professionnel. Nous avons nommé « résistances » ces comportements communicationnels de la part des patients. La résistance nous est apparue comme un moyen de limiter ou d'annuler les effets de la colonisation de leur monde vécu. La résistance est présente notamment lorsque le médecin estime comprendre ce que le patient veut communiquer et que cette « estimation » s'avère inexacte. Les modes de résistances sont la répétition d'un propos ou d'un argument ou le refus de répondre de manière « fermée » à une question du médecin. Par exemple, le patient peut répéter la compréhension qu'il a de son problème de santé sous forme de récit de façon à en restituer le sens. L'analyse de la communication suggère que seuls les interprètes professionnels transmettent les propos dissidents des patients. Ils prennent toutefois rarement l'initiative d'exprimer eux-mêmes leur dissidence, même dans les situations plus conflictuelles. Dans certains cas, il en résulte un dialogue de sourds entre le médecin et le patient. De façon intéressante, l'interprète professionnel favorise la négociation de sens lorsqu'il sort de son rôle de traducteur pour partager sa propre compréhension des préoccupations, désirs et perceptions du patient (Boivin et

collab., soumis). Par exemple, un patient relevait les différents médicaments naturels qu'il a essayés et leurs coûts. L'interprète a senti que par ce relevé de médicaments, le patient signifiait que ses douleurs étaient bien réelles (non feintes) et il a informé le médecin de cette signification perçue. Ce partage, et par là même le passage d'une posture d'agent linguistique à celle d'agent du monde vécu, transforme le dialogue (de sourds) en triologue prenant une nouvelle orientation, plus ajustée et intégrée au monde vécu du patient.

Bien qu'il favorise généralement une bonne circulation de l'information, l'interprète professionnel peut aussi interrompre la voix du monde vécu du patient. Il le fait cependant significativement moins fréquemment que le médecin. L'interprète censure des parts de discours des patients qui semblent difficilement compréhensibles ou « gérables » par la biomédecine. Ceci s'est produit dans une consultation où le patient concevait avoir des gaz dans la tête (conception non partagée par la biomédecine). Parfois aussi, il ne transmet pas un élément du monde vécu qui a été préalablement ignoré par le médecin, ce qui a pour effet de « neutraliser » la résistance du patient. On considère alors qu'il fait office d'agent du système. Dans de telles situations, le patient ne peut s'approprier le sens créé par l'évaluation, ni l'orientation du traitement, car la connaissance créée est retirée d'un contexte signifiant (Leanza et collab., 2010).

Il faut aussi mentionner les sections du discours qui se déroulent sans conflits apparents puisqu'à la fois le médecin et le patient parlent dans la voix de la médecine. Dans ce cas, les besoins tant du patient que du médecin semblent satisfaits. Ces sections du discours n'ont toutefois pas fait l'objet d'analyses puisque nous avons choisi de mettre l'accent sur l'apparition du monde vécu dans les consultations.

Interprète familial

Pour sa part, l'interprète familial est perçu par les médecins comme un interlocuteur à part entière plutôt qu'un « conduit » (Rosenberg et collab., 2007). Les médecins estiment que la transmission d'informations est plus difficile avec un interprète familial. En effet, ils soupçonnent que celui-ci filtre l'information (par exemple les sujets tabous) ou qu'il manque de compétences linguistiques. Selon eux, cet interprète répond trop souvent pour le patient sans même traduire la question posée; il donne ses propres perceptions sans transmettre celles du patient. En contrepartie, les médecins apprécient d'avoir un interlocuteur qui connaît le patient. Aussi, cet interprète est vu comme un aidant naturel alors que ce n'est pas toujours le cas. En vertu de cette conception, les médecins lui attribuent des responsabilités sans même l'en informer, comme rapporter les symptômes non mentionnés par le patient, traduire après la rencontre les informations fournies par le médecin (plutôt que pendant la consultation), prendre le prochain rendez-vous, etc. Finalement, les médecins considèrent devoir se soucier des objectifs de l'interprète familial afin d'obtenir sa collaboration, bien que ceux-ci puissent différer de ceux du patient. Ce n'est pas sans soulever des difficultés.

Le regard que les interprètes familiaux portent sur eux-mêmes se décline en quatre rôles principaux (Rosenberg et collab., 2008). Ils disent faciliter la compréhension. Ce qu'on relevé les médecins, c'est qu'ils le font sans traduire avec exactitude les propos de chacun. Ils considèrent ensuite assurer un diagnostic juste et un traitement approprié. Puis, ils considèrent assurer l'interaction de leurs proches avec le système de santé. À ce sujet, ils se sentent responsables de l'organisation et de la réception des soins. Finalement, leur rôle inclut le partage de leurs connaissances à propos du patient, rôle également rapporté par les médecins.

L'analyse de la communication est cohérente avec les conceptions rapportées. En se positionnant comme principal interlocuteur, l'interprète familial empêche la voix du monde vécu du patient de parvenir au médecin (Boivin et collab., soumis). Une conséquence est de fréquemment réduire le patient au silence. Ce n'est alors plus l'interprète qui est « effacé », mais le patient. Il s'avère que les émotions du patient sont significativement moins souvent abordées en présence d'un interprète familial comparativement aux consultations dans lesquelles un interprète professionnel est présent (Rosenberg et collab., 2010). Globalement, les interprètes familiaux interrompent la voix du monde vécu du patient dans deux types de situations (Leanza et collab., 2010). Ils le font premièrement lorsque les patients fournissent des informations dépassant le cadre médical, en fournissant des éléments qualitatifs et contextuels (par exemple, raconter les événements de la journée), plutôt qu'en répondant succinctement à une question fermée. Dans ce cas, l'interprète familial ne transmet que les informations demandées par le médecin. Ce

type d'interruption sert le système, car elle épargne au médecin une négociation de sens. Deuxièmement, l'interprète peut décider de ne pas transmettre la voix du monde vécu du patient s'il est en désaccord avec celle-ci. Il filtre alors les messages que lui-même considère comme acceptables ou non. Ce « filtrage » semble servir les intérêts de l'interprète plutôt que ceux du patient. En guise d'exemple, un interprète ne souhaitait pas que la patiente, en l'occurrence sa sœur, retourne travailler. Il sélectionnait les informations en provenance du médecin et de la patiente afin d'atteindre son objectif. Ceci suggère que la préoccupation des médecins concernant les objectifs différents du patient et de l'interprète familial n'est pas sans fondement.

Discussion

En somme, devant la voix du monde vécu du patient, l'interprète peut adopter trois des quatre postures décrites plus haut et que nous reprenons ici. Il peut se constituer en agent linguistique (ou interprète « effacé ») et alors les voix du médecin et du patient circulent. Cette posture a principalement été observée chez l'interprète professionnel. Dans ce contexte, la négociation du monde vécu se déroule parfois harmonieusement, mais fréquemment, le médecin interrompt lui-même la voix du monde vécu du patient. Ce deuxième cas de figure, l'interruption, correspond à un agir stratégique, schéma de communication orienté vers le succès. Ce résultat correspond aux propos rapportés par des patients et des interprètes de la recherche de Wiking, Saleh-Stattin, Johansson et Sundquist (2009). Leur interprétation est que le manque d'écoute du médecin est le principal obstacle à des soins centrés sur le patient. Nos analyses de la communication suggèrent qu'en situation de conflit entre la voix du monde vécu et la voix de la médecine, l'interprète professionnel est généralement effacé. Deuxièmement, l'interprète tant professionnel que familial peut interrompre la voix du monde vécu du patient. Ces interruptions peuvent être en faveur du système en maintenant l'entretien médical « sur la bonne voie » (agent du système) ou en faveur de l'interprète familial qui contrôle ainsi le déroulement et le contenu de la rencontre. Troisièmement, l'interprète peut partager sa propre compréhension du discours et de la situation du patient. Dans certains cas, ce partage favorise un dialogue intersubjectif efficace, ce qui correspond à un agir communicationnel. Les « ajouts de texte » de l'interprète permettent notamment de mettre en lumière des malentendus qui risquent autrement de passer inaperçus pour le médecin. L'interprète se place alors en tant qu'agent du monde vécu. Toutefois, s'il prend trop d'ampleur, ce partage de l'interprète peut aussi empêcher le monde vécu du patient de parvenir au médecin, ce qui a été observé principalement en présence de l'interprète familial.

Ces analyses mettent en lumière l'importance de ne pas rejeter totalement le modèle de l'interprète comme un « conduit » qui permet aux voix du médecin et du patient de circuler. Ce modèle guide la pratique de l'interprète de différentes façons (Dysart-Gale, 2005) : il rassure les praticiens, favorise une pratique transparente de l'interprète et lui procure une ligne de conduite dans de nombreuses circonstances. Ce modèle présente aussi l'avantage de ne pas attribuer à l'interprète des rôles qu'il n'est pas en mesure de prendre. Par exemple, certains vivent comme un conflit les demandes de praticiens de dévoiler leur opinion personnelle ou d'accomplir certaines des tâches des praticiens (Messias, McDowell et Estrada, 2009). Par ailleurs, nos résultats suggèrent que bien que le modèle du conduit soit nécessaire, il est insuffisant pour décrire le travail de l'interprète et lui offrir des repères éthiques. Réifier l'interprète en un « conduit » n'est pas plus juste que de parler du médecin comme une « machine à diagnostic ». Conceptualiser l'interprète comme un conduit sans humanité sert aussi à maintenir la distance sociale entre les patients et les praticiens et de ce fait à confirmer les relations de pouvoir (Messias et collab., 2009). Puisque l'interprétation est perçue comme un processus intrusif, on s'efforce de lui attribuer un statut de non-existence (Apostolou, 2009). De plus, il est impossible de s'appuyer sur une seule stratégie communicationnelle pour toutes les situations rencontrées. Avec ce programme de recherche, nous avons vu qu'en s'effaçant, l'interprète professionnel n'accompagne pas le médecin et le patient dans la résolution de leurs impasses communicationnelles. Nous avons également observé que le modèle du « conduit » rend très peu compte des stratégies communicationnelles de l'interprète familial. Cet interprète devrait sans doute s'appliquer à prendre davantage une posture d'agent linguistique pour permettre au patient d'avoir sa propre voix.

Conformément à ce qui a été observé ailleurs, les interprètes professionnels reconnaissent d'abord leur rôle d'agent linguistique (Butow et collab., 2010; Wiking et collab., 2009). C'est seulement lorsqu'ils approfondissent leur expérience qu'ils décrivent les complexités et ambiguïtés liées à leur rôle (Messias et collab., 2009). L'absence d'un consensus entre patients, praticiens et interprètes en ce qui a trait aux rôles de l'interprète engendre des

tensions chez ces derniers. Parmi les dilemmes vécus, mentionnons la précision par opposition à la compréhension, la traduction par opposition à la défense du patient, le professionnalisme par opposition au soutien (Butow et collab., 2010). D'autres attentes en concurrence sont la neutralité technique, la compréhension linguistique, l'adéquation (appropriateness) culturelle. Devant ces conflits, certains interprètes se positionnent pour une plus grande justice sociale comme avocats du patient, éducateurs des praticiens et médiateurs culturels (Messias et collab., 2009).

Ces tensions liées aux rôles de l'interprète professionnel ne s'appliquent pas de façon identique à l'interprète familial, car celui-ci n'aspire pas à l'idéal de neutralité. Il est ainsi plus libre d'agir à sa guise, ce qui pose d'autres types d'enjeux éthiques. Parmi ceux-ci, mentionnons que cet interprète peut s'approprier l'information et la prise de décision, ce qui entrave l'évaluation, le consentement éclairé et la négociation du traitement avec le patient (Kai et collab., 2011). L'accès à la voix du patient rendu difficile, la question du choix et de l'autonomie de ce dernier se pose. Certains praticiens agissent comme si le patient était invisible (Messias et collab., 2009) alors qu'en principe, l'interprète devrait être celui qui s'efface. Les praticiens pourraient explorer les désirs et attitudes du patient et de la famille concernant l'autonomie du patient et l'implication de la famille dans le processus décisionnel puisque des variations culturelles sont possibles (Hadziabdic et collab., 2009; Kai et collab., 2011). Hsieh (2010) souligne de son côté l'importance d'accorder une place aux valeurs d'auto-détermination et de choix éclairé de la médecine occidentale. C'est dans la négociation qu'une position adaptée peut être élaborée. Ainsi, le travail avec l'un ou l'autre type d'interprète nécessite des stratégies communicationnelles différentes, tenant compte des enjeux propres à chaque situation.

Quel que soit le type d'interprète, l'agir communicationnel devrait être recherché. Nous avons vu que mis en œuvre sans l'agir communicationnel, l'agir stratégique ne permet pas au patient de développer sa compréhension, ni de s'impliquer dans l'orientation du traitement. L'approche centrée sur le patient n'est actualisée qu'avec la reconnaissance de l'Autre. Leanza (2008) distingue deux types de reconnaissance. Le premier concerne l'acquisition de connaissances génériques sur la culture d'appartenance du patient. Sans nier l'utilité de ce type de reconnaissance, l'auteur nous met en garde contre la tentation d'enfermer l'autre dans un ensemble de caractéristiques qu'on lui attribue sans savoir si elles s'appliquent dans son cas particulier. Le deuxième type de reconnaissance est un processus d'intersubjectivité lors duquel on observe un intérêt accru pour l'autre en dehors des catégories préexistantes. Conformément à nos observations, il est parfois difficile pour le médecin de reconnaître les attentes des patients et d'y répondre, car les valeurs et opinions sur le corps, la santé et la guérison de ces derniers peuvent différer des siennes (Wiking et collab., 2009). Il peut être difficile d'intégrer deux cadres de références distincts. La différence n'est souvent pas mise en évidence, comme si elle était estimée nuisible à l'efficacité professionnelle. Nous avons plutôt observé que c'est la non-reconnaissance de cette différence qui nuit à l'efficacité de la communication. L'interprète peut ou non mettre explicitement en lumière cette différence, ce qui influence la communication. Le rapport du médecin à son patient est souvent normalisateur : lorsque la différence est reconnue, c'est en vue de la déqualifier pour la corriger par la norme biomédicale (Leanza, 2008).

Une voie vers l'agir communicationnel envisageable est le partage du pouvoir avec les interprètes et avec les patients. Les analyses de Hsieh (2010) montrent qu'autant le médecin que l'interprète utilisent des stratégies de pouvoir. Le médecin veille à l'interprétation en mesurant les écarts de longueur entre le texte original et celui interprété, en restant à l'affût des mots clés utilisés dans l'autre langue et en observant l'expression non verbale et la tonalité émotionnelle pour s'assurer qu'elles correspondent à la signification ou aux sentiments voulus. Aussi, il répète ou reformule certains commentaires pour contraindre l'interprète à une seconde interprétation. Nos analyses de la communication suggèrent que le médecin exerce son contrôle en choisissant de considérer ou d'interrompre la voix du monde vécu. Hsieh (2010) souligne que l'interprète exerce son contrôle en se plaçant en retrait, en détournant le regard et en traduisant à la première personne du singulier (le « je »), pour « forcer » le praticien et son patient à communiquer directement l'un avec l'autre. Il peut aussi interrompre le praticien, refuser d'interpréter ou transformer les propos qu'il juge inefficaces ou culturellement inappropriés. De même, Apostolou (2009) souligne que l'interprète transmet en même temps qu'il transforme et manipule les messages. Les interlocuteurs perdent ainsi leur autorité sur leur discours une fois que l'interprète se l'approprie. Son apparente neutralité ne signifie donc pas qu'il soit dépourvu de pouvoir. La question n'est pas alors de savoir qui du médecin ou de l'interprète devrait exercer son autorité lors de la rencontre, mais plutôt comment bénéficier d'une manière

optimale des compétences et des expertises de chacun. Le patient cherche pour sa part à se faire entendre et à ne pas laisser son monde vécu être colonisé par le système médical. L'interprète l'assiste dans cette tâche en permettant à sa voix de circuler (agent linguistique), en interprétant ses propos pour en dégager un sens et en explicitant la présence de malentendus (agent du monde vécu).

Limites et forces de l'étude

La principale limite de cette recherche a trait à la petite taille de l'échantillon qui nous amène à être prudents quant à la généralisation des conclusions. Nos résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des interprètes professionnels ou familiaux. Chaque milieu médical établit des façons de faire différentes selon la culture organisationnelle, l'expérience avec les populations migrantes, les types de services d'interprétariat disponibles, etc. Notre objectif n'était d'ailleurs pas de généraliser les résultats, mais plutôt d'identifier certains processus communicationnels ancrés dans leur contexte. Ces résultats sont tout de même transférables à des contextes similaires comme nous l'avons montré dans la discussion en établissant des liens avec les résultats de recherches menées dans d'autres contextes. Une deuxième limite concerne la qualité des traductions des consultations médicales. Nous n'avons pas pu effectuer de doubles traductions. Cependant, les interprètes affectés à cette tâche étaient des professionnels à qui nous rappelions de traduire avec précision l'ensemble des énoncés.

Parmi les forces de l'étude, rappelons que les processus communicationnels ont été dégagés grâce à une analyse en profondeur du matériel. La triangulation par deux méthodes de collectes de données, c'est-à-dire des entretiens semi-structurés et l'analyse de la communication, nous a permis d'explorer la rencontre médicale médecin-patient-interprète dans toute sa complexité. Qui plus est, les chercheurs ayant collaboré aux analyses proviennent de milieux différents et possèdent des formations variées (médecine familiale, psychologie interculturelle, psychologie clinique) ce qui a permis d'obtenir diverses perspectives sur le même phénomène.

Conclusion

L'expertise médicale est essentielle à l'intégrité du traitement et l'expertise de l'interprète favorise des soins ajustés à la culture (Hsieh, 2010). Par la décontextualisation, la voix de la médecine cherche à objectiver le diagnostic et maximiser les chances de succès du traitement. De son côté, la voix du monde vécu permet de personnaliser l'évaluation et le traitement en liant les problèmes de santé à leur contexte d'apparition, en d'autres mots à l'univers de significations auquel ils sont associés. Tant les professionnels de la santé que les interprètes devraient pouvoir contester ou remettre en question la perspective de l'autre dans des discussions ouvertes pour en arriver à des solutions mutuellement acceptables (Hsieh, 2010). Notre analyse de la communication montre que la résistance des patients à la colonisation de leur monde vécu est un moyen d'humaniser la rencontre. Une rencontre médicale dans laquelle la résistance serait la bienvenue, tant celle des patients, des interprètes que celles des médecins, favoriserait ainsi un dialogue créatif en vue d'établir une ligne d'action plus satisfaisante et pleine de sens.

Selon nous, le développement de formations pour les interprètes communautaires et le soutien comme l'encadrement de leurs activités, en d'autres termes, la professionnalisation de l'interprétariat communautaire, représentent un levier vers une plus grande autonomie de l'interprète. Bien qu'une forme de professionnalisation existe déjà, elle est, au Québec, minimale. Cette professionnalisation serait favorisée par l'accès à des cours spécialisés en techniques d'interprétariat et sur les diverses formes d'intervention en santé (santé mentale, urgence, etc.), ainsi que par des supervisions ou des espaces d'échanges entre interprètes pour discuter des cas difficiles et de leurs résolutions. Par ailleurs, un code d'éthique professionnel reflétant de façon réaliste les caractéristiques de cette pratique permettrait de mieux mettre à profit les diverses compétences nécessaires à une rencontre à trois. La responsabilité de l'interprète ne peut être assumée que dans un contexte lui offrant la possibilité de se positionner professionnellement dans ses interactions. Bien que la pratique de l'interprétariat communautaire soit encore fragmentée et que la discipline ne soit pas académiquement autonome, elle le devient progressivement (Rudvin, 2007). Fernandez et Schenker (2010) considèrent qu'il est grand temps d'élaborer des normes professionnelles nationales pour les interprètes en milieu médical. De telles normes favoriseraient selon eux une compréhension commune du rôle de l'interprète en incluant les types d'« altérations » acceptables et les contextes dans lesquels elles le sont. Ces normes serviraient de point de départ à la négociation entre l'interprète

et le praticien; elles ne la remplaceraient pas. L'utilisation flexible d'autres rôles que celui de traducteur nécessite des normes assez robustes pour fournir des repères éthiques à la pratique de l'interprète (Dysart-Gale, 2005). Celles-ci permettraient aux interprètes de choisir entre des rôles clairement énoncés et théoriquement solides. En mettant en lumière certains des impacts des postures de l'interprète sur l'intégration du monde vécu du patient dans la communication, la présente recherche souhaite permettre des choix plus éclairés quant aux postures à adopter. Pour sa part, Rudvin (2007) décrit combien la question de la professionnalisation et de l'éthique est loin d'être simple à résoudre. Il montre que la définition du « professionnalisme » n'est pas universelle, mais ancrée socioculturellement. Cette définition influence les codes d'éthique, notre compréhension des rôles de l'interprète et en définitive, les interactions entre les interlocuteurs de la situation professionnelle. L'établissement de normes et d'objectifs universels risque de simplifier à l'excès les rôles de l'interprète. Selon Rudvin (2007), il est impossible d'appliquer un code de conduite strict à l'ensemble des interprètes communautaires. Nous sommes également de cet avis. Pour parvenir au développement et au maintien de l'agir communicationnel, les demandes adressées à l'interprète ne devraient pas être trop contraignantes, ni parcellaires. Elles devraient plutôt être larges afin de permettre à l'interprète de naviguer efficacement dans sa pratique professionnelle, car finalement, on ne peut s'abstenir d'une régulation interactive. Les interprètes devraient avoir la possibilité de s'adapter de façon dynamique aux enjeux qui émergent dans la communication en disposant d'une palette d'actions possibles selon les exigences du contexte et les objectifs de la situation de soins. En fin de compte, ne pourrait-on pas substituer à l'objectivité (souhaitée) de la science biomédicale, l'intersubjectivité d'une rencontre où les connaissances et les compétences de chaque interlocuteur, y compris le patient et son monde vécu, sont reconnues et mises à profit ? Pour ce faire, une culture organisationnelle valorisant les contributions de chacun des participants à l'équipe de soins est essentielle.

Remerciements. Nous remercions nos assistantes de recherche, Sonia Bélanger et Marie-Ève Perron-Bouchard pour leur aide précieuse lors de la codification.

Références bibliographiques

- Apostolou, F. (2009). Mediation, manipulation, empowerment. Celebrating the complexity of the interpreter's role. *Interpreting*, 11(1), 1-19.
- Bancroft, M. (2005). *The interpreter's world tour: An environmental scan of standards of practice for interpreters*. Ellicott City, Maryland: National Council on Interpreting in Health Care.
- Barry, C. A., Stevenson, F. A., Britten, N., Barber, N. et Bradley, C. P. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53(4), 487-506.
- Beltran Avery, M.-P. (2001). *The role of the health care interpreter: An evolving dialogue*. Chicago : Illinois Department of Human Services, Bureau of Refugee & Immigrant Services.
- Bischoff, A. et Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 10, 248.
- Bischoff, A. et Hudelson, P. (2010a). Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough? *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15-20.
- Bischoff, A. et Hudelson, P. (2010b). Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 2838-2844.
- Blake, C. (2003). Ethical considerations in working with culturally diverse populations: the essential role of professional interpreters. *Bulletin de l'Association des psychiatres du Canada, juin*, 21-23.
- Boivin, I., Leanza, Y. et Rosenberg, E. (soumis). The patient's lifeworld: Building meaningful clinical encounters between patients, physicians and interpreters.
- Brua, C. (2008). Role-blurring and ethical grey zones associated with lay interpreters: Three case studies. *Communication & Medicine*, 5(1), 73-80.

- Butow, P., Lobb, E., Jefford, M., Goldstein, D., Eisenbruch, M., Girgis, A. et collab. (2010). A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients. *Support Care Cancer*, 20(2), 235-244.
- Dysart-Gale, D. (2005). Communication models, professionalization, and the work of medical interpreters. *Health Communication*, 17(1), 91-103.
- Edwards, R., Temple, B. et Alexander, C. (2005). Users' experiences of interpreters: The critical role of trust. *Interpreting*, 7(1), 77-95.
- Fernandez, A. et Schenker, Y. (2010). Time to establish national standards and certification for health care interpreters. *Patient Education & Counseling*, 78, 139-140.
- Gadon, M., Balch, G. et Jacobs, E. (2007). Caring for patients with limited english proficiency: The perspectives of small group practitioners. *Journal of General Internal Medicine*, 22(suppl 2), 341-346.
- Gill, P., Beavan, J., Calvert, M. et Freemantle, N. (2011). The Unmet need for interpreting provision in UK primary care. *PLoS one*, 6(6), 1-6.
- Ginde, A., Sullivan, A., Corel, B., Caceres, J. et Camargo Jr., C. (2010). Reevaluation of the effect of mandatory interpreter legislation on use of professional interpreters for ED patients with language barriers. *Patient Education & Counseling*, 81(2), 204-206.
- Greenhalgh, T., Robb, N. et Scambler, G. (2006). Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1170-1187.
- Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action* (Vol. 1). Boston : Beacon Press.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action* (Vol. 2). Boston : Beacon Press.
- Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B. et Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56, 461-469.
- Hsieh, E. (2010). Provider-interpreter collaboration in bilingual health care: Competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient Education & Counseling*, 78, 154-159.
- Hudelson, P. et Vilpert, S. (2009). Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Services Research*, 9, 187.
- Jacobs, E., Lauderdale, D., Meltzer, D., Shorey, J., Levinson, W. et Thisted, R. (2001). Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *Journal of General Internal Medicine*, 16(7), 468-474.
- Janzen, T. et Shaffer, B. (2008). Intersubjectivity in interpreted interactions: The interpreter's role in co-constructing meaning. Dans J. Zlatev, T. P. Racine, C. Sinha et E. Itkonen (dir.), *The shared mind : perspectives on intersubjectivity* (p. 333-355). Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins Pub. Co.
- Kai, J., Beavan, J. et Faull, C. (2011). Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care. *British Journal of Cancer*, 105, 918-924.
- Karliner, L., Jacobs, E., Hm Chen, A. et Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754.
- Kuo, D. et Fagan, M. (1999). Satisfaction with methods of spanish interpretations in an ambulatory care clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 14(9), 547-550.
- Leanza, Y. (2004). Pédiatres, parents migrants et interprètes communautaires : un dialogue de sourds ? *Cahiers de l'institut de linguistique et des sciences du langage (ILSL)*, 16, 131-158.
- Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), 167-192.

- Leanza, Y. (2008). La reconnaissance comme principe d'une éthique de l'altérité. Une réflexion à partir de pratiques médicales. Dans J.-P. Payet et A. Battégay (dir.), *La reconnaissance à l'épreuve. Explorations socio-anthropologiques* (p. 133-140). Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.
- Leanza, Y., Boivin, I. et Rosenberg, E. (2010). Interruptions and resistance: A comparison of medical consultations with family and trained interpreters. *Social Science & Medicine*, 70(12), 1888-1895.
- Messias, D., McDowell, L. et Estrada, R. (2009). Language interpreting as social justice work: Perspectives of formal and informal healthcare interpreters. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 128-143.
- Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Norwood (NJ): Ablex.
- Ngo-Metzger, Q., Massagli, M., Clarridge, B., Manocchia, M., Davis, R., Iezzoni, L. et collab. (2003). Linguistic and cultural barriers to care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 44-52.
- Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D., Phillips, R., Greenfield, S., Massagli, M., Clarridge, B. et collab. (2007). Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 324-330.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Pöschhacker, F. (1999). "Getting organized": the evolution of community interpreting. *Interpreting*, 4(1), 125-140.
- Rosenberg, E., Leanza, Y. et Seller, R. (2007). Doctor-Patient Communication in Primary Care with an Interpreter: Physician Perceptions of Professional and Family Interpreters. *Patient Education & Counseling*, 67(3), 286-292.
- Rosenberg, E., Richard, C., Lussier, M.-T. et Shuldiner, T. (2010). The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. *Family Practice* 28(3), 317-322.
- Rosenberg, E., Seller, R. et Leanza, Y. (2008). Through interpreters' eyes: comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education & Counseling*, 70, 87-93.
- Rudvin, M. (2007). Professionalism and ethics in community interpreting: The impact of individualist versus collective group identity. *Interpreting*, 9(1), 47-69.
- Scambler, G. (2001). Class, power and the durability of health inequalities. Dans G. Scambler (dir.), *Habermas, critical theory and health* (p. 86-118). London : Routledge.
- Sokol, A. (2010). *L'interprète en entretien clinique : Quel rôle pour quelle neutralité?* Lausanne : Université de Lausanne.
- Statistique Canada. (2007a). Population selon la connaissance des langues officielles, par province et territoire (Recensement de 2006) [En ligne]. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo15-fra.htm>
- Statistique Canada. (2007b). Population selon la langue maternelle, par province et territoire (Recensement de 2006) [En ligne]. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo11a-fra.htm>
- Watermeyer, J. (2011). "She Will Hear Me": How a Flexible Interpreting Style Enables Patients to Manage the Inclusion of Interpreters in Mediated Pharmacy Interactions. *Health Communication*, 26(1), 71-81.
- Wiking, E., Saleh-Stattin, N., Johansson, S. et Sundquist, J. (2009). A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden. *Family Practice*, 26(5), 377-383.