

L'interprétation en Suisse francophone : le cas de la communauté hispano-américaine

Olga Lucia Boss-Prieto

Université de Lausanne

olgalucia.boss-prieto@psychologie.ch.

Resumen

Los grandes procesos migratorios de la actualidad requieren la existencia de una sensibilización ante la diversidad lingüística y cultural. En el campo de la salud es cada vez más necesaria la presencia de intérpretes que aseguren un buen encuadre y una buena comunicación con el paciente emigrante. Este artículo trata el caso de los intérpretes que trabajan a nivel terapéutico con la comunidad hispano-americana en la Suiza francófona. Se revisarán los diferentes tipos de intérpretes y su influencia sobre la alianza terapéutica con el profesional de la salud. De igual manera, se discutirán diversas estrategias de comunicación en la consulta terapéutica en español.

Palabras clave: intérpretes; pacientes hispano-americanos; alianza terapéutica; estrategias de comunicación; consulta terapéutica en español.

Abstract

Today's large migratory processes require the existence of sensitivity to cultural and linguistic diversity. In the health professional field, the presence of interpreters is often necessary to ensure a good welcoming atmosphere and good communication with the migrant patient. This article shows the case of interpreters who work at a therapeutic level with the Hispanic-American community in the French speaking part of Switzerland. The different type of interpreters and their influence on the therapeutic alliance with the health professional will be illustrated. Similarly, diverse communication strategies in Spanish speaking health care encounters will also be discussed.

Key words: interpreters; Hispanic American patients; therapeutic alliance; communication strategies; Spanish speaking health care encounters.

0. Introduction

Les pays qui font partie intégrante de processus de migration importants sont devenus sensibles à l'augmentation de la diversité linguistique et culturelle. Par conséquent, ils ont pris conscience du besoin d'interprètes afin de faciliter la communica-

tion dans la consultation avec divers professionnels de la santé. L'origine de « l'interprétation communautaire » en Suisse est récente en comparaison avec les Etats-Unis, l'Australie et la Suède par exemple. En Suisse, c'est au début des années 90 que ce type d'interprétation est venu en aide aux institutions face aux barrières linguistiques dans la consultation avec des migrants. Aujourd'hui, malgré la présence d'associations spécialisées dans l'interprétation, les limitations financières existantes ne facilitent pas le recours à des interprètes lors de séances où leur présence est nécessaire pour assurer des échanges clairs et précis au niveau de la communication. Ces restrictions budgétaires pour l'utilisation du service d'interprètes communautaires dans la consultation ont été constatées depuis plus d'une décennie (Eytan, Bischoff et Loutan, 1999) et identifiées de nouveau une décennie plus tard (Bischoff et Hudelson, 2010). Pour réagir à ces difficultés, des efforts au niveau des changements dans la politique de soins sont déjà considérés. Deux motions ont déjà été déposées en Suisse au niveau fédéral demandant d'inclure les interprètes parmi les fournisseurs de services reconnus par l'assurance maladie (Faucherre *et al.*, 2010).

1. La recherche

La présente recherche se focalise sur l'évaluation de l'alliance thérapeutique¹ entre différents thérapeutes et des patients hispano-américains dans une consultation médicale, psychologique ou sociale. Cette rencontre a lieu en présence d'un interprète (triade) ou en absence d'un interprète (dyade). Dans cette étude, « thérapeutes » équivaut à professionnels de la santé dans différents domaines (e.g. médecins, psychologues, infirmiers/ères, assistant/e/s sociaux, etc.)

Cet article traitera du thème lié aux différents types d'interprètes professionnels et non-professionnels présents dans la consultation ainsi que de leur impact sur le traitement du patient. Il traitera également des enjeux de l'interprétation dans la construction de l'alliance thérapeutique et dans le déroulement des soins. L'exemple de l'interprétation dans la consultation hispanophone sera traité au travers du cas de la communauté hispano-américaine à Lausanne, laquelle est principalement constituée par des personnes en situation de clandestinité.

Pour mieux comprendre le contexte de cette recherche, il est important de décrire certaines particularités qui constituent ce groupe. Entre les 5 000 et 7 000 sans-papiers qui habitent à Lausanne, 70 % sont d'origine latino-américaine (Bodenmann *et al.*, 2010) ce qui correspond à peu près à 4 200 latino-américains clandestins seulement dans la région de Lausanne, laquelle compte environ 135 000 habitants. La communauté hispano-américaine est caractérisée principalement par une migration féminine qui réside dans la clandestinité. Ces femmes se trouvent dans leur trentaine et travaillent dans le nettoyage et la garde d'enfants. Elles sont le soutien économique principal pour leurs familles qui habitent toujours dans leur pays

¹ « Alliance thérapeutique » est égale à « relation thérapeutique » dans un langage commun.

d'origine (Carbajal, 2004). Lorsque nous nous référons aux Hispano-Américains ainsi que les Brésiliens, nous parlons de Latino-américains. Dans l'ensemble, lorsque l'information statistique et socio-démographique est assurée par différentes sources, il est plus courant de trouver la nomination « latino-américain », où le Brésil est inclus en raison de leur proximité culturelle. Cependant, je rappelle aux lecteurs que mon étude ne concerne que les patients hispano-américains, originaires des pays hispanophones de l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud.

2. Méthodologie

Dans un premier temps, un entretien avec un thérapeute de chacune des 6 institutions et 3 cabinets privés qui collaborent dans ce projet a été réalisé. Celui-ci avait pour objectif d'obtenir de meilleures connaissances du terrain de recherche et de collecter des informations liées au travail spécifique qui est effectué avec les patients hispano-américains.

Dans un deuxième temps, j'ai rencontré les patients hispano-américains qui ont donné leur consentement pour cette étude, au travers d'une méthodologie mixte.

La méthodologie consiste en une approche complémentaire : 1) quantitative et 2) qualitative :

– Approche quantitative : 55 patients ont rempli le questionnaire l'alliance thérapeutique pour les migrants (QALM-PS) en espagnol. Cette version mesure l'alliance thérapeutique entre différents professionnels de la santé et leurs patients dans les domaines médicaux, sociaux et psychologiques. Ce questionnaire a été construit sur la base d'une étude avec des migrants (Boss-Prieto *et al.*, 2010) et inspiré par le SOFTA (*System for Observing Family Therapy Alliances*) version patient, le WAI-S (*The Working Alliance Inventory Short Form of Horvath*) et *The Penn helping alliance scales* d'Alexander et Luborsky. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré, contenant des questions qui ont été pré-testées, mais pas encore validées. Il est destiné à mesurer l'alliance thérapeutique dans tous les contextes de la santé, et non dans une discipline de santé spécifique. Le questionnaire est composé de deux chapitres : a) alliance avec le thérapeute et b) alliance avec l'interprète (pour les triades). Cet instrument a été distribué une seule fois, pendant un moment non déterminé de la thérapie / intervention. Par ailleurs, l'objectif était de tester le questionnaire avant de procéder à la validation dans une autre étude. Cette recherche est une étude exploratoire en ce qui concerne l'approche quantitative. Cela signifie qu'il vise à approfondir les connaissances dans un nouveau domaine.

– Approche qualitative : un entretien semi-structuré a été effectué avec 20 patients qui ont donné leur consentement pour participer à la deuxième phase de cette recherche. Cet entretien cherchait à obtenir une perspective plus approfondie de la part du patient à propos de sa relation avec le thérapeute et l'interprète, si ce dernier est

présent. Les questions évaluaient les critères du patient pour avoir une bonne relation avec son thérapeute (et avec l'interprète dans un cadre triadique), les moments des sessions au cours desquelles il y avait un bon ou un mauvais contact avec leur thérapeute (et avec l'interprète dans un cadre triadique) et les motivations de continuer ou de suspendre le traitement thérapeutique. En termes d'approche qualitative, cette enquête de recherche est une étude phénoménologique. Cela signifie qu'il s'agit d'une étude descriptive de la perspective depuis laquelle les patients hispano-américains ont vécu la relation avec leurs thérapeutes, et avec les interprètes (dans un cadre triadique) dans leur contexte de migration et dans un moment précis.

3. Les institutions

Dans le but de représenter le système de santé lausannois, 6 institutions ont été sélectionnées, ceci dû à l'importance de leur travail apporté à ce type de population. Ces institutions, illustrées dans le Tableau n° 1, offrent des services psychologiques/psychiatriques médicaux et sociaux. Dû au nombre insuffisant de participants, le secteur privé a été interpellé. Par conséquent, des cabinets privés ont également collaboré au recrutement des patients pour cette étude. Ceux-ci étaient principalement des cabinets qui offrent des services psychiatriques/psychothérapeutiques à des populations migrantes.

Consultations psychologiques ou psychiatriques/Soutien psychologique	Consultations médicales et sociales
1. Association Appartenances (services psychologiques et psychiatriques)	
2. Polyclinique Médicale Universitaire -PMU. <i>Unité de psychiatrie de liaison</i> (services psychiatriques)	2. Polyclinique Médicale Universitaire – PMU. <i>Consultation générale</i>
3. Association Le Point d'Eau (principalement du soutien psychologique et quelques services psychiatriques)	3. Association Le Point d'Eau (consultations infirmières principalement)
4. Fondation Profa – <i>Conseil en périnatalité</i> : grossesse, maternité-paternité (information et accompagnement médico-psycho-social de la grossesse)	4. Fondation Profa – <i>Consultations santé sexuelle et planning familial</i> (information et prévention sur la sexualité, la vie affective et la procréation)
	5. L'hôpital de l'enfance - HEL (urgences et consultations médicales pour des enfants : consultations sociales pour les familles des enfants)
	6. Département de Gynécologie-obstétrique – DGO. Planning familial et Polyclinique de la maternité
7. Cabinets Privés (services psychothérapeutiques)	

Tableau n° 1 : Institutions de soins à Lausanne qui collaborent à la recherche

Vient ensuite, une brève présentation de différentes institutions qui ont participé à cette étude :

1. *Association Appartenances* : des consultations thérapeutiques sont offertes par une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, ethnothérapeutes, logopédistes, interprètes) à des enfants, adolescent(e)s et adultes en difficulté sous forme individuelle, de famille, de couple ou de groupe. Des problématiques liées à la migration sont spécialement traitées. Les Hispano-Américains représentent aujourd'hui un petit pourcentage des patients de l'association (3 %). Les consultations psychothérapeutiques sont réalisées dans 60 % des cas avec l'aide d'un interprète communautaire (Association Appartenances, 2011). Cependant, pour les consultations hispanophones, la présence d'un interprète n'est pas fréquente étant donné que ces situations sont souvent prises en charge par un thérapeute hispanophone. Malgré le fait que les consultations avec les patients hispano-américains représentent aujourd'hui un petit pourcentage, cette institution a été choisie dû à l'importance de leur travail avec la population migrante et les interprètes communautaires.
2. *Policlinique Médicale Universitaire (PMU)* : en tant qu'institution publique dans un pays qui valorise les droits humains, la Policlinique a graduellement assumé des missions socio-médicales et aide notamment les personnes avec peu de ressources, vulnérables et marginalisées. Depuis l'an 2000, l'Unité des Populations Vulnérables (UPV) a été créée face à l'augmentation de migrants sans statut légal, des requérants d'asile et des autochtones marginalisés. Pour cette recherche, deux structures y participent : la *consultation générale* et la *psychiatrie de liaison*. Cette dernière offre un soutien psychologique-psychiatrique à des patients qui consultent d'abord pour des problèmes somatiques ou qui présentent des problèmes psychosomatiques. Le pourcentage de patients hispano-américains dans cette structure est significativement moins représenté que dans la consultation générale. Pour les hispanophones, des interprètes communautaires ne sont pas appelés, mais les patients amènent quelqu'un de leur entourage pour aider dans la communication.
3. *L'hôpital de l'enfance* : suivant les mêmes paramètres que la PMU, l'hôpital de l'enfance vient en aide à des enfants sans papiers, entre autres. Le statut d'illégalité de ces enfants est le résultat de l'immigration illégale de leurs parents. En 1997, des études avaient déjà mis en évidence que la difficulté la plus significative entre le thérapeute et le patient était en lien avec les barrières dans la communication à cause du nombre important de patients étrangers. En conséquence, l'appel à des interprètes professionnels est survenu à un point crucial pour 7 000 consultations par année. Celles-ci demandaient la présence d'une « médiation culturelle et linguistique » (Gehri *et al.*, 1999). Grâce à cela,

l'hôpital disposait pendant quelques années d'un service de « médiation-culturelle » hispanophone d'une demi-journée par semaine. Cependant, selon des déclarations de professionnels de cette institution en 2010, cet espace n'est plus disponible dans cette langue à cause de la diminution significative des patients provenant de cette origine ces dernières années. En 2010 et 2011, le pourcentage de patients hispano-américains équivalait seulement à 1 %.

4. *Le département de gynécologie-obstétrique* : il s'agit d'une division du Centre hospitalier universitaire du Canton de Vaud (CHUV) en Suisse francophone. Il propose des services à des femmes, des hommes et des couples pendant des changements importants dans leur vie intime : fertilité/infertilité, naissance d'enfants, fausse-couche, avortement, maladies de transmission sexuelle, violences sexuelles et ménopause. Il comporte deux services qui collaborent dans notre recherche: *le planning familial* et *la polyclinique de la maternité*. Tandis que le premier offre des services d'information sur la contraception, les problèmes liés au post-partum, la stérilité et l'avortement, le deuxième se focalise principalement sur le suivi des grossesses et l'accouchement. En particulier, *le planning familial* travaille avec de nombreux migrants dans la région de Lausanne. Pour cette raison, il propose du matériel informatif traduit en 10 langues (Département de Gynécologie Obstétrique/Planning Familial, 2008). En 2011, le pourcentage de patients hispano-américains équivalait à 6 %. Par contre, le service d'interprètes communautaires n'est pas utilisé pour cette population. Il existe quelques professionnels de la santé hispanophones qui s'occupent de ces cas, autrement ils font appel à des collègues hispanophones.
5. *Le Point d'Eau* : est un espace d'hygiène, de soins et d'orientation pour venir en aide aux personnes en situation précaire, sans domicile, sans travail, marginaux, étudiants, personnes âgées ou mal logées. L'Association offre des soins de santé (consultations dentaires, infirmières, ostéopathiques, médicales ; soutien psychologique, soins podologiques, massages, etc.) et propose une structure pour répondre aux quelques besoins essentiels de ces personnes (e.g. douches et lessive). Depuis 1999 *le Point d'Eau* est spécialement visité par des personnes sans papiers. En effet, les patients latino-américains – dont font partie les Hispano-Américains – représentent 44 % de consultations infirmières et médicales (Association Point d'Eau, 2011). Des 6 institutions qui participent à ce projet, elle est la plus fréquentée par des patients hispano-américains. Le service d'interprètes communautaires n'est pas utilisé pour cette population. Il existe quelques professionnels de la santé hispanophones qui s'occupent de ces cas, autrement le patient amène un ami ou un proche pour faire office de traducteur.
6. *Fondation Profa* : c'est une fondation privée et reconnue d'utilité publique qui

répond à des besoins de santé. Son but est de travailler au développement de la qualité de la vie affective, relationnelle et sexuelle des hommes et des femmes, à tous les âges de la vie, sans discrimination de genre, d'identité ou d'orientation sexuelle, et de promouvoir le respect de leur intégrité. Les prestations proposées par ses différents services concernent la santé sexuelle, la procréation, la grossesse, la sexualité, les relations de couple, l'aide aux victimes d'infractions. Deux services collaborent dans cette recherche : *la consultation santé sexuelle - planning familial* et *le service du conseil en périnatalité*. Pour 5 % de patients d'origine latino-américaine qui consultait en 2011, la traduction était garantie par des amis ou des proches des patients.

7. *Cabinets Privés* : 3 cabinets privés qui offrent des services psychiatriques ou psychothérapeutiques en espagnol ont également collaborés à cette recherche. Le pourcentage de patients hispano-américains consultant variait : premier cabinet 3 %, deuxième cabinet 25 % et troisième cabinet 100 %. Dans tous les cas, les thérapeutes sont hispanophones.

4. Types d'interprètes qui facilitent la communication bilingue

Il existe plusieurs types d'interprètes professionnels face à d'autres types d'interprètes non-professionnels qui font partie intégrante de la consultation en milieu de la santé. Leur rôle, participation et implication varient énormément. Aux fins de cette recherche, le tableau n° 2 représente ces interprètes selon la classification de l'Association INTERPRET (2011) et selon Hsieh (2006). Les résultats qui suivent exemplifient les types d'interprètes présents dans les consultations avec des patients hispano-américains.

Interprètes professionnels (Association INTERPRET, 2011 et Hsieh, 2006)	Interprètes non-professionnels (selon Hsieh, 2006)
<i>Traducteurs</i> : spécialistes de la langue qui traduisent des textes par écrit.	<i>Interprète par hasard</i> : un proche du patient (e.g. un membre de la famille ou un ami).
<i>Interprètes</i> : spécialistes de la langue qui maîtrisent une langue étrangère oralement.	<i>Interprète non formé</i> : employé qui travaille dans la même institution et a une autre fonction que celle d'interprète (e.g. réceptionniste).
<i>Interprètes communautaires</i> : spécialistes de l'interprétation en situation de dialogue avec des interlocuteurs d'origines linguistiques différentes. Hsieh fait référence aux « interprètes sur place » et parle de l'importance de maîtriser un langage médical.	<i>Professionnels bilingues de la santé</i> : thérapeutes qui parlent la langue du patient comme une deuxième langue.
<i>Médiateurs</i> : intermédiaires pour faciliter la solution au conflit.	
<i>Interprètes par téléphone</i> : personnes formées pour faciliter la communication au travers des services téléphoniques.	

Tableau n° 2 : Types d'interprètes qui facilitent la communication bilingue

Dans les sections suivantes sont décrits de façon plus détaillée les types d'interprète concernés par cette étude et leur influence sur l'alliance thérapeutique.

4.1. Les interprètes non-professionnels : interprètes par hasard

Quand un ami ou un proche joue le rôle d'interprète dans la consultation, le patient devient dépendant de ce dernier pour le déroulement des séances et le contenu des informations qui seront transmises. Cette dépendance peut déboucher sur l'effacement du patient parce que l'interprète par hasard, dans son lien préexistant avec le patient, prend souvent le contrôle sur ce qui doit être communiqué et comment ceci doit être transmis. Comme des recherches l'ont déjà mis en évidence (Valero Garcés, 2005), dans ce cas l'interprète fait souvent des omissions et ajoute des informations sur sa propre personne, jusqu'au point où il peut se retrouver à discuter seul avec le thérapeute sans faire la traduction nécessaire. Le patient passe d'acteur de la consultation à observateur de celle-ci, ce qui aura des répercussions sur son implication active dans son propre traitement. Les interprètes qui ont un lien familial avec le patient se comportent souvent comme les principaux interlocuteurs au point d'exclure le patient de la consultation (Leanza *et al.*, 2010). Selon ces auteurs, l'interprète, membre de la famille, a tendance à imposer son agenda et à contrôler le déroulement de la consultation. Dans ces conditions, l'interprète par hasard deviendra une barrière pour la création d'un lien relationnel entre le patient et le thérapeute, d'une alliance thérapeutique, au travers de l'éloignement de la personne du patient. L'absence d'un langage commun entre le thérapeute et le patient semble avoir aussi une incidence négative sur la capacité du patient à partager ses problèmes de santé (Renteria, 2003) et provoque une certaine dépendance du patient envers les parents ou les proches qui traduisent. Les médecins de famille estiment que l'interprète par hasard est moins complet et précis dans ses traductions (Rosenberg *et al.*, 2007).

Les problèmes de communication et les malentendus seront évidemment plus présents parce que le patient ignorera une partie de ce qui se passe dans la séance et n'aura pas la certitude que tout est traduit dans les deux sens. En plus, le lien émotionnel préexistant amène l'interprète par hasard à une position subjective et à une subjectivité dans ses apports qui contaminent possiblement la direction du traitement. La confidentialité est moins garantie pour le patient. Le contenu de la séance peut être facilement transmis à d'autres membres de la famille ou de la communauté parce que la responsabilité du secret professionnel n'est pas inhérente à l'interprète par hasard. Par ailleurs, quand ce type d'interprète est représenté par des enfants, il existe un risque imminent de parentification chez les enfants parce qu'ils sont obligés de prendre une place d'adulte dans la famille (Métraux *et al.*, 2003). Les enfants peuvent également devenir témoins de l'intimité de leurs parents et être exposés à des informations que, dans d'autres circonstances, ils ne connaîtraient pas.

4.2. Les interprètes non-professionnels : interprètes non-formés

Quand un employé qui travaille dans la même institution et a une autre fonction que celle d'interprète assume cette tâche de traducteur, se produit une confusion de rôles pour tous les participants de la consultation. En ce qui concerne le patient, il ne saura plus si cette personne est son interprète ou la réceptionniste de l'institution par exemple, ou la femme de ménage. Quel est le rôle de cette aimable personne qui est venue nous aider à communiquer ? Quelle est son implication dans le traitement ? Le patient hésitera sûrement à s'adresser à l'interprète non-formé pour prendre un rendez-vous ou pour clarifier une information sur son rendez-vous. Ou les deux. Le patient peut se retrouver obligé de demander à l'interprète non-formé de jouer une fonction inadéquate sur le moment, comme par exemple de le solliciter pour des questions précises de son traitement alors que l'interprète non-formé est en train d'exécuter sa vraie fonction. Ce type d'interprètes peut également se retrouver dans des tensions vis-à-vis de son équipe si d'autres collègues doivent assumer son travail pendant qu'il traduit (OFSP, 2011). En outre, le double rôle fera ainsi que l'employé ne soit pas reconnu pour cette fonction supplémentaire et que son absence de son vrai poste ait des répercussions sur le produit de son travail. La présence de l'interprète non-formé amènera de la même manière des problèmes de confidentialité (Faucherre et al. 2010). L'interprète sera témoin de la sphère privée du patient, qu'il ne connaîtrait pas dans d'autres circonstances. L'interprète non-formé, en tant que personne qui intervient ponctuellement et qui doit garder une distance émotionnelle avec le patient, pourrait moins faciliter la construction d'un lien thérapeutique.

4.3. Les interprètes professionnels : interprètes communautaires

La présence des interprètes communautaires (spécialistes de l'interprétation) dans la consultation favorise la construction d'un dialogue et d'une réalité (Rossi, 1999) entre deux acteurs différents qui ne communiquent pas au travers d'un langage commun. Grâce à l'explication des valeurs et des normes socio-culturelles implicites dans le langage du thérapeute et du patient (Goguikian Ratcliff et Changkakoti, 2004), ce dernier peut s'impliquer activement dans son traitement au travers du partage des représentations concernant les maladies et les croyances autour de la santé. En conséquence, l'expertise de chacun (thérapeute/patient) dans sa culture contribuera à la contextualisation de la maladie du patient et en conséquence à son traitement. En outre, la présence d'un *interprète* communautaire favorise la co-construction des significations et interactions qui facilitent la création d'une relation thérapeutique (Boss-Prieto *et al.*, 2010). Si l'on considère que l'alliance thérapeutique est le facteur principal pour la prédiction des bons résultats dans la thérapie (Martin, Garske et Davis, 2000 ; Horvath et Bedi, 2002), la possibilité de créer une alliance à trois augmenterait les liens collaboratifs et émotionnels vers le rétablissement du patient et au bénéfice de son bien-être. Par ailleurs, l'assistance d'un interprète communautaire facilite l'établissement d'anamnèses, diagnostics et traitements clairement compréhensibles.

sibles pour la langue et la culture du patient (Es-Safi, 2000). À long terme, ceci peut réduire le nombre de séances et de coûts impliqués. L'interprète professionnel transmet la réticence du patient contrairement aux interprètes de famille (Leanza *et al.*, 2010). Finalement, l'existence d'un interprète communautaire dans la consultation diminuerait l'impact négatif des éléments cités en lien avec les interprètes non-formés.

5. Résultats

Les résultats qui sont présentés ensuite sont le produit de la phase de rencontre avec les patients interviewés. Tandis que les questions 5.1 et 5.2 évoquent des résultats obtenus par le biais du questionnaire, la question 5.4 évoque des résultats obtenus à travers l'entretien. Seulement le point 5.3, concernant les stratégies de communication, correspond aux données obtenues chez les professionnels de la santé des différentes institutions et cabinets privés.

5.1. Quelles sont les stratégies d'accueil et de prise en charge de patients hispano-américains dans les institutions à Lausanne ?

Les questionnaires ont permis d'indiquer si les patients disposaient d'un interprète dans leur séance et si oui, de quel type d'interprète.

La consultation de patients hispano-américains se réalise principalement sans interprète – en dyade – dans 72 % des cas de cette étude. Étonnamment, les résultats indiquent qu'il y avait très peu de situations en triade – en présence d'un interprète – dans le domaine médical. La présence d'un interprète professionnel semble être un privilège des consultations psychiatriques/psychologiques, c'est-à-dire que les consultations non psychologiques donnent moins l'occasion à des rencontres en présence d'interprètes, ce qui peut être expliqué par la nature de la consultation psychologique, dont le langage verbal est le véhicule principal de communication.

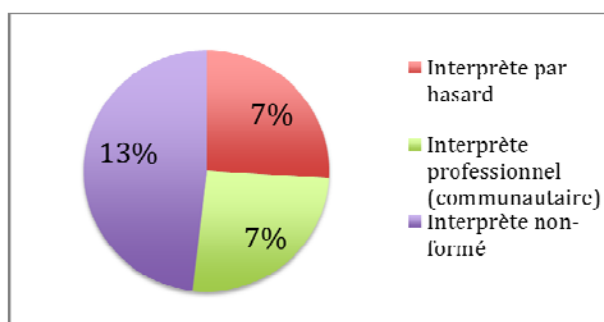
Pourquoi aussi peu de consultations avec un interprète ? Ceci est dû, d'une part, au fait que Lausanne dispose de nombreux professionnels de la santé hispanophones. Dans la mesure du possible, les patients sont adressés à un thérapeute qui parle leur même langue maternelle. Par contre, ce ne sont pas toutes les institutions qui comptent de manière permanente avec des thérapeutes hispanophones. En l'absence de ces derniers, ce sont les moyens financiers restreints dans les institutions qui ne permettent pas le recours à des interprètes quand cela est nécessaire. Par exemple, dans cette étude 53 % de consultations ont lieu en espagnol et seulement 33 % de thérapeutes étaient hispanophones (22 % origine hispano-américaine et 11 % d'autres origines), c'est-à-dire que 20 % de séances sont conduites sans langue commune. Le manque d'un langage commun entre le thérapeute et le patient crée une barrière de communication qui amène à des malentendus et à des erreurs dans les traitements. Ces données mettent en évidence que le nombre de thérapeutes hispano-

phones n'est pas aussi élevé que représenté par les institutions et que les restrictions d'ordre économique sont bien présentes.

L'absence d'un interprète est souvent justifiée – par les thérapeutes, mais aussi par les patients – prétextant que la similitude entre les deux langues, toutes les deux de racine latine, permet l'intercompréhension. Néanmoins, cette ressemblance entre langues peut devenir parfois plus nuisible à la communication car elle crée des malentendus sur ce que l'on croit être clair. La linguistique explique comment la similitude entre ces langues voisines amène à de mauvaises interprétations (Dabène, 1975).

5.2. Quels sont les types d'interprètes présents dans les séances ?

Dans 28 % des cas, la séance a eu lieu dans un cadre triadique, c'est-à-dire en présence d'un interprète. En ce qui concerne le type d'interprète, 13 % des interactions se déroulent avec un interprète non formé, soit un employé qui travaille dans la même institution et qui y remplit normalement d'autres fonctions. En ce qui concerne les *interprètes* professionnels (interprètes communautaires), ils étaient présents dans 7 % des cas ainsi que les interprètes par hasard (membres de la famille ou amis). Le graphique n° 1 donne un aperçu des différents types d'interprètes.



Graphique n° 1 : Résultats concernant les types d'interprètes

5.3. Quelles sont les stratégies de communication quand le professionnel de la santé n'est pas hispanophone et n'a pas accès à un interprète ?

Si la séance n'a pas lieu en espagnol et le thérapeute n'a pas accès à un interprète, les professionnels de la santé ont recours à des stratégies de communication lors de l'entretien, comme le recours à des dessins, la traduction via Internet et les mimiques. Bien que ces stratégies soient un moyen de dépannage dans un moment d'urgence et font preuve de leur inventivité dans le désir de communiquer, elles ne représentent un outil fiable ni de traduction ni de compréhension. Le thérapeute n'est pas certain que son message ait été transmis correctement et le patient n'est pas certain de l'avoir compris. En conséquence, les conseils ou traitement à suivre par le patient peuvent être erronés. Tandis que les dessins et mimiques n'ont pas une signification universelle, la traduction via Internet réduit la complexité et la richesse du langage à une traduction mot-à-mot. La traduction mot-à-mot telle quelle n'est pas possible parce qu'il n'existe pas une traduction identique d'une langue à l'autre au

niveau du vocabulaire. Sans les contextes et les représentations culturelles, les mots sont vidés de sens à l'intérieur.

5.4. Quels sont les facteurs qui favorisent le plus l'alliance thérapeutique dans la dyade et la triade ?

Pour la dyade, « les positions égales » favorisent le plus l'alliance thérapeutique : l'auto-révélation (échanges des expériences humaines des thérapeutes), le partage de connaissances (espace pour que le patient parle de ce qu'il connaît, de ce qu'il sait à propos de sa propre maladie et de sa situation de vie), le contrôle de la thérapie (pouvoir du patient pour qu'il participe à guider sa thérapie et à prendre des décisions concernant son traitement), la symétrie humaine (égalité entre thérapeute et patient en tant qu'êtres humains) et les similitudes linguistiques et culturelles.

Pour la triade, « la bonne qualité de la communication » favorise le plus l'alliance thérapeutique : clarté dans la communication, présence d'un interprète communautaire et le pont communicationnel entre le patient et la société d'accueil.

6. Conclusions

En Suisse francophone, l'interprétation dans la consultation médicale et psychologique pour la communauté hispano-américaine a lieu principalement sans interprète (en dyade), même si des difficultés de communication sont clairement identifiées et des séances ne peuvent pas être toujours garanties par un thérapeute hispanophone. Malgré les nombreux efforts chez les professionnels de la santé pour trouver des moyens de communication (e.g. mimiques, dessins, traduction via internet) et donc pour surmonter les barrières linguistiques, ces alternatives à l'interprétation ne garantissent pas la bonne compréhension avec le patient et peuvent être source de malentendus. Ce point prend encore plus de valeur quand les résultats montrent que le facteur qui favorise le plus l'alliance thérapeutique dans la triade est la bonne communication.

Dans les cas où un interprète est présent dans la consultation avec les patients hispano-américains, celui-ci est principalement un interprète non-formé, un employé qui travaille dans la même institution et qui a une fonction différente de l'interprétation. Bien que sa présence facilite une communication dans un moment d'incompréhension linguistique, ces conditions d'interprétation ne facilitent pas la construction d'une alliance thérapeutique.

La question des limites budgétaires pour le financement des interprètes professionnels est un débat actuel en Suisse et des solutions sont envisagées pour obtenir ce service dans les institutions qui prêtent des soins aux migrants. Cependant, à part des changements au niveau de la politique de soins, l'inclusion des interprètes dans la consultation bilingue/biculturelle demande également des changements éducatifs vers la prise de conscience de la part des professionnels de la santé et des institutions sur la répercussion des barrières linguistiques et de l'utilisation des interprètes non profes-

sionnels sur la santé du patient. Finalement, un aspect informatif me semble nécessaire au regard du patient, qui devrait pouvoir connaître les points positifs et négatifs relatifs à la présence de chaque type d'interprète dans la consultation avant de choisir la personne qui servira de pont linguistique et culturel dans leur rencontre médicale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ASSOCIATION APPARTENANCES (2011) : *Rapport Annuel*. Lausanne, Appartenances.
- ASSOCIATION POINT D'EAU (2011) : *Rapport d'activité 2011*. Lausanne, Point d'Eau.
- BISCHOFF, Alexander et Patricia HUDELSON (2010) : « Communicating With Foreign Language-Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough ? ». *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15-20.
- BODENMANN, Patrick, Fabrice ALTHAUS, Myrian CARBAJAL, Isabelle MARGUERAT et Danièle KOHLER (2010) : « "La enfermedad del millonario" (la maladie du millionnaire) ». *Forum Médical Suisse*, 10(6), 102-107.
- BOSS-PRIETO, Olga Lucía, Yves DE ROTEN, Abdelhak ELGHEZOUANI, Alexandra MADERA et Jean-Nicolas DESPLAND (2010) : « Differences in Therapeutic Alliance when Working with an Interpreter: A Preliminary Study ». *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 161(1), 14-16.
- CARBAJAL, Myrian (2004) : *Actrices de l'ombre: La réappropriation identitaire des femmes latino-américaines sans-papiers*. Thèse de doctorat en Lettres, Fribourg, Université de Fribourg.
- DABÈNE, Louise (1975) : « L'enseignement de l'espagnol aux francophones (pour une didactique des langues "voisines") ». *Langages*, 39, 51-64.
- DÉPARTEMENT DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE / PLANNING FAMILIAL (2008) : *Présentation, Mission, Services du DGO* [en ligne : http://www.chuv.ch/dgo/dgo_home.htm ; 21/08/2008].
- ES-SAFI, Latifa (2000) : *Médiation interculturelle dans les hôpitaux*. Bruxelles, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.
- EYTAN, Ariel, Alexadner BISCHOFF et Louis LOUTAN (1999) : « Use of Interpreters in Switzerland's Psychiatric Services ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 190-192.
- FAUCHERRE, Florence, Orest WEBER, Pascal SINGY, Patrice GUEX et Friedrich STIEFEL (2010) : « L'interprète communautaire: une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle ». *Revue Médicale Suisse*, 6, 336-338.
- GEHRI, Mario, Bernard HUNZIKER, Françoise GÉRAUD, Diane ROUFFAER, Sanje SOPA, Clara SAGE-DA CRUZ et Jean-Claude MÉTRAUX (1999) : « Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL): état des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels ». *Sozial-und Präventivmedizin*, 44, 264-271.

- GOGUIKIAN RATCLIFF, Betty et Nilima CHANGKAKOTI (2004) : « Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique ». *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 5(2), 255-264.
- HORVATH, Adam O. et Robinder P. BEDI (2002) : *The alliance*. New York, Oxford University Press.
- HSIEH, Elaine (2006): « Understanding Medical Interpreters: Reconceptualizing Bilingual Health Communication ». *Health Communication*, 20(2), 177-186.
- INTERPRÈT. (2011) : *Association Suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle. Définition des activités* [en ligne : <http://www.inter-pret.ch/fr/linterpretariat-communautaire.html> ; 15 mars 2013].
- LEANZA, Yvan, Isabelle BOIVIN et Ellen ROSENBERG (2010): « Interruptions and resistance : A comparison of medical consultations with family and trained interpreters ». *Social Science and Medicine*, 70, 1888-1895.
- LUBORSKY, Lester (2000) : « A Pattern-Setting Therapeutic Alliance Study Revised ». *Psychotherapy Research*, 10(1), 17-29.
- MARTIN, Daniel J., John P. GARSKE et M. Katherine DAVIS (2000) : « Relations of the Therapeutic Alliance with Outcome and other Variables: A Meta-Analytic Review ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- MÉTRAUX, Jean-Claude, Orest WEBER, Pascal SINGY et Patrice GUEX (2003) : « Introduction- Les migrants et le système de soins helvétique », in Pascal Singy et Patrice Guex (éd.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève, Cahiers Médico-Sociaux, 11-35.
- OFSP (2011) : *Des ponts linguistiques pour mieux guérir*. Berne, Office fédérale de la santé publique.
- RENTERIA, Saira-Christine. (2003) : « Analyse du point de vue des patients », in Pascal Singy et Patrice Guex (éd.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève, Cahiers médico-sociaux, 59-84.
- ROSENBERG, Ellen, Yvan LEANZA et Robbyn SELLER (2007) : « Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters ». *Patient Education and Counseling*, 67, 286-292.
- ROSSI, Ilario (1999) : « Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé- de l'interculturalité à la co-disciplinarité ». *Sozial- und Präventivmedizin*, 44, 288-294.
- VALERO GARCÉS, Carmen (2005) : « Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges ». *Interpreting*, 7(2), 193-210.