

Analyse des stratégies de communication employées lors de consultations médicales multilingues

Auteur : Hennico, Louise

Promoteur(s) : Walburg, Myriam-Naomi

Faculté : Faculté de Philosophie et Lettres

Diplôme : Master en traduction, à finalité spécialisée

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/20615>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège

Faculté de Philosophie et Lettres

Département de Langues modernes : linguistique, littérature et traduction



Analyse des stratégies de communication employées lors de consultations
médicales multilingues

Travail de fin d'études présenté par

Louise HENNICO

en vue de l'obtention d'un Master en Traduction, à finalité spécialisée

Promotrice : Mme Myriam-Naomi WALBURG

Co-promotrice : Mme Maud GONNE

Lectrice : Mme Valérie SPAPEN

Année académique : 2023/2024

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier ma promotrice, Madame Myriam-Naomi Walburg, et ma co-promotrice, Madame Maud Gonne, pour leur encadrement, leurs relectures et leur disponibilité. Je les remercie particulièrement pour leurs précieux conseils qui m'ont aidée à mener à bien la rédaction de ce mémoire.

Je suis également très reconnaissante envers les différents intervenants qu'il m'a été donné d'observer durant mon enquête de terrain. Je remercie en particulier les professionnels de la santé des maisons médicales et les membres du service hospitalier de médiation interculturelle pour leur disponibilité, leur bienveillance et leur enthousiasme quant à ma recherche.

Un grand merci à ma maman, Brigitte et Clément pour leur relecture attentive de mon travail. Dans l'ensemble, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien inconditionnel durant mon parcours universitaire et durant la réalisation de travail de fin d'études.

Table des matières

1. Introduction.....	7
1.1 Contextualisation.....	7
1.2 Question de recherche	9
2. État de l’art.....	12
2.1 Problématique liée aux consultations interculturelles	12
2.1.1 Barrières linguistiques.....	12
2.1.2 Barrières culturelles.....	13
2.1.3 Stratégies employées pour contrer la barrière linguistique et culturelle	14
2.2 Interprétation en milieu social	15
2.2.1 Interprétation en milieu social en Belgique.....	15
2.2.2 Rôle de l’interprète en milieu social	17
2.3 Médiation interculturelle	18
2.3.1 Définition de la médiation interculturelle	18
2.3.2 Médiation interculturelle en Belgique.....	19
2.4 Traduction non verbale.....	22
3. Méthodologie	25
3.1 Cadre théorique	25
3.1.1 Théorie de l’enquête de terrain.....	25
3.1.2 Théorie de l’entretien	27
3.1.3 Théorie de l’observation directe.....	28
3.2 Cadre pratique	29
4. Corpus.....	33
4.1 Description des terrains	33
4.1.1 Service hospitalier de médiation interculturelle.....	33
4.1.2 Maisons médicales	33
4.2 Synthèse des consultations médicales observées	34
5. Résultats des entretiens	39
5.1 Premier entretien	39
5.1.1 Déroulement	39
5.1.2 Résumé	40
5.2 Deuxième entretien	43
5.2.1 Déroulement	43
5.2.2 Résumé	44

6. Résultats des observations directes	47
6.1 Déroulement	47
6.1.1 Au service hospitalier de médiation interculturelle.....	47
6.1.2 Au sein des maisons médicales	48
6.2 Analyse des observations	49
6.2.1 Recours à l'interprétation professionnelle.....	49
6.2.2 Recours à l'interprétation non professionnelle.....	59
6.2.3 Recours à une langue tierce.....	66
6.2.4 Recours à la traduction automatique	69
6.2.5 Recours à l'utilisation du français	74
6.2.6 Combinaisons de plusieurs types de traduction	76
7. Conclusion	78
7.1 Limitations et perspectives de cette recherche	78
7.2 Conclusion générale	79
Bibliographie.....	83
Annexes	89
Annexe 1 : guide d'entretien (premier entretien)	89
Annexe 2 : retranscription (premier entretien)	93
Annexe 3 : guide d'entretien (deuxième entretien)	104
Annexe 4 : retranscription (deuxième entretien)	108

1. Introduction

1.1 Contextualisation

Durant ces dernières décennies, la Belgique a été marquée par l'émergence d'un flux migratoire important, augmentant les interactions entre des individus issus de communautés linguistiques et culturelles différentes¹. Selon les statistiques de Statbel, l'année 2022 comptabilisait 233 629 immigrations pour 117 085 émigrations, ce qui correspond à un solde migratoire international de 116 544². Au 1^{er} janvier 2023, la Belgique comptait 11 697 557 habitants, une population constituée de 65,5 % de Belges d'origine belge, 21,0 % de Belges d'origine étrangère, et 13,4 % de non-Belges³. Selon l'office belge de statistiques, les Belges d'origine étrangère et les non-Belges provenaient à 52,9 % de pays hors Union européenne (UE27), à 27,7 % de pays de l'UE27, excluant les pays voisins (la France, les Pays-Bas, le Luxembourg, l'Allemagne et le Royaume-Uni), et à 19,4 % de pays voisins⁴. En 2022, 36 871 demandes d'asile ont été enregistrées, ce qui constitue une hausse de 42 % par rapport à l'année 2021⁵. À l'instar des Pays-Bas, de la Suisse, du Luxembourg et de la Grèce, la Belgique est un des pays européens qui reçoit le plus de demandes d'asile chaque année⁶.

En Belgique, le système de santé repose sur un principe d'accès équitable, où les besoins de santé des habitants prévalent sur leur capacité financière⁷. Les cotisations sociales des habitants financent principalement le système de santé. La gestion et la régulation de ce dernier sont partagées entre l'État fédéral et les entités fédérées⁸. L'État fédéral supervise et régule des sujets généraux liés entre autres à l'assurance obligatoire des soins de santé, au budget attribué aux institutions hospitalières, ou encore aux droits des patients⁹. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est responsable de la gestion et du financement de l'assurance obligatoire des soins de santé. Enfin, le Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité

¹ A.C. TICCA et V. TRAVERSO, « Interprétation, traduction orale et formes de médiation dans les situations sociales Introduction », *Langage et société*, 2015, vol. 153, n° 3, pp. 7.

² « Structure de la population | Statbel », Statbel, s.d., 2023, disponible sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#news> (Consulté le 28 avril 2024).

³ « Origine | Statbel », *Statbel*, 2023, disponible sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population/origine> (Consulté le 28 avril 2024).

⁴ *Ibid.*

⁵ « Statistiques d'asile : aperçu 2022 », CGVS, 18 janvier 2023, disponible sur <https://www.cgra.be/fr/actualite/statistiques-dasile-aperçu-2022> (Consulté le 28 avril 2024).

⁶ *Ibid.*

⁷ D. CORENS, « Belgium: Health system review », *Health Systems in Transition*, 2007, vol. 9, n° 2., pp. 142

⁸ ADMIN-KCE, « Système de santé belge », *Vers une Belgique en bonne santé*, 21 février 2024, disponible sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hit> (Consulté le 28 avril 2024).

⁹ *Ibid.*

de la Chaîne alimentaire et Environnement (département de Direction générale, soins de santé) est responsable de l'organisation et de la planification générale du système de santé, comprenant par exemple le financement des institutions hospitalières¹⁰.

Les migrants sont couverts par la même couverture sociale que les Belges d'origine belge, à condition qu'ils aient obtenu le droit de résider sur le territoire pendant plus de trois mois ou qu'ils aient obtenu la nationalité belge¹¹. Les demandeurs d'asile peuvent également bénéficier d'une prise en charge médicale durant la procédure d'asile, et ce, par le biais de leur centre d'accueil ou d'un autre partenaire¹². Les migrants en situation irrégulière, qui ne possèdent pas de titre de séjour, ne bénéficient pas de l'assurance maladie obligatoire belge étant donné qu'ils ne sont pas affiliés à une mutuelle¹³. Toutefois, ils peuvent recevoir l'Aide Médicale Urgente (AMU), définie comme suit par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (Roberfroid, Dauvin, Keygnart, Desormer, Kerstens et al., 2015 : 8) :

L'Aide Médicale Urgente (AMU) est une procédure permettant d'accorder l'accès aux soins de santé aux personnes en séjour irrégulier en Belgique. Contrairement à ce que son nom laisse entendre, l'AMU n'est pas limitée aux soins d'urgence, mais couvre en principe tous les soins de santé préventifs et curatifs qui sont délivrés en hôpital ou en ambulatoire.

L'octroi de cette aide dépend des Centres publics d'action sociale (CPAS). En effet, c'est à la suite d'une demande d'aide de leur part que le migrant en situation irrégulière peut prétendre à l'AMU¹⁴. Cette aide est prise en charge par l'État belge et plus spécifiquement le Service public fédéral de programmation Intégration sociale (SPP IS)¹⁵.

Des disparités entre les populations migrantes et les populations autochtones apparaissent néanmoins quant à l'accès aux soins de santé. En effet, les migrants et minorités ethniques peuvent être perçus comme plus vulnérables et des difficultés communicationnelles surviennent

¹⁰ D. CORENS, 2007, pp. 25.

¹¹ « Accès aux soins en Belgique : une porte entrouverte – CIRÉ ASBL », 23 novembre 2012, disponible sur <https://www.cire.be/acces-aux-soins-en-belgique-une-porte-entre-ouverte/> (Consulté le 28 avril 2024).

¹² *Ibid.*

¹³ D. ROBERFROID, M. DAUVIN, I. KEYGNAERT, A. DESORMER, B. KERSTENS et al., « Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? », KCE Report, 2015, pp. 7.

¹⁴ *Id.*, pp. 12.

¹⁵ *Id.*, pp. 16.

si les patients appartiennent à une communauté linguistique et culturelle différente de celle des soignants¹⁶.

Une communication efficace entre les patients et les professionnels de la santé constitue un aspect essentiel pour fournir des soins de santé de qualité. Une communication est efficace lorsque les informations sont comprises par les deux participants, menant ainsi à un diagnostic et un pronostic médical correct¹⁷. Selon P.M. Schyve (2007 : 360), la communication efficace peut être entravée par une « triple menace » (*triple threat*) reprenant la barrière linguistique, la barrière culturelle et la littératie en santé¹⁸.

La littératie en santé est définie par l'OMS comme « the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health¹⁹. » En d'autres termes, il s'agit de la capacité des individus à rechercher et obtenir des informations sur leur état de santé, à comprendre, interpréter et évaluer ces informations, et à les utiliser afin de maintenir ou d'améliorer leur état de santé²⁰. Les personnes migrantes peuvent manifester une faible littératie en santé, car la barrière linguistique et culturelle les empêche de comprendre les informations fournies par les professionnels de la santé²¹.

1.2 Question de recherche

La question de recherche qui guidera ce mémoire est : « Comment la communication est-elle assurée lors de consultations médicales interculturelles ? » Cette recherche porte principalement sur les consultations médicales, car une communication efficace y est d'autant plus nécessaire. Les consultations suivent généralement un ordre spécifique et comportent les étapes suivantes : l'ouverture, l'anamnèse, l'examen clinique, le diagnostic et le traitement. Durant ces différentes étapes, le langage occupe une place non négligeable²². L'objectif de la recherche est d'analyser

¹⁶ M. DAUVIN, C. GEERTS et V. LORANT, « Santé des migrants et bonnes pratiques », *Santé conjugée*, 2010, n° 51, pp. 19, 23.

¹⁷ P.M. SCHYVE, « Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective », *Journal of general internal medicine : JGIM*, 2007, n° S2, pp. 360.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ « Seventh Global Conference on Health Promotion: Health literacy », s.d., disponible sur <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy> (Consulté le 28 avril 2024).

²⁰ P. MEDINA, A.C. MAIA et A. COSTA, « Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care », *Frontiers in public health*, 2022, vol. 9, pp. 2

²¹ *Id.*, pp. 6.

²² J. COSNIER, M. GROSJEAN et M. LACOSTE, *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins*, Éthologie et psychologie des communications, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1993, pp. 60.

le déroulement des interactions entre les patients et les soignants lorsque ceux-ci ne maîtrisent pas la même langue et n'appartiennent pas à la même communauté culturelle.

À partir de là, quatre sous-questions sont établies afin de préciser et d'organiser la recherche. Ces sous-questions sont les suivantes :

- Qu'est-il mis en place par l'institution, le corps médical et le patient pour pallier la barrière linguistique et culturelle ?
- Quels facteurs influencent le choix de l'une ou l'autre stratégie ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients des stratégies de communication adoptées ?
- La traduction se présente-t-elle autrement que verbalement ?

La première sous-question cherche à déterminer les différentes stratégies et initiatives déployées lors de consultations où la barrière linguistique et culturelle entrave la communication entre les professionnels de la santé et les patients. La deuxième sous-question vise à énoncer les raisons qui orientent le choix de l'une ou l'autre stratégie de communication. La troisième sous-question tend à évaluer les bénéfices, mais aussi les limites et les défis rencontrés lors de l'application des différentes stratégies et plus généralement d'évaluer leur efficacité sur la qualité des soins de santé. Enfin, la dernière sous-question étend la recherche sur la communication verbale à l'activité non verbale qui peut apparaître durant les interactions entre les patients et les soignants.

Pour répondre à ces questions, une enquête de terrain a été menée durant laquelle des consultations interculturelles ont été observées. L'enquête a été menée dans deux types de terrain, à savoir un service hospitalier de médiation interculturelle et deux maisons médicales. Le premier terrain offre l'opportunité d'analyser le déroulement des consultations dans des services de soins spécialisés. Les soins de santé spécialisés correspondent à des soins spécifiques, repris dans des services tels que la cardiologie, la chirurgie, la gériatrie, la neurologie, l'ophtalmologie ou encore la pédiatrie²³. Les deux autres terrains donnent l'occasion de suivre des soignants dans des services de soins de santé primaire, à savoir des médecins généralistes, des infirmiers ou encore des kinésithérapeutes²⁴.

²³ « Médecins spécialistes », *SPF Santé publique*, 13 avril 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/medecins-dentistes-et-pharmaciens/medecins-specialistes> (Consulté le 28 avril 2024).

²⁴ Y. BOURGUEIL, A. RAMOND-ROQUIN et F. -X. SCHWEYER, « 1. Qu'appelle-t-on "soins primaires" ? », in *Les soins primaires en question(s)*, Débats Santé Social, Rennes, Presses de l'EHESP, 2021, pp. 6.

Dans ce mémoire, un état de l'art est d'abord dressé afin de présenter la littérature sur laquelle s'appuie cette recherche. Ensuite, la méthodologie adoptée pour mener l'enquête de terrain est détaillée. Cette section présente théoriquement la notion d'enquête de terrain et décrit la démarche pratique utilisée pour cette recherche. Les résultats de l'enquête, provenant d'entretiens et d'observations directes, sont ensuite présentés de manière structurée. Enfin, la conclusion présente une récapitulation des analyses et une tentative de réponse à la question et aux sous-questions de recherche. Cette section aborde également les limites et obstacles rencontrés dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

Par souci de clarté et de lisibilité, il a été choisi de ne pas utiliser l'écriture inclusive dans ce mémoire et de privilégier le masculin grammatical lorsque le nom ne se référait pas à une personne spécifique. Lorsque des exemples ou des témoignages concernent spécifiquement une femme, le féminin est néanmoins employé.

2. État de l'art

2.1 Problématique liée aux consultations interculturelles

2.1.1 Barrières linguistiques

La barrière linguistique représente un obstacle majeur et apparaît lorsque les patients et les professionnels de la santé ne partagent pas la même langue maternelle, menant ainsi à des risques d'interprétations erronées et à une détérioration de la qualité des soins²⁵. Cette problématique engendre une série d'obstacles et accentue les disparités entre les populations autochtones et les migrants et minorités ethniques quant à l'accès à des soins de qualité²⁶.

Les conséquences de cette barrière sont nombreuses et affectent à la fois les patients et le corps médical. En effet, une mauvaise compréhension peut mener le corps médical à rendre un diagnostic incorrect ou à prescrire un traitement incomplet²⁷. De même, la barrière linguistique peut entraver la compliance des patients lorsque ceux-ci ne comprennent pas les instructions des soignants²⁸.

Du fait de la barrière linguistique, les migrants et minorités ethniques sont généralement davantage soumis à des examens médicaux et des bilans de santé, ainsi qu'à de plus longues admissions hospitalières²⁹. De plus, elle peut compliquer la prise de rendez-vous ou même conduire à des absences aux consultations prévues³⁰. En règle générale, ces populations sont souvent perçues comme étant plus vulnérables, moins enclines à faire confiance et moins communicatives durant leurs rendez-vous médicaux³¹.

Du côté des professionnels de la santé, la barrière linguistique constitue une source de stress dans l'exercice de leur profession et peut entraîner un sentiment d'insatisfaction quant aux soins fournis³².

²⁵ S. SLADE et S. R. SERGENT, « Language Barrier », in *StatPearls*, Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2024, disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507819/> (Consulté le 30 avril 2024).

²⁶ P.A. ALI et R. WATSON, « Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives », *Journal of clinical nursing*, 2018, vol. 27, n° 5-6, pp. e1153.

²⁷ H. AL SHAMSI *et al.*, « Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review », *Oman medical journal*, 2020, vol. 35, n° 2, pp. 5.

²⁸ S. RASI, « Impact of language barriers on access to healthcare services by immigrant patients: A systematic review », *Asia Pacific journal of health management*, 2020, vol. 15, n° 1, pp. 2.

²⁹ S. SLADE et S. R. SERGENT, « Language Barrier », in *StatPearls*, Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2024, disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507819/> (Consulté le 30 avril 2024).

³⁰ P.A. ALI et R. WATSON, 2018, pp. e1156-e1157.

³¹ S. RASI, 2020, pp.10.

³² H. AL SHAMSI *et al.*, 2020, pp. 5.

2.1.2 Barrières culturelles

Des obstacles culturels peuvent également surgir lorsque des individus issus de communautés culturelles différentes viennent à communiquer. Ces obstacles, causés par des différences de langues, de croyances, de normes et de valeurs, peuvent entraver la communication entre les soignants et les patients. De plus, les idées préconçues concernant la culture de l'autre peuvent mener à des malentendus et des stéréotypes³³.

La culture influence la façon dont les individus perçoivent leur santé, expriment leurs souffrances et interprètent les discours des soignants³⁴. Il arrive que certains soignants soient surpris par les réactions des migrants, notamment s'ils expriment leurs émotions de manière plus expressive, en pleurant ou en criant par exemple, ce qui les éloigne de ce à quoi ils sont habitués³⁵. Des malentendus peuvent également survenir lorsque le patient décrit sa douleur en utilisant des termes, expressions ou métaphores qui appartiennent à sa culture³⁶. Une autre difficulté culturelle peut être le refus du migrant d'être pris en charge par un professionnel de la santé du sexe opposé³⁷.

Les patients peuvent également éprouver une méfiance s'ils ressentent que leur culture n'est pas comprise par les professionnels de la santé. Une confiance mutuelle entre les patients et les soignants est pourtant primordiale pour assurer des soins efficaces. Elle permet en effet au patient de se sentir plus à l'aise pour partager certaines informations médicales et elle l'amène à suivre correctement les recommandations dictées par le soignant³⁸. Pour autant, M. Dauvrin, C. Geert et V. Lorant (2010 : 20-21) mentionnent qu'« appartenir à la communauté du patient n'est pas un bouclier dans les situations difficiles ». En effet, le patient pourrait être mal à l'aise à l'idée de partager des informations personnelles avec un membre du corps médical appartenant à la même communauté, surtout si ces informations vont à l'encontre des normes culturelles de cette communauté³⁹.

³³ EYES, « Cultural Barriers to Communication », 30 janvier 2024, disponible sur <https://barriersofcommunication.com/cultural-barriers-to-communication/> (Consulté le 29 avril 2024).

³⁴ M. DAUVRIN, C. GEERTS et V. LORANT, 2010, pp. 20.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ R.F.I. MEUTER *et al.*, « Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language », *BMC health services research*, 2015, vol. 15, n° 1, pp. 2.

³⁷ M. DAUVRIN, C. GEERTS et V. LORANT, 2010, pp. 20.

³⁸ A. ZGHAL *et al.*, « Exploring the Impact of Health Care Provider Cultural Competence on New Immigrant Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Canadian Newcomers », *Journal of transcultural nursing*, 2021, vol. 32, n° 5, pp. 6.

³⁹ M. DAUVRIN, C. GEERTS et V. LORANT, 2010, pp. 20.

2.1.3 Stratégies employées pour contrer la barrière linguistique et culturelle

Dans une société interculturelle où de nombreux migrants ne maîtrisent pas ou maîtrisent peu le français, il peut être difficile de répondre aux besoins linguistiques de chaque patient⁴⁰.

Le recours à des interprètes professionnels est une solution qui peut atténuer la barrière linguistique, bien qu'il puisse entraîner des coûts pour l'institution et que le nombre de langues proposées puisse être limité⁴¹.

Des interprètes non professionnels peuvent également être sollicités. Il peut s'agir de proches du patient, des membres de sa famille ou de son entourage, ou encore d'un membre de l'institution qui partagerait la même communauté linguistique que le patient. Cette solution peut néanmoins comporter des risques, tels que des erreurs de traduction⁴², une méfiance de la part du corps médical quant à l'exactitude des informations transmises et des préoccupations quant à la confidentialité⁴³. Pour autant, une étude menée par P. Hudelson et S. Vilpert (2009 : 3) a révélé que 66 % des professionnels de la santé interrogés favorisaient le recours à des interprètes non professionnels (*ad hoc interpreters*), du fait de leur disponibilité immédiate et de la facilité organisationnelle qu'ils offrent⁴⁴.

L'utilisation d'une langue commune peut également être une solution employée lors de consultations médicales. Le soignant peut pratiquer la même langue que le patient, sans que celle-ci soit sa langue maternelle, ou le soignant et le patient peuvent utiliser une langue secondaire commune pour faciliter la communication⁴⁵.

De plus, le langage verbal peut être accompagné, voire remplacé, par de la communication non verbale, comprenant les mouvements du corps, les mimiques du visage, la gestuelle, le regard ou encore le ton de la voix⁴⁶.

⁴⁰ P.A. ALI et R. WATSON, 2018, pp. e1157.

⁴¹ S. SLADE et S. R. SERGENT, « Language Barrier », in *StatPearls*, Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2024, disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507819/> (Consulté le 30 avril 2024).

⁴² P. HUDELSON et S. VILPERT, « Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices », *BMC health services research*, 2009, vol. 9, n° 1, pp. 2.

⁴³ S. RASI, 2020, pp. 10.

⁴⁴ P. HUDELSON et S. VILPERT, 2009, pp 3-4.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ S. RASI, 2020 pp. 9.

Enfin, l'utilisation de la traduction automatique est une option envisagée lors des consultations. Elle permet par exemple aux patients et au personnel soignant de donner plus de précisions ou de poser davantage de questions⁴⁷.

2.2 Interprétation en milieu social

2.2.1 Interprétation en milieu social en Belgique

Les premières apparitions d'interprétation en milieu médical voient le jour dans les années 70 et sont mises en place par le CPAS d'Anvers⁴⁸. Cependant, la professionnalisation de cette pratique ne débutera qu'en 1990⁴⁹ lorsque des « assistants culturels » sont formés pour intervenir lors d'interactions entre les professionnels de la santé et les patients⁵⁰. En 2004, le service *CIRE*⁵¹ *Interprétariat* lance la plateforme *Coordination Fédérale de la Traduction et de l'Interprétariat Social* (COFETIS), rassemblant une vingtaine d'organismes belges associés à l'interprétation en milieu social⁵².

En Belgique francophone, l'appellation officielle d'« interprète en milieu social » apparaît en 2007 à la suite de longues hésitations⁵³. En effet, le terme de « médiateur » ne pouvait pas être employé, car à la différence des médiateurs interculturels, les interprètes ne s'occupent pas de gérer les conflits entre les acteurs⁵⁴ et ne sont soumis à aucun contrat les liant avec l'institution qui sollicite leur aide⁵⁵. De même, le terme d'« accompagnateur » en vigueur depuis l'année 2000 est mis de côté en 2004 au profit de celui d'« interprète »⁵⁶. La désignation d'« interprète social » est alors envisagée, mais laisse à penser que c'est l'interprète qui est social et non le secteur dans lequel il intervient⁵⁷.

⁴⁷ G. RANDHAWA *et al.*, « Using machine translation in clinical practice », *Canadian family physician*, 2013, vol. 59, n° 4, pp. 382.

⁴⁸ L. ES-SAFI, « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant », *Pensée plurielle*, 2001, vol. 3, n° 1, pp. 28.

⁴⁹ N. BRUWIER *et al.*, « Évolution du service de traduction et interprétariat en milieu social bruxellois (SeTIS Bruxelles) : de la reconnaissance à la valorisation des compétences chez l'interprète », *FITISPos-II*, 2019, vol. 6, n° 1, pp. 30.

⁵⁰ L. ES-SAFI, 2001, pp. 27.

⁵¹ Coordination et Initiatives pour les Réfugiés et Étrangers.

⁵² N. BRUWIER *et al.*, 2019, pp. 30.

⁵³ A. DELIZEE, *Émergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone.*, humanOrg Working Paper, Université de Mons, 2015, pp. 12.

⁵⁴ « Code de déontologie de l'interprète en milieu social », article 2, 2011, Code-de-déontologie-SeTIS-Bxl-version-2016.pdf (setisbxl.be) (Consulté le 12 mai 2024).

⁵⁵ A. DELIZEE, 2015, pp. 13.

⁵⁶ N. BRUWIER *et al.*, 2019, pp. 31.

⁵⁷ A. DELIZEE, 2015, pp. 12.

Différents organismes d'accompagnement interculturel en Wallonie s'associent en 2004 pour créer le Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social (SeTIS) wallon et en 2010, le SeTIS Bruxelles est lancé dans la capitale⁵⁸. Ces ASBL sont mises sur pied pour favoriser l'intégration des personnes d'origine étrangère et de communauté linguistique différente⁵⁹. L'interprétation en milieu social est généralement présente dans des associations et des services publics (sociaux, administratifs, médicaux, juridiques, etc.)⁶⁰. En 2012, le SeTIS Bruxelles intervenait majoritairement dans le secteur de la santé, tandis que le SeTIS Wallon se présentait majoritairement dans des secteurs d'accueil et d'intégration⁶¹.

Le SeTIS Wallon, dont le siège se situe à Namur, est agréé par la Wallonie et propose les services de plus de 30 interprètes professionnels à distance ou en présentiel. Les interprétations sont proposées en 22 langues⁶² et peuvent être réalisées par visioconférence, en présentiel ou par une traduction écrite⁶³. Le SeTIS Bruxelles ajoute à ces prestations l'interprétariat par téléphone, mais seulement en cas d'urgence⁶⁴. Ces ASBL sont financées d'une part par leurs propres activités et d'autre part par des subventions d'organismes fédéraux tels que FEDASIL⁶⁵, le FIPI⁶⁶, ou encore le FEI^{67 68}.

Pour devenir interprète au sein des SeTIS wallon et bruxellois, une formation interne doit être réalisée, à l'issue de laquelle un certificat est fourni aux personnes ayant réussi l'évaluation⁶⁹. Les interprètes sont généralement salariés et ont la particularité d'appartenir à des communautés culturelles étrangères⁷⁰.

Bruxelles Accueil, agissant conjointement aux SeTIS, est un autre service d'interprétation en milieu social en Belgique francophone. Cette ASBL propose des services d'interprétation en déplacement lorsque le SeTIS ne peut assurer la demande⁷¹ ou par téléphone, ainsi que de la

⁵⁸ N. BRUWIER *et al.*, 2019, pp. 31.

⁵⁹ « Interprétariat et traduction : services du SeTIS wallon », *Setis Wallon*, s.d., disponible sur <https://setisw.com/interpretariat-et-traduction/> (Consulté le 12 novembre 2023).

⁶⁰ H. SAFAR et A. HMAMI, « L'interprétation en milieu social, profil et mission en Belgique francophone », *Çédille revista de estudios franceses*, 2014, vol. 4, pp. 77-78.

⁶¹ A. DELIZEE, 2015, pp. 14.

⁶² « Interprète en milieu social : le SeTIS wallon à votre service », *Setis Wallon*, s.d., disponible sur <https://setisw.com/> (Consulté le 12 novembre 2023).

⁶³ « Interprétariat et traduction : services du SeTIS wallon », *Setis Wallon*, s.d., disponible sur <https://setisw.com/interpretariat-et-traduction/> (Consulté le 12 novembre 2023).

⁶⁴ A. DELIZEE, 2015, pp. 15.

⁶⁵ Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile.

⁶⁶ Fonds fédéral d'Impulsion à la Politique des Immigrés.

⁶⁷ Fonds Européen d'Intégration.

⁶⁸ A. DELIZEE, 2015, pp. 25.

⁶⁹ N. BRUWIER *et al.*, 2019, pp. 32.

⁷⁰ *Id.*, pp. 32, 34.

⁷¹ A. DELIZEE, 2015, pp. 34.

traduction écrite. Elle agit dans des organismes belges non marchands, essentiellement dans le secteur d'accueil pour demandeurs d'asile⁷².

2.2.2 Rôle de l'interprète en milieu social

L'interprétation en milieu social peut être considérée « comme une activité qui consiste à restituer et à transmettre clairement un message verbal d'une langue source vers une langue cible en tenant compte de la dimension culturelle, de manière complète et fidèle » (Safar et Hmami, 2014 : 78). Si l'interprète remplit le rôle de traducteur, il est également coordinateur⁷³. L'interprète est en effet un instrument de transfert d'une langue source à une langue cible⁷⁴. Toutefois, il serait erroné de croire que sa mission est purement technique et transparente, car il apparaît également comme un participant à part entière dans une interaction en triade⁷⁵.

Au sein des SeTIS, l'interprétation se distingue donc par une fonction technique et communicative, permettant la traduction des mots et du sens formulé par l'intervenant⁷⁶. À ces deux fonctions s'ajoute celle de « relais culturel » (Code de déontologie de l'interprète en milieu social, 2011, art. 2). En effet, l'interprète, du fait de sa connaissance des cultures des intervenants, est enclin à remarquer les malentendus causés par la barrière culturelle et d'en informer les différents acteurs⁷⁷.

Plusieurs aspects déontologiques entourent le métier d'interprète en milieu social, figurant dans le *Code de déontologie de l'interprète en milieu social* (2011) du SeTIS Bruxelles. L'interprète en milieu social est en premier lieu soumis à la confidentialité et au secret professionnel⁷⁸. L'interaction se déroulant en triade, l'interprète en milieu social ne peut dépasser son rôle et nuire à la relation entre les deux autres acteurs.⁷⁹ L'interprète doit également respecter un principe de non-ingérence et ne peut exprimer ses opinions et ses convictions. Dans l'ensemble, l'interprète est tenu de traduire tout ce qui lui est formulé et se doit de rappeler ses obligations

⁷² « Organisation | Sociaal Vertaalbureau », *Le Service d'Interprétariat de Bruxelles Accueil ASBL*, s.d., disponible sur <https://www.servicedinterpretariatsocial.be/algemeen/organisatie/> (Consulté le 17 mai 2024).

⁷³ C. WADENSJÖ, « Dialogue Interpreting and the Distribution of Responsibility », *Hermes, Journal of Linguistics*, 1995, n° 14, pp. 113.

⁷⁴ *Id.*, pp. 114.

⁷⁵ A.C. TICCA et V. TRAVERSO, 2015, pp. 14.

⁷⁶ A. DELIZEE, 2015, pp. 8.

⁷⁷ « Code de déontologie de l'interprète en milieu social », article 2, 2011, *Code-de-déontologie-SeTIS-Bxl-version-2016.pdf* (setisbxl.be) (Consulté le 12 mai 2024), pp. 2.

⁷⁸ « Code de déontologie de l'interprète en milieu social », article 3, 2011, *Code-de-déontologie-SeTIS-Bxl-version-2016.pdf* (setisbxl.be) (Consulté le 17 mai 2024), pp. 2.

⁷⁹ *Id.*, article 4, pp. 2.

aux différents acteurs, si ceux-ci souhaitent qu'une information ne soit pas traduite⁸⁰. L'anonymat de l'interprète est également préservé et ses données personnelles restent confidentielles⁸¹. L'interprète s'engage à suivre la formation interne lui permettant de travailler aux SeTIS et d'assister aux formations continues⁸². Enfin, l'interprète est tenu d'être ponctuel lors de ses interventions⁸³ et de rester loyal envers ses collègues⁸⁴.

Les droits conférés aux interprètes en milieu social comprennent par exemple le droit d'être soutenus et écoutés par le SeTIS, de se former continuellement et d'être supervisés dans leur pratique, ainsi que de s'opposer à une intervention, à condition de prévenir le service⁸⁵.

2.3 Médiation interculturelle

2.3.1 Définition de la médiation interculturelle

Le terme « médiation », du latin *mediatio*, implique une entremise entre deux parties ou entre individus par un intermédiaire dans le but de les (ré) concilier⁸⁶.

Dans le cadre de cette enquête, la médiation est à prendre au sens « d'activité ». La médiation renvoie en effet au travail du médiateur, du tiers humain, dont le rôle est de faciliter la communication et de désamorcer les conflits entre les deux parties ou individus. La médiation devient alors une « technique » permettant d'assurer la communication⁸⁷.

M. Cohen-Emerique (2004 : 36) définit la médiation sociale et culturelle de la manière suivante :

Nous la définirons comme l'intervention d'un tiers entre des individus et des groupes à l'enracinement culturel différent et plus particulièrement entre les migrants et les acteurs sociaux chargés de leur intégration.

⁸⁰ *Id.*, article 5, pp. 2-3.

⁸¹ *Id.*, article 6, pp. 3.

⁸² *Id.*, article 8, pp. 3.

⁸³ *Id.*, article 7, pp. 3.

⁸⁴ *Id.*, article 9, pp. 3-4.

⁸⁵ *Id.*, article 10-13, pp. 4.

⁸⁶ « médiation | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition », s.d., disponible sur <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M1506> (Consulté le 6 janvier 2024).

⁸⁷ E. VANDENINDEN, « De la médiation au médiateur : entre concept en SIC et sens commun », 2016, in C. SERVAIS (sous la direction de), *La médiation. Théorie et terrains*, Ouvertures sociologiques, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2016, pp. 25-30.

Il nomme également « médiation-relai » une des formes de la médiation qui consiste à lier les différents acteurs, et ce, malgré les difficultés de communication, et à rendre accessibles les services aux migrants⁸⁸.

La médiation interculturelle en milieu médical est un ensemble d'aides mises en place afin d'assurer la communication entre des individus provenant de différents groupes ethniques⁸⁹. L'objectif est de rendre accessibles les soins de santé aux migrants et minorités ethniques et de contrer les barrières linguistiques et culturelles qui sont présentes dans les soins de santé⁹⁰. Le médiateur interculturel améliore la communication en s'assurant que le patient comprend correctement le diagnostic et le traitement, et améliore de ce fait la relation entre le patient et le soignant en évitant tout malentendu et toute incompréhension⁹¹.

La caractéristique principale de la médiation interculturelle est l'interprétation tant linguistique que culturelle⁹². S'il se charge de traduire le message le plus fidèlement possible au patient ou au soignant, le médiateur a également un rôle de « passeur de culture » (Es-Safi, 2001 : 28) ou de « passerelle d'identité ». Ce dernier terme est employé par M. Cohen-Emerique et S. Fayman (2005 : 171) pour désigner le fait que les médiateurs « facilitent la communication et rapprochent deux univers culturels »⁹³. En effet, le médiateur interculturel s'occupera de soutenir les différents acteurs dans la compréhension de leurs cultures mutuelles⁹⁴.

2.3.2 Médiation interculturelle en Belgique

Du fait de l'immigration grandissante, la médiation interculturelle commence à voir le jour en 1996 en Belgique lorsque le *Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme*⁹⁵ s'est penché sur la question et a mis en place des projets pilotes pour étudier les difficultés que les migrants et minorités ethniques rencontraient dans les soins de santé et pour proposer des

⁸⁸ M. COHEN-EMERIQUE, « Positionnement et compétences spécifiques des médiateurs », *Hommes & migrations*, 2004, vol. 1249, n° 1, pp. 36.

⁸⁹ L. ES-SAFI, 2001, pp. 28.

⁹⁰ VERREPT Hans, COUNE Isabelle, « Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé », Service public fédéral — Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2016, pp. 9-10. Disponible sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/guide_fr_-_def.pdf (Consulté le 9 novembre 2023).

⁹¹ *Ibid.*

⁹² L. ES-SAFI, 2001, pp. 28.

⁹³ M. COHEN-EMERIQUE et S. FAYMAN, « Médiateurs interculturels, passerelles d'identités », *Connexions*, 2005, vol. 83, n° 1, pp. 171.

⁹⁴ A. CORNET *et al.*, « La médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique : une recherche de reconnaissance », *Management & Sciences Sociales*, 2017, n° 2, pp. 6.

⁹⁵ Aujourd'hui nommé l'Unia.

solutions à cette problématique⁹⁶. Cette pratique connaît son essor à partir de 1997 quand les premiers services de médiation sont créés dans des hôpitaux⁹⁷. Depuis 1999, les hôpitaux se voient offrir l'opportunité de recevoir une aide financière du gouvernement afin d'instaurer des services de médiation. Cette aide s'est étendue aux hôpitaux psychiatriques en 2002⁹⁸. Ces services sont composés de médiateurs et également d'une personne chargée d'encadrer les médiations⁹⁹.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement finance donc aujourd'hui les hôpitaux généraux et psychiatriques qui souhaitent développer un service de médiation interculturelle¹⁰⁰. Pour les autres institutions médicales telles que les maisons médicales, les centres FEDASIL et les cabinets de médecins généralistes, ce financement n'est pas accessible¹⁰¹. Pour pallier ce problème et la demande de plus en plus importante, le SPF a lancé un projet de médiation interculturelle à distance en 2009. Grâce à l'outil de planification *Intercult*, il est possible de prendre contact directement avec un médiateur et de prévoir un rendez-vous ultérieur¹⁰². Les médiations peuvent s'effectuer dans plus d'une vingtaine de langues¹⁰³ et des permanences sont également tenues toute la journée en vidéoconférence pour les langues les plus demandées, à savoir l'arabe, le roumain, le russe et le turc¹⁰⁴. Les institutions médicales et les médecins peuvent disposer de ce service gratuitement¹⁰⁵.

Dans le cadre de la médiation interculturelle en présentiel, les médiateurs doivent suivre des formations dispensées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et

⁹⁶ A. CORNET *et al.*, 2017, pp. 5.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ I. COUNE, M. DAUVIN et H. VERREPT, *Vers des soins de santé équitables pour les migrants et minorités ethniques*, Bruxelles, Cellule médiation interculturelle et support de la politique, 2020, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/ethealth-fr> (Consulté le 9 novembre 2023).

⁹⁹ VERREPT Hans, COUNE Isabelle, 2016, pp. 41.

¹⁰⁰ « Médiation interculturelle dans les soins de santé », *SPF Santé publique*, 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle-dans-les-soins-de> (Consulté le 9 novembre 2023).

¹⁰¹ « Médiation interculturelle (face à face) », *SPF Santé publique*, 11 avril 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle/mediation> (Consulté le 6 mars 2024).

¹⁰² « Médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence) », *SPF Santé publique*, 13 avril 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle/mediation-0>. (Consulté le 6 mars 2024).

¹⁰³ « Liste des langues disponibles pour médiation interculturelle à distance (à partir de & vers FR) », *SPF Santé publique*, 13 avril 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-langues-disponibles-pour-meditation-interculturelle-distance-partir-de-vers-fr>, (Consulté le 9 novembre 2023).

¹⁰⁴ « Médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence) », *SPF Santé publique*, 13 avril 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle/mediation-0>. (Consulté le 6 mars 2024).

¹⁰⁵ « Médiation interculturelle dans les soins de santé », *SPF Santé publique*, 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle-dans-les-soins-de> (Consulté le 9 novembre 2023).

Environnement et la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique. Les médiateurs n'ayant pas obtenu de Master en interprétation ou un certificat d'interprète en milieu social doivent également suivre une formation sur les techniques d'interprétariat de liaison. Le test final est un jeu de rôle durant lequel le médiateur est invité à démontrer ses compétences¹⁰⁶. Le SPF a également élaboré un *Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé* (Verrept et Coune, 2016) dans lequel se trouve l'explication des tâches du médiateur ainsi qu'un code déontologique qu'il est tenu de respecter.

Selon ce guide, les tâches du médiateur sont les suivantes : l'interprétation linguistique, la gestion des malentendus, le *culture brokerage*, le soutien des soignants et des patients afin qu'ils puissent prendre leur rôle et la défense des patients¹⁰⁷. L'interprétation linguistique se déroule en triade avec le médiateur, le patient et le soignant, et le rôle du médiateur est de traduire fidèlement et entièrement les informations de la langue source vers la langue cible. La forme, le contenu et le sens doivent être équivalents¹⁰⁸. L'éclaircissement des malentendus, le *culture brokerage* et le soutien du soignant et du patient à prendre leur rôle sont des tâches qui permettent de faciliter la communication. L'éclaircissement des malentendus signifie que le médiateur se doit d'informer les interlocuteurs des confusions qui peuvent survenir¹⁰⁹. Le *culture brokerage* se penche sur les différences culturelles qui compliquent la communication. Le médiateur se doit d'expliquer ces différences aux acteurs et de trouver le moyen de minimaliser les conséquences qu'a cette barrière sur la prestation des soins de santé¹¹⁰. Le soutien du soignant et du patient à prendre leur rôle implique que le médiateur tente de faciliter le rôle d'un des acteurs. Il peut par exemple informer le médecin que son message n'était pas clair pour le patient ou expliquer au patient comment prendre rendez-vous si celui-ci éprouve des difficultés à le faire¹¹¹. Enfin, la défense du patient implique que le médiateur prenne des initiatives dans l'intérêt du patient. Par exemple, il peut informer le soignant d'une allergie ou d'une autre information que le patient aurait omis de dire. Il peut aussi prendre la défense du patient si le soignant porte atteinte à sa dignité. Dans ce dernier cas, le médiateur sort de son impartialité¹¹².

¹⁰⁶ VERREPT Hans, COUNE Isabelle, 2016, pp. 44-45.

¹⁰⁷ *Id.*, pp. 13.

¹⁰⁸ *Id.*, pp. 14.

¹⁰⁹ *Id.*, pp. 16.

¹¹⁰ *Id.*, pp. 16-18.

¹¹¹ *Id.*, pp. 18-20.

¹¹² *Id.*, pp. 20-22.

Le médiateur interculturel est également tenu de respecter plusieurs aspects déontologiques. Il doit se soumettre au secret professionnel et à la confidentialité¹¹³. Il doit assurer une transparence durant l'intervention en triade, ce qui signifie par exemple que ses initiatives doivent être communiquées et qu'il doit éviter d'être le médiateur d'individus qu'il connaît¹¹⁴. La neutralité et l'impartialité sont deux aspects indispensables. Le médiateur ne doit pas laisser son jugement personnel intervenir dans la médiation¹¹⁵. Le médiateur se doit de rester responsable et de garder une distance professionnelle en toutes circonstances. Si la médiation cause un mal-être ou des problèmes de conscience au médiateur, celui-ci peut la refuser à condition qu'il en informe son responsable¹¹⁶. Le médiateur est confronté à certaines limites. À titre d'exemple, il ne peut donner son avis sur la santé du patient ou sur la prestation de soins qui a été donnée. Le médiateur interculturel n'étant pas médiateur de conflit, il doit renseigner au patient le médiateur de plaintes en cas de problème. Il ne suivra alors plus ce patient et devra en référer à son responsable¹¹⁷.

2.4 Traduction non verbale

La traductologie a longtemps été uniquement portée sur le discours verbal, qu'il soit écrit ou oral¹¹⁸. La traduction était alors strictement perçue comme la recherche d'une équivalence entre des unités linguistiques d'une langue source et d'une langue cible¹¹⁹. À partir des années 1980, la traductologie connaît un essor et la recherche d'équivalences linguistiques laisse place petit à petit à une fonction de transfert culturel¹²⁰.

Le langage verbal reste une composante indispensable de la communication, permettant aux individus d'entrer dans une forme complète d'interaction. Cependant, il ne peut être considéré comme un système autonome¹²¹. Loin d'être exclusivement verbale, la communication est au contraire multimodale dans le sens que les interactions verbales vont de pair avec des systèmes non verbaux tels que les gestes, les regards, les mouvements du corps ou encore les mimiques

¹¹³ *Id.*, pp. 35.

¹¹⁴ *Id.*, pp. 37.

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ *Id.*, pp. 38.

¹¹⁷ *Id.*, pp. 38-49.

¹¹⁸ S. RAMOS PINTO et E. ADAMI, « Traduire dans un monde de signes non traduits : l'incidence de la multimodalité en traductologie », *Meta (Montréal)*, 2020, vol. 65, n° 1, pp. 10.

¹¹⁹ K. KAINDL, « A theoretical framework for a multimodal conception of translation », in *Translation and Multimodality*, 1^{re} éd., United Kingdom, Routledge, 2020, pp. 53.

¹²⁰ *Id.*, pp. 53-54.

¹²¹ F. POYATOS, « Language and nonverbal systems in the structure of face-to-face interaction », *Language & Communication*, 1983, vol. 3, n° 2, pp. 129.

faciales¹²². La sociosémiotique établit la multimodalité dans une démarche « co-textuelle » (Ramos Pinto et Adami, 2020 : 13), c'est-à-dire qu'elle inclut les ressources non verbales et les considère comme des signes porteurs de sens, et non comme des éléments de contexte¹²³. La construction du sens s'appuie alors sur des éléments tant verbaux que non verbaux¹²⁴. Selon Fernando Poyatos, la communication est formée par une *basic triple structure* (1983 : 129), comprenant le langage, le paralangage et la kinésique¹²⁵.

Le paralangage est défini par Joseph A. Devito (2017 : 485) de la manière suivante :

Paralanguage may be defined as the vocal (but nonverbal) dimension of speech. Paralanguage refers to the manner in which something is said rather than to what is said, to such vocal qualities as rate of speech, volume, rhythm, resonance; vocalizations such as laughing, yelling, moaning, whining, and belching; [...]

Le paralangage correspond donc aux caractéristiques vocales incluant le rythme et le ton de la voix, les modifications vocales, l'activité sonore et le silence¹²⁶. Ces composantes non verbales accompagnent le langage et la kinésique, et sont employées, intentionnellement ou non, afin d'accentuer ou de contredire le message¹²⁷.

La kinésique est définie par le Larousse en ligne comme suit :

Étude des gestes et des mimiques utilisés comme signes de communication, soit en eux-mêmes, soit comme accompagnement du langage parlé¹²⁸.

Outre la gestuelle et les mimiques faciales, la kinésique comporte également les postures et le positionnement du corps¹²⁹. Les mouvements du corps humain ne se contrôlent pas toujours et induisent des informations, même lorsque ce n'est pas voulu¹³⁰. Comme énoncé dans cette définition, ils peuvent accompagner le langage et le paralangage, ou apparaître de façon isolée¹³¹. En effet, les gestes peuvent parfois combler une difficulté communicationnelle et

¹²² S. RAMOS PINTO et E. ADAMI, 2020, pp. 10-13.

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ *Id.*, pp. 15.

¹²⁵ F. POYATOS, 1983, pp. 129.

¹²⁶ *Id.*, pp. 138.

¹²⁷ *Id.*, pp. 139.

¹²⁸ « Définitions : kinésique - Dictionnaire de français Larousse », s.d., disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/kin%C3%A9sique/45557> (Consulté le 22 mai 2024).

¹²⁹ F. POYATOS, 1983, pp. 139.

¹³⁰ M. CHWALCZUK et J. — M. BENAYOUN, « Le corps en interprétation. Dimension non verbale des discours interprétés », *Traduire. Revue française de la traduction*, décembre 2021, n° 245, pp. 13.

¹³¹ F. POYATOS, 1983, pp. 139.

remplacer le langage lorsque, par exemple, les intervenants ne parlent pas la même langue, ou lorsque les intervenants pas ne peuvent se comprendre du fait de nuisances sonores¹³². Dans tous les cas, les gestes et autres mouvements corporels sont porteurs de sens et participent au transfert d'informations¹³³.

¹³² J.P. DE RUITER, « The production of gesture and speech », in *LANGUAGE AND GESTURE*, McNeill, David [Ed], UK, Cambridge University Press, 2000, pp. 293.

¹³³ F. POYATOS, 1983, pp. 139.

3. Méthodologie

3.1 Cadre théorique

3.1.1 Théorie de l'enquête de terrain

En premier lieu, il est important de comprendre la notion d'enquête de terrain et la raison pour laquelle il a été nécessaire de se rendre sur le terrain pour cette enquête. Partons de cette citation de Jean-Michel Chapoulie (2000 : 6) :

J'utiliserai ici l'expression « travail de terrain » pour désigner la démarche qui correspond au recueil d'une documentation sur un ensemble de phénomènes à l'occasion de la présence dans les lieux au moment où ceux-ci se manifestent.

La pratique de terrain sous-entend donc la récolte de données lors d'un contact direct avec le phénomène que l'on étudie¹³⁴. En d'autres termes, l'enquêteur cherche des informations directement sur le lieu où son objet de recherche tend à se produire.

Se rendre sur le terrain sous-entend qu'on recherche « une information qui n'est pas disponible ailleurs, dont on ne peut se saisir sans aller à sa recherche, voire à sa rencontre » (Steck, 2012 : 81). L'objet de recherche exige que l'on se rende sur le terrain pour répondre à nos questions, pour confirmer ou infirmer nos hypothèses¹³⁵. Ce terrain, quant à lui, est délimité par la question de recherche. Il s'agit d'un lieu d'investigation et d'observation des phénomènes étudiés¹³⁶.

Si le terrain est défini comme le fondement même de l'anthropologie¹³⁷, il fait à présent partie intégrante de la sociologie¹³⁸. Il n'existe aujourd'hui plus réellement de distinction entre les deux disciplines, qui peuvent être perçues comme étudiant les mêmes phénomènes¹³⁹. Si le dictionnaire en ligne Le Robert définit la sociologie comme l'« étude scientifique des faits

¹³⁴ Y. CALBÉRAC et G. HUGONIE, « Terrain d'affrontement : la relecture d'une controverse scientifique (1902 - 1922) », *Bulletin de l'Association de Géographes Français*, 2007, vol. 84, n° 4, pp. 430.

¹³⁵ J.-F. STECK, « Être sur le terrain, faire du terrain », *Hypothèses*, 2012, vol. 15, n° 1, pp. 83.

¹³⁶ *Id.*, pp. 81.

¹³⁷ B. LACOMBE, *Pratique du terrain : méthodologie et technique d'enquête*, Thèse à la carte, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 1999, pp. 582-583.

¹³⁸ J.O. DE SARDAN, « L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants », *Études et travaux*, Les sciences sociales contemporaines, 2003, n° 13, pp. 30.

¹³⁹ E. GAGNON, « Sociologie et anthropologie », *Anthropen*, 2016, disponible sur <https://revues.ulaval.ca/ojs/index.php/anthropen/article/view/30681> (Consulté le 7 décembre 2023), pp. 2.

sociaux humains¹⁴⁰ », il définira l'anthropologie comme l'« ensemble des sciences qui étudient l'homme en société¹⁴¹ ».

Il est intéressant de noter que l'observation directe est généralement associée à la sociologie, tandis que l'observation participante est associée à l'anthropologie. L'observation directe correspond à la présence sur le terrain au moment où la situation recherchée se produit¹⁴². L'observation participante, quant à elle, se définit comme « un séjour prolongé chez ceux auprès de qui il [l'anthropologue] enquête » et durant lequel il « se frotte en chair et en os à la réalité qu'il entend étudier » (De Sardan, 2003 : 32).

Lors d'une enquête, plusieurs techniques de recherche peuvent être employées. Elles peuvent être définies comme quantitatives (comme le questionnaire) ou comme qualitatives (comme l'entretien ou l'observation directe)¹⁴³.

Lors d'une enquête dite quantitative, le questionnaire est l'outil qui sert à rassembler les données et les informations grâce à des questions formulées à l'avance par l'enquêteur¹⁴⁴. Il sert essentiellement à comprendre la manière dont les personnes interrogées vivent leur situation ainsi que les raisons d'une conduite ou d'une pratique¹⁴⁵. La cause est donc souvent ce qui est recherché lors d'une enquête par questionnaire¹⁴⁶. Les résultats sont codés, regroupés la plupart du temps dans des tableaux groupés puis analysés statistiquement¹⁴⁷.

L'enquête qualitative cherche à comprendre un phénomène ou un comportement¹⁴⁸. Le principe et le fonctionnement d'une pratique sont ce qui est le plus souvent recherché¹⁴⁹. Elle est menée en général auprès d'un groupe plus limité que lors d'une enquête quantitative, car l'enquêteur se rend généralement sur le terrain¹⁵⁰.

¹⁴⁰ « sociologie - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert », s.d., disponible sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/sociologie> (Consulté le 8 décembre 2023).

¹⁴¹ « anthropologie - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert », s.d., disponible sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/anthropologie> (Consulté le 8 décembre 2023).

¹⁴² A.-M. ARBORIO, P. FOURNIER, *L'observation directe*, 128 : tout le savoir, Malakoff, Armand Colin, 2021, pp. 7.

¹⁴³ B. LACOMBE, 1999, pp. 294, 407.

¹⁴⁴ J. -M. CHAPOULIE, « Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie », *Sociétés Contemporaines*, 2000, vol. 40, n° 1, pp. 19.

¹⁴⁵ F. de SINGLY, *Le questionnaire*, 128 : tout le savoir, Paris, Armand Colin, 2016, pp. 20-21.

¹⁴⁶ A. BLANCHET et A. GOTMAN, *L'entretien*, 128 : tout le savoir, Paris, Armand Colin, 2e édition (2015), 2007, pp. 37.

¹⁴⁷ F. de SINGLY, 2016, pp. 88, 95.

¹⁴⁸ *Id.*, pp. 20.

¹⁴⁹ A. BLANCHET et A. GOTMAN, 2007, pp. 37.

¹⁵⁰ *Ibid.*

3.1.2 Théorie de l'entretien

L'entretien est une technique d'enquête qui sert à explorer des « faits de paroles » (Blanchet et Gotman, 2007 : 22). Il s'agit d'une rencontre entre l'enquêteur et l'enquêté durant laquelle les informations sont recueillies sous forme de témoignage, de discours¹⁵¹. Un guide d'entretien permet de conduire cette rencontre sans que le discours soit limité aux réponses aux questions posées dans ce guide¹⁵². Dans leur ouvrage « L'entretien », Alain Blanchet et Anne Gotman comparent l'entretien à un parcours, car l'enquêteur « dresse la carte au fur et à mesure de ses déplacements » (2007 : 19). Il ne peut prévoir précisément ce qui va être dit et doit être en mesure de relancer l'enquêté afin d'en apprendre le plus possible sur son sujet. Cette interaction guide véritablement l'entretien¹⁵³.

L'entretien peut présenter plusieurs usages et intervenir à différents moments de l'enquête. L'entretien à usage exploratoire intervient généralement en début d'enquête alors que les hypothèses ne sont pas totalement définies. L'enquêteur n'a pas d'idée précise de ce qu'il souhaite entendre.¹⁵⁴ L'entretien à usage principal est véritablement au centre de l'enquête. L'entretien est structuré de sorte que les informations recueillies puissent répondre à la question de recherche et tester les hypothèses¹⁵⁵. L'entretien à usage complémentaire peut par exemple être effectué après d'autres moyens d'enquête tels que le questionnaire ou l'observation¹⁵⁶ et permet « l'interprétation de données déjà produites » (Blanchet et Gotman, 2007 : 43).

Il existe également différents types d'entretien. L'entretien directif est un type d'entretien « très structuré » (Sauvayre, 2021 : 39). À l'instar de l'entretien à usage principal et complémentaire, il sert à confirmer ou infirmer des hypothèses définies précisément à l'avance¹⁵⁷. Après s'être renseigné sur son sujet, l'enquêteur dresse un guide d'entretien strict et structuré avec des questions précises, écrites dans un certain ordre. Ce type d'entretien s'apparente au questionnaire, car son approche est presque quantitative¹⁵⁸. L'entretien non directif est caractérisé par la liberté qu'il donne à l'enquêté. L'enquêteur donne un thème à l'enquêté qui se chargera de diriger l'entretien¹⁵⁹. L'entretien semi-directif est à mi-chemin entre l'entretien

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² R. SAUVAYRE, *Initiation à l'entretien en sciences sociales : méthodes, applications pratiques et QCM*, Cours. Sociologie, Malakoff, Armand Colin, 2021, pp. 19.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Id.*, pp. 39.

¹⁵⁵ A. BLANCHET et A. GOTMAN, 2007, pp. 43.

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ R. SAUVAYRE, 2021, pp. 19.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ *Id.* pp. 23-24

directif et l'entretien non directif. L'entretien est peu structuré, plus souple que l'entretien directif, mais l'enquête n'est pas aussi libre que lors de l'entretien non directif¹⁶⁰.

Le guide d'entretien est l'outil indispensable lors d'un entretien. Il contient les questions établies à partir des hypothèses de l'enquêteur¹⁶¹. L'avantage du guide d'entretien est qu'il est rassurant. Pour autant, il ne faut pas uniquement se reposer dessus lors de l'entretien¹⁶². Le guide doit servir de « pense-bête » (Berthier, 2016 : 78). L'enquêteur doit le maîtriser, mais peut toutefois se reposer dessus¹⁶³.

3.1.3 Théorie de l'observation directe

L'observation directe est une technique qui permet à l'enquêteur d'analyser le phénomène étudié lorsque celui-ci se produit devant ses yeux. Cette technique de recherche représente, comme son nom l'indique, le simple fait d'observer et de noter toute information jugée utile pour l'enquête¹⁶⁴. L'observation directe sert aussi à confirmer ce qui a été dit lors d'un entretien¹⁶⁵.

L'observation peut être « diffuse » ou « analytique » selon J-M Chapoulie (2000). L'observation diffuse est plus globale et moins exigeante que l'observation analytique. Sans s'être préalablement interrogé sur les éléments à observer, l'enquêteur décrit dans son compte-rendu les lieux de la recherche, ainsi que les pratiques et les comportements des différents acteurs¹⁶⁶. Lors d'une observation analytique, l'enquêteur se concentre sur un phénomène particulier lié à son objet de recherche qui se produit dans un temps donné. Il établit à l'avance ce qui doit être observé¹⁶⁷. Par exemple, l'observation analytique peut porter sur « des actions et des interactions entre personnes présentes dans un contexte donné » (Chapoulie 2000 : 7).

Le rôle de l'observateur varie également selon que l'observateur est « à découvert » ou « *incognito* » durant l'observation (Arborio et Fournier, 2021 : 28). L'observateur est « à découvert » lorsqu'il présente aux enquêtés le sujet qu'il étudie. Son statut est donc clairement connu des différents acteurs, ce qui peut impliquer la modification de leur comportement,

¹⁶⁰ *Id.*, pp. 20.

¹⁶¹ *Id.*, pp. 30.

¹⁶² *Id.*, pp. 31.

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ B. LACOMBE, 1999, pp. 405-407.

¹⁶⁵ A. -M. ARBORIO, P. FOURNIER, 2021, pp. 8.

¹⁶⁶ J.-M. CHAPOULIE, 2000, pp. 6.

¹⁶⁷ *Id.*, pp.7

intentionnelle ou non¹⁶⁸. Il peut aussi arriver que l'observateur soit perçu comme un « contrôleur » (Arborio et Fournier, 2021 : 28), ce qui mènerait les acteurs observés à agir différemment¹⁶⁹. L'observateur peut être aussi perçu comme un « élément perturbateur » (Moussaoui, 2012 : 42), car le seul fait de sa présence change la dynamique du terrain¹⁷⁰. L'observateur « *incognito* » participe à la pratique qu'il étudie et tient un rôle inhérent à celle-ci. Il ne communique pas aux enquêtés les raisons de sa venue¹⁷¹. L'objectif de ce statut est d'empêcher un maximum que les acteurs, se sachant observés, ne changent leur comportement. Néanmoins, il devient alors difficile de prendre des notes et de poser des questions¹⁷².

La préparation de l'observation consiste tout d'abord à dresser un « inventaire avant enquête » (Arborio et Fournier, 2021 : 64) qui reprend les phénomènes que l'observateur s'attend à observer. Il convient néanmoins de laisser place à l'étonnement et d'accepter que l'observation n'aille pas toujours dans le sens des hypothèses de départ¹⁷³. Durant la période d'observation, les informations notées reprennent la description de pratiques sociales (relations entre différents acteurs, interactions, commentaires, témoignages, comportement, etc.), ainsi que les réflexions de l'observateur¹⁷⁴. À la fin de la période d'observation, il est conseillé de remettre au propre ses notes dans ce qui constituera « le journal de terrain » (Arborio et Fournier, 2021 : 53). Ce dernier est à différencier du « compte rendu » final de l'observation (Arborio et Fournier, 2021 : 95), qui reprend entre autres la méthode utilisée pour l'observation, ainsi que l'analyse et l'interprétation des phénomènes observés¹⁷⁵.

3.2 Cadre pratique

L'enquête de terrain menée dans le cadre de ce mémoire s'inscrit dans une démarche qualitative, car elle examine des descriptions de comportements, d'expériences et de situations qui seront par la suite interprétées¹⁷⁶. En effet, cette recherche se penche sur les situations de consultations médicales interculturelles, sur les différentes stratégies adoptées pour pallier la barrière linguistique et sur le comportement et les témoignages des différents acteurs. Cette

¹⁶⁸ A. -M. ARBORIO, P. FOURNIER, 2021, pp. 28.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ A. MOUSSAOUI, « Observer en anthropologie : immersion et distance », *Contraste*, 2012, vol. 36, n° 1, pp.42.

¹⁷¹ A. -M. ARBORIO, P. FOURNIER, 2021, pp. 28, 30.

¹⁷² *Id.*, pp. 31.

¹⁷³ *Id.*, pp. 64.

¹⁷⁴ *Id.*, pp. 45, 58.

¹⁷⁵ *Id.*, pp. 95-100.

¹⁷⁶ F. de SINGLY, 2016, pp. 20.

démarche tend à fournir une interprétation subjective des résultats, tout en l'associant à de la littérature scientifique.

Deux techniques d'enquête ont été employées pour collecter les données nécessaires à cette recherche, à savoir l'entretien et l'observation directe. Les entretiens ont été menés au sein de deux institutions : un hôpital et une maison médicale. La première enquêtée est la coordinatrice du service de médiation interculturelle de l'hôpital et le deuxième enquêté est un médecin généraliste d'une maison médicale. Les observations directes ont été réalisées auprès de médiatrices interculturelles dudit service et auprès de professionnels de la santé de deux maisons médicales. Par souci d'anonymat, aucune donnée personnelle n'est divulguée sur les différents acteurs observés et le nom des institutions est également rendu anonyme.

Les entretiens constituent un premier contact avec un membre des institutions, permettent de découvrir le fonctionnement de l'établissement et d'obtenir une première idée de ce qui est mis en place pour pallier la barrière linguistique lors de consultations médicales interculturelles. Grâce à cette démarche, la problématique de la recherche est davantage définie et les axes d'analyse se délimitent plus précisément.

Une étape importante de la préparation de l'entretien consiste en l'élaboration du guide d'entretien. Les guides d'entretien conçus dans le cadre de cette recherche reprennent en premier lieu une consigne qui les introduit. Elle contient les informations que les enquêtés doivent connaître sur l'entretien. Après une brève présentation, je décris le sujet de ma recherche et les motivations pour lesquelles je souhaite m'entretenir avec eux. Je requiers ensuite l'autorisation d'enregistrer l'entretien à l'aide d'un téléphone portable, tout en assurant aux enquêtés que leurs propos ne seront utilisés que dans le cadre de la recherche et que leur anonymat sera préservé. Pour finir, je donne un aperçu du déroulement de l'entretien, expliquant qu'il durera entre une demi-heure et une heure et j'énonce les principaux sujets qui seront abordés au cours de l'échange. À la suite de cette consigne se trouve l'annonce du thème général suivi d'un tableau reprenant des questions principales, des questions supplémentaires et des relances, ainsi qu'une zone de prise de notes. Les guides d'entretien sont présentés en Annexes 1 et 3 de ce mémoire.

Lors de la transcription des entretiens, il a fallu choisir entre une approche plus littérale ou plus écrite¹⁷⁷. La transcription littérale correspond au maintien de tous les mots, d'une part, mais également de tous les éléments se rapportant au discours parlé, comme les hésitations ponctuées

¹⁷⁷ A. BLANCHET et A. GOTMAN, 2007, pp. 113.

par un « euh » ou par des points de suspension. Les fautes grammaticales, syntaxiques ou les fautes de langage sont également laissées telles quelles. En d'autres termes, le discours est transcrit précisément comme il est formulé. La transcription écrite, quant à elle, se distingue par la correction des fautes et par la suppression des éléments expressifs. Le texte se conforme alors aux normes d'écriture et la lecture devient plus aisée¹⁷⁸. Pour la transcription des entretiens de cette recherche, un compromis entre la transcription littérale et écrite est établi, comme le conseillent A. Blanchet et A. Gotman dans leur livre « L'entretien » (2007 : 113). Par exemple, tous les éléments expressifs ne sont pas transcrits, mais ils ne sont pas tous supprimés pour autant. Souvent, les hésitations et les réorganisations des idées sont ponctuées par des points de suspension. De même, les « donc », « voilà » ou autres tics de langage ne sont pas toujours transcrits, afin de ne pas alourdir le texte. Les formulations syntaxiques ne sont pas retravaillées ni améliorées, mais des fautes plus importantes sont corrigées. Les transcriptions sont placées en Annexes 2 et 4 de ce mémoire.

L'observation directe intervient ensuite pour confirmer ce qui a été évoqué durant les entretiens. Les données récoltées sont des témoignages, des descriptions de situations et des propos tenus par les acteurs. Ces propos sont transcrits de mémoire, étant donné que les périodes d'observation n'étaient pas enregistrées.

Les résultats des observations directes sont consignés dans la section 6.2 de ce mémoire et sont structurés selon le type de consultation observée. Les catégories reprennent les consultations impliquant un interprète professionnel, celles impliquant un interprète non professionnel, celles impliquant l'utilisation d'une langue tierce, celles impliquant de la traduction automatique et celles qui se sont déroulées en français. Les résultats sont exposés selon « un raisonnement illustré par des exemples » (Arborio et Fournier, 2021 : 101). L'axe d'analyse est d'abord présenté d'une manière générale, mettant en lumière un phénomène observé ou les raisons d'une pratique. Ensuite, des témoignages recueillis ou des exemples de situations observées sont énoncés tels qu'ils figurent dans le « journal de terrain » (Arborio et Fournier, 2021 : 53). Quand il s'agit d'exemples concrets, ces derniers sont généralement mis en retrait du texte et il est également indiqué de quelle consultation il s'agit, en reprenant les numéros de la « synthèse des consultations observées » (section 4.2). Enfin, une interprétation est fournie et est parfois accompagnée de lecture scientifique.

¹⁷⁸ *Ibid.*

Grâce aux recherches théoriques reprises dans l'état de l'art, ainsi qu'à l'enquête de terrain composée des entretiens et des observations directes, il est désormais possible de tenter de répondre à la question de recherche et aux sous-questions de recherche. Ces conclusions sont exposées dans la section 7 de ce mémoire.

4. Corpus

4.1 Description des terrains

4.1.1 Service hospitalier de médiation interculturelle

En matière de chiffres, la Belgique compte 103 hôpitaux généraux, hors hôpitaux psychiatriques et spécialisés (concernant uniquement les soins gériatriques, les soins de revalidation ou les soins palliatifs), dont 37 se trouvent en Wallonie et sont répartis sur 75 sites. Parmi ces hôpitaux généraux, 79 sont « classiques », 7 sont « universitaires » et 17 sont « à caractère universitaire ». En 2019, 28 % des hôpitaux généraux belges sont publics tandis que 72 % sont privés¹⁷⁹.

L'hôpital dans lequel se trouve le service de médiation interculturelle est un centre hospitalier régional (CHR) et public de la province de Liège. Le service de médiation interculturelle existe depuis plus de vingt ans et une dizaine de langues est proposée pour les interventions. Les médiateurs et médiatrices de ce service interviennent sur place ou en vidéoconférence. Dans ce dernier cas, une cabine est prévue dans une salle avec le matériel nécessaire pour assurer la médiation en vidéoconférence. Une coordinatrice est également présente pour encadrer le service.

4.1.2 Maisons médicales

La Wallonie et la ville de Bruxelles comptent 130 maisons médicales affiliées à la Fédération des maisons médicales (FMM)¹⁸⁰, fondée en 1980¹⁸¹. La majorité des maisons médicales de la FMM (80 % en 2020) fonctionnent au forfait (ou forfait à la capitation), tandis que d'autres sont financées à l'acte¹⁸². Le forfait concerne généralement les soins de première ligne, à savoir la médecine générale, la kinésithérapie et les soins infirmiers¹⁸³. Lors d'un financement forfaitaire, les mutualités des patients s'engagent à verser mensuellement une somme (le forfait de capitation) à la maison médicale par patient inscrit. Le patient ne sera tenu d'aucune participation financière et pourra recevoir les soins de santé à condition qu'ils soient prodigués

¹⁷⁹ DIRECTION GÉNÉRALE, SOINS DE SANTÉ, *Données phares dans les soins de santé*, Bruxelles, Service public fédéral. Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2019, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante>, pp. 6-7, (Consulté le 15 février 2024).

¹⁸⁰ H. JAMART, T. VAN DURME et J. L. BELCHE, « Les maisons médicales en Belgique : la santé dans tous ses états. », *Revue Médicale Suisse*, 2023, vol. 19, n° 826, pp. 902.

¹⁸¹ Fédération des maisons médicales, *Charte des maisons médicales*, Bruxelles, 2006, disponible sur <https://www.maisonmedicale.org/charte-des-maisons-medicales/> (Consulté le 15 février 2024), pp. 6.

¹⁸² P. GILLARD, « Acte et forfait : une même finalité », *Santé conjugulée*, 2020, n° 92, pp. 37.

¹⁸³ *Id.*, pp. 39.

à la maison médicale à laquelle il est inscrit. De la même façon, les soignants de l'institution s'engagent à ne pas exercer ailleurs¹⁸⁴. Le financement à l'acte est dicté par les prestations de soins. En effet, les prestataires de soins sont payés pour chaque prestation et le financement provient de l'organisme assureur du patient, à qui on demande de fournir une quote-part¹⁸⁵.

De plus, les maisons médicales reposent sur un principe pluridisciplinaire, car de nombreux métiers y sont dispensés, comme la médecine générale, la kinésithérapie, les soins infirmiers, la psychologie, la promotion de la santé, l'assistance sociale, etc¹⁸⁶. De plus, les dossiers médicaux des patients sont communs et peuvent être gérés par tous les professionnels de la santé¹⁸⁷. Les maisons médicales ont également la particularité de fonctionner en autogestion, ce qui signifie que la gestion et les responsabilités sont divisées équitablement entre les différents membres de la maison médicale¹⁸⁸.

La première maison médicale observée lors de cette enquête de terrain se situe dans la province de Liège et dans la même zone géographique qu'un centre d'accueil Croix-Rouge pour demandeurs d'asile. Trois médecins de la maison médicale sont responsables des consultations avec les demandeurs d'asile de ce centre les lundi matin, mercredi matin et vendredi après-midi de chaque semaine. Le mercredi matin, le médecin généraliste se rend au centre pour procéder aux consultations. Durant celles-ci, une infirmière du centre, responsable du dossier des patients, est présente. Elle s'occupe entre autres de gérer le suivi des patients, de prendre les rendez-vous avec la maison médicale et de récapituler la situation du patient au médecin avant la consultation. Les lundi matin et vendredi après-midi, les patients du centre se rendent à la maison médicale.

La deuxième maison médicale observée lors de cette enquête de terrain se situe dans un quartier de la ville de Liège. La patientèle présente une grande diversité et le corps médical est quotidiennement confronté à des consultations interculturelles et multilingues.

4.2 Synthèse des consultations médicales observées

Au total, 21 consultations médicales ont été observées durant l'enquête de terrain. Concernant les stratégies de communication employées lors de ces visites :

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ « Maison médicale (MM) », *Fédération des maisons médicales*, s.d., disponible sur <https://www.maisonmedicale.org/maison-medical/> (Consulté le 22 février 2024).

¹⁸⁷ Fédération des maisons médicales, 2006, pp. 15.

¹⁸⁸ *Id.*, pp. 19.

- 8 consultations ont eu lieu en présence d'une médiatrice interculturelle, dont deux se sont déroulées en vidéoconférence ;
- 4 consultations ont eu lieu en présence d'un interprète non professionnel ;
- 3 consultations ont été observées avec de la traduction automatique ;
- 5 consultations se sont déroulées dans une langue tierce ;
- 5 consultations se sont déroulées en français.

<u>Cas</u>	<u>Institution</u>	<u>Service</u>	<u>Motif de la consultation</u>	<u>Stratégie(s) de communication</u>
1	Hôpital	Pédiatrie	Le patient était un enfant qui présentait des convulsions. Il était accompagné de sa mère.	Médiation interculturelle
2	Hôpital	Neurologie	La patiente était sujette à des migraines récurrentes.	Médiation interculturelle
3	Hôpital	Dermatologie	Des parents sont venus avec leur bébé, atteint de la gale.	Médiation interculturelle
4	Hôpital	Gynécologie	La patiente est venue pour un check-up postpartum.	Médiation interculturelle
5	Hôpital	Médecine générale	Le patient était un adolescent, venu pour un premier bilan de santé depuis son arrivée en Belgique.	Médiation interculturelle en vidéoconférence (<i>Intercult</i>)
6	Hôpital	Physiothérapie	La patiente était sujette à des cervicalgies.	Médiation interculturelle
7	Hôpital	Cardiologie	Le patient passait une échographie lorsque la médiatrice interculturelle a été appelée.	Médiation interculturelle

8	Centre Croix-Rouge pour demandeurs d'asile	Médecine générale	Le patient souffrait d'une otalgie.	Langue tierce (anglais) + traduction automatique
9	Centre Croix-Rouge pour demandeurs d'asile	Médecine générale	Le patient a pris rendez-vous pour demander un constat de coups et blessures.	Langue tierce (anglais)
10	Centre Croix-Rouge pour demandeurs d'asile	Médecine générale	Le patient était sujet à des douleurs thoraciques.	Utilisation du français
11	Centre Croix-Rouge pour demandeurs d'asile	Médecine générale	Le patient est venu pour un check-up, car il a eu un malaise quelques jours avant.	Utilisation du français
12	Centre Croix-Rouge pour demandeurs d'asile	Médecine générale	Le patient souffrait d'hémorroïdes.	Médiation interculturelle en vidéoconférence (<i>Intercult</i>)
13	Maison médicale	Médecine générale	La patiente était une enfant qui avait une pharyngite et qui était sujette à des maux de ventre. Elle était accompagnée de sa mère et de sa sœur aînée. La famille provenait du centre Croix-Rouge pour demandeurs d'asile.	Intermédiaire d'une interprète non professionnelle (la sœur aînée)

14	Maison médicale	Médecine générale	La patiente provenait du centre Croix-Rouge pour demandeurs d'asile et présentait un syndrome grippal.	Langue tierce (anglais)
15	Maison médicale	Médecine générale	Le patient provenait du centre Croix-Rouge pour demandeurs d'asile et avait une otite.	Intermédiaire d'un interprète non professionnel (l'ami du patient)
16	Maison médicale	Médecine générale	Le patient est venu pour un contrôle de santé après avoir été malade.	Langue tierce (anglais)
17	Maison médicale	Médecine générale	La patiente était sujette à des douleurs au ventre et au pied.	Intermédiaire d'un interprète non professionnel (le mari de la patiente) + traduction automatique
18	Maison médicale	Médecine générale	La patiente est venue pour une consultation gynécologique.	Utilisation du français + traduction automatique
19	Maison médicale	Médecine générale	La patiente souffrait de douleur à l'épaule et présentait un syndrome grippal.	Utilisation du français

20	Maison médicale	Kinésithérapie	Le patient a suivi une séance de rééducation dans un cadre postopératoire d'une prothèse de hanche.	Utilisation du français
21	Maison médicale	Soins infirmiers	Une famille constituée de la mère, du père et de leurs deux filles a pris rendez-vous pour des prises de sang.	Intermédiaire d'une interprète non professionnelle + langue tierce (anglais)

5. Résultats des entretiens

5.1 Premier entretien

5.1.1 Déroulement

Le choix a été de procéder à un entretien semi-directif à usage exploratoire. Il est exploratoire, car il intervient au début de l'enquête et il ne répondra pas directement à la question de recherche. Il permettra néanmoins d'approfondir la question de médiation interculturelle au sein d'un hôpital. L'entretien est également semi-directif et donc peu structuré. Peu de recherche théorique a été effectuée sur la médiation interculturelle avant l'entretien, car le but n'était pas d'avoir une idée précise de ce que l'enquêtée pourrait dire, mais au contraire, d'avoir presque tout à apprendre.

L'entretien a eu lieu le vendredi 20 octobre 2023 avec la coordinatrice du service (l'enquêtée) et a duré une heure. Les thèmes principaux du guide d'entretien étaient « l'enquêtée », « le service », « la médiation », « le médiateur » et « les difficultés ». Pour chaque thème, une série de questions principales, de questions supplémentaires et de relances ont été trouvées.

Après que j'ai énoncé ma consigne, la coordinatrice a commencé à m'expliquer ce qu'était le service et son fonctionnement, sans qu'aucune question ne soit posée au préalable. Cette initiative a quelque peu perturbé l'ordre établi dans le guide d'entretien, puisque l'enquêtée répondait plus ou moins à chaque question, dans un ordre qui n'était pas celui du guide et sans forcément approfondir chaque point. À ce moment-là, le terme « pense-bête » (Berthier, 2016 : 78) employé pour désigner le guide d'entretien a pris tout son sens. Grâce à la prise de notes, il a pu être possible de déceler quelles parties devaient encore être approfondies et recentrer la discussion en tentant de procéder point par point, tout en veillant à ne pas interrompre la coordinatrice ou la bloquer dans l'organisation de ses idées. Il a donc fallu constamment adapter le guide d'entretien afin de répondre à chaque question.

Si l'entretien est un exercice difficile, c'est également parce qu'il a fallu être constamment en mesure de relancer l'enquêtée. J'ai dû rester attentive, penser à ce qui n'avait pas été dit ou à ce qui n'avait pas été approfondi, réfléchir à ma prochaine relance, tout en écoutant ce que l'enquêtée disait. Il fallait veiller à ne pas l'interrompre, tout en recentrant le débat.

Au bout de 35 minutes d'enregistrement, l'enquêtée a répondu à toutes les questions du guide d'entretien et d'autres éléments ont été rajoutés après la fin de l'enregistrement. Ces informations figurent dans le résumé de l'entretien, mais ne font pas partie de la transcription.

5.1.2 Résumé

L'enquêtée a été sollicitée il y a un an et demi pour reprendre le service de médiation interculturelle de l'hôpital. Bien qu'elle ne soit pas médiatrice, ce service faisait de temps à autre appel à elle pour interpréter en arabe maghrébin. Elle a contribué au développement du service et en est aujourd'hui la coordinatrice. Elle s'occupe entre autres de coordonner les médiations, de fixer les horaires et d'apporter le matériel informatique lors de consultations en vidéoconférence.

Le service de médiation interculturelle existe depuis plus de 20 ans et a été lancé par un projet piloté par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Au départ, seules deux personnes y travaillaient et les langues proposées étaient l'arabe, le marocain et le turc. Aujourd'hui, l'équipe se compose de neuf personnes, à savoir huit médiateurs et médiatrices, ainsi qu'une coordinatrice. Les langues proposées sont à présent l'arabe populaire, l'arabe classique, le berbère, le marocain, le turc, le serbo-croate, le dari, le farsi, l'albanais, le russe et l'ukrainien. La raison de ce développement réside dans le contexte géopolitique et dans l'immigration qui en découle. Par exemple, depuis que la guerre russo-ukrainienne a éclaté, une médiatrice a été engagée pour la langue russe.

Ce service est plus développé que les services homologues d'autres hôpitaux. Dans les autres institutions hospitalières, les services de médiation interculturelle servent parfois d'intermédiaires entre le patient et un médiateur ou un interprète, que le service se charge de trouver. L'hôpital dans lequel l'enquêtée travaille a embauché des médiateurs au sein de son service de médiation interculturelle et propose également d'autres solutions si les médiateurs ne sont pas disponibles ou que le patient parle une autre langue que celles des médiateurs¹⁸⁹.

Plusieurs moyens sont mis en place pour répondre à la demande. Si une médiation est prévue dans la langue des médiateurs du service, ceux-ci sont appelés en premier pour procéder à la médiation. Il est important de noter que la langue maternelle des médiateurs n'est pas le français et qu'ils sont en général originaires de la même culture que les patients. S'il s'agit d'une autre langue ou si le médiateur n'est pas disponible, la coordinatrice consulte la plateforme *Intercult*, mise en place par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Lorsqu'aucun médiateur n'est disponible, la coordinatrice regarde dans le répertoire interne de l'hôpital à la recherche d'un employé qui parlerait la même langue que le patient et qui serait

¹⁸⁹ Les informations présentes dans ce paragraphe ont été recueillies après la fin de l'enregistrement. Elles ne figurent donc pas dans la transcription.

disponible pour venir interpréter. Dans ce cas-là, toute personne parlant une autre langue que le français est susceptible d'être appelée. En dernier recours, la coordinatrice peut s'adresser au SeTIS wallon ou à Bruxelles Accueil pour demander un interprète. Ces deux derniers services sont payants, contrairement aux autres, et restent toujours à charge du service.

La médiation ne concerne pas que la consultation médicale entre le médecin et le patient. Le médiateur accompagne véritablement le patient. Si nécessaire, il peut l'accueillir à son entrée à l'hôpital et l'accompagner jusqu'au lieu de la consultation. Le patient dispose d'ailleurs généralement du numéro de téléphone du médiateur. Si la médiation ne s'arrête pas à la consultation, c'est aussi parce que le médiateur aide généralement le patient à reprendre rendez-vous, l'accompagne pour prendre connaissance de ses résultats et s'assure qu'il a bien compris le diagnostic et le traitement que le médecin lui a donné. Deux médiatrices du service parlent le turc et il arrive qu'elles se « partagent » des patients. De ce fait, elles échangent régulièrement à propos de ces patients. Sinon, aucun compte-rendu n'est demandé aux médiateurs du service à la suite d'une médiation.

De nombreuses qualités et compétences sont indispensables pour devenir médiateur. La neutralité et l'impartialité, par exemple, sont essentielles, car le médiateur ne peut émettre de jugement sur le patient ou sur sa culture. Il est courant que le médiateur suive le même patient au fur et à mesure de ces rendez-vous. Une relation de confiance s'établit alors généralement entre eux. De plus, le médiateur est en toute logique soumis au secret professionnel. L'empathie fait également partie intégrante du métier. La charge émotionnelle est néanmoins parfois difficile à supporter, dans le sens où ce n'est pas toujours facile de se détacher complètement et de garder une distance purement professionnelle. Quand le médiateur est amené à suivre un patient, il y a malgré tout un attachement qui se crée et il peut s'avérer difficile de gérer les situations compliquées, comme les annonces de maladie ou les décès. Toutefois, le métier présente également son lot de bonnes nouvelles, comme les rémissions, les accouchements, etc.

Le médiateur se présente comme un « passeur de culture » (Es-Safi, 2001 : 28). Il aide le soignant et le patient à surmonter la barrière linguistique, par l'interprétation, mais aussi la barrière culturelle. Il se doit d'expliquer à l'un la culture de l'autre afin d'éviter tout malentendu. À titre d'exemple, un patient rom a été un jour hospitalisé et les couloirs de l'hôpital étaient remplis des membres de sa famille. Il se trouve qu'à la tête de la communauté rom se trouve un patriarche. Lorsque celui-ci tombe malade, toute la famille l'accompagne. Cette situation a quelque peu étonné le corps médical, car seule la famille proche était autorisée à rester auprès de lui, ce qui signifie généralement en Belgique la conjointe ou le conjoint ainsi que les enfants.

Pour la communauté rom, la famille proche est bien plus étendue. Le médiateur se devait d'expliquer aux soignants les valeurs familiales de cette communauté rom et ainsi, apaiser les quelques tensions qui ont pu survenir du fait qu'ils ne savaient pas travailler correctement avec le monde qu'il y avait autour.

La relation entre le corps médical et les médiateurs semblait compliquée il y a vingt ans. Les médiateurs rencontraient des difficultés à se faire accepter par les médecins. La situation a bien évolué depuis et les médiateurs sont à présent souvent appelés par le corps médical. Les médiations en vidéoconférences ont suivi le même schéma. Au départ, les médecins étaient réticents, car ils pensaient qu'ils devraient gérer le matériel informatique et que la consultation prendrait plus de temps. La coordinatrice a alors imposé ce projet, qui est à présent bien ancré.

Certains médecins refusent l'aide du service de médiation interculturelle et de ses médiateurs. Bien que ce soit occasionnel, il se peut qu'un médecin procède à la consultation avec l'aide d'un traducteur automatique tel que Google Traduction. Certaines consultations se font également avec un membre de la famille venu servir d'interprète. La coordinatrice insiste sur les difficultés que cette solution engendre. En effet, il n'est pas toujours habituel, dans certaines cultures, de parler de ses problèmes médicaux à sa famille et le fait qu'une connaissance assiste à la consultation peut bloquer et gêner certains patients. Enfin, le membre de la famille n'ayant suivi aucune formation de médiateur ou d'interprète, il est difficile de s'imaginer que la traduction ne comportera pas d'erreurs¹⁹⁰.

Si des informations sur les difficultés relationnelles avec le médecin, sur les difficultés pour le médiateur à rester neutre et détaché, et sur les difficultés culturelles qui résident dans l'incompréhension de la culture de l'autre ont été recueillies et étoffées durant l'entretien, il a néanmoins été difficile d'aborder le sujet des difficultés liées à l'interprétation « pure » durant une médiation. La coordinatrice insiste en effet à plusieurs reprises sur le fait que le service ne concerne pas seulement l'interprétation et qu'il va « au-delà de la traduction »¹⁹¹. Lorsque des détails concernant l'interprétation ou les difficultés qui en découlent sont demandés, il est possible de remarquer que la coordinatrice ne développe pas réellement sa réponse. Voici deux exemples :

¹⁹⁰ Les informations présentes dans ce paragraphe ont été recueillies après la fin de l'enregistrement. Elles ne figurent donc pas dans la transcription.

¹⁹¹ Transcription — 02:07

[>Enquêtrice] : [...] Est-ce qu'il y a des difficultés qui concernent la barrière linguistique également ? Même avec des médiateurs qui parlent les deux langues.

[>Enquêtée] : Non, ça non. Elles arrivent en général très bien à faire leur travail. Elles ont le bagage.¹⁹²

[...]

[>Enquêtrice] : [...] est-ce que les médiateurs sont amenés à utiliser des machines de traduction automatique ou des dictionnaires, des lexiques ? Est-ce qu'ils ont de la terminologie, peut-être, médicale ?

[>Enquêtée] : En général, ils connaissent très bien les termes médicaux. Non.

[>Enquêtrice] : Non, pas spécialement, d'accord.

[>Enquêtée] : On a des appareils comme ça de traduction, mais qu'elles n'ont jamais utilisés. Ce n'est pas très efficace¹⁹³.

La supposition suivante peut être avancée : l'interprétation, bien que partie intégrante du métier de médiateur interculturel, n'est pas seulement ce qui caractérise la médiation interculturelle, et c'est ce que la coordinatrice souhaite faire comprendre. Néanmoins, il est possible de se demander quelles sont les limites de cette connaissance linguistique.

5.2 Deuxième entretien

5.2.1 Déroulement

À l'instar de l'entretien mené dans le service hospitalier de médiation interculturelle, celui-ci s'inscrivait dans une approche semi-directive et était à usage exploratoire. Il est exploratoire, car il intervient au début de la seconde phase de l'enquête de terrain, visant à accompagner des soignants de première ligne au sein de maisons médicales. Cette partie tend à découvrir les différentes stratégies mises en place lors de consultations interculturelles pour pallier les barrières linguistiques et culturelles en dehors du recours à la médiation interculturelle. L'entretien est également semi-directif et donc peu structuré. En effet, les sujets principaux sont

¹⁹² Transcription — 29:48.

¹⁹³ Transcription — 17:52.

définis à l'avance, mais le guide d'entretien offre une certaine liberté et flexibilité pour explorer d'autres sujets, laissant ainsi la possibilité à l'enquêté de s'exprimer librement sur les thèmes établis.

L'entretien s'est déroulé le 18 décembre 2023 avec un médecin généraliste (l'enquêté) d'une des maisons médicales et a duré aux alentours de 40 minutes. L'objectif était de recueillir des informations sur l'organisation d'une maison médicale, sur la pratique de l'enquêté et sur les consultations interculturelles auxquelles il peut être confronté. L'entretien vise à découvrir quelles stratégies l'enquêté adopte lorsqu'un patient ne maîtrise pas la langue française, ainsi que les obstacles liés à ces solutions.

Lors de l'entretien, une consigne, similaire à celle du premier entretien, a été dictée à l'enquêté, puis les questions générales ont commencé à être posées. Comparativement au premier entretien, les réponses produites par l'enquêté étaient généralement plus courtes et il était souvent nécessaire de relancer ce dernier afin d'obtenir des précisions supplémentaires. L'ordre du guide d'entretien a néanmoins été suivi plus rigoureusement que lors du premier entretien et il était plus simple de structurer l'échange, bien qu'il ait été parfois nécessaire de revenir sur des sujets pour avoir des détails et des exemples, ou pour approfondir le sujet.

En relisant la transcription de l'entretien, il apparaît néanmoins que certains sujets auraient mérité d'être approfondis, notamment ceux concernant les stratégies de communication mises en place par le médecin lors de consultations interculturelles. En effet, il aurait été intéressant d'explorer plus en profondeur le sujet des avantages et des inconvénients de ces solutions afin de mieux comprendre ce qui les rend efficaces et quelles sont leurs limites dans la pratique quotidienne du médecin.

Dans l'ensemble, l'entretien a permis de recueillir des informations sur la structure et le fonctionnement d'une maison médicale, ainsi que sur les différentes stratégies qu'un médecin généraliste peut adopter pour contrer la barrière linguistique. Ces données constituent une première étape et offrent un aperçu des éléments à analyser lors des observations directes. En effet, il est intéressant d'aborder plus en détail la mise en place de ces solutions et d'analyser les bénéfices et les limites qu'elles présentent.

5.2.2 Résumé

L'enquêté est en deuxième année d'assistantat en médecine générale dans une maison médicale située dans la province de Liège. À la suite de ses six années d'étude et après avoir obtenu son

diplôme, il a choisi de se lancer dans la pratique de la médecine générale. Actuellement, il doit encore terminer ses trois années d'assistantat, ce qui signifie qu'il travaille sous la supervision d'un médecin agréé. Il exerce donc depuis un an et demi à la maison médicale.

Une caractéristique essentielle de la maison médicale est qu'elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire, composée entre autres d'infirmières, de kinésithérapeutes, d'une psychologue, d'une diététicienne, d'assistantes sociales, d'accueillantes et de médecins. La prise en charge des patients est collaborative. Les prestations de soins fonctionnent au forfait, ce qui signifie que la mutualité prend en charge le financement des consultations grâce à un forfait attribué mensuellement par patient.

L'enquête mentionne être fréquemment confronté à des consultations interculturelles avec des migrants et minorités ethniques. Il prend comme exemple la guerre russo-ukrainienne qui a provoqué la venue de patients ukrainiens, qui ne parlent pas ou qui parlent peu français, sur le territoire belge. Le vendredi après-midi, il reçoit également en consultation des patients d'un centre Croix-Rouge de la région. L'infirmière du centre constitue un véritable relai entre les patients et la maison médicale. Elle se charge de prendre rendez-vous pour les patients, après les avoir elle-même consultés. Lorsqu'un patient de ce centre a rendez-vous avec un médecin de la maison médicale, il remet au médecin une feuille de suivi sur laquelle l'infirmière a noté ses observations. De même, le médecin y note ses conclusions afin qu'elle soit tenue au courant de ce qui a été établi durant la consultation.

Concernant les stratégies employées pour contrer la barrière linguistique, l'enquête énonce en premier lieu les interprétations en vidéoconférence par le biais de la plateforme *Intercult*. Il explique que l'infirmière du centre Croix-Rouge planifie généralement des consultations avec un médiateur interculturel. Dans ce cas, soit le médecin a accès à la plateforme et peut lancer la vidéoconférence, soit le patient se présente en consultation avec une tablette provenant du centre Croix-Rouge et qui est équipée d'*Intercult*. Cependant, il mentionne qu'il ne prend jamais l'initiative de planifier ce genre de consultations avec les patients de la maison médicale lorsque ceux-ci ne maîtrisent pas le français.

L'enquête énonce également le recours à des membres de l'entourage du patient, faisant office d'interprètes, une méthode qu'il considère efficace, essentiellement grâce à la disponibilité immédiate des proches et de leur capacité à assurer la communication dans la langue du patient. Néanmoins, il souligne que certains proches possèdent une connaissance approximative du français et qu'il n'est pas toujours certain que les informations soient bien traduites. De plus, il

indique également avoir recours à Google Traduction pour soutenir la communication lorsque celle-ci est bloquée. Il explique également que si les patients ont des connaissances en anglais, ils peuvent communiquer dans cette langue lors de la consultation. Enfin, il énumère d'autres solutions comme l'utilisation d'illustrations, de coupes anatomiques comme support visuel ou encore la communication écrite. L'enquête souligne que la communication passe davantage par la communication non verbale lors de ce type de consultation.

Au sujet du déroulement des consultations interculturelles, l'enquête rapporte également qu'elles durent généralement plus longtemps, d'une part à cause de la barrière linguistique et culturelle et d'autre part, car les patients migrants ou issus de minorités ethniques ont généralement besoin de plus de temps et de soins.

L'enquête accorde une grande importance à veiller à ce que les patients comprennent les informations qui leur sont fournies. Malgré tout, la barrière linguistique demeure un obstacle majeur. Il indique par ailleurs que si « le patient a compris 50 % de ce qu'on a traduit, c'est déjà par mal¹⁹⁴ ». Un autre obstacle est, selon lui, la barrière culturelle. En effet, les patients n'ont pas tous la même vision de la maladie, de la souffrance, de la vie et de la mort. Il explique, par exemple, que certains patients ne se sentent pas à l'aise lorsqu'il s'agit d'expliquer leurs symptômes ou de partager leur vécu.

¹⁹⁴ Transcription — 15:18.

6. Résultats des observations directes

6.1 Déroulement

6.1.1 Au service hospitalier de médiation interculturelle

L'objectif des observations directes était d'analyser le travail quotidien des médiatrices interculturelles et d'assister à des consultations médicales interculturelles. L'objectif est de confronter les informations recueillies lors de l'entretien et la théorie concernant la médiation interculturelle à la pratique et de déceler les difficultés engendrées par la barrière linguistique et culturelle.

Il m'a été possible d'observer les médiatrices¹⁹⁵ et leurs pratiques professionnelles durant deux journées. J'ai accompagné deux médiatrices durant les consultations médicales et durant leurs autres missions, à savoir les prises de rendez-vous pour les patients, l'accompagnement des patients à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, l'aide à la gestion administrative des patients, etc. Au total, j'ai pu assister durant ces journées à sept consultations médicales : six en présentiel dans des services de soins spécialisés et une en vidéoconférence avec un médecin généraliste. Une des médiatrices était en effet en permanence sur le programme *Intercult* durant l'un des après-midi et avait un rendez-vous fixé en ligne avec une maison médicale.

L'observation était analytique, car les différents axes de recherche étaient déjà fixés avant l'observation. Je souhaitais observer quelles difficultés étaient engendrées par la barrière linguistique et culturelle, ainsi qu'analyser la traduction non verbale et observer la dynamique des consultations en triade. L'objectif n'était pas de me rendre sur le terrain sans idée précise de ce que je voulais observer. L'observation s'est également déroulée à *découvert* pour les personnes travaillant dans le service. Les médiatrices avaient reçu un mail de la coordinatrice du service annonçant ma venue et expliquant les grandes lignes de ma recherche. Lors de nos entrées en consultations, la médiatrice me présentait comme « une stagiaire », venue pour observer la consultation. Mon rôle d'observatrice était clairement annoncé, bien qu'aucune explication sur mon travail ne fût donnée. La médiatrice demandait chaque fois au corps médical et au patient s'ils ne voyaient pas d'inconvénient à ce que j'assiste à la consultation. Seules les consultations psychiatriques ne me m'ont pas été accordées. Les deux médiatrices que j'ai suivies ont effectué toutes les médiations en arabe. Pour chaque consultation, je me mettais en retrait, généralement derrière le patient et la médiatrice, sur une chaise ou un

¹⁹⁵ Le féminin est utilisé, car le médiateur du service était absent lors des deux journées d'observation.

tabouret. J'observais les consultations en prenant des notes, sans entrer en interaction avec qui que ce soit. J'attendais la fin de la médiation pour poser mes questions ou échanger avec la médiatrice sur la consultation.

Il est à noter que durant ces observations, il a été possible d'observer les différents acteurs présents lors des consultations médicales, mais seuls les témoignages des médiatrices ont été recueillis. En effet, il n'a pas été possible de m'entretenir avec le corps médical. Pour ce qui est des patients, la barrière linguistique m'empêchait d'échanger avec eux.

6.1.2 Au sein des maisons médicales

L'observation portait sur les consultations en maisons médicales durant lesquelles les patients avaient une maîtrise partielle voire nulle du français.

À la première maison médicale, il a été possible de suivre le médecin généraliste qui s'est rendu au centre d'accueil Croix-Rouge pour demandeurs d'asile le mercredi 3 janvier 2024 de 9h à 11h. Durant cette matinée, il a vu cinq patients. Pour l'un d'entre eux, l'infirmière avait planifié une médiation interculturelle à distance par le biais d'*Intercult*. Pour les autres consultations, le médecin s'adaptait au patient et employait divers types de traduction : l'emploi d'une langue tierce (l'anglais), la traduction automatique et la traduction non verbale. Sur cinq patients, deux parlaient un peu français.

J'ai également pu être présente pour les consultations du vendredi 5 janvier 2024 après-midi, qui se déroulaient à la maison médicale. J'ai assisté à trois consultations avec un médecin généraliste. L'une s'est déroulée avec l'utilisation de l'anglais comme langue tierce, tandis que pour les deux autres consultations, des interprètes non professionnels étaient présents.

À la deuxième maison médicale, les observations se sont déroulées les 25, 26 et 30 janvier 2024. L'équipe ne sachant pas toujours dire quelles consultations seraient interculturelles, je restais à l'accueil et j'accompagnais le soignant en consultation si la situation s'y prêtait. Au total, six consultations ont pu être observées, avec des médecins généralistes, une infirmière et une kinésithérapeute.

L'enjeu supplémentaire en maison médicale, qu'on retrouve moins à l'hôpital, est le caractère improvisé des consultations. Bien que la patientèle soit généralement connue du corps médical, il peut arriver que le soignant ne soit pas prévenu que le patient ne parle pas français. De plus, les rendez-vous ne se prennent pas toujours à l'avance. Certains patients prennent rendez-vous

le jour même, ce qui ne laisse pas le temps au corps médical d'anticiper leur venue. C'est souvent sur le moment même que le soignant doit opter pour l'un ou l'autre type de traduction.

L'observation en maison médicale, à l'instar de celle à l'hôpital, était analytique et à *découvert*. Les axes de recherche étaient définis avant d'entrer sur le terrain. En premier lieu, il s'agissait d'observer quels moyens étaient mis en place par le corps médical pour assurer la communication avec le patient et également d'étudier les difficultés linguistiques et culturelles, la traduction non verbale et la dynamique des consultations sans l'intermédiaire d'un interprète professionnel. En effet, sur 14 consultations observées en maison médicale, seule une était prévue avec une médiatrice interculturelle, par le biais d'*Intercult*. L'observation était aussi à *découvert* pour le corps médical, qui connaissait le sujet de mon travail, mais aussi pour les patients. En effet, le soignant, en demandant si je pouvais assister à la consultation, expliquait que j'étais une étudiante en traduction et détaillait le sujet de mon mémoire. Durant les consultations, j'étais assise en retrait, mais généralement à côté du médecin. Mon angle de vue était différent de l'observation à l'hôpital, où j'étais assise derrière le patient. En outre, il est intéressant de noter que certains soignants me faisaient « participer » à la consultation, dans le sens qu'ils me donnaient certaines informations sur le patient, sur ses origines ou encore sur ses antécédents. Certains patients me posaient également des questions, généralement en anglais ou en français, sur mon travail. Souhaitant maintenir mon rôle d'observatrice, et même si je répondais à leurs questions et que je recueillais volontiers leurs témoignages, je préférais attendre la fin de la consultation pour poser mes questions aux professionnels de la santé. Le risque des observations directes étant que les enquêtés changent leur comportement durant celles-ci, je voulais être la plus transparente possible. Il est néanmoins intéressant de constater la différence entre des consultations hospitalières, où je ne suis pas entrée en interaction avec les différents acteurs durant la consultation et les consultations en maison médicale où je dépassais parfois mon rôle d'observatrice en échangeant avec les personnes présentes.

6.2 Analyse des observations

6.2.1 Recours à l'interprétation professionnelle

L'observation des consultations médicales avec l'aide d'une médiatrice interculturelle porte sur quatre axes d'analyse, à savoir : l'organisation de la consultation, le comportement des médiatrices interculturelles, le comportement du corps médical et du patient, ainsi que la traduction non verbale. Le premier axe concerne la planification de la consultation et son déroulement, que ce soit en présentiel ou en ligne. Le deuxième axe se penche sur les initiatives

des médiatrices interculturelles, leur rôle d'intermédiaires culturelles et les difficultés linguistiques auxquelles elles sont confrontées lors de l'interprétation. Le troisième axe concerne la mise à l'écart, intentionnelle ou non, des soignants et la terminologie qu'ils adoptent en présence de médiatrices interculturelles. Enfin, le quatrième axe présente une analyse de l'activité multimodale des différents acteurs et porte sur le regard, la position corporelle et la gestuelle.

Concernant l'organisation des consultations, le recours à des médiatrices interculturelles se manifeste dans deux cas de figure : lorsque les médiatrices font partie d'un service de l'institution dédié à la médiation interculturelle et lorsque les médiatrices sont appelées par l'institution pour procéder à la médiation¹⁹⁶. Durant les observations directes, ces deux situations ont pu être observées. Dans le premier cas, ces consultations sont initiées le plus souvent par les patients, qui prennent rendez-vous directement avec le service de médiation interculturelle ou qui sollicitent la présence de la médiatrice lors de la prise de rendez-vous. Si la plupart des consultations avec médiation interculturelle sont programmées, il peut néanmoins arriver que les médiatrices soient appelées par un membre du corps médical pour venir procéder à une médiation qui n'était pas prévue, étant donné que le patient n'avait pas explicitement demandé l'intervention du service en prenant rendez-vous. Cette situation a été effectivement observée à trois reprises. Selon le témoignage d'une médiatrice, le fait d'intercaler ces médiations imprévues dans leur emploi du temps souvent fort chargé n'est pas toujours aisé. De ce fait, elles encouragent généralement les patients à prendre rendez-vous avec le service de médiation interculturelle lors de leurs rendez-vous à l'hôpital. Dans le deuxième cas, le recours à l'interprétation professionnelle implique une demande d'un membre du corps médical et une organisation différente. Lorsqu'aucun service dédié à l'interprétation professionnelle n'est mis en place, l'institution doit prendre l'initiative d'organiser la consultation, en ligne, avec un interprète professionnel. Puisque les institutions telles que les maisons médicales et les centres FEDASIL ne reçoivent pas de financement dédié à l'interprétation professionnelle, contrairement aux hôpitaux¹⁹⁷, la plateforme *Intercult* représente la seule solution gratuite qui s'offre à elles. Cependant, le recours à *Intercult* provoque certains défis d'organisation. Un médecin généraliste d'une des maisons médicales témoigne du fait qu'il était difficile

¹⁹⁶ Y. LEANZA et I. BOIVIN, « Interpréter n'est pas traduire. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire », *Actes en ligne du colloque international « L'éducation en contextes pluriculturels : la recherche entre bilan et prospectives »*, 2008, pp. 6.

¹⁹⁷ « Médiation interculturelle (face à face) », *SPF Santé publique*, 11 avril 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle/mediation> (Consulté le 22 mars 2024).

d'organiser ce type de consultations, et ce, essentiellement à cause du caractère plus spontané des consultations en maisons médicales. Il explique que si un patient qui ne maîtrise pas le français prend rendez-vous suffisamment à l'avance et que le corps médical, parce qu'il connaît ce patient, sait qu'il sera difficile de se passer d'un interprète professionnel, il tâchera de trouver une personne disponible pour la consultation, généralement par le biais d'*Intercult*. Cependant, les patients prennent généralement rendez-vous en dernière minute et il arrive souvent qu'aucun médiateur ne soit disponible pour procéder à la médiation. De plus, il est parfois compliqué de trouver un médiateur pour la langue demandée lorsque celle-ci est moins répandue. Si la plateforme *Intercult* est mise à la disposition de tous et gratuitement, les consultations en vidéoconférence engendrent également certaines difficultés. Lors de l'observation d'une consultation en vidéoconférence (*cas 5*), de nombreuses minutes ont été perdues, à cause d'un problème de son. La médiatrice mentionne que des problèmes informatiques de ce type se produisent régulièrement et que les consultations en ligne sont souvent laborieuses. Une autre difficulté réside dans le fait que l'emploi du temps des médiatrices est généralement tellement chargé qu'il est impératif de respecter l'horaire du rendez-vous ; or, il arrive que les consultations prennent du retard et il n'est pas toujours possible de respecter les heures convenues avec *Intercult*, ce qui entraîne l'annulation de la médiation.

À l'instar de l'organisation, la dynamique des consultations avec l'aide de médiatrices interculturelles est également intéressante à analyser. Durant cette dynamique triadique, la médiatrice interculturelle joue un rôle primordial : celui d'assurer la communication entre le soignant et le patient. Son comportement influence indéniablement l'interaction.

Il a été observé que les médiatrices prenaient des initiatives durant les consultations. Ces initiatives constituent des prises de paroles ou des questions ajoutées, qui ont pour but de soutenir le soignant ou le patient dans son discours.

Exemple 1 (*cas 6*) : Le physiothérapeute expliquait à la patiente quel traitement il lui prescrivait, ce qui comprenait notamment la prise d'Ibuprofen et des séances de kinésithérapie. La médiatrice a pris l'initiative de demander au médecin si c'était bien un médicament à prendre durant les repas, afin d'en informer la patiente. Elle a également demandé combien de séances de kinésithérapie il lui prescrivait.

Exemple 2 (*cas 2*) : Une médiatrice qui connaissait la patiente a pris l'initiative de demander au neurologue si le stress pouvait être un facteur de risque dans l'apparition de

ses migraines, car elle savait que la patiente vivait une situation difficile et était sujette à un stress important.

Exemple 3 (cas 5) : Le patient, qui venait d'arriver en Belgique, était interrogé sur des questions générales concernant sa santé. La médiatrice a informé le médecin généraliste qu'habituellement, dans ce genre de consultation et selon elle, il fallait également interroger le patient sur d'éventuels problèmes dentaires.

Ces initiatives prises par la médiatrice, telles que les questions posées ou les informations ajoutées sans que le soignant ni le patient en soit l'instigateur, sont le plus souvent expliquées à ces derniers. Par souci de transparence, la médiatrice informe généralement les différents acteurs de ses prises de parole afin de s'assurer que personne ne soit exclu de l'interaction.

Exemple 1 (cas 12) : Lors d'une consultation en maison médicale avec *Intercult*, la médiatrice a commencé par se présenter au patient et à échanger avec lui, notamment à propos de ses origines. Elle a par la suite résumé cet échange au médecin généraliste. Elle lui a indiqué qu'elle s'était présentée au patient et qu'elle lui avait demandé de faire de même.

Exemple 2 (cas 1) : Lorsqu'une pédiatre prenait des notes sur son ordinateur durant la consultation, la médiatrice et la patiente ont échangé à propos de la grève de bus qui s'était déroulée ce jour-là. La médiatrice a ensuite expliqué le sujet de cette interaction à la médecin.

Ces exemples démontrent que l'interprète professionnel peut être perçu comme « co-thérapeute » (Singly, 2001 : 190), en agissant en collaboration avec le soignant. Il serait erroné de croire que l'interprète professionnel est invisible et que son rôle se limite à celui d'une « machine à traduire » (Singly, 2001 : 190). L'interprète ne se limite pas à traduire automatiquement les discours formulés par le soignant et le patient sans pour autant modifier la dynamique de leurs échanges¹⁹⁸. Au contraire, il fait partie intégrante de l'interaction. Pour le dernier exemple, néanmoins, il est possible de relever que le sujet de conversation s'éloigne du discours médical, mais qu'il a eu lieu lors d'un moment d'attente, car la médecin était occupée à compléter le dossier de la patiente.

¹⁹⁸ D. KRYSTALLIDOU et P. PYPE, « How interpreters influence patient participation in medical consultations: The confluence of verbal and nonverbal dimensions of interpreter-mediated clinical communication », *Patient Education and Counseling*, 2018, vol. 101, n° 10, pp. 1805.

Si ces échanges sont généralement expliqués au corps médical et aux patients, il convient de se demander si certaines informations pourraient être intentionnellement omises par les médiatrices. Une médiatrice témoigne du fait que, durant sa formation, il lui a été enseigné qu'il faut tout traduire et être la plus transparente possible, mais que « la théorie et la pratique sont loin d'être la même chose¹⁹⁹ », et que par souci d'efficacité, il lui arrivait de filtrer les informations et de ne traduire que le principal. Durant les observations de consultations, des omissions ont pu être constatées ou supposées.

Exemple 1 (cas 4) : La gynécologue a demandé à une patiente si elle avait des questions. À la suite d'un échange relativement long entre la patiente et la médiatrice, cette dernière a informé la médecin que la patiente se demandait pourquoi ses enfants naissaient systématiquement en siège. L'échange, tel quel, n'a visiblement pas été traduit littéralement.

Exemple 2 (cas 7) : Le cardiologue tentait d'expliquer au patient, atteint d'un anévrisme, qu'il devait arrêter de fumer, car il risquait une rupture d'anévrisme. Le patient en question semblait minimiser la situation. Le cardiologue s'est alors tourné vers la médiatrice en disant « il mourra de la cigarette ! », ce qui a été visiblement omis par la suite, car la médiatrice n'a rien dit au patient.

Pour le premier exemple, une analyse pourrait être que la médiatrice ait estimé qu'il n'était pas nécessaire de tout traduire et n'ait transmis que l'élément essentiel de l'échange en omettant les détails. Pour autant, la gynécologue est de ce fait privée du message dans son entièreté. Dans le second cas, l'analyse de cet exemple relève sans doute du fait que le médecin ne s'adressait pas réellement au patient, mais à la médiatrice. Celle-ci n'a peut-être pas jugé utile de traduire cette phrase, peut-être par gêne.

Concernant le rôle d'intermédiaires culturelles des médiatrices, il a été constaté que si elles agissaient comme « co-thérapeutes » (Singly, 2001 : 190), c'était aussi parce qu'elles étaient présentes pour expliquer les différences culturelles.

Exemple (cas 1) : Lors d'une consultation pédiatrique, une mère est venue pour son fils, sujet à des convulsions. Parmi les questions visant à établir l'origine de ces crises, la

¹⁹⁹ Cette citation a été transcrite de mémoire lors de l'observation du 9 novembre 2023 et a été prononcée par une médiatrice du service de médiation interculturelle de l'hôpital.

pédiatre a demandé à la mère du jeune garçon si elle entretenait une relation consanguine avec son mari, ce à quoi elle a répondu positivement.

À la suite de cette consultation, la médiatrice a expliqué que la mère appartenait à une communauté dans laquelle les mariages entre cousins sont une tradition établie. Elle a également souligné que les médiatrices ont été amenées à expliquer cette tradition au corps médical de l'hôpital et qu'à présent, il est devenu naturel de poser directement cette question aux parents issus de cette même communauté, lorsque leur enfant est atteint de convulsions ou d'une quelconque maladie génétique. Ceci leur permet d'arriver plus vite à un éventuel diagnostic.

Concernant l'interprétation linguistique, la barrière de la langue n'a pas permis d'analyser les méthodes employées par les médiatrices pour transmettre le message d'une langue source à une langue cible. Néanmoins, les échanges avec le corps médical se déroulant systématiquement en français, certaines conclusions quant aux difficultés terminologiques que rencontrent les médiatrices ont pu être tirées des observations et des témoignages recueillis.

Une médiatrice a indiqué par exemple qu'il n'était pas toujours aisé de traduire la terminologie médicale et qu'elle s'était progressivement constitué une base de vocabulaire au fil des années. Elle s'est souvenue que, durant sa formation au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, seul un chapitre était dédié à la traduction médicale et que c'est surtout l'expérience sur le terrain qui lui a permis d'enrichir ses connaissances en termes médicaux. Pour ce faire, il lui arrive de temps en temps de demander au soignant de simplifier son discours. Lors des observations, il a en effet été constaté à quelques reprises que les médiatrices durent demander d'explicitier certains termes afin de pouvoir les comprendre et les traduire.

Exemple 1 (cas 7) : La médiatrice devait annoncer au patient qu'il était atteint d'un anévrisme. Après quelques secondes d'hésitation, elle a demandé au cardiologue comment elle pouvait traduire ce terme. Ce dernier lui a alors répondu qu'il s'agissait d'« un gros vaisseau dilaté ».

Exemple 2 (cas 12) : Durant une consultation en maison médicale, la médiatrice, en vidéoconférence, a demandé au médecin généraliste de lui expliquer ce qu'étaient des laxatifs, car elle ne trouvait pas de traduction.

Exemple 3 (cas 12) : Le médecin généraliste a demandé s'il y avait « un écoulement correct » lorsque le patient urinait. La médiatrice a marqué une courte pause, comme pour indiquer qu'elle ne comprenait pas la question, à la suite de laquelle le médecin a simplifié en demandant : « Est-ce qu'il fait correctement pipi ? ».

Dans le premier cas, le cardiologue a explicité ce qu'était un anévrisme et a permis à la médiatrice de comprendre le terme et de simplifier sa traduction. Il convient néanmoins de se demander si cette clarification fournie par le médecin ne manquait pas de précision nécessaire pour faire comprendre au patient sa pathologie. Par ailleurs, le patient a redemandé ultérieurement ce qu'il risquait avec l'anévrisme, car il ne semblait pas comprendre quel était le potentiel danger pour sa santé. Le médecin a été contraint de revenir sur le sujet et d'aborder le fait que le patient risquait une rupture d'anévrisme, une information qu'il n'avait pas donnée jusque-là.

Les médiatrices, selon leur témoignage, ont également tendance à expliciter volontairement le discours du praticien. Elles prennent parfois plus de temps pour traduire le message aux patients, car leur rôle est d'être certaines qu'ils le comprennent correctement.

Exemple (cas 6) : La physiothérapeute a demandé à la patiente si elle prenait des médicaments. Il s'en est suivi un long échange entre la patiente et la médiatrice. Cette dernière a expliqué par la suite que la patiente a répondu instinctivement qu'elle n'en prenait pas et qu'elle a alors donné plusieurs exemples de médicaments, pour être certaine que la patiente n'oubliait rien. La patiente s'est alors souvenue qu'elle prenait une contraception orale.

Dans ce cas, l'initiative de la médiatrice de lister des exemples de traitement à la patiente a permis à cette dernière de se souvenir qu'elle prenait une contraception orale tandis qu'elle n'avait pas pensé à l'indiquer au départ.

En ce qui concerne le comportement des professionnels de la santé, il a été intéressant d'observer la place qu'ils occupent dans cette dynamique triadique. Certains soignants témoignent qu'ils se sentent parfois exclus de l'interaction entre le patient et la médiatrice. Un médecin généraliste d'une des maisons médicales souligne qu'il ne sait pas toujours exactement ce qui est dit entre la médiatrice et le patient et que, lorsqu'un long échange est expliqué par une ou deux phrases, il en vient à s'interroger sur ce qui a été traduit et se demande si la médiatrice n'a pas omis certaines informations. Lorsque les médiatrices transfèrent le message

au patient, il a également été remarqué que le soignant prenait fréquemment part à une autre activité et ne se contentait pas d'attendre la fin de la traduction.

Exemple 1 (cas 1) : Une pédiatre a profité de l'échange entre la médiatrice et le patient pour lire et compléter ses notes.

Exemple 2 (cas 7) : Un cardiologue a profité d'un même échange pour compléter le dossier médical de la patiente sur son ordinateur.

Généralement, le soignant attendait la fin de la traduction pour porter à nouveau son regard sur la médiatrice, comme pour indiquer qu'il était prêt à recevoir la traduction.

Durant l'observation du langage et de la terminologie employés par les professionnels de la santé en présence de médiatrices interculturelles, il a pu être constaté que les médecins utilisaient généralement une terminologie médicale, proche de celle employée usuellement. Ils ne simplifiaient pas explicitement leur discours et ne modifiaient pas leur rythme de parole. Ils se reposaient véritablement sur les médiatrices pour la traduction.

La dynamique triadique observée durant les consultations était également guidée par de la traduction non verbale et pouvait entraîner une analyse multimodale. Les regards, les gestes ou encore la position corporelle participaient effectivement à la dynamique de la consultation et incitaient ou non à la participation des différents acteurs²⁰⁰.

En ce qui concerne l'analyse du regard des différents acteurs, il a été observé que certains soignants, en particulier à l'hôpital, portaient essentiellement leur regard sur la médiatrice lorsqu'ils prenaient la parole. De ce fait, ils excluaient involontairement le patient. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il est plus naturel de s'adresser à une personne qui peut nous comprendre. Ici, la médiatrice est l'intermédiaire linguistique, celle qui comprend et transfère le message. Dans ces cas, les médecins posaient généralement des questions sur le patient à la troisième personne du singulier. À titre d'exemple, des questions telles que « Est-ce que Madame m'a apporté son dossier ?²⁰¹ » (cas 2) ou encore « Depuis combien de temps a-t-elle ces douleurs ?²⁰² » (cas 2) ont été posées. Si le fait de s'adresser directement à la médiatrice peut sembler naturel, cette initiative ne favorise néanmoins pas la participation du patient, qui

²⁰⁰ S. PASQUANDREA, « Managing multiple actions through multimodality: Doctors' involvement in interpreter-mediated interactions », *Language in society*, 2011, vol. 40, n° 4, pp. 455-481, pp. 456, 476.

²⁰¹ Cette citation a été transcrite de mémoire lors de l'observation du 9 novembre 2024 et a été prononcée par un médecin généraliste d'une maison médicale.

²⁰² *Ibid.*

pourrait se sentir à l'écart²⁰³. Il était d'ailleurs fréquent d'observer que les patients n'interagissaient pas énormément. Certains se contentaient parfois de répondre par oui ou non, ou de simplement acquiescer. Au contraire, certains médecins, notamment ceux exerçant en maison médicale, portaient généralement leur regard sur les patients, leur permettant ainsi de rester intégrés dans la conversation. Ils s'adressaient directement à eux en utilisant la deuxième personne du singulier. Les médiatrices, quant à elles, avaient l'habitude de se tourner vers leur interlocuteur et de provoquer un regard mutuel. La position du corps pouvait également inciter la participation d'un des acteurs²⁰⁴. Ces constatations renforcent l'idée que les médiatrices coordonnent véritablement l'interaction.

Les gestes ont également été analysés comme participant à la traduction non verbale. Si la gestuelle accompagne naturellement la parole, davantage de gestes auront tendance à être effectués lorsqu'il est difficile de se faire comprendre, et ce, afin de compenser ces problèmes de communication²⁰⁵. Tous les gestes ne mobilisent pas l'activité cognitive de la même façon. Certains sont plus naturels et d'autres sont plus réfléchis²⁰⁶.

Certains gestes sont plus automatiques que d'autres et traduisent moins d'informations. Par exemple, de nombreux hochements de tête ont été observés, et ce, chez tous les participants. Lorsque l'un des acteurs communiquait des informations à un autre, ce dernier hochait naturellement la tête pour signifier qu'il comprenait bien ce qui était dit. Considérés par M. Chwalczuk et J-M. Benayoun comme des « gestes symboliques » (2021 : 18), les hochements de tête sont généralement observés lorsque les acteurs reçoivent une information, alors que des gestes « régulateurs » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 18), tels que les gestes phatiques et les battements, sont, eux, observés lorsqu'ils prennent la parole. Les gestes phatiques sont des petits gestes qui sollicitent l'attention de l'interlocuteur et les battements sont des gestes vifs et simples qui accompagnent un discours²⁰⁷. Si ce type de gestes pouvait être perçu chez tous les acteurs, la médiatrice était celle qui en produisait le plus. En effet, ses prises de parole, que ce soit lorsqu'elle traduisait ou lorsqu'elle intervenait, étaient souvent ponctuées de gestes régulateurs, ce qui était plus rare chez les médecins et les patients. Ceci peut être expliqué par le fait que la médiatrice devait maintenir la dynamique de la conversation

²⁰³ D. KRYSTALLIDOU et P.PYPE, 2018, pp. 1812.

²⁰⁴ S.PASQUANDREA, 2011, pp. 465.

²⁰⁵ J. P. DE RUITER, 2000, pp. 293.

²⁰⁶ M. CHWALCZUK et J. — M. BENAYOUN, 2021, pp. 20.

²⁰⁷ A. DI PASTENA, L.T. SCHIARATURA et F. ASKEVIS-LEHERPEUX, « Joindre le geste à la parole : les liens entre la parole et les gestes co-verbaux », *L'Année psychologique*, 2015, vol. 115, n° 3, pp. 464-465.

et garder les interlocuteurs attentifs. Cependant, il y a fort à parier qu'elle ne s'est pas réellement rendu compte qu'elle produisait ces gestes.

Afin d'attirer l'attention du locuteur, les différents acteurs produisaient également des gestes déictiques, ce qui signifie qu'ils pointaient quelque chose du doigt²⁰⁸.

Exemple 1 (cas 2) : La patiente, voulant poser une question sur un médicament, a pointé du doigt la boîte qui était posée sur la table.

Exemple 2 (cas 6) : La physiothérapeute, en demandant si la patiente avait mal dans le bras, a pointé son propre bras en posant la question.

Ces gestes sont clairement utilisés afin d'attirer l'attention de l'interlocuteur et permettent à l'interlocuteur de visualiser le sujet du discours, avant même que la médiatrice ne traduise.

Enfin, de nombreux gestes « illustreurs » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 18) ont été observés.

Exemple 1 (cas 4) : La gynécologue a mimé une piqûre au moment de demander à la patiente si elle avait pris de l'insuline durant sa grossesse.

Exemple 2 (cas 6) : Au moment de l'auscultation de la patiente, la physiothérapeute mimait les gestes qu'elle demandait à la patiente de reproduire, et ce, même si la médiatrice traduisait toujours. Elle a, par exemple, levé les bras et baissé la tête au moment de demander à la patiente de faire la même chose.

Exemple 3 (cas 2) : Le neurologue expliquait à la patiente comment elle devait s'administrer ses injections médicamenteuses et a mimé le geste de jeter un objet dans la poubelle en expliquant qu'elle pouvait les jeter après utilisation.

Exemple 4 (cas 3, cas 12 et cas 5) : Plusieurs médecins ont levé un pouce vers les patients en demandant si tout était compris.

Exemple 5 (cas 3) : La patiente, pour indiquer qu'un médicament ne faisait pas effet, a secoué ses mains de gauche à droite pour indiquer une négation.

En produisant ces gestes, les acteurs représentent ainsi gestuellement ce qui est énoncé verbalement²⁰⁹. Les deux premiers exemples sont des gestes iconiques, qui représentent de

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ M. CHWALCZUK et J. — M. BENAYOUN, 2021, pp. 20.

manière concrète ce qui est exprimé verbalement²¹⁰, et les trois derniers exemples sont des gestes conceptuels ou métaphoriques qui représentent des éléments plus abstraits du discours²¹¹.

Cette observation de la traduction non verbale trouve finalement son intérêt dans l'analyse des gestes conceptuels, iconiques et déictiques, car ces derniers « traduisent » véritablement des informations et aident à faciliter la communication. En effet, là où la barrière linguistique bloque véritablement la communication, le recours à la gestuelle permet d'établir une compréhension entre les interlocuteurs. Pour autant, le travail de la médiatrice reste nécessaire et les gestes ne suffisent pas à faire passer le message correctement, à l'exception peut-être des gestes iconiques effectués par la physiothérapeute lorsqu'elle mimait le fait de lever les bras et baisser la tête. À ce moment-là, en effet, la patiente n'attendait pas d'avoir la traduction de la médiatrice avant de s'exécuter.

6.2.2 Recours à l'interprétation non professionnelle

L'analyse des consultations médicales observées avec l'assistance d'un interprète non professionnel est structurée autour de quatre axes, à savoir : l'organisation des consultations, le comportement des interprètes non professionnels, le comportement du corps médical, ainsi que la traduction non verbale. Le premier axe concerne l'organisation et le déroulement de la consultation. Le deuxième axe se penche sur le rôle et la place des interprètes non professionnels, les omissions, qu'elles soient délibérées ou non, commises par ces derniers et leur propension à répondre à la place des patients. Le troisième axe examine l'attitude des professionnels de la santé en présence d'un interprète non professionnel et les stratégies qu'ils mettent en place pour assurer la communication. Enfin, le quatrième axe présente une analyse de l'activité multimodale des différents acteurs.

En ce qui concerne l'organisation des consultations, ce sont généralement les patients qui prennent l'initiative de solliciter la présence d'un interprète non professionnel, le plus souvent un de leurs proches, lors des consultations médicales²¹². Cette constatation s'est vérifiée durant l'observation des consultations en maisons médicales, où des patients sont arrivés avec un membre de leur famille ou de leur entourage (*cas 13, cas 15, cas 17 et cas 21*).

²¹⁰ A. DI PASTENA, L. T. SCHIARATURA et F. ASKEVIS-LEHERPEUX, 2015, pp. 464-465.

²¹¹ *Ibid.*

²¹² A. PIAN, « La fabrique de l'interprétariat auprès d'immigrés et d'étrangers atteints de cancer : la place des proches en question », in A. ANCHISI, *Les négociations du soin. Les Professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019, pp 195.

Dans tous les cas, l'initiative de recourir à un proche comme interprète était prise par les patients eux-mêmes. Parfois, les patients prévenaient la maison médicale de la présence de leur accompagnateur et dans d'autres cas, les médecins n'étaient informés de cette présence qu'à l'arrivée des patients et des interprètes dans le cabinet. Il peut également arriver que le corps médical décide de faire appel à un interprète non professionnel²¹³, à l'instar de cette accueillante qui, ne comprenant pas ce que demandait la patiente, lui a demandé d'appeler son fils pour assurer la communication. Un autre exemple est celui d'un médecin généraliste qui a suggéré à la patiente d'appeler sa fille pendant la consultation, car elle percevait que les informations ne passaient pas correctement (*cas 19*).

Dans l'analyse du comportement des interprètes non professionnels, de nombreuses omissions ont été constatées ou supposées. À titre d'exemple, de longs échanges entre l'interprète et le patient n'étaient pas toujours suivis d'une traduction ou étaient résumés en une ou deux phrases. Le professionnel de la santé, exclu de l'interaction initialement triadique, était parfois contraint de réclamer une traduction ou de demander si d'autres informations avaient été formulées par le patient. Du fait de la barrière linguistique, il n'a pas été possible de connaître la nature de ces échanges entre les patients et les interprètes non professionnels, lorsque ceux-ci n'étaient pas traduits. Il est légitime de se demander si ces échanges ne concernaient pas des sujets médicaux et si des informations importantes ont été omises. Lors d'une étude sur les erreurs cliniques et leurs potentielles répercussions lors de consultations avec interprétation, G. Flores *et al* (2003) ont conclu que les omissions étaient couramment observées, qu'elles aient été à l'initiative d'interprètes professionnels ou non professionnels²¹⁴. Cependant, les omissions produites par les proches des patients étaient plus souvent susceptibles de mener à des erreurs cliniques et concernaient plus souvent des informations médicales importantes²¹⁵. À titre d'exemple, des informations sur des antécédents familiaux, sur la posologie, ou encore sur certains symptômes pouvaient être omises²¹⁶.

Une autre observation fréquente quant au comportement des interprètes non professionnels est leur propension à répondre à la place des patients, se substituant ainsi à leur rôle, pensant qu'ils étaient les interlocuteurs principaux de l'échange²¹⁷.

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ G. FLORES *et al.*, « Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters », *Pediatrics (Evanston)*, 2003, vol. 111, n° 1, pp. 10.

²¹⁵ *Id.*, pp. 9.

²¹⁶ *Id.*, pp. 10.

²¹⁷ A.C. TICCA et V. TRAVERSO, « Territoires corporels, ressenti et paroles d'action : des moments délicats de la consultation médicale avec interprète », *Langage et société*, 2015, vol. 153, n° 3, pp. 51.

Exemple 1 (cas 17) : Le mari de la patiente, faisant office d'interprète non professionnel, avait tendance à répondre à la place de cette dernière. Lorsque la médecin généraliste a demandé quelle était la raison de la prise de rendez-vous, son mari n'a pas traduit la question et a directement expliqué à la médecin que son épouse souffrait « toujours²¹⁸ » de douleurs au genou et aux pieds.

Exemple 2 (cas 21) : Lors de la consultation de la famille venue pour des prises de sang, l'échange se déroulait essentiellement entre l'infirmière et la fille aînée (l'interprète non professionnelle), car les autres patients ne comprenaient pas du tout le français. Il est apparu rapidement que peu, voire qu'aucune traduction n'était donnée et, qu'en plus, la fille aînée interrompait régulièrement sa mère lorsque celle-ci tentait de poser une question. Face à cette situation, l'infirmière a demandé si toute la famille parlait anglais et si elle pouvait poursuivre la consultation dans cette langue afin de permettre à tout le monde de comprendre les questions et de suivre les explications.

Dans le premier cas, le mari, connaissant la situation de la patiente, prenait souvent l'initiative de répondre à sa place lorsqu'il estimait connaître la réponse à la question. Cette tendance pourrait être due à un réflexe naturel ou à une volonté de ne pas perdre de temps. Dans le second cas, la fille aînée, étant elle-même patiente, répondait pour elle-même et pour les autres membres de sa famille. Ce genre d'initiatives met totalement les autres patients à l'écart de la conversation et ces derniers finissent parfois par ne plus insister et ne plus manifester leur volonté de poser une question. La réaction de l'infirmière, qui s'est parfaitement rendu compte que les autres patients étaient réduits au silence par l'interprète, a permis de rétablir une interaction avec tous les membres de la famille. Par conséquent, il a de nouveau été possible pour eux de poser leurs questions et de communiquer des informations.

Concernant l'analyse du comportement des professionnels de la santé, les témoignages recueillis énoncent une certaine appréhension quant au bon déroulement d'une consultation avec un interprète non professionnel. Parfois, le proche du patient est perçu comme un soutien, assurant ou facilitant la communication, et appuyant les propos du patient. Étant donné qu'il connaît le patient, le proche peut être en mesure de penser à des informations ou des questions supplémentaires. Cependant, il peut être difficile de délimiter précisément son rôle, oscillant entre celui d'interprète et celui de proche, et de maintenir une frontière nette entre les deux

²¹⁸ Le « toujours » a été exprimé par le mari de la patiente et signifie que cette dernière avait déjà été vue en consultation par la médecin généraliste pour les mêmes raisons.

fonctions. En effet, si l'interprète non professionnel remplit le rôle d'intermédiaire linguistique, à l'instar de l'interprète professionnel, il n'est pas tenu à la même neutralité et impartialité que ce dernier²¹⁹. De plus, il n'est pas soumis à un cadre déontologique et n'est tout simplement pas formé à l'interprétation ou à la médiation interculturelle²²⁰.

Si le recours à un membre de l'entourage du patient comme traducteur est une option souvent employée pour contrer la barrière linguistique, elle soulève également une question de confidentialité et d'intimité. En effet, les interprètes non professionnels n'étant pas soumis au secret médical et étant souvent des membres de l'entourage du patient, il n'est pas toujours facile d'aborder des sujets intimes. De plus, les interactions sociales diffèrent d'une communauté linguistique à une autre²²¹. S'il peut ne pas être aisé de parler de sa situation médicale devant un membre de sa famille, une médiatrice interculturelle m'a fait savoir que dans certaines communautés linguistiques, il est inconcevable de parler de ses problèmes médicaux devant ses enfants, par exemple.

Un médecin généraliste mentionne qu'il ne fait appel à un proche du patient qu'en dernier recours, lorsque la communication ne peut être établie autrement, et qu'il privilégie en général les consultations durant lesquelles le patient est seul. Il souligne qu'il a souvent l'impression que le message n'est pas transmis ou est réduit, ce qui l'amène à insister davantage sur les informations. Les observations ont en effet révélé que les soignants voulaient régulièrement vérifier que l'information était bien passée. Parfois, ils demandaient directement au proche si le message avait bien été traduit ou si le patient avait bien reçu l'information. En règle générale, les soignants demandaient régulièrement si tout était bien compris et s'il n'y avait pas de questions. De plus, s'ils sentaient que l'information n'était pas passée, ils la répétaient plusieurs fois au proche, jusqu'à ce qu'un échange avec le patient soit entrepris.

Exemple (cas 15) : Le médecin généraliste dictait des consignes telles que s'asseoir, respirer fort, tirer la langue et faire le son « ha ». Systématiquement, l'ami du patient, qui faisait office d'interprète, ne traduisait pas directement la consigne et le médecin était

²¹⁹²¹⁹ I. BOIVIN, Y. LEANZA et E. ROSENBERG, « Représentations et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu », *Alterstice*, 2012, vol. 2, n° 2, pp. 40.

²²⁰ *Id.*, pp. 36, 39.

²²¹ V. THOUROUDE, « La situation de communication lors de la consultation médicale avec et sans interprète. Points de tensions et stratégies développées par les interacteurs de la situation de soin », *Cahiers internationaux de sociolinguistique*, 2021, n° 1, pp. 155-156.

forcé de la répéter à plusieurs reprises. Ce dernier lui a finalement demandé : « vous savez lui dire ce qu'il doit faire ?²²² »

Cette initiative avait pour but de remettre le proche dans son rôle d'interprète. À la fin de cette consultation, le médecin témoignera du fait que, bien qu'il se rende compte que les informations sont parfois omises ou filtrées par l'interprète non professionnel, il peut être difficile de s'attarder, surtout en raison de la durée généralement plus longue de ce type de consultation.

Durant l'observation du langage et de la terminologie employés par les professionnels de la santé, il a été remarqué que les soignants adoptaient un langage simplifié pour faciliter la compréhension des interprètes non professionnels, contrairement aux consultations avec les médiatrices interculturelles, durant lesquelles les soignants s'appuyaient généralement sur les connaissances linguistiques des médiatrices. Il convient de noter que les interprètes non professionnels n'avaient généralement pas le français comme langue maternelle, ce qui explique que les professionnels de la santé fournissaient un effort supplémentaire pour se faire comprendre. Lorsqu'il employait une terminologie spécialisée ou des termes médicaux spécifiques, le soignant pouvait s'en rendre compte et reformuler ses propos.

Exemple 1 (cas 13) : Le médecin généraliste a commencé par demander si la patiente avait été « à selle », puis a reformulé sa question en demandant si elle avait « fait caca ».

Exemple 2 (cas 13) : Lorsque le médecin généraliste expliquait que la patiente avait sans doute eu une indigestion, il a remarqué que l'interprète non professionnelle hésitait quant à la traduction. Il a donc pris l'initiative d'explicitier ce terme, en expliquant que c'était le fait d'être malade, d'avoir mal au ventre et de vomir, « à cause de la nourriture ²²³ ».

Exemple 3 (cas 13) : L'interprète non professionnelle, ne comprenant pas ce qu'était une pharyngite, a demandé au médecin généraliste de lui expliquer. Celui-ci a répondu qu'il s'agissait d'un virus.

Les simplifications permettent aux interprètes non professionnels de comprendre le message et de le transférer correctement. En général, les professionnels de la santé doivent continuellement s'adapter aux compétences linguistiques de l'interprète et s'efforcent de faciliter la communication. Ils mènent véritablement l'interaction. Il est à noter que l'interprète pouvait

²²² Cette citation a été transcrite de mémoire lors de l'observation du 5 janvier 2024 et a été prononcée par un médecin généraliste d'une maison médicale.

²²³ Cette citation a été transcrite de mémoire lors de l'observation du 5 janvier 2024 et a été prononcée par un médecin généraliste d'une maison médicale.

également simplifier intentionnellement le discours du patient, ne sachant pas le traduire littéralement en français. Il préférera généralement avoir une information précise et simple à transmettre au soignant²²⁴ et omettra ce qu'il juge superflu. De nouveau, il est possible de s'interroger sur d'éventuelles pertes de nuances ou de précisions importantes lors de ces simplifications.

Concernant la traduction non verbale lors de ce type de consultations, il est possible d'analyser que le soignant montrait une grande participation multimodale, utilisant le regard, la gestuelle et la position du corps pour guider l'échange et assurer la participation des acteurs. Les interprètes non professionnels et les patients étaient, quant à eux, plus passifs. Mis à part le regard qui accompagnait la parole et se dirigeait vers leur interlocuteur, peu d'activité non verbale a été observée de leur côté.

Lorsque les patients avaient une certaine connaissance du français, les soignants tentaient généralement de s'adresser à eux directement, avant d'avoir recours à la traduction du proche. Le regard et la position corporelle déterminaient qui était l'interlocuteur et s'il y avait besoin d'une traduction, les soignants portaient leur regard sur les proches, comme pour demander une traduction ou une confirmation.

Exemple (cas 13) : Un médecin généraliste a demandé à la mère si sa fille, malade, prenait du Perdolan. La mère, ayant compris la question, a acquiescé et le médecin s'est tourné vers sa fille aînée (l'interprète) pour obtenir également sa confirmation.

Cette observation révèle que le médecin généraliste, au lieu de s'adresser directement à l'interprète non professionnelle, a d'abord essayé de poser la question à la mère, car celle-ci avait une légère compréhension du français. De cette manière, la mère pouvait rester intégrée à la conversation.

Lorsque les patients ne parlaient pas du tout français, le regard des soignants se portait naturellement moins vers eux et davantage vers les interprètes. Néanmoins, lorsque ces derniers traduisaient ou échangeaient avec les patients, les soignants restaient concentrés sur l'échange, comme pour percevoir d'éventuels signes de malentendus ou d'incompréhension.

Concernant la gestuelle, les soignants utilisaient un grand nombre de « gestes illustreurs » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 18), qui les aidaient à se faire comprendre du patient, mais

²²⁴ A.-C. TICCA et V. TRAVERSO, « La bonne information : quand les interprètes corrigent les réponses du patient au docteur dans la consultation médicale », *The Interpreters' newsletter*, 2015, vol. 20, pp. 162.

aussi de l'interprète non professionnel. Des exemples de gestes iconiques, qui représentaient concrètement la réalité, étaient généralement observés lorsque, pendant l'auscultation, le soignant demandait au patient de reproduire des gestes.

Exemple (cas 15) : Au moment de demander au patient de s'asseoir et de tirer la langue, un médecin généraliste a imité ces mêmes mouvements.

De nombreux gestes conceptuels ont également été remarqués. Ces derniers traduisent de manière plus abstraite les éléments exprimés verbalement.

Exemple 1 (cas 17) : Lorsque la médecin généraliste a demandé si le patient avait de la fièvre, elle a posé le dos de sa main sur son front.

Exemple 2 (cas 13) : Lorsque le médecin généraliste a voulu savoir si le patient avait des crampes à l'estomac, il a serré et tourné le poing au niveau de son ventre, tout en se recourbant un peu sur lui-même.

Exemple 3 (cas 15) : Le médecin généraliste a indiqué à l'interprète non professionnel qu'il n'était pas conseillé au patient d'aller à la piscine jusqu'à la guérison de son otite. L'interprète ne comprenait visiblement pas ce que le mot « piscine » signifiait. Le médecin a d'abord tenté de reformuler en disant : « aller dans l'eau », puis « nager » et il a ensuite mimé la nage.

Il convient de noter que ces gestes sont parfois compris par les patients, et ce, avant même que l'interprète ne traduise le discours verbal. En voyant que la médecin posait sa main sur son front, le patient a directement répondu non, en secouant sa tête de droite à gauche, pour indiquer une négation. En ce qui concerne le dernier exemple, de nombreuses tentatives ont été fournies par le médecin généraliste pour faire comprendre à l'interprète que le patient ne pouvait pas aller à la piscine. Malgré tout, il témoignera à la fin de la consultation qu'il n'est pas certain que l'information soit bien passée et qu'il a choisi « d'abandonner²²⁵ » et de passer à autre chose.

Des gestes déictiques étaient aussi fréquemment utilisés par les différents acteurs, mais surtout par les soignants, en vue de désigner les éléments sur lesquels portait le discours verbal et d'attirer l'attention de l'interlocuteur²²⁶. Lorsque le médecin posait une question sur une

²²⁵ Selon ses termes (observation du 5 janvier 2024).

²²⁶ M. CHWALCZUK et J. — M. BENAYOUN, 2021, pp. 18.

douleur ou lorsque le patient exprimait ses symptômes, il arrivait que la partie du corps soit pointée du doigt.

Exemple 1 (cas 15) : Lorsque le médecin généraliste voulait savoir quelle oreille était douloureuse pour le patient, il a pointé du doigt son oreille.

Exemple 2 (cas 17) : La patiente, voulant expliquer qu'elle avait des douleurs à l'estomac, a désigné son ventre du doigt, tout en fronçant les sourcils.

Des « gestes symboliques » et des « gestes régulateurs » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 18) ont finalement été observés chez tous les participants. Des hochements de tête, mais aussi des battements et des gestes phatiques accompagnent naturellement la parole et les acteurs ne se rendent pas forcément compte qu'ils en produisent. Les hochements de tête, bien qu'automatiques, ont également le rôle de « feedback non verbal » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 21) et permettent de faire comprendre que le message est bien compris. Un médecin généraliste témoigne du fait que lorsque le patient hoche la tête, il peut supposer que le message passe correctement, tandis que si le patient fronce les sourcils, il sait qu'il doit reformuler le message ou s'inquiéter du fait que le patient n'a pas compris.

6.2.3 Recours à une langue tierce

L'analyse des consultations médicales observées avec une langue tierce est structurée autour de quatre axes, à savoir : l'organisation de la consultation, le comportement des patients, le comportement du corps médical, ainsi que la traduction non verbale. Le premier axe concerne l'organisation et le déroulement de la consultation, et les raisons qui motivent le choix d'utiliser une langue tierce. Le deuxième axe se penche sur la place des patients et leurs difficultés de compréhension inhérentes à l'utilisation d'une langue tierce. Le troisième axe examine l'attitude des professionnels de la santé, leurs difficultés de compréhension associée à l'utilisation d'une langue tierce et les stratégies qu'ils déploient pour adapter leur langage. Enfin, le quatrième axe analyse la traduction non verbale et son implication dans le transfert adéquat des informations.

La langue tierce peut être employée dans plusieurs cas de figure lors de consultations médicales. Elle peut être choisie comme stratégie de communication principale pour la consultation, qui se déroulera alors exclusivement dans cette langue. Elle peut également constituer une « bouée de sauvetage » (Thouroude, 2021 : 170) pour les patients qui n'arriveraient pas à bien se faire comprendre en français et qui souhaiteraient passer d'une langue à l'autre pour assurer la

communication²²⁷. Les consultations observées en maison médicale avec un recours à une langue tierce se sont toutes déroulées en anglais (*cas 8, cas 9, cas 14, cas 16 et cas 21*). Le niveau linguistique variait en fonction des soignants et des patients, et certaines conversations étaient plus fluides que d'autres. Cependant, l'anglais permettait toujours aux acteurs de se comprendre plus facilement que si la consultation s'était déroulée en français. Lors de la consultation avec une famille, venue pour des prises de sang et dans laquelle seule la fille aînée parlait français (*cas 21*), le recours à une langue commune était un moyen de ne mettre personne à l'écart. L'infirmière témoignera du fait que si elle a choisi de continuer la consultation en anglais, c'était pour être certaine que les informations passaient et pour donner l'occasion à tous les membres de la famille de participer. De plus, elle explique que les prises de sang représentent un acte technique qui ne nécessite pas de longues conversations et que par conséquent, l'utilisation de l'anglais est une solution efficace. Selon le témoignage d'un médecin généraliste, une raison prépondérante à l'utilisation d'une langue tierce est qu'elle permet aux deux acteurs de garder leur autonomie, car elle n'implique pas de présence d'un tiers. Pour des raisons déontologiques, certains soignants sont toutefois réticents à l'idée d'utiliser une langue qu'ils ne maîtrisent pas totalement²²⁸. Une médecin généraliste témoigne également que l'usage d'une langue tierce demande une plus grande concentration, qu'on arrive plus vite à saturation des informations et qu'il est plus difficile de se souvenir de ce qui a été dit.

Concernant le comportement des patients, ceux-ci étaient pleinement impliqués dans la consultation. En l'absence d'un intermédiaire linguistique, ils entretenaient une véritable conversation avec le soignant. Des limites linguistiques étaient néanmoins observées, découlant de leur connaissance variable de l'anglais.

Exemple (*cas 16*): Le patient avait une connaissance limitée de l'anglais. Il comprenait dans l'ensemble et pouvait se faire comprendre, le plus souvent avec des mots-clés ou des expressions. Ses réponses aux questions du médecin généraliste étaient souvent brèves, étant parfois simplement « yes » ou « no ». Pour exprimer ses symptômes, il désignait parfois une partie de son corps et utilisait des expressions telles que *it's ok, it's better, it's a good thing* ou encore *not good*.

²²⁷ *Id.*, pp. 170.

²²⁸ THOUROUDE, 2021, pp. 160-161.

Le vocabulaire des patients était en effet relativement basique. Il convient de se demander si les patients parviennent à exprimer toutes leurs idées ou s'ils se retiennent parfois de réagir ou de poser une question, par crainte de ne pas pouvoir s'exprimer correctement dans une langue qui n'est pas la leur.

En ce qui concerne les professionnels de la santé, il a été observé qu'ils avaient généralement une bonne connaissance de l'anglais. Ils étaient capables de tenir une conversation, de relancer et de comprendre le patient. Malgré tout, certaines situations d'incompréhension ont été observées.

Exemple (cas 9) : Lors de l'auscultation du patient, venu pour réclamer un constat de coups et blessures, le médecin généraliste posait des questions sur l'origine de ses lésions. Le patient avait un accent prononcé et ne s'exprimait pas très bien. La plupart des informations étaient compréhensibles, mais parfois, le médecin ne comprenait pas totalement ce qu'il disait. Une confusion est apparue lorsque le patient a employé le terme *jail*, pour expliquer qu'il avait reçu des coups en prison. Le médecin ayant compris « gel » essayait de comprendre s'il avait glissé ou s'il parlait de gel pour les cheveux. Il a fini par redemander au patient d'expliquer l'origine de ses blessures et a finalement compris de quoi il s'agissait.

Il convient de noter que les médecins avaient souvent tendance à demander au patient de répéter ou à demander une confirmation de ce qui avait été dit, en répétant eux-mêmes l'information. En guise d'exemple, une patiente avait expliqué qu'elle avait pris deux médicaments et le médecin généraliste a répété « you took two? » afin d'obtenir une confirmation (cas 14).

Lorsque des confusions ou des incompréhensions se présentaient, les soignants adaptaient régulièrement leur langage et reformulaient leur discours.

Exemple 1 (cas 14) : Le terme anglais *pain* a été reformulé et simplifié en *problem*,

Exemple 2 (cas 16) : Le terme anglais *tension* a été explicité en *blood tension* puis en *blood pressure* lorsque le médecin s'est souvenu de la traduction exacte.

Les difficultés linguistiques amènent certains soignants à abréger et à simplifier leur discours, comme le témoigne un médecin généraliste. De temps en temps, il aimerait donner plus d'explications, approfondir le sujet, mais sa connaissance de l'anglais l'en empêche.

L'activité multimodale fait partie intégrante des consultations impliquant une langue tierce. Le regard joue un rôle important, car il attire l'attention et engendre la participation des acteurs.

La conversation étant dyadique, le patient et le soignant portaient généralement leur regard l'un sur l'autre. Quant à la gestuelle, un grand nombre de « gestes régulateurs » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 18) ont été observés. La participation des acteurs était active, et ils étaient continuellement en interaction, ce qui fait que de nombreux gestes phatiques, battements et gestes déictiques accompagnaient la parole et dynamisaient la conversation. Les acteurs désignaient fréquemment le sujet de leur discours (une partie de leur corps, une boîte de médicaments, un papier posé sur la table). De plus, les « gestes illustreurs » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 18) leur permettaient de traduire des informations et d'accompagner l'usage de l'anglais.

Exemple 1 (cas 8) : Le médecin généraliste, pour expliquer comment utiliser des gouttes pour les yeux, a mimé les différentes étapes.

Exemple 2 (cas 16) : Le patient a levé le pouce en expliquant qu'il mangeait bien.

Exemple 3 (cas 21) : L'infirmière, pour demander si les patients supportaient bien les piqûres et s'ils n'étaient pas sujets à des évanouissements, a mis sa main sur son front et a fait mine de tomber.

Dans le premier cas, il s'agit de gestes iconiques, car ils représentent de manière concrète les différentes étapes que la patiente doit reproduire pour utiliser les gouttes. Les deux autres cas sont des gestes conceptuels et expriment une idée. Pour le dernier exemple, il est à noter que la gestuelle n'a pas seulement accompagné l'utilisation de l'anglais, mais l'a remplacée. En effet, l'infirmière n'a pas traduit verbalement l'idée de s'évanouir. La traduction non verbale est en effet d'autant plus importante dans ce genre de conversation, car elle permet de combler d'éventuels manques linguistiques.

6.2.4 Recours à la traduction automatique

L'analyse des consultations médicales observées avec l'utilisation de la traduction automatique est organisée autour de trois axes, à savoir : l'organisation de la consultation, les avantages et inconvénients liés à l'utilisation de la traduction automatique et la dynamique de ce type de consultations. Le premier axe concerne le déroulement des consultations observées. Le deuxième axe explore les aspects positifs de l'utilisation de la traduction automatique, mais également les limites fonctionnelles et linguistiques des machines de traduction. Enfin, le troisième axe étudie la dynamique des échanges et la traduction non verbale lors de ces consultations.

L'analyse de l'organisation des consultations impliquant de la traduction automatique révèle que celle-ci était généralement utilisée comme soutien à la conversion et non comme outil de traduction principal (*cas 8, cas 10, cas 17 et cas 18*). Les patients parlaient en effet un peu français ou anglais, et la traduction automatique s'ajoutait, de manière plus ou moins importante, à la consultation. À la première maison médicale, les médecins généralistes et les patients observés ont utilisé Google Traduction en ligne, directement depuis leur téléphone portable. À la deuxième maison médicale, un appareil de traduction Vasco est mis à la disposition de l'équipe, et ce, depuis le mois de novembre 2023. Fondée en 2008, Vasco est une société de traducteurs électroniques²²⁹. Ces appareils sont directement reliés à Internet et proposent des traductions écrites en 108 langues. Pour certaines d'entre elles, une fonction vocale est également disponible et permet de traduire les discours. Il existe également un traducteur de textes et de photos pour certaines langues²³⁰.

Parmi les avantages de Google Traduction, des médecins ont expliqué que c'était une solution rapide, que de nombreuses langues étaient disponibles et que les patients maîtrisaient généralement son utilisation. En général, le patient et le soignant ont tous les deux leur téléphone devant eux et utilisent chacun leur Google Traduction afin d'éviter de devoir se passer le téléphone, changer chaque fois la combinaison linguistique et donc perdre du temps. De plus, un médecin généraliste témoigne qu'il lui est déjà arrivé d'utiliser Google Traduction pour imprimer le plan de traitement et laisser une trace écrite au patient.

Concernant Vasco, une accueillante d'une maison médicale mentionne que « ce n'est pas parfait, mais ça dépanne²³¹ », et que, bien qu'elle préfère le contact humain et la communication verbale, l'appareil l'a déjà aidée dans des situations d'incompréhension. Un médecin généraliste explique également que lors d'une consultation avec l'intermédiaire d'une interprète non professionnelle (la fille de la patiente), qui parlait très bien français, il a utilisé l'appareil Vasco et a demandé à la fille de la patiente son avis sur la traduction fournie par la machine. Celle-ci l'a informé que la traduction était très satisfaisante et depuis, elle n'est plus obligée d'accompagner sa mère en consultation. L'utilisation de Vasco peut donc favoriser l'autonomie

²²⁹ « En savoir plus sur Vasco | Notre histoire et nos collaborateurs », *Vasco Electronics*, s.d., disponible sur <https://vasco-electronics.fr/qui-sommes-nous> (Consulté le 22 mars 2024).

²³⁰ « Vasco Electronics », *Vasco Electronics*, s.d., disponible sur <https://vasco-electronics.fr/fonctionnalites> (Consulté le 22 mars 2024).

²³¹ Cette citation a été transcrite de mémoire lors de l'observation du 25 janvier 2024 et a été prononcée par une accueillante d'une maison médicale.

des patients. De plus, l'appareil est disponible tout le temps et est relié à l'Internet de la maison médicale.

Il existe néanmoins des inconvénients liés à l'utilisation de la traduction automatique. Si la plupart des machines de traduction fournissent des traductions écrites directes et des traductions dans un grand nombre de langues,²³² des difficultés peuvent survenir lorsque, pour certaines langues, seule la traduction écrite est proposée. En effet, un médecin généraliste témoigne du fait que certains patients sont analphabètes. Dans ce cas, la traduction automatique, lorsqu'elle est uniquement écrite, n'est pas envisageable. De manière générale, la traduction automatique écrite prend énormément de temps : le temps de taper, de relire, de passer le téléphone, etc. L'avantage de l'option audio est évidemment qu'elle est plus rapide.

L'utilisation de traducteurs automatiques soulève également une question de confidentialité, la plupart d'entre eux étant disponibles en ligne. Un médecin généraliste m'a fait savoir qu'il fallait veiller à ne pas utiliser de données personnelles lors de l'utilisation de ces machines, comme des noms et prénoms, des adresses ou des dates de naissance. Pour ce qui est de Vasco, les échanges sont archivés automatiquement sur l'appareil. Par souci de confidentialité, l'équipe de la maison médicale supprime régulièrement l'historique des traductions, bien qu'ils n'emploient généralement pas de données personnelles.

Une autre difficulté inhérente à l'utilisation des machines de traduction concerne les problèmes techniques qui peuvent survenir. Lors de l'observation des consultations, il est arrivé plusieurs fois que l'appareil Vasco plante et qu'il faille le relancer. De plus, l'appareil pouvait omettre certaines parties du discours, ce qui forçait l'utilisateur à recommencer.

Si l'appareil Vasco comprend énormément de combinaisons de langues, une limite observée est celle des dialectes et autres variantes linguistiques. Par exemple, il n'existe qu'une seule sorte d'arabe sur l'appareil, tandis qu'il existe de nombreux dialectes arabes. Durant une consultation, une patiente est venue avec son mari pour traduire (*cas 17*). Étant donné que le mari, bien qu'il eût le rôle d'interprète non professionnel, ne parlait vraiment pas bien français, la médecin généraliste a utilisé l'appareil Vasco et a choisi la combinaison de langue français-arabe pour de la traduction audio. Cependant, il est apparu que l'arabe utilisé par l'appareil ne correspondait pas au dialecte parlé par les patients et ceux-ci ne comprenaient presque jamais ce qui était traduit par la machine.

²³² G. RANDHAWA *et al.*, 2013, pp. 382.

Des limites d'ordre linguistique peuvent également être perçues lors de l'utilisation de traducteurs automatiques. L'exactitude de la traduction diffère d'une langue à l'autre. En effet, pour des langues telles que l'anglais ou le français, les traductions auront tendance à être plus précises que pour des langues plus rares²³³. D'une manière générale, il a été observé que le message était parfois difficilement compréhensible par la machine, ce qui amène le patient, mais surtout le praticien à s'adapter. Il a fréquemment été observé que le soignant devait reformuler son discours lors de traductions vocales, et ce, car la machine ne traduisait pas correctement. Ces problèmes de traduction pourraient être expliqués par le caractère moins organisé des discours oraux. En effet, en observant les médecins qui utilisaient l'appareil Vasco, il a été constaté que la structure de leurs idées n'était pas toujours très ordonnée. Un exemple d'une question formulée par une médecin a été noté tel quel et démontre cette situation (*cas 17*) :

« Donc, le médecin préconisait que vous consultiez... (euh) un physiothérapeute, parce que... (euh) donc, pour votre genou, pour ce que vous m'expliquez... est-ce que vous avez déjà pris rendez-vous ?²³⁴ »

Il n'a pas été possible de vérifier la pertinence de la traduction de Vasco. Pourtant, il y a fort à parier que la machine s'est quelque peu emmêlé les pinceaux, car la patiente n'a pas compris ce que voulait dire la médecin. Celle-ci a alors simplifié en disant :

« Avez-vous déjà pris rendez-vous chez un physiothérapeute ?²³⁵ »

La patiente a compris la traduction de la machine et a fourni une réponse. Puisque les traducteurs automatiques traduisent au fur et à mesure le discours prononcé, il peut en effet être imaginé qu'ils traduisent tout ce qu'ils perçoivent, en ce compris les interjections, les hésitations, les reformulations instantanées, etc.

Un autre exemple est celui d'une médecin généraliste qui voulait savoir si la patiente était allée chez la gynécologue (*cas 18*). Elle a commencé par expliquer longuement qu'elle lui avait demandé la dernière fois de prendre rendez-vous chez une gynécologue et a ensuite demandé si elle y était allée, quand elle avait pris rendez-vous et si ça s'était bien passé. De nouveau, la patiente ne semblait pas comprendre la traduction de Vasco, peut-être parce qu'il y avait trop

²³³ *Id.*, pp. 383.

²³⁴ Cette citation a été transcrite de mémoire lors de l'observation du 26 janvier 2024 et a été prononcée par un médecin généraliste d'une maison médicale.

²³⁵ *Ibid.*

d'éléments, et la médecin a alors réorganisé ses idées. Elle a commencé par demander si la patiente avait vu la gynécologue, puis quand était le rendez-vous.

L'analyse de ces situations révèle les limites des traducteurs automatiques, démontrant qu'ils sont incapables de réorganiser les idées, et de comprendre les nuances et les sous-entendus. Le soignant se devait d'être attentif à ce que l'information passe correctement. En effet, là où l'interprète professionnel peut gérer les incompréhensions et les malentendus, les traducteurs automatiques n'ont pas la capacité d'aider les acteurs dans ce sens²³⁶. Lors de traductions audio, les médecins généralistes relisaient généralement leur message source avant de montrer la traduction au patient, afin d'être certains que la machine n'avait pas mal interprété.

Exemple (cas 8) : Un exemple d'erreur était le suivant : le mot « Syrie » a été rendu par « scierie » par Google Traduction, ce qui menait à un contresens.

L'observation de la dynamique de l'interaction relève une différence notable entre les patients et les soignants quant à l'utilisation de la traduction automatique. En effet, les patients avaient tendance à se reposer sur la machine, tandis que les soignants tentaient en premier lieu de faire passer l'information sans y avoir recours. Ils l'utilisaient généralement dans des situations où la communication devenait particulièrement compliquée.

Exemple (cas 18) : La médecin généraliste a pris l'initiative de reprendre l'appareil Vasco pour expliquer le traitement à une patiente, et ce, même si cette dernière parlait un peu français et avait compris les questions et informations qui avaient précédé.

Lorsque le discours portait sur des sujets tels que le diagnostic, le traitement ou encore la posologie d'un médicament, il a en effet été observé que les professionnels de la santé préféraient parfois confier au traducteur automatique la tâche de traduire le message, pensant peut-être qu'il était plus judicieux que le patient reçoive une telle information dans sa langue maternelle. Cependant, le doute subsiste quant à la fiabilité de la traduction de la machine et il est difficile, voire impossible, de vérifier l'exactitude des informations transmises aux patients.

Concernant l'analyse de l'activité multimodale, il a été observé que les patients avaient peu recours à la traduction non verbale. En effet, leur attention se portait essentiellement sur la machine, puisqu'elle fournissait la traduction. Il y avait peu de regards mutuels avec les soignants. En revanche, ces derniers portaient régulièrement leur regard sur le patient comme pour tenter de déceler d'éventuels signes d'incompréhension. De même, peu de gestes ont été

²³⁶ G. RANDHAWA *et al.*, 2013, pp. 382.

observés, mis à part des « gestes symboliques » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 18) comme des hochements de tête, pour confirmer que l'information était bien comprise.

6.2.5 Recours à l'utilisation du français

L'analyse des consultations médicales qui se sont déroulées en français est organisée autour de quatre axes, à savoir : le déroulement de la consultation, le langage des patients, les efforts communicationnels fournis par les soignants, ainsi que la traduction non verbale.

Des consultations en médecine générale et en kinésithérapie, se sont déroulées en français, sans intermédiaire linguistique et sans recours à une langue tierce (*cas 10, cas 11, cas 18, cas 19 et cas 20*). Durant celles-ci, les patients avaient une connaissance, souvent basique, de la langue française. Selon le témoignage d'un médecin généraliste, le fait de consulter dans cette langue participe à l'autonomisation des patients. Les consultations en français étant dyadiques, à l'instar de celles en anglais, le patient participait pleinement à l'interaction.

L'analyse du langage des patients a révélé qu'ils employaient un langage assez simple, du fait que le français n'était pas leur langue maternelle et qu'ils étaient le plus souvent en cours d'apprentissage de cette langue. Certains utilisaient essentiellement des mots-clés et non des phrases. Les réponses aux questions des soignants étaient souvent courtes et concises.

Exemple 1 (*cas 10 et cas 19*) : Pour exprimer que leur fréquence cardiaque était anormalement haute, deux patients ont mis la main sur leur cœur en disant rapidement « boum boum, boum boum ».

Exemple 2 (*cas 19*) : La patiente s'est tenu la gorge en disant « pas bon » pour exprimer qu'elle ressentait des douleurs à ce niveau.

Exemple 3 (*cas 19*) : La patiente a déclaré « comme du papier, quand manger », afin de faire comprendre à la médecin généraliste qu'elle ne goûtait plus les aliments.

En général, les professionnels de la santé comprenaient où voulaient en venir les patients et l'utilisation de tels mots-clés ou de telles expressions étaient suffisante pour que les patients expriment leurs idées.

Du côté des professionnels de la santé, certains efforts de simplification, de reformulation et d'explicitation ont dû être mis en œuvre pour faciliter la communication.

Exemple 1 (cas 19) : Le médecin généraliste a commencé par dire « je vais vous ausculter », puis a directement reformulé en « je vais regarder vos poumons », tout en désignant le stéthoscope avec son doigt.

Exemple 2 (cas 10) : Le médecin généraliste, qui voulait connaître les antécédents de la mère du patient, a demandé : « elle a eu quoi comme maladie votre maman ? »

Exemple 3 (cas 11) : Lorsque le médecin généraliste expliquait la posologie d'un médicament au patient, il a commencé par lui expliquer qu'il allait y avoir un « arrêt progressif » du médicament, puis a ajouté que la prise de médicament allait être « de plus en plus diminuée jusqu'à zéro ».

Concernant les explicitations, il a été observé que les praticiens avaient tendance à donner des exemples lorsqu'ils demandaient des informations au patient.

Exemple 1 (cas 19) : Le médecin généraliste a demandé à une patiente depuis combien de temps elle avait la grippe. Après quelques secondes d'hésitation, elle a ajouté : « depuis une semaine, deux semaines, un mois ? »

Exemple 2 (cas 10) : Le médecin généraliste a demandé au patient à quelles occasions il ressentait des douleurs cardiaques. Il lui a demandé « quand il avait mal au cœur », puis a ajouté : « pendant le travail ? pendant le sport ? »

Ces explicitations ont pour but d'aider le patient lorsqu'il ne trouve pas ses mots et permettent au soignant d'obtenir des réponses précises.

Concernant la traduction non verbale, la gestuelle a été prépondérante lors de ces consultations. De nombreux gestes accompagnaient la parole afin d'aider le locuteur à se faire comprendre. À l'instar des autres types de consultations, les gestes déictiques étaient souvent employés pour attirer l'attention de l'interlocuteur sur l'élément sur lequel portait le discours, par exemple pour désigner l'endroit où le patient ressentait des douleurs. De même, des « gestes illustateurs » (Chwalczuk et Benayoun, 2021 : 18) ont été observés.

Exemple 1 (cas 11, 18 et 19) : Les acteurs, pour exprimer un chiffre, montraient parfois celui-ci avec leurs doigts.

Exemple 2 (cas 18) : La patiente, en demandant si la prescription allait être disponible sur la carte d'identité, a mimé avec ses doigts la forme d'une carte.

Exemple 3 (cas 19) : La médecin généraliste a mimé une quinte de toux pour demander si la patiente y était sujette.

Exemple 4 (cas 19) : La médecin généraliste a levé son doigt en l'air en informant la patiente que sa tension était élevée.

Exemple 5 (cas 19) : La patiente a fait semblant de trembler pour indiquer qu'elle avait souvent froid.

En ce qui concerne l'exemple deux, il est à noter que la patiente n'a pas exprimé verbalement l'idée de la carte d'identité. Ce geste a remplacé le discours verbal et a permis à la médecin généraliste de comprendre ce que la patiente voulait dire.

Il n'a pas été surprenant de constater que la consultation en kinésithérapie (cas 20) était constituée essentiellement de traduction non verbale. En effet, la kinésithérapeute mimait presque tous les gestes qu'elle demandait au patient de reproduire.

Exemple 1 : Pour attirer l'attention du patient, il est arrivé plusieurs fois qu'elle lui dise « regardez-moi » en se pointant du doigt, avant de montrer l'exercice.

Exemple 2 : Lorsque la kinésithérapeute voulait marquer l'arrêt d'un exercice, elle faisait le geste du temps mort (une main à la verticale et l'autre au-dessus, à l'horizontale).

Exemple 3 : Lorsque la kinésithérapeute voulait expliquer au patient qu'il n'effectuait pas correctement le mouvement, elle faisait aller son doigt de droite à gauche pour exprimer une négation.

La kinésithérapeute témoigne que, dans son métier, elle montre fréquemment les exercices aux patients et que certaines consignes, telles que le fait de « relâcher » un muscle, peuvent sembler abstraites, même pour des patients francophones. Pour autant, elle admet utiliser bien plus la traduction non verbale lors de consultations interculturelles.

6.2.6 Combinaisons de plusieurs types de traduction

Lors des consultations, plusieurs types de traduction pouvaient être observés. En premier lieu, on peut noter que la traduction non verbale était inhérente à chaque consultation, que ce soit avec un intermédiaire linguistique, professionnel ou non, avec une langue tierce, avec un traducteur automatique ou en français. Il a également été observé que plusieurs méthodes verbales pouvaient être employées durant une même consultation.

En effet, la traduction automatique intervenait généralement lors d'une consultation en français ou en anglais, lorsque des explications étaient plus difficiles à transmettre. Par exemple, durant une consultation en anglais (*cas 8*), le médecin généraliste a employé l'appareil Vasco au moment d'expliquer le traitement, car il voulait être certain que les informations seraient communiquées correctement et que le patient les recevrait dans sa langue maternelle.

Lors d'une consultation en français (*cas 10*), le patient, ne trouvant pas ses mots, a traduit en anglais ce qu'il voulait dire. Pendant l'auscultation, lors d'une consultation avec *Intercult* (*cas 12*) et de ce fait avec l'intermédiaire d'une médiatrice interculturelle, le médecin généraliste a expliqué les différentes étapes de l'auscultation en anglais au patient, qui n'était plus dans le champ de vision de la médiatrice. Cette dernière entendait pourtant toujours les discours prononcés par les acteurs et pouvait continuer à les interpréter. Lors d'une consultation en français avec une patiente qui avait une faible maîtrise de la langue (*cas 19*), le médecin généraliste a souhaité appeler la fille de la patiente pour assurer la communication. Étant donné qu'elle ne répondait pas et puisque le sujet de conversation était important, le médecin a proposé à la patiente de fixer un nouveau rendez-vous et de faire intervenir une médiatrice interculturelle par *Intercult*. En effet, la discussion concernait une possible opération et la praticienne estimait qu'elle ne pouvait pas prendre le risque que des informations se perdent. Il est également arrivé qu'une médiatrice à l'hôpital soit appelée à l'improviste pour interpréter lors d'une consultation qui avait déjà commencé (*cas 3*). En effet, une dermatologue recevait des parents et leur enfant, atteint de la gale. Le début de la consultation s'est déroulé avec Google Traduction, mais voyant que les parents avaient énormément de questions et voulant expliquer correctement le traitement, la dermatologue a fait appel à une médiatrice interculturelle.

De plus, les soignants et les patients utilisaient souvent des illustrations comme outils de communication pour accompagner leurs propos. À titre d'exemple, un patient a montré une photo d'une boîte de médicaments sur son téléphone pour expliquer ce qu'il prenait (*cas 11*). Un médecin généraliste témoigne aussi du fait qu'il utilise fréquemment des pictogrammes lors des consultations interculturelles. Il estime en effet qu'un support visuel peut aider le patient à comprendre le discours médical. Par exemple, pour expliquer à un patient qu'il avait une infection des voies respiratoires, le médecin a montré un schéma de voies respiratoires au patient (*cas 16*). Une autre médecin généraliste, voulant savoir depuis combien de temps la patiente avait la grippe, a montré un calendrier sur son ordinateur, pour que la patiente comprenne la question et puisse donner une réponse précise (*cas 19*).

7. Conclusion

7.1 Limitations et perspectives de cette recherche

En règle générale, le nombre des observations de consultations était quelque peu limité et des généralités ne peuvent pas toujours s'établir. Par conséquent, les résultats seraient parfois difficilement applicables à d'autres institutions similaires à celles observées dans cette recherche. L'hôpital choisi possède un service de médiation interculturelle développé et bien ancré dans l'institution. Il serait intéressant d'étendre cette recherche à d'autres institutions hospitalières, afin d'analyser l'éventuelle mise en œuvre d'un service de médiation interculturelle, ainsi que de comparer sa place dans l'institution. L'objectif serait alors d'établir l'importance de la médiation interculturelle dans différents hôpitaux et de noter de possibles différences quant au développement de ces services.

Ce mémoire aborde le sujet de l'interprétation professionnelle dans l'état de l'art, en détaillant les notions d'interprétation en milieu social et de médiation interculturelle. Il y a lieu de noter que seules des médiatrices interculturelles ont été observées durant l'enquête de terrain. Une perspective possible serait de comparer les pratiques des interprètes en milieu social à celles des médiateurs et médiatrices interculturels.

Dans cette recherche, il convient également de noter une diversité des acteurs observés. Les professionnels de la santé étaient des médecins spécialistes, des médecins généralistes, une kinésithérapeute et une infirmière. Les patients étaient issus de différentes cultures et communautés linguistiques. Il convient pour autant de noter qu'aucune information concernant l'âge, le statut social ou encore l'origine ethnique n'est donnée relativement aux différents acteurs. En effet, l'ajout de ces facteurs dépasserait l'objectif de cette recherche et étendrait outre mesure les possibilités d'interprétation des résultats. Selon A.-M. Arborio et P. Fournier (2021 : 102), l'idée de fournir ces éléments à titre informatif est également déconseillée, car de ce fait, « on contraint le lecteur à formuler des interprétations sauvages ». En effet, si de tels facteurs devaient être énoncés, il serait nécessaire de donner une explication sur la façon dont ils influencent l'interprétation des comportements des acteurs²³⁷.

Une dernière limitation concerne les témoignages recueillis durant cette enquête de terrain. Lors de la première phase de la recherche, seules les médiatrices ont pu être interrogées sur leurs pratiques et leur ressenti quant aux consultations multilingues. Il n'a pas été possible de

²³⁷ A. -M. ARBORIO, P. FOURNIER, 2021, pp. 102.

s'entretenir avec les médecins et de recueillir leurs témoignages. Un témoignage qui manque également à l'appel est celui des patients. Il serait pourtant intéressant de recueillir leur ressenti lors des consultations médicales et de connaître leur opinion concernant les différentes stratégies de communication employées. À titre d'exemple, il a été remarqué en maison médicale que les patients prenaient souvent l'initiative de se rendre en consultation avec un proche (interprète non professionnel), et ce, malgré les difficultés linguistiques et les questions de confidentialité que cette initiative engendre. Si leur témoignage avait pu être reçu à ce sujet, il aurait été possible de connaître leurs motivations et de savoir pourquoi ils privilégiaient souvent cette méthode.

7.2 Conclusion générale

L'objectif de ce mémoire était d'investiguer les méthodes de communication employées lors de consultations médicales multilingues. En premier lieu, l'état de l'art a permis de détailler les notions de barrières linguistiques et culturelles, ainsi que de présenter la théorie entourant l'interprétation en milieu social et la médiation interculturelle. Ensuite, une enquête de terrain a été menée en deux temps. La première phase consistait en une analyse de consultations médicales dans des services hospitaliers de soins de santé spécialisés et la deuxième phase concernait l'analyse de consultations médicales dans des structures de soins de santé primaires, à savoir des maisons médicales. Les entretiens ont permis d'aborder le sujet du fonctionnement et de la structure des institutions, ainsi que le sujet des consultations interculturelles et de l'expérience des enquêtés. L'observation directe sur le terrain a ensuite donné l'opportunité de plonger dans la réalité et de confronter ce qui avait été établi par l'état de l'art et les discours rapportés lors des entretiens à la réalité des consultations interculturelles.

Grâce aux données recueillies dans l'état de l'art et grâce aux résultats de l'enquête de terrain, il est donc désormais possible de formuler des réponses aux questions de recherche énoncées dans la section 1.2 de ce mémoire, à savoir :

- Qu'est-il mis en place par l'institution, le corps médical et le patient pour pallier la barrière linguistique et culturelle ?
- Quels facteurs influencent le choix de l'une ou l'autre stratégie ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients des stratégies de communication adoptées ?
- La traduction se présente-t-elle autrement que verbalement ?

Dans la première institution (l'hôpital), la mise en place d'un service de médiation interculturelle favorise indéniablement le recours à de l'interprétation professionnelle, et plus spécifiquement de la médiation interculturelle lors des consultations. Au contraire, les maisons médicales se sont distinguées par une gestion interne plus « improvisée », employant des stratégies telles que le recours à des interprètes non professionnels, à une langue tierce ou encore à de la traduction automatique.

Différents facteurs interviennent finalement dans le choix de l'une ou l'autre solution. La section 6.2 de ce mémoire met en lumière les différents avantages et inconvénients qu'offrent les différentes stratégies de communication. Les conclusions suivantes peuvent être finalement tirées :

- Le recours à l'interprétation professionnelle présente de nombreux avantages pour surmonter les barrières linguistiques et culturelles. Les médiatrices interculturelles représentent un véritable pont entre les patients et les soignants, et leur présence permet de diminuer les risques d'erreurs médicales. Néanmoins, la demande de plus en plus importante reflète un besoin de mobiliser plus de moyens pour pouvoir y répondre.
- Concernant le recours à l'interprétation professionnelle, une différence notable est observée entre les deux types de terrains. À l'hôpital, le service de médiation interculturelle garantit une facilité d'organisation et évite aux professionnels de la santé de devoir planifier la médiation interculturelle. En maison médicale, il ressort de cette enquête que les professionnels de la santé seraient plus enclins à solliciter l'aide d'interprètes professionnels si la planification des consultations était plus simple et si plus de professionnels étaient disponibles.
- La plateforme *Intercult* apparaît comme la seule option gratuite qui s'offre aux soignants de maisons médicales voulant solliciter l'aide d'interprètes professionnels. Pour autant, elle n'est pas toujours envisageable, soit par choix, soit à cause de la disponibilité limitée des médiateurs et médiatrices interculturels sur la plateforme. Davantage de promotion sur le sujet en maison médicale permettrait de faire connaître cet outil aux professionnels de la santé, qui seraient peut-être plus enclins à l'utiliser. Pour ce faire, il faudrait également que des moyens supplémentaires soient engagés pour que davantage de professionnels soient disponibles sur la plateforme.

- Le recours à des interprètes non professionnels, l'utilisation d'une langue tierce ou encore la traduction automatique présentent l'avantage considérable d'être des solutions instantanées pour lesquelles aucune planification en amont n'est nécessaire. De ce fait, elles sont souvent employées en maison médicale, où il n'est pas toujours possible de planifier des consultations avec des interprètes professionnels.
- Le recours à des interprètes non professionnels est une solution qui présente un nombre d'inconvénients non négligeable, étant donné, par exemple, que le proche a souvent une connaissance limitée du français et qu'il n'est pas soumis à un code déontologique et au secret professionnel.
- La traduction automatique est généralement utilisée comme renfort lorsque des informations importantes tentent d'être exprimées. Il convient cependant de noter que son utilisation est souvent problématique du fait des problèmes techniques et de l'efficacité limitée des traducteurs automatiques dans certaines langues. Il est alors indispensable de garder ces limites à l'esprit lors de leur utilisation. En particulier, il ressort de cette enquête que ces traducteurs automatiques perdent de leur efficacité si le message n'est pas formulé clairement. Il est parfois nécessaire d'énoncer des phrases simples et concises afin d'éviter que la machine ne soit perdue.
- L'utilisation d'une langue tierce apparaît comme une solution efficace, à condition que le professionnel de la santé et le patient aient une maîtrise correcte de cette langue. Malgré qu'elle demande une plus grande concentration et dépense d'énergie, cette solution favorise l'autonomie du patient.
- Les consultations en français, bien que des difficultés de compréhension aient été constatées durant les observations, restent une solution favorisant également l'autonomie du patient et lui permettant d'améliorer son niveau de langue.
- La traduction non verbale occupe une place indéniable lors des consultations interculturelles. Elle véhicule des informations en accompagnant le langage ou en le remplaçant. Il ressort néanmoins des observations que l'activité multimodale est moins sollicitée lorsqu'un interprète professionnel ou un interprète non professionnel est présent. Au contraire, il apparaît qu'en l'absence d'un tiers, les patients et les professionnels de la santé sont plus enclins à utiliser de la communication non verbale.
- En règle générale, les patients sont plus effacés lorsqu'un tiers est présent lors de la consultation. Ils participent moins à l'interaction et posent moins de questions.

Il ressort finalement de cette enquête qu'aucune stratégie n'est entièrement satisfaisante et que chacune comporte des limites. Les consultations sont de ce fait généralement constituées d'une combinaison de stratégies, employées à différents moments pour surmonter les difficultés de communication.

Bibliographie

Ouvrages :

ARBORIO, A.-M. et FOURNIER, P., *L'observation directe*, 128 : tout le savoir, Malakoff, Armand Colin, 2021.

BERTHIER, N., *Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés*, 5^e édition, Paris, Armand Colin, 2016.

BLANCHET, A. et GOTMAN, A., *L'entretien*, 128 : tout le savoir, Paris, Armand Colin, 2e édition (2015), 2007.

COSNIER, J., GROSJEAN, M. et LACOSTE, M., *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins*, Éthologie et psychologie des communications, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1993.

LACOMBE, B., *Pratique du terrain : méthodologie et technique d'enquête*, Thèse à la carte, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 1999.

SAUVAYRE, R., *Initiation à l'entretien en sciences sociales : méthodes, applications pratiques et QCM*, Cursus. Sociologie, Malakoff, Armand Colin, 2021.

SINGLY, F. de, *Le questionnaire*, 128 : tout le savoir, Paris, Armand Colin, 2016.

Chapitres d'ouvrages :

BOURGUEIL, Y., RAMOND-ROQUIN, A. et SCHWEYER, F.-X., « 1. Qu'appelle-t-on "soins primaires" ? », in *Les soins primaires en question(s)*, Débats Santé Social, Rennes, Presses de l'EHESP, 2021, pp. 5-13.

DE RUITER, J.P., « The production of gesture and speech », in *LANGUAGE AND GESTURE*, McNeill, David [Ed], UK, Cambridge University Press, 2000, pp. 284-311.

KAINDL, K., « A theoretical framework for a multimodal conception of translation », in *Translation and Multimodality*, 1^{re} édition, United Kingdom, Routledge, 2020, pp. 49-70.

PIAN, A., « La fabrique de l'interprétariat auprès d'immigrés et d'étrangers atteints de cancer : la place des proches en question », in ANCHISI, A. *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019, pp. 193-203.

VANDENINDEN, E., « De la médiation au médiateur : entre concept en SIC et sens commun », 2016, in SERVAIS, C., (sous la direction de), *La médiation. Théorie et terrains*, Ouvertures sociologiques, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2016, pp. 25-30.

Articles :

AL SHAMSI, H, ALMUTAIRI, A. G, AL MASHRAFI, S. et AL KALBAN, T., « Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review », *Oman medical journal*, 2020, vol. 35, n° 2, pp. 1-7.

ALI, P.A. et WATSON, R., « Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives », *Journal of clinical nursing*, 2018, vol. 27, n° 5-6, pp. e1152 -e1160.

BOIVIN, I., LEANZA, Y. et ROSENBERG, E., « Représentations et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu », *Alterstice*, 2012, vol. 2, n° 2, pp. 35-46.

BRUWIER, N., DELIZÉE, A., MICHAUX, C., et DE BROUWER, S., « Évolution du service de traduction et interprétariat en milieu social bruxellois (SeTIS Bruxelles) : de la reconnaissance à la valorisation des compétences chez l'interprète », *FITISPos-IJ*, 2019, vol. 6, n° 1, pp. 28-45.

CALBÉRAC, Y. et HUGONIE, G., « Terrain d'affrontement : la relecture d'une controverse scientifique (1902 - 1922) », *Bulletin de l'Association de Géographes Français*, 2007, vol. 84, n° 4, pp. 429-436.

CHAPOULIE, J.-M., « Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie », *Sociétés Contemporaines*, 2000, vol. 40, n° 1, pp. 5-27.

CHWALCZUK, M. et BENAYOUN, J. -M., « Le corps en interprétation. Dimension non verbale des discours interprétés », *Traduire. Revue française de la traduction*, 2021, n° 245, pp. 11-26.

COHEN-EMERIQUE, M. et FAYMAN, S., « Médiateurs interculturels, passerelles d'identités », *Connexions*, 2005, vol. 83, n° 1, pp. 169-190.

COHEN-EMERIQUE, M., « Positionnement et compétences spécifiques des médiateurs », *Hommes & migrations*, 2004, vol. 1249, n° 1, pp. 36-52.

CORENS, D., « Belgium: Health system review », *Health Systems in Transition*, 2007, vol. 9, n° 2, pp. 1-172.

CORNET, A., TOMAT, C., UZUN, A., MATAMBA, P., « La médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique : une recherche de reconnaissance », *Management & Sciences Sociales*, 2017, n° 2, pp. 4-14.

DAUVIRIN, M., GEERTS, C. et LORANT, V., « Santé des migrants et bonnes pratiques », *Santé conjugulée*, 2010, n° 51, pp. 19-25.

DE SARDAN, J.O., « L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants », *Études et travaux*, Les sciences sociales contemporaines, 2003, n° 13, pp. 1-58.

DEVITO, J. A. « SILENCE AND PARALANGUAGE AS COMMUNICATION », *Etc.*, 2017, vol. 74, n° 3/4, pp. 482-86.

DI PASTENA, A., SCHIARATURA, L. T. et ASKEVIS-LEHERPEUX, F., « Joindre le geste à la parole : les liens entre la parole et les gestes co-verbaux », *L'Année psychologique*, 2015, vol. 115, n° 3, pp. 463-493.

ES-SAFI, L., « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant », *Pensée plurielle*, 2001, vol. 3, n° 1, pp. 27-34.

FLORES, G., LAWS, M. B., MAYO, S. J., ZUCKERMAN, B., ABREU, M., MEDINA, L. et HARDT, E. J., « Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters », *Pediatrics (Evanston)*, 2003, vol. 111, n° 1, pp. 6-14.

GILLARD, P., « Acte et forfait : une même finalité », *Santé conjugulée*, 2020, n° 92, pp. 1-4.

- HUDELSON, P. et VILPERT, S., « Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices », *BMC health services research*, 2009, vol. 9, n° 1, pp. 1-9.
- JAMART, H., VAN DURME, T. et BELCHE, J. L., « Les maisons médicales en Belgique : la santé dans tous ses états. », *Revue Médicale Suisse*, 2023, vol. 19, n° 826, pp. 900-905.
- KRYSTALLIDOU, D. et PYPE, P., « How interpreters influence patient participation in medical consultations: The confluence of verbal and nonverbal dimensions of interpreter-mediated clinical communication », *Patient Education and Counseling*, 2018, vol. 101, n° 10, pp. 1804-1813.
- MEDINA, P., MAIA, A.C. et COSTA, A., « Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care », *Frontiers in public health*, 2022, vol. 9, pp. 798222-798222.
- MEUTER, R.F.I., GALLOIS, C., SEGALOWITZ, N. S., RYDER, A. G. et HOCKING, J., « Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language », *BMC health services research*, 2015, vol. 15, n° 1, pp. 1-6.
- MOUSSAOUI, A., « Observer en anthropologie : immersion et distance », *Contraste*, 2012, vol. 36, n° 1, pp 29-46.
- PASQUANDREA, S., « Managing multiple actions through multimodality: Doctors' involvement in interpreter-mediated interactions », *Language in society*, 2011, vol. 40, n° 4, pp. 455-481.
- POYATOS, F., « Language and nonverbal systems in the structure of face-to-face interaction », *Language & Communication*, 1983, vol. 3, n° 2, pp. 129-140.
- RAMOS PINTO, S. et ADAMI, E., « Traduire dans un monde de signes non traduits : l'incidence de la multimodalité en traductologie », *Meta (Montréal)*, 2020, vol. 65, n° 1, pp. 9-28.
- RANDHAWA, G., FERREYRA, M. AHMED, R., EZZAT, O. et POTTIE, K., « Using machine translation in clinical practice », *Canadian family physician*, 2013, vol. 59, n° 4, pp. 382-383.
- RASI, S., « Impact of language barriers on access to healthcare services by immigrant patients: A systematic review », *Asia Pacific journal of health management*, 2020, vol. 15, n° 1, pp. 35-48.
- SAFAR, H. et HMAMI, A., « L'interprétation en milieu social, profil et mission en Belgique francophone », *Çédille revista de estudios franceses*, 2014, vol. 4, pp. 77-89.
- SCHYVE, P.M., « Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective », *Journal of general internal medicine: JGIM*, 2007, n° S2, pp. 360-361.
- SINGY, P., « Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction : Communication et minorités dans les réseaux de soins : Communiquer en milieu hospitalier : de la relation de soins à l'expertise médicale », *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, vol. 74, 2001, pp. 175-192.
- STECK, J.-F., « Être sur le terrain, faire du terrain », *Hypothèses*, 2012, vol. 15, n° 1, pp. 75-84.
- THOUROUDE, V., « La situation de communication lors de la consultation médicale avec et sans interprète. Points de tensions et stratégies développées par les interacteurs de la situation de soin », *Cahiers internationaux de sociolinguistique*, 2021, n° 1, pp. 145-177.

TICCA, A.C. et TRAVERSO, V., « Interprétation, traduction orale et formes de médiation dans les situations sociales Introduction », *Langage et société*, 2015, vol. 153, n° 3, pp. 7-30.

TICCA, A.-C. et TRAVERSO, V., « La bonne information : quand les interprètes corrigent les réponses du patient au docteur dans la consultation médicale », *The Interpreters' newsletter*, 2015, vol. 20, pp. 161-174.

TICCA, A.C. et TRAVERSO, V., « Territoires corporels, ressenti et paroles d'action : des moments délicats de la consultation médicale avec interprète », *Langage et société*, 2015, vol. 153, n° 3, pp. 45-74.

WADENSJÖ, C., « Dialogue Interpreting and the Distribution of Responsibility », *Hermes, Journal of Linguistics*, 1995, n° 14, pp. 111-129.

ZGHAL, A., EL-MASRI, M., MCMURPHY, S. et PFAFF, K., « Exploring the Impact of Health Care Provider Cultural Competence on New Immigrant Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Canadian Newcomers », *Journal of transcultural nursing*, 2021, vol. 32, n° 5, pp. 508-517.

Sites Internet :

« Accès aux soins en Belgique : une porte entrouverte – CIRÉ asbl », 2012, disponible sur <https://www.cire.be/acces-aux-soins-en-belgique-une-porte-entre-ouverte/> (Consulté le 28 avril 2024).

« anthropologie - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert », s.d., disponible sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/anthropologie> (Consulté le 8 décembre 2023).

« Cultural Barriers to Communication », 2024, disponible sur <https://barriersofcommunication.com/cultural-barriers-to-communication/> (Consulté le 29 avril 2024).

« Définitions : kinésique - Dictionnaire de français Larousse », s.d., disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/kin%C3%A9sique/45557> (Consulté le 22 mai 2024).

« En savoir plus sur Vasco | Notre histoire et nos collaborateurs », *Vasco Electronics*, s.d., disponible sur <https://vasco-electronics.fr/qui-sommes-nous> (Consulté le 22 mars 2024).

« Interprétariat et traduction : services du SeTIS wallon », *Setis Wallon*, s.d., disponible sur <https://setisw.com/interpretariat-et-traduction/> (Consulté le 12 novembre 2023).

« Interprète en milieu social : le SeTIS wallon à votre service », *Setis Wallon*, s.d., disponible sur <https://setisw.com/> (Consulté le 12 novembre 2023).

« Liste des langues disponibles pour médiation interculturelle à distance (à partir de & vers FR) », *SPF Santé publique*, 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-langues-disponibles-pour-mediation-interculturelle-distance-partir-de-vers-fr> (Consulté le 9 novembre 2023).

« Maison médicale (MM) », *Fédération des maisons médicales*, s.d., disponible sur <https://www.maisonmedicale.org/maison-medicale/> (Consulté le 22 février 2024).

« Médecins spécialistes », *SPF Santé publique*, 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/medecins-dentistes-et-pharmaciens/medecins-specialistes> (Consulté le 28 avril 2024).

« médiation | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition », s.d., disponible sur <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M1506> (Consulté le 6 janvier 2024).

« Médiation interculturelle (face à face) », *SPF Santé publique*, 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle/mediation> (Consulté le 6 mars 2024).

« Médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence) », *SPF Santé publique*, 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle/mediation-0> (Consulté le 6 mars 2024).

« Médiation interculturelle dans les soins de santé », *SPF Santé publique*, 2016, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle-dans-les-soins-de> (Consulté le 9 novembre 2023).

« Organisation | Sociaal Vertaalbureau », *Le Service d'Interprétariat de Bruxelles Accueil asbl*, s.d., disponible sur <https://www.servicedinterpretariatsocial.be/algemeen/organisatie/> (Consulté le 17 mai 2024).

« Origine | Statbel », *Statbel*, 2023, disponible sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population/origine> (Consulté le 28 avril 2024).

« Seventh Global Conference on Health Promotion: Health literacy », s.d., disponible sur <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy> (Consulté le 28 avril 2024).

« sociologie - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert », s.d., disponible sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/sociologie> (Consulté le 8 décembre 2023).

« Statistiques d'asile : aperçu 2022 », *CGVS*, 2023, disponible sur <https://www.cgra.be/fr/actualite/statistiques-dasile-aperçu-2022> (Consulté le 28 avril 2024).

« Structure de la population », *Statbel*, 2023, disponible sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#news> (Consulté le 28 avril 2024).

« Système de santé belge », *Vers une Belgique en bonne santé*, 2024, disponible sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hit> (Consulté le 28 avril 2024).

« Vasco Electronics », *Vasco Electronics*, s.d., disponible sur <https://vasco-electronics.fr/fonctionnalites> (Consulté le 22 mars 2024).

GAGNON, E., « Sociologie et anthropologie », *Anthropen*, 2016, pp. 1-4, disponible sur <https://revues.ulaval.ca/ojs/index.php/anthropen/article/view/30681> (Consulté le 7 décembre 2023).

SLADE, S. et SERGENT, S.R., « Language Barrier », *StatPearls*, Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2024, disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507819/> (Consulté le 30 avril 2024).

Rapports et documents :

« Code de déontologie de l'interprète en milieu social », Bruxelles, 2011, Code-de-déontologie-SeTIS-Bxl-version-2016.pdf (setisbxl.be) (Consulté le 12 mai 2024).

COUNE, I., DAUVIRIN, M. et VERREPT, H., *Vers des soins de santé équitables pour les migrants et minorités ethniques*, Bruxelles, Cellule médiation interculturelle et support de la politique, 2020, pp. 7-8, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/ethealth-fr> (Consulté le 12 novembre 2023).

DELIZEE, A., *Émergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone.*, humanOrg Working Paper, Université de Mons, 2015.

Direction générale, Soins de Santé, *Données phares dans les soins de santé*, Bruxelles, Service public fédéral. Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2019, disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante> (Consulté le 6 novembre 2023).

Fédération des maisons médicales, *Charte des maisons médicales*, Bruxelles, 2006, disponible sur <https://www.maisonmedicale.org/charte-des-maisons-medicales/> (Consulté le 15 février 2024).

LEANZA, Y. et BOIVIN, I., « Interpréter n'est pas traduire. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire », *Actes en ligne du colloque international « L'éducation en contextes pluriculturels : la recherche entre bilan et prospectives »*, 2008.

ROBERFROID, D., DAUVIRIN, M., KEYGNAERT, I., DESORMER, A., KERSTENS B, CAMBERLIN, C., GYSEN, J., LORANT, V. et DERLUYN, I., « Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? », KCE Report, 2015, pp. 7.

VERREPT Hans, COUNE Isabelle, « Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé », Service public fédéral — Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2016, disponible sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/guide_fr_-_def.pdf (consulté le 9 novembre 2023).

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien (premier entretien)

Présentation de l'enquêtrice

Je suis étudiante à l'Université de Liège et actuellement en Master de Traduction. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je mène une recherche sur les différentes ressources de traduction employées lors de consultations médicales multilingues. J'ai donc pour ambition d'en apprendre plus sur les moyens mis en place lorsqu'un patient se présente à une consultation et qu'il ne parle pas français. C'est en votre qualité de membre du service de médiation interculturelle que je souhaite m'entretenir avec vous aujourd'hui. Je souhaite obtenir des informations sur ce service et sur le rôle de médiateur interculturel. Par la suite, j'aimerais également découvrir et analyser les autres ressources mises en place, lorsque votre service n'est pas sollicité pour une consultation multilingue.

Afin de ne pas altérer la qualité et l'authenticité de vos propos, et si vous n'y voyez pas d'objection, cet entretien sera enregistré à l'aide de mon téléphone. Cet entretien sera retranscrit dans l'unique cadre de mon travail et ne sera pas utilisé pour autre chose. Je vous assure également que votre anonymat sera préservé lors de la retranscription. La durée de cet entretien tournera autour d'une heure, avec la possibilité d'allonger ce temps, à votre meilleure convenance.

Durant cet entretien, je serai amenée à vous poser des questions sur ce service et sur le rôle de médiateur interculturel. Si je ne me fais pas bien comprendre, n'hésitez pas à me demander de répéter, et si vous avez la moindre question sur cet entretien ou sur l'objectif de mon travail, n'hésitez pas à m'en faire part. Avez-vous des questions ?

Thème 1 : l'enquêtée

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?	Quelle a été votre formation ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?	

En quoi consiste votre rôle dans le service ?	<p>Quelles missions vous sont confiées ?</p> <p>Comment se déroule une journée type pour vous ?</p>	
---	---	--

Thème 2 : le service

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Vous travaillez donc au service de médiation interculturelle. Pouvez-vous me parler de ce service ?	<p>Quand ce service a-t-il été créé ?</p> <p>Pourquoi a-t-il été créé ?</p>	
Quels sont les différents rôles qu'on peut retrouver dans ce service ?	<p>Combien de personnes travaillent dans le service ?</p> <p>Pouvez-vous nous décrire les missions associées au rôle de...</p> <p>Qui choisit quel médiateur est appelé ?</p>	

Thème 3 : la médiation

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Comment se déroule l'organisation de la médiation, l'avant-médiation ?	<p>Qui demande la médiation ? (Patient ? Soignant ? Autre ?)</p> <p>Comment la demande de médiation est-elle faite ?</p>	

	Comment est organisée la médiation ? Que faut-il mettre en place ?	
Comment se déroule la médiation ?	Que faut-il prévoir de plus que lors d'une consultation normale ? Le médiateur s'annonce-t-il au patient/au soignant ? Quels moyens sont utilisés ? (TAO, TA, traduction à vue)	
Que se passe-t-il à la fin de la médiation ? Comment se déroule l'après-médiation ?	Est-ce que le médiateur doit faire un compte-rendu ?	
Le patient ou la médecin a-t-il la possibilité de donner un feedback ?	Est-ce courant ? Comment peuvent-ils faire ?	

Thème 4 : le médiateur

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Quelles sont les compétences requises pour devenir médiateur ?	Une formation en traduction ou interprétation est-elle requise ? Existe-t-il des formations obligatoires que le médiateur doit suivre ? Le médiateur est-il de l'origine de la langue qu'il interprète ? Ou la compétence linguistique suffit-elle ?	

Quelles sont les qualités indispensables pour être un bon médiateur ?		
Le rôle du médiateur est-il limité durant la médiation ? Y a-t-il des choses qu'il ne peut pas faire ou qui sont déconseillées ?	Quelle place peut prendre le médiateur lors de la médiation ? Suivez-vous un guide de déontologie ?	
Pouvez-vous décrire la relation du médiateur avec le soignant ?	Et avec le patient ?	

Thème 5 : les difficultés

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Pouvez-vous me parler des difficultés qu'il est possible de rencontrer lors d'une médiation ?	Avez-vous des exemples de difficultés, soit linguistiques (de traduction), soit relationnelles avec le soignant ou le patient ?	

Questions finales

Question principale	Question complémentaire et relance	Zone de prise de notes
D'après vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans le service ?	Pour faciliter le travail du médiateur, du soignant, le bien-être du patient ?	

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe 2 : retranscription (premier entretien)

Date de l'entretien : 20 octobre 2023.

Enquêtée : la coordinatrice d'un service hospitalier de médiation interculturelle.

Enquêtrice : Louise Hennico.

Durée du document sonore : 35 min, 30sec.

1 — 00:00 -01:28

[Enquêtée] : Ce service existe depuis plus de vingt ans. C'est un service qui a commencé par un projet pilote proposé par le Ministère, le SPF Santé, et c'est Monsieur Hans Verrept qui s'occupe de chapeauter la médiation interculturelle au niveau du Ministère et pour toute la Belgique. Donc, ça a commencé il y a vingt ans d'ici. Au départ, c'était une petite équipe de deux personnes, on avait [nom de la personne] qui est toujours là avec nous aujourd'hui et [nom de la personne] qui est là aussi, mais qui est sur un autre service, qui fait partie de l'interprétariat, mais c'est un autre service pour lequel je vais m'expliquer. Et, aujourd'hui, on est une équipe de huit. On a commencé avec la langue arabe, le marocain et le turc, et aujourd'hui, on a l'arabe, le marocain, deux personnes qui parlent le turc... l'arabe marocain avec le berbère, donc l'arabe populaire, et le berbère, deux personnes qui parlent le turc, une personne qui parle le serbo-croate, une autre... deux personnes qui parlent l'arabe classique et l'une des deux parle le dari-farsi en plus, donc c'est la langue afghane. On a [nom de la médiatrice] qui parle l'albanais et on a engagé dernièrement une collègue qui parle le russe et l'ukrainien.

[Enquêtrice] : D'accord.

2 — 01:28-02:04

[Enquêtée] : Forcément, c'est suite à la géopolitique, donc, comme je vous ai dit, au départ c'était plutôt marocain et turc et puis, avec la guerre, l'Afghanistan, voilà, il y a eu des immigrés qui sont venus ici et qu'il fallait bien prendre en charge.

[Enquêtrice] : Une demande supplémentaire ?

[Enquêtée] : C'est ça. Donc, la demande dépend vraiment du contexte géopolitique. Ça, il faut le savoir. C'est pour ça qu'on a engagé dernièrement [nom de la médiatrice] qui parle le russe et l'ukrainien, parce qu'on a eu beaucoup d'arrivées ukrainiennes.

3 — 02:04-03:31

[Enquêtée] : Voilà, donc, ce que je vais dire, c'est que le service de médiation interculturelle n'est pas seulement de l'interprétariat. Ce n'est pas de la traduction pure et simple. C'est... ça va au-delà de la traduction. C'est le suivi du patient et je dis toujours que ce sont des passeurs de culture, donc ils sont là pour expliquer dans une relation de triade entre le médecin, le patient et le médiateur. Donc voilà, ce sont des passeurs de culture parce qu'ils doivent expliquer d'un côté la culture de l'autre et de l'autre côté, ils doivent expliquer la culture de la Belgique. Donc, il y a des choses qui sont logiques pour nous, mais qui ne sont pas forcément logiques pour les autres. Voilà, je dois dire que ça, c'est très important de le dire et elles s'occupent également du suivi, de l'accueil du patient. On les accompagne à reprendre les rendez-vous, on les accompagne à demander leurs résultats. Des fois, ça va même au-delà du contexte médical. De temps en temps, on les appelle pour savoir si on ne sait pas téléphoner à l'infirmière ou

quelqu'un qui pourrait venir à domicile ou voilà. C'est vraiment l'accueil, l'accompagnement, la traduction des patients qui sont en difficulté. Et le but, c'est vraiment de diminuer cette barrière linguistique entre le corps médical et le patient.

Par rapport au médiateur, ils doivent avoir des qualités qui sont nécessaires pour faire ce travail. Ils doivent être neutres et ils ne doivent pas avoir de jugement. Ce n'est pas parce qu'il y a des choses qui ne sont pas dans la culture qu'il faut avoir le jugement, disons que je ne sais pas moi : en général, dans la communauté arabe, il est interdit de se faire avorter. Et bien, la collègue qui fait la traduction ne peut pas avoir de jugement et elle est là pour respecter le choix de la personne qu'elle a devant elle et voilà. Elle doit rester neutre, impartiale et elle doit savoir garder cette distance-là avec le patient.

Et des fois, c'est un peu difficile, parce qu'elles sont confrontées à des situations très difficiles, surtout quand ça touche des enfants. Donc ça, c'est quelque chose qui s'apprend, je vais dire, avec les années, mais qui reste quand même difficile. Elles ont cette charge émotionnelle qui est quand même très difficile.

6 — 04:40-09:01

[Enquêtée] : Qu'est-ce que je pourrais bien dire ? Comme je vous ai dit, le service est composé de huit personnes. Ces huit personnes-là, vous avez des personnes qui sont en vidéoconférence. Donc, on a eu un projet il y a quelques années d'ici, un projet de vidéoconférence. Les collègues ont des permanences à respecter, des matinées ou des après-midis où elles doivent rester dans un petit cagibi. Je vais vous montrer après.

[Enquêtrice] : Ça se passe quand même ici à [nom de l'institution] ?

[Enquêtée] : Ou en télétravail. Il y en a qui préfèrent venir ici, il y en a qui préfèrent rester en télétravail, parce qu'il y a cette confidentialité là à respecter, donc on ne peut pas les mettre n'importe où et faire de la traduction n'importe où.

[Enquêtrice] : Oui, oui, exact.

[Enquêtée] : Donc, soit elles sont en télétravail, soit elles sont dans un petit cagibi. Elles sont, enfin, ce sont des matinées ou des après-midis et ça, c'est un peu le Ministère qui a un peu décidé et dispatché les plannings de chacun. Et donc, elles sont vouées à être appelées, par exemple par l'Hôpital de Bruxelles. Si elles ont une demande maintenant, ils vont aller regarder dans la plateforme et voir qui est disponible pour la langue turque, par exemple. Ils vont fixer un rendez-vous, soit maintenant, soit dans une demi-heure, soit dans une heure. Ça dépend un peu des disponibilités de chacun. Donc on a le système de médiateur qui est en présentiel où elles prennent les rendez-vous via leur agenda avec le patient, et elles ont ces vidéoconférences là où elles doivent être devant leur PC et répondre aux demandes de toute la Belgique, donc ça peut être l'Hôpital de Charleroi, l'Hôpital à Bruxelles, une maison médicale, toutes les personnes qui sont affiliées à cette plateforme-là. Et si on ne trouve pas de disponibilité non plus parce qu'on n'a pas toutes les langues, disons qu'on a une demande pour du somali. On n'a pas de médiateur qui parle le somali, donc qu'est-ce qu'on va faire ? On va essayer de regarder en vidéoconférence, mais il n'y a qu'une seule personne, je crois, qui travaille en vidéoconférence pour le somali, mais on n'a pas toutes les disponibilités donc peut-être que la personne, la médiatrice qui parle le somali, est déjà occupée à ce moment-là, ou peut-être que ce n'est pas dans sa permanence. Si on a une disponibilité, on va fixer le rendez-vous en vidéoconférence et si on n'a pas, on va essayer de regarder en troisième possibilité dans le répertoire interne de l'hôpital. C'est un répertoire où tous les membres du personnel qui parlent une autre langue que le français sont répertoriés dans le site et ça peut être un médecin qui parle

anglais, ça peut être une femme de ménage qui parle le néerlandais, ça peut être vraiment tous les services et secteurs confondus. En général, ils sont volontaires, donc on les appelle, on leur dit : voilà, on a une demande dans telle salle ou dans tel service, est-ce que vous savez dépanner ? Donc voilà, j'ai dit : présentiel, si on n'a pas, vidéoconférence, si on n'a pas, on regarde avec le répertoire interne et si vraiment on n'a pas, alors on fait appel au *SeTis* wallon, à Bruxelles Accueil et là c'est un service qui est payant, mais qui est à charge de notre service. Les trois solutions sont des services qui sont gratuits, ce n'est pas à charge des patients.

[Enquêtrice] : Donc, si j'ai bien compris, pour la vidéoconférence, c'est le SPF de la Santé qui met ça en place pour toute la Belgique. Les personnes qui travaillent ici sont quand même susceptibles d'être appelées dans un autre hôpital ?

[Enquêtée] : Dans un hôpital à Bruxelles oui, c'est ça.

[Enquêtrice] : D'accord, très bien. Est-ce que ça arrive souvent que vous deviez choisir une autre alternative, donc si en présentiel, ça ne va pas, s'il n'y a personne de disponible en télétravail ou en vidéoconférence, est-ce que vous arrivez souvent au point de devoir faire appel par exemple au *SeTis* wallon ?

[Enquêtée] : Oui, c'est souvent pour des langues qu'on n'a pas forcément, qui sont un peu plus rares. Par exemple, le swahili, le somali, l'hindi. Tout ça, ce sont des langues qui sont moins communes, on va dire, donc on fait régulièrement appel à leur service.

[Enquêtrice] : D'accord, OK, très bien. Merci déjà pour toutes ces informations. J'ai déjà pu noter pas mal de choses.

7 — 09:01 -11:35

[Enquêtrice] : Est-ce que je pourrais vous demander quel est votre rôle dans ce service ?

[Enquêtée] : Moi, ça fait 15 ans que je travaille au service de l'hôpital. J'ai commencé par être employée. Ensuite, 10 ans après, j'ai été assistante de Madame [Nom] qui est la grande responsable de tout ce qui est polyclinique, secrétariat, trace du patient. Donc, j'ai été son assistante pendant un an et j'ai repris mes études. J'ai fait un Master en sciences du travail et justement, mon mémoire était dédié au service de médiation interculturelle. Notre grande responsable est venue me chercher parce que c'était Monsieur [Nom] qui était responsable du service social et du service de médiation interculturelle, mais voilà, il a changé, enfin, il est parti de l'hôpital et donc, on m'a proposé de reprendre le service de médiation interculturelle, que j'ai accepté avec grand plaisir. C'était une opportunité pour moi et c'est un service que j'ai... c'est mon service de cœur. Même si je ne travaillais pas dans le service de médiation interculturelle, comme j'étais dans le répertoire interne de l'hôpital, on me demandait régulièrement de faire une petite traduction un peu à gauche à droite, quand [nom de la médiatrice] n'était pas là, parce que je parle maghrébin aussi, mais je ne suis pas médiatrice. On m'appelait vraiment pour dépanner. J'ai donc toujours été liée à ce service-là et maintenant, ça fait un an et demi que je suis responsable du service de *Médiation interculturelle*. On m'a donné la charge justement de développer ce projet de vidéoconférence qui était un petit peu, je vais dire abandonné. Avant que je ne commence, les demandes en vidéoconférence de l'hôpital vers d'autres médiateurs qui sont dans un autre hôpital par rapport à la vidéoconférence, je pense qu'on était à 5 demandes par trimestre.

[Enquêtrice] : D'accord.

[Enquêtée] : Et une fois qu'on a développé ça avec l'aide de mes collègues, on est arrivé à 300 demandes par trimestre. Donc, ça a été un succès, on a vraiment bien développé ce projet-là.

[Enquêtrice] : La preuve que la demande était bien présente.

[Enquêtée] : Ah oui, oui, oui, la demande était bien présente et voilà, il manquait juste un petit peu d'organisation et voilà. Mon rôle est de coordonner un peu tout ça, c'est faire les horaires.

8 — 11:37-13:31

[Enquêtée] : Ah oui, on a aussi une ligne d'urgence, j'ai oublié de vous parler de ça. Donc, on a une ligne d'urgence pour laquelle tous les membres du personnel peuvent téléphoner s'ils ont un besoin. C'est une ligne d'urgence qui est déviée sur les « decks » de chaque agent, dont ils ont la matinée ou l'après-midi. Je dispatche un peu ça dans la semaine et on téléphone au 18077 et on dit : « on a une demande pour tel patient, pour telle langue, est-ce qu'on peut avoir quelqu'un, est-ce que vous pouvez trouver une solution. »

[Enquêtrice] : Sur le moment même réellement ?

[Enquêtée] : Sur le moment même ou ça peut être une demande pour la semaine prochaine. On travaille beaucoup avec le service social et on a régulièrement des demandes, donc le 18077, c'est notre ligne d'urgence. C'est à ce numéro-là que les membres de l'hôpital peuvent téléphoner pour qu'on puisse répondre à la demande. Et on travaille aussi beaucoup par mail, donc on reçoit les mails des différents services, des prises de rendez-vous : « il y a tel patient qui a rendez-vous tel jour, telle heure avec tel médecin. Il a besoin d'un médiateur qui parle telle langue. Auriez-vous une disponibilité ? » Alors, nous, on répond aux mails en essayant de trouver des solutions, si on a en présentiel, ce sera en présentiel. Sinon, ce sera en vidéoconférence, sinon par téléphone. On a quand même assez de choix pour répondre aux différentes demandes.

[Enquêtrice] : Et c'est souvent le soignant du coup qui fait appel à votre service. Est-ce que le patient peut, de lui-même, faire appel à vous aussi ?

[Enquêtée] : Ah oui, oui, même le patient. On a beaucoup de demandes.

[Enquêtrice] : Par mail alors ?

[Enquêtée] : Par mail, par téléphone, voilà, le 18077, comme on ne sait pas vers où se diriger, ils n'ont pas forcément le réflexe d'aller regarder dans le répertoire. Ils préfèrent faire le 18077 et c'est la personne qui a les noms d'urgence qui s'occupe de trouver une solution.

9 — 13:31-15:47

[Enquêtrice] : D'accord, très bien, merci. Je voulais... je reprends un peu tout... Vous m'avez dit qu'il y avait huit personnes qui travaillaient dans ce service, en vous comptant aussi ?

[Enquêtée] : Non.

[Enquêtrice] : Donc huit personnes et vous, qui coordonnez le service. Est-ce que ces huit personnes sont tous ou toutes, je ne sais pas, médiateurs ou médiatrices ?

[Enquêtée] : Ils sont tous médiateurs, oui.

[Enquêtrice] : D'accord, donc c'est huit médiateurs qui travaillent dans ce service. Oui, je voulais vous demander : est-ce que les médiateurs/médiatrices sont issus du pays de la langue qu'ils parlent, ou est-ce que c'est une compétence linguistique qu'ils ont en plus ?

[Enquêtée] : Non, ce sont des personnes qui sont, c'est dans leur culture, comme je vous ai dit, ce sont des passeurs de culture, donc il n'y a pas que de la traduction. Forcément, ce sont des personnes qui viennent de leur pays... enfin les langues viennent de leur pays d'origine.

[Enquêtrice] : Et est-ce que ça pourrait se produire que ce soit quelqu'un qui parle le français comme première langue, mais qui a d'autres langues comme bagage linguistique supplémentaire, ou c'est plus rare ?

[Enquêtée] : Non.

[Enquêtrice] : Non, d'accord.

[Enquêtée] : Non, ce ne sont pas des médiateurs alors. Par exemple, on fait appel à une collègue qui est belge, mais qui parle très bien le néerlandais. Quand on a une demande en néerlandais, on l'appelle.

[Enquêtrice] : Ce serait plus un travail d'interprète que de médiateur ?

[Enquêtée] : Plutôt interprète oui.

[Enquêtrice] : Très bien. Et, quelles sont les compétences professionnelles requises pour être médiateur ? Est-ce qu'il existe des formations ? Est-ce qu'il existe des études ?

[Enquêtée] : Ils ont un test, oui. Ils ont un examen à passer au niveau du Ministère. Il me semble que c'est un jeu de rôle avec une personne qui parle la même langue que ces personnes-là. Je n'ai jamais assisté à ce genre d'examen, mais oui, il y a un test et il y a des formations qui sont régulières. Ils ont accès à des formations, même en interne. On n'a jamais terminé d'apprendre, donc voilà. Dernièrement, on a eu une formation : « comment gérer la collègue... euh la colère, pardon, des différents patients ». Donc, oui, elles suivent régulièrement des formations.

[Enquêtrice] : D'accord, ok, très bien.

10 — 15:47-21:40

[Enquêtrice] : Au sujet de la médiation en elle-même. Est-ce que, donc la médiation, en fait, je dis ça, mais je suppose que la médiation commence avant la consultation. Finalement, vous m'avez dit que le médiateur accueillait le patient.

[Enquêtée] : Oui.

[Enquêtrice] : C'est souvent directement à son entrée dans l'hôpital que le contact se fait avec le médiateur ?

[Enquêtée] : Si le patient arrive à se débrouiller et aller lui-même à la salle... En général, ils ont le numéro direct des médiateurs donc, quand ils arrivent dans l'hôpital, ils préviennent qu'ils sont là, alors le médiateur, s'il est occupé, il lui dira : « va t'asseoir dans la salle d'attente, va chercher tes étiquettes », s'il sait se débrouiller. Sinon, il va l'accueillir, oui, il l'accueille et il va avec prendre des étiquettes et il le dépose en salle, mais il n'attend pas forcément. Le médiateur n'attend pas forcément parce que souvent, les médecins ont du retard et ils ont d'autres rendez-vous qui sont fixés avant et après, donc voilà, quand ils peuvent ils les accompagnent ou sinon, quand ils sont assez débrouillards, ils prennent leurs étiquettes, ils vont

dans la salle d'attente ou le médiateur téléphone au médecin en lui disant : « quand vous avez telle patiente, prévenez-moi, je monte directement. »

[Enquêtrice] : Oui, le médiateur assiste quand même à la consultation, ne serait-ce que pour transférer le message.

[Enquêtée] : Sinon ça n'aurait aucun intérêt.

[Enquêtrice] : Est-ce qu'il y a une organisation particulière avant une médiation ? J'imagine vraiment une sorte de triangulation entre le médecin, patient, médiateur, est-ce qu'il y a une sorte d'organisation particulière à ça ? De placement, de matériel, je ne sais pas ?

[Enquêtée] : Non, ça non.

[Enquêtrice] : D'accord.

[Enquêtée] : Non, mais voilà, par exemple, ils n'ont pas leur place dans les cabinets, ça non, mais si par exemple, on a notre collègue [nom du médiateur], c'est le seul homme du service. Si, par exemple, il va en consultation gynécologique pour une Albanaise, il ne va pas regarder. Enfin, même une femme ne va pas regarder. Donc, en général, elles se positionnent devant et le médecin consulte derrière et elles font la traduction comme ça. Mais, elles ne vont pas regarder.

[Enquêtrice] : Oui, c'est normal. Est-ce que, par hasard, étant donné que moi je suis des études de traduction, je me demandais : est-ce que les médiateurs sont amenés à utiliser des machines de traduction automatique ou des dictionnaires, des lexiques ? Est-ce qu'ils ont de la terminologie peut-être médicale ?

[Enquêtée] : En général, ils connaissent très bien les termes médicaux. Non.

[Enquêtrice] : Non, pas spécialement, d'accord.

[Enquêtée] : On a des appareils comme ça de traduction, mais qu'elles n'ont jamais utilisés. Ce n'est pas très efficace.

[Enquêtrice] : Et une fois que la consultation est terminée, qu'est-ce qu'il se passe ?

[Enquêtée] : Et bien qu'est-ce qu'il se passe ? S'il faut reprendre un rendez-vous, alors la collègue va l'accompagner pour reprendre un rendez-vous en fonction de l'agenda de la médiatrice... Je dis souvent « médiatrices » parce que ce sont beaucoup des femmes... ou du médiateur et puis après, elle le laisse partir. Mais en général, elle fait le suivi, elle continue les consultations. Ou, si par exemple, moi hier, j'ai dû dépanner, ramener la vidéoconférence pour l'ourdou, donc c'est une langue qui est un peu moins commune et c'était une consultation chez l'anesthésiste, donc j'ai déposé le PC et au final, le médecin parlait bien anglais et le patient un petit peu, donc ils se sont débrouillés comme ça, mais bon, voilà, on a quand même fait la médiation en vidéoconférence et puis, il fallait accompagner Monsieur pour aller faire sa préadmission pour l'opération, donc j'ai accompagné Monsieur qui était un peu perdu dans l'hôpital aux admissions. J'ai gardé la vidéoconférence avec le médiateur qui se trouve dans un autre hôpital et on a fait ça, voilà, donc, il y a vraiment cet accompagnement.

[Enquêtrice] : Oui exact, c'est ça. Le mot à retenir, c'est vraiment un accompagnement.

[Enquêtée] : Accompagnement oui.

[Enquêtrice] : Très bien et, est-ce que le médiateur ou la médiatrice doit faire un compte-rendu ? Au sein vraiment du service, il faut un compte-rendu de la médiation ? Est-ce qu'il y a un suivi ?

[Enquêtée] : Non, sauf pour les collègues qui travaillent en binôme. Par exemple, on a deux personnes qui parlent la langue turque. Comme elles s'échangent entre guillemets par rapport à leur disponibilité, aux patients, elles se font un petit suivi : « j'ai tel patient qui est venu et il y a ça, ça, et ça. Il faut reprendre rendez-vous dans tel service pour lui ». Voilà. Elles se font un peu le suivi comme ça. Sinon, par exemple pour [nom de la médiatrice] qui parle le serbo-croate, elle est un peu toute seule, donc ça ne sert à rien qu'elle fasse le suivi du patient à une autre collègue qui n'a rien à voir avec le patient, non.

[Enquêtrice] : D'accord. Et est-ce que, soit le soignant, soit le patient, a l'occasion de donner un compte-rendu, un feedback de ce qu'il s'est passé ? Est-ce qu'ils peuvent donner, je ne sais pas, leur avis ? Ou est-ce que ça se fait ?

[Enquêtée] : Oui, oui. Ils peuvent donner leur avis, mais...

[Enquêtrice] : Ce n'est pas forcément quelque chose de courant ?

[Enquêtée] : Non, en plus, l'avis par rapport à la consultation ?

[Enquêtrice] : Oui, ou la médiation en général, ou la consultation ? Je me demande.

[Enquêtée] : Ils sont contents. Si c'est ça la question, oui ils sont très contents. Ils sont perdus quand ils n'ont pas le médiateur parce que ça arrive que le médiateur soit malade et ils se retrouvent comme ça un peu perdus. On essaye de trouver d'autres alternatives, mais des fois, on est bloqués et ils sont très mal. Non, c'est un service qui est très bien accepté et qui est très demandé et on les remercie bien.

11 — 21:40-25:27 [Le médiateur]

[Enquêtrice] : Et je voulais savoir si vous pouviez me décrire du coup, même si vous venez un peu de le faire, la relation entre le médiateur et le patient. Donc, il y a une relation vraiment d'aide et d'accompagnement qui est primordiale, une relation de confiance aussi, on pourrait dire ?

[Enquêtée] : Ah oui. Donc les médiateurs sont soumis à la confidentialité. Ils sont obligés d'avoir cette confiance-là, entre le médiateur et le patient, ça, c'est obligatoire. Parce que s'il n'y a pas de confiance, c'est un peu compliqué, le patient ne va pas pouvoir dire, honnêtement, je ne sais pas moi, quel genre de situations... On a déjà eu des situations où c'était des jeunes filles qui venaient se faire avorter, ce qui n'est pas forcément dans la culture de ces personnes-là.

[Enquêtrice] : Pour des sujets plus sensibles, il faut bien avoir confiance.

[Enquêtée] : Oui, ça, c'est obligatoire la confiance. Oui, elles sont obligées de respecter ça.

[Enquêtrice] : Et entre la relation... la relation pardon entre le médiateur et le soignant ?

[Enquêtée] : Alors, il y a vingt ans d'ici, apparemment, c'était très compliqué. Les médiateurs ont eu du mal à se faire accepter par les médecins, donc ça a été très compliqué. Apparemment hein, parce que je n'étais pas là, moi, à cette époque, mais ça a été très difficile de se faire accepter, mais là, la donne, elle a changé. La demande, elle vient des médecins, puisque le patient arrive et ne parle pas français. On a déjà eu des cas où le patient... euh le médecin refuse de faire la consultation parce qu'il est bloqué, il ne connaît pas le patient, donc le rôle du médiateur est très important.

[Enquêtrice] : Les bénéfices, en fait, sont autant pour le patient que pour le soignant.

[Enquêtée] : Oui, ils sont partagés.

[Enquêtrice] : Ils s'en rendent bien compte, la demande vient d'eux.

[Enquêtée] : Elles ont dû se faire imposer, au départ. C'est comme la vidéoconférence, ce n'était pas quelque chose qui était accepté par le médecin, mais j'ai pris la décision d'imposer et de ne pas demander si on pouvait apporter la vidéoconférence pour tel patient, un tel jour. J'ai pris la décision d'imposer, donc on arrivait avec le PC devant le médecin, un peu réticent. Ils ont l'impression, au départ... Je pense que les médecins avaient l'impression que c'était eux qui devaient se connecter sur le site, sur la plateforme, mettre le code.

[Enquêtrice] : Prendre du temps ?

[Enquêtée] : Oui, c'est ça, donc ça les ennuyait un petit peu, mais ce n'est pas du tout le cas. Nous, la connexion est déjà faite, le médiateur est déjà derrière son PC, on ramène le PC et quand ils ont terminé, ils téléphonent au 18077, on récupère le PC et puis c'est tout. Donc, je pense que maintenant, ils l'acceptent, puisqu'ils n'ont pas le choix s'ils veulent avoir le bon... enfin s'ils veulent que la consultation se passe bien et comprendre ce que le patient dit. Et vice versa, que le patient comprenne ce que le médecin lui dit. C'est obligatoire.

[Enquêtrice] : Est-ce que vous avez déjà été confrontée à des cas où les médecins étaient quand même réticents ?

[Enquêtée] : Oui hein.

[Enquêtrice] : Je suppose qu'il existe encore pas mal de consultations où ni le patient, ni le soignant ne fait appel à votre service et du coup, ça se débrouille un peu sans ça.

[Enquêtée] : Ça se débrouille un peu. Comme je vous ai dit, on a déjà eu des refus. Il y a des patients qui ont déjà été refusés par des médecins parce qu'ils ne parlaient pas le français, mais ce n'est pas leur faute. Ils ont quitté leur pays parce que c'était des situations compliquées et malheureusement, voilà, il faut aider le patient. On est dans un hôpital public où on essaye de rendre le séjour du patient le plus facile possible et de la meilleure manière.

12 — 25:27 -29:41

[Enquêtrice] : Au sujet vraiment du rôle de médiateur dans la médiation et de cette relation, est-ce que le médiateur a certaines limites lors d'une médiation. Vous m'avez parlé notamment de lors d'un examen gynécologique, évidemment, de rester quand même à une certaine distance, mais est-ce qu'il y a des limites dans ce métier de médiateur ?

[Enquêtée] : Oui, oui. Pas de jugement. Ça, c'est déjà une limite. Ils ne doivent pas avoir de jugement et ils ne doivent pas donner leur avis. Ils sont là pour faire cette traduction, cette médiation, et ils doivent être impartiaux et neutres. Ça, oui, c'est la limite qu'ils doivent avoir. Après, pour moi, ils doivent quand même avoir cette limite sentimentale, on va dire, mais ça, c'est un peu plus compliqué à respecter, puisqu'on est des humains et que malheureusement, des fois, on est confrontés à des situations très difficiles et très tristes, mais ça, avec les années, je pense qu'on arrive à mieux le faire.

[Enquêtrice] : Et, étant donné que le médiateur n'a pas un rôle vraiment purement linguistique, vous me l'avez bien expliqué, il peut se permettre peut-être de prendre, pas juste la place d'un traducteur, mais d'aller expliquer plus en profondeur, de prendre une place supplémentaire lors de la consultation, pour que le patient puisse poser des questions, etc., ou ça reste quand même vraiment une triangulation.

[Enquêtée] : Ah non, non, le patient pose des questions quand il est face au médecin, c'est comme nous, quand on va chez le médecin, non non, ça oui, le patient a le droit de poser ses questions.

[Enquêtrice] : Oui, oui, mais est-ce qu'il serait amené à poser des questions au médiateur : « ah, je n'ai pas très bien compris ce terme », ou d'autres choses ? Et qu'il y aurait quelque chose qui se dégage en plus du procédé de traduction.

[Enquêtée] : Ah oui, oui, évidemment, le médiateur fait tout pour qu'il comprenne.

[Enquêtrice] : D'accord.

[Enquêtée] : Et puis, des fois, c'est le médiateur qui va comprendre, faire comprendre plutôt, au médecin la culture de l'autre, ça aussi, ça peut arriver parce que le médecin ne comprend pas forcément pourquoi le patient est dans telle situation parce que ça ne se fait pas chez nous, en Belgique et que voilà, le médiateur doit expliquer. Je vais donner un bête exemple : on a eu un patient rom qui a été hospitalisé ici. Il était mourant. La communauté rom, c'est chapeauté par un patriarche. C'est lui qui décide un peu sur toute la communauté. Et, ça a été une catastrophe quand le chef a été hospitalisé, donc on avait tout le couloir qui était rempli par toute la communauté rom. C'était rempli, même à l'entrée de l'hôpital, les chambres, c'était rempli aussi. Et donc, les infirmières étaient... n'arrivaient pas à faire leur travail. C'était compliqué puisque les chambres étaient tout le temps remplies. Puis, ils sont fort dans les pleurs, etc. Bêtement, il fallait expliquer. Les infirmières ne comprenaient pas pourquoi il y avait autant de monde puisque, pour la communauté belge, la famille... les visites étaient réservées à la famille. Pour la communauté belge, la famille, ça se limite aux femmes, enfants, mais pour la communauté rom, non. La famille, c'est le père, la mère, les enfants, les petits-enfants, l'oncle, la tante, le cousin. Il fallait expliquer, d'un côté, les caractéristiques de l'autre et il fallait expliquer aux Roms que, chez les Belges, la famille, c'est les enfants et la femme, point. Donc, ça a été un exemple que je pourrais donner par rapport à la culture et à la difficulté culturelle de chacun. Il a fallu..., après, quand on a expliqué, comme d'un côté, comme de l'autre, ça a un peu tempéré.

[Enquêtrice] : Oui, je comprends bien.

13 — 29:41-32:48

[Enquêtrice] : Et donc, parmi les difficultés... Je voulais aborder maintenant le thème vraiment des difficultés liées à la médiation et au rôle de médiateur. Vous m'avez déjà parlé, réellement de la culture, évidemment. Il y a quand même une sorte de barrière culturelle et une barrière linguistique aussi. Est-ce qu'il y a des difficultés qui concernent la barrière linguistique également ? Même avec des médiateurs qui parlent les deux langues.

[Enquêtée] : Non, ça non. Elles arrivent en général très bien à faire leur travail. Elles ont le bagage.

[Enquêtrice] : Oui, oui, bien sûr. Et vous m'avez parlé de difficultés notamment avec des enfants, c'est parce que c'est plus difficile ?

[Enquêtée] : C'est plus difficile, oui, quand on est face à une situation d'un enfant qui a un cancer et qui lui reste deux mois à vivre et que surtout, ce petit patient-là, vous l'avez vu quelques fois, vous êtes allés faire des traductions avec, il y a eu tout le suivi, etc. On s'attache un petit peu.

[Enquêtrice] : Oui, le suivi est tel qu'on ne saurait pas totalement se détacher ?

[Enquêtée] : C'est ça. J'ai par exemple une collègue [nom de la médiatrice] qui a été face à une situation d'un petit enfant qui avait eu le cancer et qui a été là pour lui, du début jusqu'à la fin, et qui a même été rappelée un samedi pour venir dire au revoir, parce que l'enfant demandait à la voir.

[Enquêtrice] : C'est une relation qui s'installe, qui est quand même importante.

[Enquêtée] : C'est ça. Ça, c'est le côté un peu plus difficile du rôle de médiateur. Après, il y a des bonnes nouvelles aussi, donc voilà. On a des personnes qui sont en rémission, qui ont combattu le cancer, ou tu as des personnes qui ont eu un accouchement. Il y a de bonnes nouvelles aussi.

[Enquêtrice] : Quels sont alors... pour parler un peu de bonnes nouvelles, quels sont les bénéfices quand on est médiateur ou qu'on est responsable de ce service, qu'est-ce qui, au quotidien, fait qu'on aime son métier ?

[Enquêtée] : Ah ici, les médiatrices, elles aiment toutes leur métier. C'est pas un métier où... elles n'ont pas fait ce métier-là pour avoir leurs tartines fin du mois, ah non, ça pas du tout. C'est vraiment un métier qu'elles aiment faire et elles ne feront rien d'autre, pour rien au monde. Ça, c'est vraiment un métier qui est.... faut faire le choix de faire ce métier-là et pas parce qu'il faut qu'on aille chercher ses sous fin du mois. Il y a quand même un investissement émotionnel et c'est dommage que [nom de la médiatrice] ne soit pas là aujourd'hui, elle vous expliquerait son travail.

[Enquêtée] : Très bien. Si vous deviez résumer les avantages à faire appel à votre service pour un patient plutôt que juste se rendre à la consultation. Quels sont les avantages des médiateurs interculturels ?

[Enquêtée] : Oh justement, c'est tout son sens. Pour un bon diagnostic... la consultation ne se fera pas s'il n'y a pas de médiateur, la consultation ne peut pas exister.

[Enquêtrice] : Ok, d'accord, très bien.

14 — 32:48-34:33

[Enquêtrice] : Pour finir, une question finale : quels seraient, d'après vous.... qu'est-ce qui pourrait, d'après vous, être amélioré dans ce service. Est-ce que vous voyez des améliorations possibles ?

[Enquêtée] : Ah moi, si j'avais le pouvoir, j'engagerais plus de personnes, évidemment. J'engagerais pour d'autres langues pour répondre vraiment à toutes les demandes. Si je pouvais, c'est ce que je ferais.

[Enquêtrice] : Ce serait l'idéal ?

[Enquêtée] : Ce serait l'idéal, de répondre vraiment à toutes les demandes. Alors, on a aussi, je voulais vous expliquer, on a aussi un autre service qui s'appelle *Welcome* et alors là, c'est un service qui accompagne des personnes qui sont en difficulté : handicaps, la langue des signes. C'est un projet qu'on aimerait vraiment bien développer, même si c'est un... ce sont des patients d'origine belge, mais c'est quand même une barrière linguistique. Ici, le service *Welcome* s'occupe beaucoup des personnes autistes. On a réservé une salle où on peut les faire attendre. Il y a tout un trajet, il y a deux personnes qui les accompagnent, donc ça peut être une personne âgée, ça peut être une personne forte, ça peut être une personne autiste, une personne malentendante, sourde, muette. Ça, c'est les services de *Welcome*. Je vais vous donner des brochures, d'ailleurs, pour la médiation et voilà.

[Enquêtrice] : Faire évoluer ce projet-là aussi.

[Enquêtée] : Voilà.

15 — 34:33 -35:20

[Enquêtrice] : Et alors, je reviens juste, parce que j'ai oublié une question. Je reviens juste au sujet des qualités de médiateur et des compétences. Est-ce qu'il existe par hasard un guide de déontologie, quelque chose qui existerait concernant les limites à ne pas franchir ?

[Enquêtée] : Je pense qu'ils ont eu un guide quand ils ont fait leur formation au niveau du Ministère, mais ça je ne l'ai pas. Oui, ça, c'est vraiment au niveau du Ministère. Ils ont eu des formations, la posture qu'il faut avoir, oui, ça, ils ont sûrement eu ça.

[Enquêtrice] : Au moment de faire la formation, au moment de faire le test. D'accord.

16 — 35:20 -35:30

[Enquêtrice] : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

[Enquêtée] : Non. Je vous remercie, je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce service.

[Enquêtrice] : Je vous remercie aussi.

(Fin de l'enregistrement)

Annexe 3 : guide d'entretien (deuxième entretien)

Présentation de l'enquêtrice

Je suis étudiante à l'Université de Liège et actuellement en Master de Traduction. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je mène une recherche sur les différentes ressources et différents types de traduction employés lors de consultations médicales interculturelles. J'ai donc pour ambition d'en apprendre plus sur les moyens mis en place lorsqu'un patient se présente à une consultation et qu'il ne parle pas français. C'est en votre qualité de médecin généraliste d'une maison médicale de la province de Liège que je souhaite m'entretenir avec vous aujourd'hui. Je souhaite obtenir des informations sur la maison médicale dans laquelle vous exercez. Ensuite, j'aimerais aborder avec vous le sujet des consultations interculturelles et découvrir ce que vous mettez en place pour pallier la barrière linguistique.

Afin de ne pas altérer la qualité et l'authenticité de vos propos, et si vous n'y voyez pas d'objection, cet entretien sera enregistré à l'aide de mon téléphone. Cet entretien sera retranscrit dans l'unique cadre de mon travail et ne sera pas utilisé pour autre chose. Je vous assure également que votre anonymat sera préservé lors de la retranscription. La durée de cet entretien tournera autour d'une demi-heure, avec la possibilité d'allonger ce temps, à votre meilleure convenance.

Si je ne me fais pas bien comprendre, n'hésitez pas à me demander de répéter et si vous avez la moindre question sur cet entretien ou sur l'objectif de mon travail, n'hésitez pas à m'en faire part. Avez-vous des questions ?

Thème 1 : l'enquête

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?	Quelle a été votre formation ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis quand travaillez-vous à la maison médicale ?	

En quoi consiste votre rôle à la maison médicale ?	<p>Quelles missions vous sont confiées ?</p> <p>Comment se déroule une journée type pour vous ?</p>	
--	---	--

Thème 2 : la maison médicale

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Vous exercez donc en maison médicale. Pouvez-vous me parler de cet établissement ?	<p>Comment fonctionne cet établissement ?</p> <p>Pouvez-vous m'expliquer le principe du forfait ?</p>	
Quels métiers peut-on retrouver dans la maison médicale ?	<p>Combien de personnes travaillent dans la maison médicale ?</p> <p>Quels sont les différents services qu'on peut y retrouver ?</p>	
Est-il courant que vous soyez confrontés à des consultations interculturelles ?	En moyenne, combien par semaine ?	

Thème 3 : la consultation interculturelle

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Comment se déroule l'organisation d'une consultation interculturelle — l'avant-consultation ?	Savez-vous quand la médiation sera interculturelle ?	

Comment se déroule la consultation ?	<p>Comment est assurée la communication ?</p> <p>Que faut-il prévoir de plus que lors d'une consultation normale ?</p> <p>Quels moyens employez-vous pour contrer la barrière linguistique ?</p>	
Faites-vous appel à un interprète professionnel	<p>Quand faites-vous appel à leurs services ?</p> <p>Arrive-t-il que le recours à leurs services soit payant ? Qui prend en charge les frais ?</p>	
Des consultations se déroulent-elles en présence d'un membre de l'entourage du patient, qui agirait en tant qu'interprète ?	Êtes-vous prévenu à l'avance de la présence de ce proche ?	
Utilisez-vous des traducteurs automatiques (Google Traduction, DeepL, autres) ?	<p>Quel traducteur automatique utilisez-vous ?</p> <p>Comment se déroule une consultation avec la traduction automatique ?</p>	
Communiquez-vous dans une autre langue que le français ?	Dans quelle langue ?	
Que se passe-t-il à la fin de la consultation ? Comment se déroule l'après-consultation ?		

Thème 4 : Opinion et ressenti

Questions principales	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors de consultations interculturelles ?	Pensez-vous que des informations se perdent plus que d'habitude ? Existe-t-il des difficultés relationnelles entre vous et le patient, qui seraient dues à la barrière linguistique ?	
Quel(s) type(s) de traduction préférez-vous employer ?	Et pourquoi ? Quel est le plus efficace ?	
Vous arrive-t-il de ne pas être satisfait d'une consultation ?		

Question finale

Question principale	Questions complémentaires et relances	Zone de prise de notes
D'après vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré à la maison médicale concernant ces consultations interculturelles ?	Il y a-t-il déjà eu une évolution/une amélioration notable depuis votre arrivée à la maison médicale ? Pour faciliter le travail du soignant, le bien-être du patient ?	

Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Annexe 4 : retranscription (deuxième entretien)

Date de l'entretien : 18 décembre 2023.

Enquêtée : un médecin généraliste d'une maison médicale.

Enquêtrice : Louise Hennico.

Durée du document sonore : 26 min, 12sec.

1 — 00:00 - 01:21

[Enquêtrice] : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

[Enquêté] : Donc, moi je suis le docteur [nom]. Je suis assistant en médecine générale en maison médicale [nom de l'établissement]. Assistant en médecine générale, ça veut dire que j'ai fait mes six ans, mes six années de médecine, et que maintenant, je suis dans mes trois ans de stage rémunéré comme assistant de médecine générale, sous la tutelle de mon maître de stage, le docteur [nom], et je suis donc en deuxième année d'assistantat.

[Enquêtrice] : Et depuis quand travaillez-vous à la maison médicale ?

[Enquêté] : Ça fait maintenant un an et demi que je suis à la maison médicale.

[Enquêtrice] : Très bien. Et en quoi consiste votre rôle à la maison médicale ?

[Enquêté] : Donc, euh, je reçois des patients, comme tout médecin généraliste. Je suis des patients chroniques, des patients en maison de repos. Je... euh... collabore avec les autres membres de l'équipe. Je vois aussi les patients de la Croix-Rouge. J'ai un créneau pour ça, le vendredi après-midi et je... comme je suis encore sous la tutelle de mon maître de stage, j'ai également une supervision le mardi matin avec lui.

2 — 01:21-01:57

[Enquêtrice] : Très bien, merci. Et concernant les patients de la Croix-Rouge, vous voyez toujours les mêmes patients ? Est-ce que ce sont vos patients ?

[Enquêté] : Non, ce ne sont pas toujours les mêmes patients. Ce ne sont pas nos patients... euh... Quand on commence à en suivre un, c'est vrai que la Croix-Rouge nous les remet automatiquement pour éviter qu'il y ait des quiproquos ou des erreurs, mais on n'a pas... les patients n'ont pas vraiment de médecin attitré.

3 — 01:57-03:27

[Enquêtrice] : Et en règle générale, à la maison médicale, est-ce que vous avez vos patients attitrés ou est-ce que vous vous partagez les patients avec les autres médecins ?

[Enquêté] : Donc, on a nos patients attitrés, mais on se partage également les patients en fonction des congés, des absences. On voit les patients des médecins qui sont absents.

[Enquêtrice] : Concernant la maison médicale, pouvez-vous me parler un peu de cet établissement ?

[Enquêté] : La maison médicale, c'est une équipe pluridisciplinaire, avec des infirmières, des kinésithérapeutes, une psychologue, une diététicienne, des assistantes sociales, des médecins, des assistants, des accueillants, des secrétaires. Il y a aussi un membre de la direction et on collabore tous ensemble dans la prise en charge des patients. Euh, c'est une pratique au forfait, c'est-à-dire que les patients ne paient rien. C'est la mutuelle qui nous verse un forfait par patient, tous les mois, automatiquement. Le patient, lui, n'a rien à payer en consultation, la maison médicale doit se débrouiller avec l'argent qu'elle reçoit des forfaits de la mutuelle.

[Enquêtrice] : Ce n'est que la mutuelle qui finance la maison médicale ?

[Enquêté] : Euh oui.

[Enquêtrice] : Très bien.

4 — 03:27 - 05:03

[Enquêtrice] : Et, pensez-vous être confronté à des consultations interculturelles à la maison médicale ? Des consultations durant lesquelles le patient ne parle pas français.

[Enquêté] : Euh... oui. Notamment à la Croix-Rouge ou par exemple des personnes venant d'Ukraine, ici, qui ont fui la guerre. On est souvent confrontés à des consultations interculturelles.

[Enquêtrice] : En moyenne, est-ce que vous savez combien par semaine vous en avez ? Est-ce qu'il existe un chiffre ?

[Enquêté] : Euh.... je dirais, une petite dizaine maximum.

[Enquêtrice] : Êtes-vous prévenu à l'avance que ce sera des consultations avec des patients qui parlent peu ou ne parlent pas français ?

[Enquêté] : Concernant les patients de la Croix-Rouge, oui, parce que la Croix-Rouge nous avertit des patients auxquels elle nous réfère. Ils sont d'abord vus par l'infirmière de la Croix-Rouge qui fait le tri et qui décide ou non de nous les référer. Elle nous le signale alors par mail. Par contre, les patients de la maison médicale, par exemple qui parlent ukrainien, on n'est pas spécialement avertis à l'avance qu'ils sont inscrits dans notre agenda et qu'il y aura des difficultés linguistiques. On peut éventuellement le deviner en lisant leur nom ou parce que ce sont des patients qu'on a déjà vus, mais sinon, on n'est pas spécialement avertis à l'avance.

5 — 05:03 - 06:15

[Enquêtrice] : Les patients ne prennent pas directement rendez-vous avec la maison médicale et passent par l'infirmière, c'est bien ça ?

[Enquêté] : Oui. Donc... euh... Ils ne prennent pas rendez-vous eux-mêmes. Ils doivent d'abord prendre rendez-vous avec l'infirmière à la Croix-Rouge, au centre, où elle fait une première petite consultation et elle voit si oui ou non ça requiert notre assistance. Dans ce cas, elle nous les fixe en consultation.

[Enquêtrice] : Et, est-ce que les patients de la Croix-Rouge voient d'autres médecins que ceux de la maison médicale ?

[Enquêté] : Les patients du centre de [nom de la ville] ne voient en semaine que les médecins de la maison médicale. Par contre, évidemment, les week-ends, les jours fériés, ou si ça survient en beau milieu de la nuit, là, la Croix-Rouge contacte le médecin de garde, ou bien les urgences

évidemment, ou l'hôpital, mais elle peut en effet... ils peuvent être amenés à voir les médecins de garde des alentours.

[Enquêtrice] : Très bien, merci.

6 — 06:15-09:17

[Enquêtrice] : Est-ce que vous pensez.... Est-ce que vous considérez qu'il y a une préparation à une consultation interculturelle. Est-ce que vous vous préparez à la consultation ou pas spécialement ?

[Enquêté] : Euh... pas spécialement, sauf quand il faut vraiment contacter un traducteur, qu'il faut mettre en place un traducteur en ligne ou en visioconférence.

[Enquêté] : Ça, c'est quelque chose que vous prévoyez à l'avance ?

[Enquêté] : Alors oui, parce qu'il faut le réserver à l'avance et prévoir un créneau et lui communiquer l'horaire de la consultation.

[Enquêtrice] : Savez-vous quel service vous utilisez pour la consultation ?

[Enquêté] : Oui, donc c'est le site *Intercult*, qui est mis à disposition gratuitement pour les médecins.

[Enquêtrice] : Et, est-ce que vous considérez que vous faites souvent appel à ce service ?

[Enquêté] : Non, très rarement. La plupart du temps, la Croix-Rouge, les infirmières de la Croix-Rouge s'occupent de réserver pour nous un traducteur et alors, soit elles nous envoient le lien par mail pour être sûres qu'on soit mis en contact avec le traducteur, soit le patient de la Croix-Rouge arrive avec une tablette... la tablette de la Croix-Rouge. On fait alors la vidéoconférence avec la tablette.

[Enquêtrice] : Est-ce que ça vous est déjà arrivé de faire appel à la plateforme *Intercult* en dehors des consultations Croix-Rouge, donc avec des patients qui ne sont pas de ce centre ?

[Enquêté] : Non.

[Enquêtrice] : Et, est-ce que de mémoire, vous avez déjà fait appel à un autre service qu'*Intercult* ?

[Enquêté] : Non.

[Enquêtrice] : Très bien, merci. Euh... Lorsque vous n'utilisez pas... lorsque vous ne faites pas appel à un service de traduction, comment la communication est-elle assurée ?

[Enquêté] : Alors, parfois, le patient vient avec un membre de sa famille. Je pense par exemple à une famille ukrainienne qui vient souvent avec leur fils qui va à l'école et qui a su, très facilement, maîtriser le français, et qui fait office un peu de traducteur. Quand ce n'est pas possible, parfois les patients passent un coup de fil à une personne de leur registre qu'elles connaissent et qui est capable de traduire... de faire office de traducteur. Dans d'autres situations, on utilise des applications, comme Google Traduction qui n'est pas parfait, mais qui dépanne quand même bien la plupart du temps pour se faire comprendre.

7 — 09:17-10:10

[Enquêtrice] : Je reviens sur le sujet du proche du patient qui servirait d'interprète. Est-ce que vous êtes prévenu à l'avance de la présence de ce proche ?

[Enquêté] : Non... si... quand c'est un patient de la Croix-Rouge, souvent, l'infirmière nous signale : « oui, pour ce patient, il y a un interprète à telle heure sur *Intercult*. Pour tel patient, il viendra avec son frère qui parle bien français. Tel patient, il viendra avec son fils ou sa fille qui parle bien français ». Quand c'est la Croix-Rouge, souvent c'est signalé. Pas toujours, mais souvent. Quand c'est un patient qui ne vient pas de la Croix-Rouge, alors là non, on n'est pas mis au courant.

[Enquêtrice] : Très bien, merci.

8 — 10:10 - 12:00

[Enquêtrice] : Et, concernant la traduction automatique, vous n'utilisez que Google Traduction ? Et pourquoi ?

[Enquêté] : Euh... Je n'utilise que Google Traduction parce que c'est la seule que je connaisse ou en tout cas, c'est la meilleure que je connaisse.

[Enquêtrice] : Très bien. Vous arrive-t-il de communiquer dans une autre langue que le français ?

[Enquêté] : Alors oui, c'est vrai. Aussi parfois, quand le patient ne parle pas français, mais maîtrise l'anglais, comme je me débrouille aussi en anglais, alors on utilise l'anglais comme langue commune pour s'expliquer et se comprendre.

[Enquêtrice] : Très bien. Et, est-ce que vous pensez à d'autres méthodes ou stratégies pour arriver à contrer la barrière linguistique ?

[Enquêté] : Euh... On écrit... ça peut arriver qu'on fasse des dessins ou qu'on montre sur des coupes anatomiques, ou on va peut-être plus utiliser le langage non verbal ou l'utilisation du langage des signes pour essayer que le patient comprenne bien de quoi on parle. Sinon, non, je ne crois pas.

[Enquêtrice] : Et vous le faites plus quand c'est un patient qui ne parle pas français ? Je veux dire l'utilisation d'images ou d'illustrations. Vous considérez que vous en utilisez plus dans ces cas-là ?

[Enquêté] : Oui surtout si j'ai l'impression que le patient n'a pas bien compris ce que je veux expliquer ou que je lis un peu de doute sur son visage, alors oui, je vais beaucoup plus vite utiliser ça.

[Enquêtrice] : Très bien.

9 — 12:00 - 13:47

[Enquêtrice] : Et, à la fin de la consultation, est-ce que vous faites quelque chose en particulier ?

[Enquêté] : Oui, je finis toujours par la question de savoir si le patient a bien compris, si le patient a des questions parce que, je sais bien que dans ces situations-là, le patient est gêné parce qu'il ne comprend pas ou rien. Donc j'essaye toujours de terminer en m'assurant que le patient a bien compris, même si ce n'est pas toujours le cas, malgré ça.

[Enquêtrice] : Et au niveau de la Croix-Rouge, est-ce que vous devez émettre un compte-rendu ou quelque chose ?

[Enquêté] : Alors oui. On doit faire un compte-rendu sur une feuille... une sorte de feuille de liaison. L'infirmière note ses observations dessus. Ensuite, elle nous fait parvenir la feuille de

liaison. Nous, à notre tour, on note nos observations, nos conclusions, notre consultation dessus, et on remet la feuille aux patients sous enveloppe et ils la remettent en main propre à l'infirmière quand ils reviennent au centre Croix-Rouge.

[Enquêtrice] : Ok, donc il y a toujours un dialogue... enfin peut-être pas un dialogue, mais en tout cas un échange d'informations avec l'infirmière de la Croix-Rouge. Ça ne passe pas que par les patients ?

[Enquêté] : Non. Ça se passe justement, à la rigueur, plus entre nous et l'infirmière qu'avec le patient pour être sûr qu'il y ait bien un suivi également derrière.

[Enquêtrice] : Très bien, merci.

10 — 13:47 - 15:45

[Enquêtrice] : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors de consultations interculturelles ?

[Enquêté] : Bah la barrière linguistique, c'est déjà une grosse difficulté, pour être sûr de se faire comprendre. Ensuite, il y a des différences culturelles. Il y a un rapport à la maladie, à la souffrance, à la vie, à la mort, à la douleur aussi qui est totalement différent d'une culture à l'autre. Donc, parfois, on ne va pas spécialement se faire comprendre ou en tout cas, comprendre ce que le patient veut nous dire. On sera... on est souvent à côté de la plaque quand un patient veut nous expliquer une plainte, car il a une manière de l'expliquer qui est culturellement, totalement, différente de la nôtre.

[Enquêtrice] : Est-ce que vous avez un exemple à ce sujet ? Est-ce qu'un exemple vous viendrait en tête ?

[Enquêté] : Euh... pas spécialement d'exemple. Je réfléchis. Non, je n'ai pas d'exemple en tête.

[Enquêtrice] : Et, est-ce que vous pensez que des informations se perdent plus qu'en temps normal ?

[Enquêté] : Euh oui, parce que forcément, si on traduit et que le patient a compris 50 % de ce qu'on a traduit, c'est déjà pas mal, mais il y a toujours une partie de l'information qui est mal traduite, même si bien traduite, encore faut-il qu'elle soit bien comprise par le patient.

11 — 15:45-16:19

[Enquêtrice] : Je reviens au sujet du déroulement des consultations. Est-ce qu'elles prennent plus de temps qu'habituellement ?

[Enquêté] : Oui, quand même, ça prend souvent plus de temps. Pas que pour des questions de langue ou de culture, mais c'est des patients qui ont besoin de beaucoup de soins et d'être écoutés, et qui ne viennent rarement qu'avec une seule plainte.

[Enquêtrice] : Très bien.

12 — 16:19 - 17:30

[Enquêtrice] : Et, est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir des difficultés relationnelles entre vous le patient, plus qu'en temps normal ?

[Enquêté] : Dans quel sens, « relationnel » ?

[Enquêtrice] : Dans le sens où, peut-être que la barrière linguistique et culturelle engendrerait des malentendus ou pourrait mener à des problèmes de relation. Est-ce que vous avez plus de problèmes avec ce genre de patient ?

[Enquêté] : Oui, peut-être dans le sens où il y a aussi certains tabous pour des raisons culturelles. Beaucoup de patients et notamment beaucoup de patientes sont plus pudiques à propos des problèmes qu'elles ont, et elles ne nous confieront pas... euh... elles ne nous feront peut-être pas part de tout ce qu'elles ont comme symptômes ou de tout ce qu'elles ont vécu pour arriver jusque-là. La plupart du temps, ce sera pour des raisons culturelles.

[Enquêtrice] : Ok, très bien.

13 — 17:30-19:31

[Enquêtrice] : Vous m'avez parlé de plusieurs méthodes que vous mettez en place : *Intercult*, la traduction automatique, l'utilisation d'une autre langue, l'anglais ou encore un traducteur informel, donc un proche du patient. Quelle est la méthode, la stratégie qui vous semble la plus efficace.

[Enquêté] : La méthode la plus efficace... euh... Je crois que ça reste le proche, car il est vraiment sur place. C'est ce qui est le plus facile. Quoique, ça dépend de quel proche quand même. Non, je crois que le plus efficace, ça reste l'interprète sur *Intercult*, parce que, c'est vrai que quand il y a un proche qui fait très bien la traduction, c'est très efficace, on a vraiment un traducteur sous la main pour lui demander de traduire tout ce qu'on veut et surtout, le patient peut aussi lire sur les lèvres, etc. Donc, il comprend bien, mais, c'est vrai qu'il y a aussi des proches qui parlent approximativement le français et donc ça ne fait pas toujours office d'interprète très professionnel, je vais dire.

[Enquêtrice] : Mais, donc, peut-être dans un cadre d'organisation, de planification, c'est plus simple d'avoir un proche qui est directement sur place.

[Enquêté] : Oui, ça, c'est sûr.

14 — 19:31 - 20:46

[Enquêtrice] : Je reviens sur ce que vous m'avez dit plus tôt. Vous parliez du fait que Google Traduction n'était pas parfait. Est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?

[Enquêté] : Euh... Il y a souvent des erreurs, il y a souvent... surtout au niveau de la reconnaissance vocale, il y a souvent des erreurs de transcription. Et même, en termes de traduction, voilà, mine de rien, on a des patients qui parlent des langues très étrangères comme le Tigrinya ou vraiment des choses qui sont très difficiles à traduire et c'est vrai que Google Traduction n'est pas toujours aussi efficace pour ces langues-là que pour l'anglais ou l'allemand.

[Enquêtrice] : Très bien, merci beaucoup. Est-ce qu'il vous arrive de ne pas être satisfait d'une consultation interculturelle ?

[Enquêté] : Satisfait... bah pas être sûr que le patient ait bien compris, ça oui, souvent.

[Enquêtrice] : D'accord, très bien.

15 — 20:46-21:34

[Enquêtrice] : Concernant la maison médicale, vous m'expliquiez qu'il y avait une réelle équipe... un réel travail d'équipe. Est-ce que vous abordez souvent ce sujet des consultations interculturelles et des barrières linguistiques et culturelles ?

[Enquêté] : Souvent, non, mais on l'aborde.

[Enquêtrice] : Est-ce qu'il y a des choses qui ont été mises en place. Est-ce que vous voyez une évolution depuis votre arrivée, par exemple, à la maison médicale ?

[Enquêté] : Concernant la traduction ?

[Enquêtrice] : Oui, par exemple.

[Enquêté] : Non. Rien n'a vraiment changé au niveau de la traduction. Il n'y a rien qui a été mis en place, je dirais.

[Enquêtrice] : Ok, très bien.

16 — 21:34-23:23

[Enquêtrice] : Et d'après vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré à la maison médicale ou vous, dans votre activité quotidienne ?

[Enquêté] : Mmh... amélioré ?

[Enquêtrice] : Pour faciliter votre travail ou faciliter le bien-être du patient ?

[Enquêté] : Pour faciliter les traductions ou pour faciliter les consultations interculturelles de manière générale ?

[Enquêtrice] : Comme vous préférez. De manière générale, peut-être.

[Enquêté] : Je ne vois pas spécialement ce qu'on pourrait faire pour améliorer les choses. Il y a déjà beaucoup de choses qui sont en place. Peut-être, avoir un répertoire d'interprètes bénévoles, quelque chose comme ça. Un répertoire qu'on pourrait joindre, mais le problème c'est de planifier, de réserver, donc ce serait génial d'avoir une liste ou un répertoire d'interprètes bénévoles qui accepteraient de répondre comme ça, en instantané à un appel d'un médecin qui souhaite une traduction dans telle ou telle langue... une interprétation.

[Enquêtrice] : Si c'était plus facile à organiser, vous pensez que vous demanderiez plus à des interprètes ?

[Enquêté] : Oui, c'est sûr. Si on pouvait avoir des interprètes en claquant des doigts, on ferait plus appel à eux.

[Enquêtrice] : Très bien. Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions. Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?

[Enquêté] : Non. Merci à vous.

(fin de l'enregistrement)