

**UNIVERSITE DE NANTES**

**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2021

N° 2021-265  
2021-266

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

DES de MEDECINE GENERALE

par

***Amélie CORDIER***  
***Philomène HERPIN***

-----  
Présentée et soutenue publiquement le 04/11/2021

-----  
**Vécu des interprètes professionnels intervenant en consultation médicale en  
Pays de la Loire : étude qualitative**

-----  
Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Madame Raphaëlle BIGOT

## Remerciements

**Au Docteur Raphaëlle Bigot :**

Merci de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail, merci pour tes précieux conseils et tes relectures. Merci de nous avoir fait confiance.

**A Monsieur le Professeur Cédric Rat :**

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

**A Monsieur le Professeur Jacques Barrier :**

Merci de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse.

**Aux docteurs Rosalie Rousseau, Adeline Scavion, Sylvie Morel :**

Merci pour votre participation à ce jury.

**Au Docteur Françoise Oheix :** merci pour votre relecture attentive et pour vos précieux conseils.

A Cédric Gratton, Brigitte Tregouët, et à l'ensemble des interprètes ayant participé à l'étude : merci de votre aide et de votre participation.

## **Remerciements Philomène**

Merci à Amélie, ma co-thésarde devenue amie, sans qui ce travail de thèse n'aurait jamais eu la même saveur. On fait vraiment une super équipe !

Merci à mes parents et mes sœurs. Merci pour votre soutien sans faille. On ne sous-estime que trop l'implication de la famille dans ce parcours si particulier ! Vous avez tous un peu fait ces études de médecine avec moi.

Merci à mes grands-parents.

Merci à Claire. Merci pour ces quatre années de vie en colocation, à ces trois années années à l'autre bout de la France, et à toutes celles à venir !

Merci à Lucile et Laura. Après les sous-colles, place aux voyages et à la vie au grand air !

Merci à Marie et Camille.

Merci à Alice et Hélène.

Merci à toute la team Epilogue ! Grâce à vous, l'externat fut une succession de réjouissances entrecoupées de révisions, et la suite est très prometteuse.

Merci à Brigitte et Pascale. Merci pour votre accueil si chaleureux en terres picardes, où j'ai passé les meilleures révisions possibles.

Merci à tous les Nantais, d'origine ou d'adoption !

Enfin, le plus grand des mercis à Martin.

## Remerciements Amélie

Merci à Philomène pour ta bonne humeur et ta détermination : grâce à toi ce travail de thèse aura été une formidable expérience et le début d'une belle amitié.

Merci à mes parents pour leur soutien inconditionnel depuis le début de ces longues études, leur aide précieuse à chaque difficulté et leur accueil toujours joyeux lors des retours au bercail; merci aussi à Mathilde, Pierre-Antoine et Timothée pour l'inénarrable sens de l'humour familial;

Merci à Mamie pour ta présence constante tout au long de ces 9 ans, pour m'avoir écoutée et encouragée;

Merci à tout le reste de la famille, à Manou, au clan Cordier et aux Juven;

Merci aux pépites du 58 qui me supportent au quotidien : Alix, Jules, Louison et Gaëlle;

Merci aux amis de longue date, présents depuis mes débuts de bébé docteur : Adélie, Aline, Justine, Alice, Fred;

Merci Elise, ma grande copine d'aventure, et à Marion et Didier, hâte de revenir vous voir!

Merci à Cécile G pour me guider dans la vie d'adulte même si on sera jamais vraiment des adultes;

Merci à Antho le soleil de ma vie, ainsi qu'à Léa et Nico,

Merci à Noémie, Silvestre, Laurie et la team de la maison pour ces repas et apéros endiablés,

Merci à Tim pour tes talents culinaires,

Merci aux amis Nantais que je ne saurai tous citer : Hugo, Leila, Vincent et Léa, Clémence, Marion, Amandine;

Enfin merci à celles et ceux qui m'ont enseigné la médecine et m'ont inspirée tout au long de mon parcours : Armelle, Bénédicte et Hélène; Adeline, Laurie et toute l'équipe de la PASS, Nicolas et Bertrand, Albane, et tant d'autres.

## Table des matières

Remerciements .....	2
Glossaire et abréviations.....	7
Listes des abréviations .....	8
Avant-propos.....	9
Introduction.....	12
Méthodologie .....	15
1. Choix de la méthode.....	15
2. Caractéristiques des enquêteurs.....	16
3. Population étudiée et recrutement .....	16
4. Recueil des données.....	17
5. Analyse des données .....	18
6. Répartition du travail .....	18
7. Aspects éthiques et réglementaires.....	19
Résultats.....	20
1. Population de l'étude .....	20
2. Résultats de l'étude.....	22
A. Comment les interprètes en sont-ils arrivés à exercer ce métier ? .....	22
B. Un métier qui s'apprend sur le terrain.....	24
C. Une pratique complexe au-delà de la simple traduction.....	26
D. L'interprète comme intervenant en santé .....	31
E. Trouver la juste distance avec le patient :.....	34
F. Positionnement de l'interprète au sein de la relation tripartite .....	37
G. Une profession qui se questionne .....	40
Discussion.....	44
1. Résultats de l'étude.....	44
A. Discussion concernant l'intitulé de l'étude .....	44
B. Schéma explicatif.....	46
C. Résultats principaux .....	46
2. Comparaison avec la littérature .....	49
3. Validité de l'étude .....	52
A. Forces .....	52
B. Faiblesses.....	53
4. Perspectives.....	54
Conclusion .....	55
Bibliographie .....	57

Annexes .....	60
Annexe 1 : première information concernant l'étude, communiquée par mail aux interprètes s'étant portés volontaires auprès de leur structure .....	61
Annexe 2 : information écrite communiquée aux interprètes le jour de l'entretien .....	62
Annexe 3 : Consentement écrit recueilli lors des entretiens .....	63
Annexe 4 : Guide d'entretien .....	64
Annexe 5 : grille de qualité proposée dans le livre " Initiation à la recherche qualitative en santé" ....	66
Annexe 6 : Répartition des tâches.....	68
Annexe 7 : Déclaration de conformité CNIL .....	69
Annexe 8 : Verbatims (annexe dématérialisée) .....	70
Annexe 9 : Journal de bord (annexe dématérialisée) .....	70

## Glossaire et abréviations

**Allophone** : définit toute personne parlant une langue différente de la majorité (en France, correspond à une personne non francophone).

**Demandeur d’asile** : Personne demandant la reconnaissance de la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire, au sens de la Convention de Genève de 1951: “est éligible au statut de réfugié toute personne qui, craignant avec raison d’être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays”. Le demandeur d’asile bénéficie du droit de se maintenir provisoirement sur le territoire dans l’attente d’une décision de l’OFPRA et/ou de la CNDA sur sa demande de protection.

**Etranger** : **personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française**, soit qu’elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu’elle n’en ait aucune (c’est le cas des personnes apatrides). Un étranger n’est pas forcément un immigré : il peut être né en France.

**Immigré** : **personne née étrangère à l’étranger et résidant en France**. Les populations étrangères et immigrées ne se confondent donc par totalement : un immigré n’est pas nécessairement étranger et réciproquement. Certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). A l’inverse, certains immigrés ont pu devenir français.

**Interprète** : Personne qui transpose oralement une langue dans une autre ou qui sert d’intermédiaire, dans une conversation, entre des personnes parlant des langues différentes.

**Migrant** : terme n’ayant pas de définition juridique. Par consensus, il s’agit d’une personne vivant de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel elle n’est pas née, et qui a acquis d’importants liens sociaux avec ce pays.

**PASS (Permanence d’Accès aux Soins de Santé)** : Cellule de prise en charge médico-sociale ayant pour objectif de faciliter l’accès des personnes démunies au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d’accueil et d’accompagnement social. La PASS offre un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d’un retour à l’offre de soins de droit commun.

**Précarité** : absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

**Réfugié** : au sens juridique, personne s'étant vu octroyer le statut de réfugié suite à sa demande d'asile (cf Demandeur d'asile). Au sens commun, désigne toute personne contrainte à quitter son pays d'origine et ne pouvant y retourner.

## Listes des abréviations

APTIRA : Association Pour la Promotion et l'Intégration dans la Région d' Angers

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAMLA : Association Santé Migrants Loire Atlantique

DRDJSCS : Direction Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

ISM : Inter Service Migrant

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux



## Avant-propos

La France est un pays d'immigration. Plusieurs vagues d'afflux de migrants se sont succédé au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle. La première moitié du siècle est marquée par l'afflux de population en provenance de Belgique, d'Allemagne, puis d'Italie et de Pologne (1). Durant les 30 glorieuses (1945-1975), les flux migratoires sont principalement issus du Portugal, d'Espagne, de Yougoslavie et du Maghreb (2). S'ensuit une diversification de l'immigration avec un recul de l'immigration européenne et une hausse de l'immigration provenant de l'Afrique subsaharienne et d'Asie. Les années 70 voient en effet l'arrivée des « Boat People », originaires d'Asie du Sud Est, et ce jusqu'au début des années 90 (3). Vient ensuite la chute des régimes communistes des pays de l'Est, et l'arrivée en France des Roms de Roumanie et de Bulgarie.

La prise en charge de ces populations en situation de précarité est complexifiée par la barrière de la langue, et la nécessité d'avoir recours à un interprétariat médical se fait peu à peu sentir dans les années 70. L'interprétariat dans le domaine médical voit son développement s'appuyer majoritairement sur la dynamique créée par des associations d'interprètes, ayant chacune un fonctionnement différent et indépendant. Chacune s'est construite historiquement via des acteurs locaux. Les associations d'interprétariat médical sont nombreuses en France : ISM à Paris, APTIRA à Angers, ADATE à Grenoble, Migration Santé Alsace à Strasbourg, pour n'en citer que quelques-unes. Ce sont majoritairement des associations à but non lucratif, subventionnées par divers fonds : les DRDJSCS, les ARS, les URPS-ML, les communes, les départements, les structures de soins hospitalières... Chaque association présente un mode de financement et de fonctionnement qui lui est propre. La première association d'interprétariat social et médical voit ainsi le jour en 1971, avec la création d'ISM, Inter Service Migrant, à Paris.

L'ASAMLA, ou Association Santé Migrants Loire Atlantique, a été créée en 1984 sous l'impulsion de professionnels de santé et de militants associatifs nantais, face aux difficultés de communication rencontrées avec les migrants au cours de leur hospitalisation. En 2019, l'association est financée à 50% par l'État via la DRDJSCS, l'ARS, le CHU de Nantes, et la ville de Nantes. L'association compte 21 interprètes en 20 langues. L'arabe et le roumain concentrent 60% des interventions en 2019.

L'association Berekty est, quant à elle, beaucoup plus récente. Créée en novembre 2018, elle se fait plus discrète dans le paysage nantais de l'interprétariat. Cette association à but non lucratif compte une dizaine d'interprètes couvrant une vingtaine de langues.

Enfin, l'association vendéenne ACSSIT (Association pour Comprendre et Soigner en Situation Transculturelle) créée en 2008 assure des soins psychologiques gratuits pour des personnes étrangères. Elle est constituée d'une équipe de médecins généralistes, infirmiers et psychologues.

La loi du 18 novembre 2016 relative à la modernisation du système de justice introduit un nouveau critère de discrimination dans le code pénal : *“Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français.”* ; *“Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales sur le fondement de la capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français.”* (4). En France, l'absence de recours à l'interprétariat lors de la prise en charge médicale d'un patient allophone est donc bien reconnue comme une discrimination. L'interprétariat médical permet de donner la voix à une population bien souvent en situation de précarité. Il permet de réduire les inégalités d'accès au soin.

Toujours sous l'impulsion des associations, le RIMES ou Réseau d'Interprétariat Médical et Social est créé en 2019. Il fédère 9 des associations d'interprétariat françaises. Les objectifs de ce réseau sont multiples : promouvoir et développer l'interprétariat médical et social professionnel et en garantir la qualité ; favoriser la formation et la recherche dans le domaine de l'interprétariat médical et social ; et enfin promouvoir, pour les interprètes, un statut professionnel en adéquation avec les compétences exigées (5).

## Réseau de l'Interprétariat Médical Et Social



La naissance de RIMES vise donc à renforcer la qualité des services d'interprétariat professionnel en France dans les domaines médical, social, administratif et éducatif, et à faire reconnaître l'importance de l'interprétariat professionnel pour des parcours d'intégration réussis et pour l'égalité d'accès aux droits.

De nouvelles associations d'interprétariat continuent de voir le jour en France. Dernièrement, en septembre 2021, ont eu lieu les Assises de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Des mesures ont été énoncées pour faciliter la prise en charge psychologique des personnes en situation de précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil.

Le paysage de l'interprétariat professionnel en milieu médical n'a pas fini d'évoluer. Pour le moment néanmoins, le militantisme et l'associatif prédominent comme vecteurs de développement.

## Introduction

En 2020 en France, on compte 6,8 millions d'immigrés, soit 10,2% de la population totale française. Le solde migratoire est en croissance quasi-constante, atteignant + 198 000 personnes en 2017 (6).

Tout médecin en France peut être amené à prendre en charge des patients immigrés dans l'exercice de sa pratique. Cette patientèle relève de difficultés qui lui sont propres : dossier médical complexe voire inexistant, problématiques sociales, barrière de la langue, différence culturelle (7)(8).

Le serment d'Hippocrate appelle tout médecin à *“informer les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences”*(9). D'après l'article 35 du code de la santé publique *“Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension”*(10).

La barrière linguistique apparaît comme un obstacle majeur lors de la prise en charge d'un patient allophone. Elle est source d'erreur diagnostique et thérapeutique, et de iatrogénie (11). Il en résulte un moindre accès aux soins, une multiplication inutile des examens complémentaires et des consultations, un allongement de la durée des séjours hospitaliers, une diminution de l'observance (12).

Il est donc impératif de permettre au patient allophone de pouvoir s'exprimer dans sa langue maternelle lorsqu'il ne peut s'exprimer de manière satisfaisante dans sa langue d'accueil (13).

*“L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, reposant sur des techniques de traduction orale, assurée entre les personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé”* (12).

Ce dispositif garantit *“ aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression [et de compréhension] afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes ”*(12). L'interprétariat atténue les inégalités sociales en accordant la parole à une population en situation de précarité, d'isolement et victime de stigmatisation (14).

On distingue deux types d'interprétariat : l'interprétariat informel, se définissant par l'absence de formation et de rémunération de l'interprète ; et l'interprétariat professionnel. L'interprète informel est souvent une connaissance du patient, ou un membre de sa famille. Cette pratique a ses limites (15). Sont principalement retrouvées : "la rupture du secret médical, les traductions approximatives voire fausses, les malentendus et omissions, l'impossibilité d'expressions ou de propos qui sont jugés choquants par le malade ou le traducteur, l'inversion du rapport d'autorité au sein des familles quand ce sont les enfants qui traduisent, la souffrance des traducteurs "(16).

L'interprétariat professionnel permet une meilleure compréhension de la part du patient et de ce fait, une meilleure qualité de la prestation médicale (17). Le risque d'erreur diagnostique et thérapeutique est moindre. Il permet le respect du secret médical et de l'égalité d'accès aux soins, et donc une optimisation des prises en charge médicales (18).

Le recours à un interprète professionnel constitue la solution de référence dans l'ensemble de la littérature scientifique et médicale (19).

L'adoption de la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en 2012 (20) et la publication par la Haute Autorité de Santé en 2017 d'un référentiel de l'interprétariat médical et social (12) posent un cadre déontologique à la profession d'interprète. Les fonctions essentielles, la responsabilité et la délimitation du rôle d'un interprète professionnel exerçant dans le domaine médical et social sont bien définies malgré l'absence de norme nationale ou internationale officielle. Ces mesures tendent à harmoniser les pratiques.

Depuis, le recours aux interprètes professionnels se développe progressivement. La mise à disposition gratuite en Pays de la Loire en 2017 d'un dispositif d'interprétariat professionnel, à la fois physique et téléphonique a été perçue très favorablement par les médecins généralistes y ayant eu recours (21).

Pour le patient, la présence d'un interprète professionnel au cours d'une consultation permet un niveau de confiance plus élevé dans les soins et une meilleure satisfaction quant aux soins proposés (22).

Des problématiques subsistent cependant : pour le médecin, la présence d'une tierce personne en consultation peut bouleverser la relation de soin habituelle basée sur le colloque singulier

entre médecin et patient. Une relation triadique patient-interprète-médecin s'instaure, nécessitant une adaptation de chacun des protagonistes (23).

Le médecin peut être déstabilisé par cette nouvelle organisation et se sentir dépossédé de son rôle de soignant (24). Il peut ressentir une sensation de perte de contrôle, voire d'exclusion des échanges (25). Le professionnel de santé peut s'attendre à ce que l'interprète s'efface au sein de la relation de soin, le réduisant à un instrument utile, mais encombrant (26).

Le patient peut rencontrer des difficultés à se confier à l'interprète par crainte d'une stigmatisation de leurs différences culturelles. Il peut se sentir gêné par la présence d'une tierce personne, notamment dans les domaines de la gynécologie ou de la psychiatrie (27).

Dans la conception de leur rôle et leurs attentes, les points de vue des interprètes divergent, influençant l'attitude du médecin, du patient, et le déroulé de la prise en charge de ce dernier (28). S'intéresser aux interprètes, à leurs questionnements, leur ressenti et leur cadre de travail permet de comprendre les enjeux de l'entretien à trois.

Une exploration globale des différents axes de cette relation semble aujourd'hui indispensable, tant elle est complexe. Une meilleure compréhension de la relation médecin-interprète-malade par ses protagonistes pourrait alléger le poids de la barrière de la langue en consultation. La prise en charge des patients allophones en serait alors améliorée.

Alors que les études se sont intéressées au point de vue des médecins et des patients, nous en sommes venues à nous interroger sur le regard que les interprètes portent sur leur expérience professionnelle.

Notre travail a donc consisté à évaluer le vécu des interprètes concernant leur propre parcours et leur rôle en consultation médicale.

# Méthodologie

## 1. Choix de la méthode

L'objectif de notre étude est d'explorer le vécu des interprètes professionnels concernant leur propre parcours et leur rôle en consultation médicale.

Nous avons choisi pour cette étude la méthode qualitative avec une approche par analyse interprétative phénoménologique, sous la forme d'entretiens semi-dirigés.

La méthode qualitative permet d'explorer un phénomène social de façon inductive, c'est-à-dire en construisant un modèle explicatif à partir des données recueillies sur le terrain, sans formuler d'hypothèse préalable. Elle permet de se concentrer sur des expériences et leur signification.

L'approche par analyse interprétative phénoménologique permet d'explorer le vécu d'un individu, concernant une expérience de vie. Le recueil des données se fait par entretiens individuels ouverts ou semi-dirigés (29).

Cette approche nous semble la plus adaptée pour mener un travail exploratoire, sans hypothèse préalable concernant les résultats.

Nous avons choisi les entretiens semi-dirigés du fait de notre absence d'expérience dans le domaine.

Cela permet d'aborder les thèmes d'intérêt via un guide d'entretien, tout en laissant une grande liberté d'expression au participant. L'objectif est de faciliter l'abord, lors de l'entretien, des émotions et des sentiments du participant.

La qualité de notre méthodologie a été vérifiée par la grille proposée dans l'ouvrage rédigé par des enseignants de médecine générale, "Initiation à la recherche qualitative en santé" (29). Il s'agit d'une synthèse en français des grilles de qualités de référence en recherche qualitative (grilles RATS, COREQ et SRQR). Cette grille est disponible en Annexe 5.

## 2. Caractéristiques des enquêteurs

Lors de la réalisation de notre étude nous étions toutes les deux internes en médecine générale, en dernière année d'internat.

Nous n'avions pas d'expérience en recherche qualitative.

L'une de nous, A. Cordier, avait été amenée à travailler avec des interprètes lors d'un stage précédent. Nous avons veillé à ce qu'elle ne mène pas d'entretien avec les interprètes de l'ASAMLA avec qui elle avait déjà travaillé.

Nous déclarons ne pas avoir de conflits d'intérêts.

## 3. Population étudiée et recrutement

Nous souhaitons interroger des interprètes professionnels majeurs exerçant en Pays de la Loire. Nous avons mis en place un échantillonnage raisonné, c'est-à-dire homogène concernant l'expérience vécue (ici la pratique de l'interprétariat professionnel en milieu médical) mais le plus diversifié possible par ailleurs. Nous n'avions donc pas de critère d'âge, de sexe, d'origine, de langue, de mode d'exercice ou d'années d'expérience.

Le recrutement s'est fait en Loire-Atlantique auprès de l'association ASAMLA (Association Santé Migrant Loire Atlantique) et de l'association Berekty ; et en Vendée auprès d'interprètes intervenant au sein de l'association ACSSIT, via l'une des médecins de l'association.

L'ASAMLA regroupe une vingtaine d'interprètes professionnels intervenant dans le domaine de la santé et du social. Les interprètes ont été informés oralement, lors d'une réunion, de la nature de notre travail. Le sujet précis de notre étude n'était volontairement pas explicité afin que la parole des participants soit la plus spontanée possible lors des entretiens. Les interprètes ayant accepté de participer à l'étude ont été contactés par mail afin de fixer une date d'entretien (mail d'information disponible en Annexe 1). Les entretiens ont eu lieu en présentiel, soit au domicile des interprètes, soit dans les locaux de l'ASAMLA. Ils ont été réalisés sur le temps de travail.



Berekty regroupe une dizaine d'interprètes qui interviennent également dans les domaines social et médical. Les interprètes ont été informés par mail de la nature de notre travail, puis ceux ayant exprimé leur souhait de participer à l'étude ont été contactés individuellement par mail ou par téléphone.

En Vendée, nous avons contacté un médecin généraliste ayant l'habitude de travailler avec des interprètes, notamment via l'association ACSSIT; elle a elle-même contacté les interprètes, puis nous a transmis les coordonnées de ceux ayant accepté de participer à l'étude. Nous les avons ensuite contactés par appel téléphonique.

#### 4. Recueil des données

Nous avons mené des entretiens semi-dirigés, en nous aidant d'un guide d'entretien disponible en annexe 4.

Le guide d'entretien a été élaboré en février 2021 par les deux chercheuses (disponible en Annexe 4), en lien avec les recherches bibliographiques réalisées. Il aborde le déroulement des consultations du point de vue de l'interprète, ses relations avec les patients et les médecins, l'influence du parcours personnel sur la pratique du sujet, les difficultés qu'il rencontre. Il n'a pas été modifié au cours de l'étude. Il n'y a pas eu d'entretien préalable pour tester le guide d'entretien.

Les entretiens étaient menés sous forme de questions ouvertes, avec le moins d'intervention possible de notre part. Nous avons utilisé le guide d'entretien pour aborder les thématiques d'intérêt et relancer l'échange mais avons laissé les participants aborder d'autres thématiques s'ils le souhaitaient, et avons pratiqué l'écoute active afin de les laisser approfondir les sujets qui semblaient leur tenir à cœur. En fin d'entretien, il y avait quelques questions permettant le recueil des données socio-démographiques n'ayant pas été évoquées spontanément au cours de l'entretien.

Les entretiens ont été réalisés soit dans les locaux de l'ASAMLA, soit au domicile des interprètes. Ils ont été enregistrés via le logiciel Samsung Voice Recorder sur nos téléphones portables, puis retranscrits intégralement sur le logiciel WORD et anonymisés.

Les retranscriptions n'ont pas été relues par les participants.

Il y a eu au total 12 entretiens ; chacune d'entre nous en a mené 6.

Nous avons pu interrompre le recueil lorsque nous avons estimé avoir atteint la suffisance des données. Effectivement, les deux derniers entretiens ont apporté peu de nouvelles données.

## 5. Analyse des données

Nous avons mené une analyse ouverte en réalisant un étiquetage des verbatims via le logiciel Google Doc.

Pour 10 des entretiens, une triangulation des données a été réalisée, afin d'augmenter la validité interne de notre étude. Parmi ces entretiens, neuf ont été triangulés en confrontant les résultats des deux chercheuses, et un en confrontant ceux d'une des chercheuses à ceux de notre directrice de thèse, Mme Bigot.

Enfin, les deux derniers entretiens ont été analysés par une seule d'entre nous.

L'analyse intégrative, permettant l'organisation des étiquettes en catégories et sous-catégories et l'émergence des résultats, a été réalisée sur le logiciel Excel. La construction du modèle explicatif a été réalisée sur le logiciel Word.

## 6. Répartition du travail

Nous avons réparti la charge de travail équitablement entre les deux chercheuses.

Chacune d'entre nous a réalisé 6 entretiens qu'elle a retranscrit elle-même. Une mise au point était réalisé après chaque entretien.

La répartition des analyses des données est décrite ci-dessus. L'élaboration des catégories et sous-catégories et du modèle explicatif a été réalisée conjointement. La rédaction a également été répartie avec une relecture conjointe. Le détail de la répartition du travail pour chaque étape est disponible en Annexe 6.

Nous avons tenu tout au long de notre travail un journal de bord commun où nous avons consigné des notes de terrain, des notes de formation lorsque nous participions à des ateliers thèse, et nos questionnements et réflexions autour de notre travail.

## 7. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants étaient informés de la nature de notre travail de façon écrite, par mail initialement, disponible en Annexe 1, puis sur un document écrit remis aux participants lors de l'entretien (information disponible en Annexe 2).

Leur consentement éclairé a été recueilli oralement puis de façon écrite sous la forme d'un formulaire signé par les deux parties et réalisé en deux exemplaires (Annexe 3). Celui-ci rappelait le droit des participants à se rétracter et la garantie que leur participation restait anonyme. Il leur était proposé de leur remettre les résultats de notre travail s'ils le souhaitaient.

Afin de garantir la confidentialité des échanges, les noms propres ont été supprimés des verbatims. Nous avons vérifié que les citations apparaissant dans la thèse ne permettaient pas d'identifier les interprètes, notamment en ne citant pas les âges et sexe de chaque participant.

Notre étude a été déclarée à la CNIL via un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR004 (disponible en Annexe 7).

# Résultats

## 1. Population de l'étude

Parmi les 11 interprètes de l'ASAMLA s'étant portés volontaires lors de l'information orale délivrée à propos de notre travail, 8 ont été rencontrés pour un entretien. Trois d'entre eux n'ont pas pu être rencontrés : 2 car ils n'ont pas répondu à nos mails, 1 car il n'a pas été possible de trouver un créneau horaire concordant.

Au sein de l'association Berekty, 2 interprètes se sont portés volontaires et tous deux ont été rencontrés en entretien.

Deux interprètes intervenant à La Roche-sur-Yon ont été rencontrés.

Au total, nous avons donc mené 12 entretiens entre mars et juillet 2021.

Les caractéristiques de la population sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

	Durée de l'entretien	Langue(s) pratiquée(s)	Apprentissage du français	Expérience	Domaines d'études	Autre activité en parallèle
E1	42'	Espagnol	Langue maternelle	2 ans	Professeur d'espagnol	Retraitée
E2	37'	Géorgien	À l'arrivée en France	4 ans	NC	Hôtellerie
E3	33'	Russe/ Ukrainien	À l'arrivée en France	6 ans	NC	-
E4	29'	Russe/ Arménien	À l'arrivée en France	3 ans	NC	NC
E5	55'	Turc / Azéri	À l'arrivée en France	36 ans	Français Langue Etrangère	Agent de Développement Local à l'Intégration
E6	31'	Erythréen	À l'arrivée en France	6 mois	Coiffure	Agent d'entretien
E7	28'	Roumain	Depuis l'enfance	11 ans	Faculté de lettres	-
E8	47'	Arabe	Depuis l'enfance	2 ans	Anglais	-
E9	31'	Arabe	Depuis l'enfance	10 ans	Psychologie	-
E10	56'	Georgien, Russe	À l'arrivée en France	+ 10 ans	Histoire Philologie	-
E11	39'	Arabe	À l'arrivée en France	2 ans	Doctorat en droit	Interprète pour Formation Civique
E12	56'	Dari, Pashto, Ourdou, Anglais	À l'arrivée en France	3 ans	Professeur d'anglais	Livraison

Les participants avaient entre 31 et 71 ans. Il y avait 10 femmes et 2 hommes.

## 2. Résultats de l'étude

### A. Comment les interprètes en sont-ils arrivés à exercer ce métier ?

#### *Des contextes divers lors des débuts dans l'interprétariat*

Les interprètes se sont lancés dans cette profession dans des circonstances très variées, comme nous le montre le tableau 2.

Tableau 2 : Différentes circonstances lors des débuts dans l'interprétariat

Volonté personnelle d'exercer ce métier	Un souhait depuis l'enfance	E7 : <i>"Dans mon parcours, comme j'avais appris les langues dès petite, du coup je rêvais de ça, de faire ce métier. (...) De travailler avec les langues."</i>
	Une vocation	E5 : <i>"Peut-être que je suis faite pour ce métier, moi j'en sais rien, mais apparemment oui."</i>
	Une passion	E10 : <i>"Je suis vraiment passionnée par ce que je fais."</i>
Début dans l'interprétariat sans réelle vocation	Méconnaissance initiale du métier	E5 : <i>"c'est de là que je vais m'engager travailler en tant qu'interprète, sans savoir vraiment ce que c'est."</i>
	Idée de l'interprétariat par entourage	E12 : <i>"c'est mon assistante sociale qui m'a proposé pour faire de la traduction"</i>
	Difficultés à trouver un emploi dans le domaine de formation initiale	E10 : <i>"j'ai commencé à vouloir travailler et j'ai compris qu'avec le diplôme que j'ai, en fait il est valable nulle part."</i>
	Insatisfaction dans le domaine professionnel antérieur	E11 : <i>"Je me suis dit pourquoi pas travailler dans ce domaine, moi j'en ai marre dans mon travail (...) et j'ai pas vraiment trouvé un travail très intéressant."</i>
	Interprétariat par défaut	E12 : <i>"si je trouve un travail régulier je quitte la traduction. Parce que je peux pas rester comme ça. (...). En ayant rien d'autre pour l'instant, je fais ça."</i>

## *Différentes motivations à l'exercice du métier*

Il apparaît ensuite que les interprètes aiment leur métier et le pratiquent pour plusieurs raisons.

Nous retrouvons en premier lieu le fait de se servir sa langue maternelle : *“J'aime (...) surtout utiliser ma langue maternelle.”* (E3). Un participant évoque aussi l'interprétariat comme vecteur d'apprentissage du français : *“Si j'aime bien, parce que moi beaucoup apprendre le français.”* (E6).

Ensuite, les participants évoquent le sentiment d'utilité que leur procure la pratique de leur profession : *“Je me sens vraiment très utile et je sens que j'apporte quelque chose grâce à mon intervention, (...) c'est pour ça j'aime ce que je fais.”* (E9). C'est un métier qu'ils décrivent comme valorisant : *“Vous voyez, au lieu d'être perdus quand ils arrivent, quand y'a l'interprète, il suffit de parler la même langue, ça leur ouvre en fait, ils ont plus ce stress, ou la peur... Ils se permettent en fait de tout dire.”* (E8).

Certains perçoivent leur présence comme indispensable à la prise en charge des patients et apprécient de rendre ce service : *“Ce qui me plaît, c'est que j'aide les gens, et c'est immédiat. Vous voyez, si vous êtes pas là, ça va pas se faire, et vous arrivez et ça se fait.”*(E10).

Ils apprécient également la diversité de leur pratique : *“Avec le temps on sent que c'est une richesse. Cette adaptabilité, ce changement de lieux, d'endroits, de professionnels... (...) Y'a plusieurs domaines, c'est hyper intéressant.”* (E9).

Les interprètes soulignent leur satisfaction lorsque les patients expriment leur reconnaissance : *“Oui, après quand je l'ai accompagné il était très content il a dit « votre présence maintenant me remonte le moral, parce que je comprends.”* (E11). On note ainsi la fierté des interprètes : *“Je vous avouerai que c'est tous les jours, tous les jours après chaque intervention, on sent la personne est contente.”* (E8).

Enfin, l'aspect relationnel du métier est particulièrement apprécié par les interprètes : *“C'est pour dire qu'humainement ces relations là c'est ... ça peut être très riche.”* (E1), *“Je suis quelqu'un qui est totalement tout le temps en communication avec tout le monde.”* (E10).

## B. Un métier qui s'apprend sur le terrain

### *La formation*

Les participants décrivent l'importance de l'auto-formation tout au long de leur parcours professionnel.

Le travail personnel fait partie intégrante de leur apprentissage, et leur permet de prendre de l'assurance a posteriori : *“Oui, s'il m'arrive une telle situation, soit je redemande, soit je note pour moi pour après, et je révise à la maison, pour être plus à l'aise après.”* (E3).

L'investissement personnel permet d'améliorer la qualité de l'interprétation : *“C'est normal, moi j'aime bien chercher, j'aime bien dire « je sais pas » plutôt que dire n'importe quoi.”* (E11).

Cela demande de l'organisation pour les interprètes, car ce temps de travail est le plus souvent réalisé le soir à la maison sur le temps personnel : *“Et le soir avec mon mari il arrive, je laisse mes enfants avec lui et après je travaille le français en ce moment”* (E6).

Les consultations peuvent aussi être préparées en amont : *“On me dit tu vas en ORL, moi et d'autres collègues on prépare avant hein, on regarde les mots sur les organes ORL, je regarde même l'anatomie, tout !”* (E9)

La consultation est décrite comme un lieu d'apprentissage à part entière : *“Ça c'est au début, et après, à force, on s'habitue. Par exemple, heu... Le CLAT, à force, je connais le jargon, la radio...”* (E9).

Les participants n'hésitent pas à s'adresser directement au soignant en cas d'incompréhension : *“Des fois ça m'arrive, j'ai pas trop compris, je demande « excusez-moi, j'ai pas trop compris », il m'explique et après on arrive bien à donner des réponses.”* (E2). Le médecin est donc vecteur d'apprentissage.

L'interprète est en confiance et peut le solliciter pour enrichir sa propre culture personnelle : *“Je savais pas comment bien traduire (...) il m'a expliqué ce que ça veut dire, mais c'était information pour moi, parce que le patient était au courant il savait déjà, heureusement.”* (E3).

Les interprètes apprennent aussi au contact des patients en consultation : *“Avec la pratique, y a plein de nouveaux mots que j'ai appris dans les différents dialectes.”* (E9).



On note que l'interprète participe aussi à la formation continue du médecin : *“C’était une médecin, mais on sent que c’était le tout début, elle était pas habituée. Elle sait pas comment on travaille, du coup j’ai expliqué (...). Mais elle prenait beaucoup plus le temps, oui on voyait que c’était nouveau pour elle.”* (E9).

Les interprètes rapportent être transmetteurs de savoir pour les patients : *“Ben écoutez les gens je leur dis « ça veut dire ça, et je répèterai pas.”* (E5).

Enfin, les analyses de pratiques sont tout particulièrement appréciées et jalonnent la formation continue des interprètes : *“Oui c’est comme ça aussi qu’on se forme. Franchement, si on parlait pas de tout ça, avec la psychologue, elle recadre un peu parce qu’elle sait ce qu’on doit faire, elle connaît la charte des interprètes.”* (E9). Ces séances, réunissant plusieurs interprètes, permettent d’analyser les expériences professionnelles récentes ou en cours dans un but de perfectionnement.

#### *Acquisition de compétences avec la pratique*

Les participants ont retracé trois principaux domaines de compétences dans lesquels ils ont progressé au fur et à mesure de leur pratique.

Tableau 3 : Les compétences acquises

Apprendre à gérer ses émotions	Découverte d'une pratique génératrice de fortes émotions	E1 : <i>“Quand j’ai commencé à travailler, j’étais émotionnellement... Submergé par certaines choses parfois.”</i>
	Identification des mécanismes à l'œuvre et recherche d'une prise de distance avec ses émotions	E3 : <i>“Et je pense qu’au tout début quand on commence, on prend tellement à cœur l’histoire de l’autre, et on le vit presque avec la personne (...). Mais j’ai vite compris qu’il faut pas le faire, il faut pas tomber dans ces émotions, parce que après le soir, on projette sur nous, et on le vit comme si ça c’était passé avec nous, ce qui n’est pas le cas.”</i>
	Elaboration de stratégies face à des situations difficiles	E10 : <i>“En fait j’ai développé heu, j’arrive à évacuer de ma mémoire des choses traumatiques qui... Et c’est devenu automatique.”</i>

Apprendre à prendre du recul sur son propre métier	Comprendre l'importance de la neutralité	E7 : <i>“Moi j’ai mis du temps à comprendre pourquoi on doit rester neutre (...). Au début j’avais tendance à aider les gens, parce qu’on saisit vite leur besoin au-delà de la consultation, alors pourquoi rester neutre ? Et ben cette neutralité, j’ai compris au fil du temps que c’est très important, que c’est vraiment... On aide finalement et le médecin et le patient, le secret médical, c’est lié à ça aussi. De pas aller au-delà aussi, de pas dépasser ce cadre, de pas remplacer les professionnels.”</i>
		E10 : <i>“Je prenais ça très heu... Je défendais le côté « migrant », le côté « faible », vous voyez ? (...) comme si c’était à moi de défendre leur cause, de les défendre. Et au fur et à mesure j’ai compris qu’en fait, bah non.”</i>
	Prise de conscience du risque d'épuisement professionnel	E10 : <i>“Je peux pas prendre toute leur vie en main quoi. Et je pensais avant que je pouvais. J’ai appris que non, je peux pas. Je m’épuise, et je ne suis plus là parce que je suis malade.”</i>
	Apprentissage du professionnalisme	E7 : <i>“Au début (...) on trouvait ça très intéressant aussi d’aider, d’aller au-delà. Mais petit à petit on s’approprie le métier, le vrai métier.”</i>
	Apprendre à poser un cadre professionnel	E9 : <i>“Mais ces gens ils nous sollicitent des fois. (...) Il faut savoir dire non, ça s’apprend.”</i>

### c. Une pratique complexe au-delà de la simple traduction

Les participants décrivent des pratiques allant bien au-delà de la traduction, avec de multiples difficultés auxquelles ils doivent faire face.

#### *Complexité linguistique*

La découverte du jargon médical est parfois déroutante pour les interprètes: *“On entend des maladies qu’on a jamais entendu parler, franchement on découvre pas mal de choses.”* (E8).

Ils doivent ensuite décoder la langue de chaque interlocuteur pour traduire au mieux : *“On traduit fidèlement que ce soit, ni rien rajouter, ni rien enlever, le plus fidèle possible, il faut respecter la traduction”* (E3), tout en renonçant à l’idéal de la traduction littérale : *“on peut pas traduire mot par mot, c’est pas possible. Si on veut que ce soit intelligible, qu’il y ait le sens, on peut pas”* (E10).

Traduire c’est aussi interrompre l’échange pour expliquer un terme à l’un des interlocuteurs : *“Quelques fois [...] on traduit les expressions mais après on dit à la personne : « excuse-moi [...], il faut que j’explique ça au médecin. Parce que le médecin ne comprend qu’est-ce que ça veut dire etc »* (E5).

Effectivement, tous les mots n’ont pas leur équivalent dans l’autre langue : *“Par exemple « contraception », y pas de mot, on dit « pilule qui t’empêche de tomber enceinte », mais sauf que c’est pas que des pilules ! (...) La difficulté elle est là.”* (E9). Il faut parfois expliquer une expression idiomatique, comme l’illustre un des participants : *“Le médecin dit « il faut lui donner une cuillère à café ». D’accord ? Bah si vous traduisez cuillère à café, ça marche pas. Chez [le patient] une cuillère à café c’est tout petit. Vous voyez ?”* (E5).

L’interprète doit choisir les mots utilisés de façon fine, en fonction de l’origine du patient : *“Donc échographie, [...] pour les turcs c’est ultra son, comme en anglais. [...] Pour les Azeri et les autres russophones, c’est uz. C’est un mot russe. [...] Si ça fait longtemps que la personne a vécu en France, il connaît pas le mot ultra son non plus, il faut lui dire échographie”* (E5).

Les langues elles-mêmes sont sources de complexité, comme l’illustre le tableau suivant :

Tableau 4 : Des langues sources de complexité

Interventions dans une langue n’étant pas la langue maternelle...	... Du patient : langue d’un pays où il a vécu	E5 : <i>“C’est parce qu’ils ont vécu en Turquie, les Syriens ils ont vécu en Turquie, [...] les Afghans, [...] les Roumains, [...] les Iraniens. Parce qu’ils ont vécu en Turquie”.</i>
	... Du patient : car pas d’interprète disponible dans sa langue maternelle	E9 : <i>“La dame elle parlait même pas bien arabe, elle était d’Erythrée, (...) C’est un peu du bricolage au niveau de la langue”.</i>
	... De l’interprète	E5 : <i>“J’interviens beaucoup [...] pour les Azeri. C’est une langue très proche à la langue turque mais avec des mots différents etc”.</i>

Problématiques liées aux dialectes et variantes d'une langue	Variantes à apprendre sur le tas	E5 : <i>“Et j’interviens pour les Géorgiens, mais ce sont des Azéri qui vivent en Géorgie. Donc ils ont des mots géorgiens”</i> .
	Différents dialectes en arabe : échange restant possible...	E11 : <i>“ Ils arrivent pas à répondre en arabe littéraire mais ils comprennent, et quand ils parlent leur dialecte moi je comprends, donc on arrive à se comprendre”</i> .
	... ou pouvant se solder par un échec	E11 : <i>“Ils ont essayé avant avec un autre interprète mais ils ont pas réussi à se comprendre, parce que c’était pas les mêmes dialectes”</i> .

### *Importance du langage non verbal*

Les interprètes doivent également décoder le langage non verbal de leurs interlocuteurs : *“J’aime bien voir l’expression du visage, la personne. Ça peut être des expressions des mains qui peuvent changer un peu le sens de la phrase, ou la couleur de la phrase un petit peu.”* (E4). Ils utilisent eux-mêmes le langage non verbal pour se faire comprendre : *“Je parle avec des gestes [...], après j’ai mal partout, bah oui parce que je bouge !”* (E5).

Retranscrire les propos du patient n’inclut pas seulement de trouver les bons mots : *“Je mets aussi l’intonation, enfin c’est le même ton”* (E5). L’interprète peut aller jusqu’à se mettre dans la peau du patient : *“Si c’est un homme, moi je deviens un homme. [...] Je suis dans la peau de la personne.”* (E5).

Il va s’imprégner des émotions pour mieux les retranscrire : *“Euh je peux sentir en fait, par exemple, me mettre en fait à la même place, la même situation, avoir les mêmes émotions, pour pouvoir en fait passer ce qu’il veut passer comme message”* (E8), sans pour autant garder ces émotions en lui après l’entretien : *“C’est comme les artistes. Quand ils font des séries, voire un film, vous voyez ? Pendant la période de préparation de film ou des séries, ils se mettent dans le rôle. Mais une fois qu’ils finissent ça, ça y est, ça sort”* (E8).

Cette importance accordée au langage non verbal est l’une des raisons qui justifient leur préférence pour l’interprétariat physique, plutôt que téléphonique : *“On préfère toujours faire des entretiens en physique. Parce qu’on arrive, on voit ce qu’il se passe, on voit la personne, on voit ses émotions, ses gestes, c’est plus facile de traduire et de faire l’entretien”* (E3).

L'interprétariat téléphonique est de surcroît jugé plus difficile : *“J’aime pas par téléphone par rapport à la compréhension au niveau du français”*. (E2), et dévalorisant : *“J’ai l’impression d’être une machine à traduire les mots, c’est vraiment autre chose quoi. On dirait qu’on fait pas de l’interprétariat”* (E9).

Le patient se sentirait moins en confiance au téléphone : *“Par téléphone la patiente elle vide pas tout ses problèmes”* (E2). L'interprétariat téléphonique est cependant jugé utile pour certaines situations : *“Après pour un dépannage, pour annoncer quelque chose, une idée, un diagnostic, je sais pas 10 minutes quoi”* (E9).

### *Adaptabilité*

Les participants décrivaient la nécessité de faire preuve d’une grande adaptabilité dans leur pratique.

Tableau 5 : Une adaptabilité à toute épreuve

Au degré de compréhension du patient, grâce à une attention constante	E3 : <i>“D’où l’intérêt de l’interprète, être très attentif à tout ce qui se dit, et par le regard distinguer est ce que la personne a compris, est ce qu’il faut des explications supplémentaires ou pas, ...”</i>
A des publics qui évoluent	E5 : <i>“La population change. Avant on avait des émigrés, petit à petit on va se retrouver que avec des demandeurs d’asile par exemple”</i> .
A des situations particulières	E12 : <i>“Des fois on nous avertit pas à l’avance de ce qu’il va se passer, du coup on découvre...”</i>
A des propos peu compréhensibles	E2 : <i>“Des fois, je suis obligée de redemander, il faut bien m’expliquer parce que je peux pas heu... traduire comme ça”</i>
A des médecins n'ayant pas l'habitude de travailler avec un interprète	E3 : <i>“Ils [les nouveaux médecins] ont tendance à dire plein de choses, en oubliant qu’il y a l’interprète derrière, il faut s’arrêter, faire quelques phrases, il nous faut le temps, on peut pas mémoriser... “</i>
A la diversité des situations	<i>“Toutes les situations comme ça, très... ça nous amène dans des situations très différentes”</i> (E7)

## *Aspect social et médiation culturelle*

Pour les participants, la prise en charge médicale est indissociable de la prise en charge sociale : *“donc interprète médico-sociale, donc j’interviens dans les centres médico-sociaux, les hôpitaux, les écoles”* (E9).

Au sein de la consultation médicale, la prise en charge sociale du patient est perçue comme faisant partie intégrante des soins : *“quand on permet à une personne étrangère à accéder à un logement adapté, d’accéder à l’assurance maladie ou à d’autres droits, ça fait partie des soins”* (E11).

Ils peuvent être sollicités par les patients pour des problématiques d’ordre social mais savent les renvoyer vers des professionnels compétents : *“si y a des problèmes concernant les démarches, tout ça, je donne pas de conseils, je dis il faut voir l’assistante sociale, je ne sais rien concernant ça”* (E11).

Certains interprètes rencontrés décrivaient une part de médiation culturelle intégrée dans leur pratique : *“La culture des personnes fait que les personnes peuvent répondre différemment, il faut bien sûr, d’où notre utilité aussi comme interprètes, c’est qu’on intervient comme, en quelque sorte, heu... On explique, c’est le décodage culturel, ça s’appelle, voilà.”* (E3).

Certains voient cela comme faisant partie intégrante de leur mission : *“on est aussi médiateurs, voilà, sur la fiche de poste”* (E9), d’autres comme une sortie de leur rôle principal : *“Et c’est là que notre rôle peut aller un peu au-delà... Ou dans des situations où il fait un peu de médiation aussi.”* (E7).

Ils décrivent cependant tous la nécessité de faire de la médiation par moments : *“parfois il y a des très grosses incompréhensions et qui est totalement culturelle”* (E10), parfois pour faciliter les soins, comme dans cet exemple où un mari refusait que son épouse soit examinée par un homme : *“Je dis « c’est pas un homme, c’est un médecin. C’est un docteur. Et le docteur n’a pas de sexe. [...] ”Il m’a dit d’accord”* (E5). La médiation n’est pas toujours possible car les interprètes peuvent intervenir pour des patients ayant une culture différente de la leur malgré la langue commune : *“Comme je touche plusieurs pays, moi je connais pas la culture de tous les pays”* (E5).

Les différences culturelles peuvent amener l’interprète lui-même à se sentir gêné par les mots du médecin qu’il doit traduire : *“même pour moi c’est pas possible de demander pourquoi.”* (E10).

## D. L'interprète comme intervenant en santé

### *Des compétences de professionnel de santé*

Les participants adoptent face aux patients une posture de soignant.

Au sein de la relation tripartite, ils se projettent du côté de l'équipe soignante : *"Moi je traduis pour le patient mais après, le... Je suis le professionnel plutôt à côté du médecin."* (E2).

Les interprètes sont bien conscients des enjeux d'une consultation médicale : *"Si vous arrivez, vous comprenez mal un mot, ça peut coûter à la vie de la personne."* (E5).

L'interprète comprend très finement l'attitude du médecin et la reproduit en miroir : *"Il n'a pas osé dire [le diagnostic] à la maman. Parce que la maman était très inquiète, donc on a évité de le dire directement."* (E11).

L'interprète veille à l'optimisation de la prise en charge médicale des patients.

Tableau 6 : Stratégies visant à mettre le patient en confiance

Envers l'interprète lui-même	Par son attitude	E5 : <i>" Moi il me faut trente secondes pour avoir la confiance de la personne, trente secondes."</i>
	Par le toucher	E5 : <i>"Moi je touche aux personnes en fait. Quand c'est des jeunes qui ont beaucoup souffert, qui arrivent pas à dire, [...] je sens ça tout de suite et puis je peux toucher en fait."</i>
Envers le médecin	Incitation à se confier	E2 : <i>"Tu es là pour ça, (...) bien-sûr il faut que tu parles."</i>
	Appui des propos du médecin	E12 : <i>"Quand je traduis « il faut voir psychologue ou psychiatre » (...) des gens des fois refusent, disent « non, on est pas fou !" (...) Donc j'interviens des fois. Je dis, non les gens qui souffrent psychologiquement, quand on a des problèmes psychiques, il faut y aller, ils sont pas fous."</i>

Comme tout soignant, les interprètes doivent dans leur pratique faire face à la souffrance des patients et s'adapter à ces situations difficiles.

Tableau 7 : Confrontation à des situations graves et conséquences

Positionnement de l'interprète dans des situations génératrices de vécu traumatique	Se sentir en première ligne face aux dires du patient	E1 : <i>"Disons je me rappelle d'une consultation où elle bon... Où elle racontait une violence qu'elle avait subie. Bon c'est moi la première qui l'ai reçue. Bon j'ai... J'ai reçu ça en pleine figure."</i>
	Et face à la souffrance d' un patient en fin de vie	E10 : <i>"Tu vois la personne, tu la vois toutes les semaines, tu l'accompagnes dans la mort..."</i>
Réaction des interprètes face à ces situations	Se sentir impuissant	E1 : <i>"C'est quelqu'un qui souffre même physiquement, donc elle a besoin de nous dire qu'elle a mal, qu'elle souffre... Euh voilà... Donc on a envie de compatir, et puis quoi faire..."</i>
	Chercher à contenir ses émotions...	E7 : <i>"Dans les pathologies lourdes, ben c'est pas évident, toujours, de garder son sang-froid. On est pris aussi par des émotions des fois, oui."</i>
	... stratégie pouvant être mise en échec	E10 : <i>"J'ai eu une réaction que j'aurai pas dû avoir, j'ai commencé à pleurer... Ça m'a hyper choquée."</i>
	Accepter que ses propres émotions transparaissent	E8 : <i>"On sent les larmes aux yeux, mais tu essaies de pas le montrer. Même si tu le montres à la personne, elle sent en fait... Pour moi c'est humain."</i>
	Vécu traumatique immédiat...	E12 : <i>"L'autre jour, je voyais une dame qui souffrait trop psychologiquement, (...) et ça m'a rappelé tout d'un coup, et en sortant moi aussi je me sentais pas bien."</i>
	... Ou différé	E9 : <i>"Et c'était très particulier quoi, l'avortement heu... C'est assez traumatisant en fait. (...) Moi je suis sortie j'étais pas bien, ça m'a remué pendant quelques semaines."</i>

Les participants sont par ailleurs exposés à certaines problématiques auxquelles font face les soignants dans leur pratique : contre-transfert, questionnement de la frontière entre empathie et sympathie dans la relation de soin, secret médical parfois lourd à porter.



Tableau 8 : Des concepts régissant les relations soignants-soigné au cœur du métier d'interprète

Contre-transfert	E1 : <i>“C’est une jeune femme qui a l’âge de ma fille en plus. Et pfff j’ai vraiment une sympathie vers elle que je disais un peu qu’est-ce que je fais de ça.”</i>
Recherche de l’empathie...	E12 : <i>“Normalement on traduit mais je prends pas leur place. Je me mets pas à leur place”.</i>
... Pouvant se transformer en sympathie	E12 : <i>“Récemment j’ai eu le cas avec cette dame et ses enfants, ça c’était trop dur et ça m’est arrivé tout à coup (...). Ça m’a touché, c’était profond.”</i>
Acceptation de la sympathie car permet une meilleure qualité des échanges	E8 : <i>“Il faut être disons humain et peut-être même (...) quelques secondes, se mettre à la place de la personne. Comme on va se sentir. Quelques secondes, juste en fait dans la tête et donc là ça peut débloquer pas mal de choses”.</i>
Secret médical lourd à porter	E1 : <i>“Parce qu’on entend des choses qui sont très dures parfois. On revient chez soi euh pfff on a plein on en a plein la tête donc euh... faut garder ça pour soi. (...). Mais cette part de secret médical je trouve ça très très dur”.</i>

#### *L’interprète au sein de l’équipe soignante :*

Enfin, les interprètes doivent composer avec des équipes soignantes plus ou moins habituées à leur présence.

Certains d’entre eux ont été amené à travailler en équipe et en tirent une expérience positive : *“Tout le monde a de la sympathie, de l’empathie, y’a de l’empathie pour tout le monde. Je trouve que c’est de la bienveillance et tout, je trouve, c’est vraiment, humainement c’est très riche. (...) Je trouve aussi qu’ils me respectent beaucoup”* (E1).

D’autres ont des expériences moins enrichissantes, par exemple lors d’un accompagnement en fin de vie à domicile où l’interprète s’est senti mis de côté par l’équipe qui entourait le patient : *“Personne s’occupe de nous en fait”* (E10), et a ressenti un manque de considération : *“On m’a même pas prévenue ! Qu’elle était décédée. (...) Je suis arrivée, j’ai vu le lit vide.”* (E10). Ce manque de considération est aussi rapporté en milieu hospitalier : *“Elle (l’IDE) me dit - j’avais mon badge- « mais vous êtes qui ? ». J’ai dit « ben je suis interprète ». « Ah oui mais non, moi je dois prendre que le papa hein, je peux pas vous prendre tous les deux.”* (E8).

## E. Trouver la juste distance avec le patient :

### *Un enjeu qui débute dès la salle d'attente*

La salle d'attente constitue le premier lieu de rencontre de l'interprète et du patient. Cette configuration dyadique est propice aux échanges informels sortant du cadre professionnel des interprètes.

Les participants se voient obligés de couper court aux tentatives du patient qui souhaite une "consultation avant la consultation" : *"La salle d'attente, alors ça c'est un lieu où on est très sollicités des fois. Ça m'arrive de dire « tout ce que tu me dis là, tu le diras en consultation et je le traduirai." (E9).*

Le patient souhaite parfois tisser un lien avec l'interprète, et opérer un rapprochement amical avant que la consultation ne débute. Les participants s'en voient embarrassés : *"Si on est dans la salle d'attente avec le migrant, tout de suite il entame la conversation. Donc il va poser des questions, « comment t'appelles-tu, d'où viens-tu, combien d'enfants tu as, ... ». Pour l'interprète c'est un peu gênant de raconter sa vie." (E3).*

Afin d'éviter d'être confronté à ces situations, différentes stratégies peuvent être mises en place. L'interprète peut choisir de ne révéler son identité qu'au moment d'entrer dans la salle de consultation : *"Je dis même pas bonjour dans la langue, si je les connais pas, je dis bonjour en français, et ils savent pas jusqu'au dernier moment que je suis l'interprète." (E10).*

Le médecin peut choisir d'installer l'interprète et le patient dans deux salles d'attente distinctes : *"Il y a, on va dire, des endroits, où les médecins préfèrent mettre l'interprète dans une autre salle d'attente." (E3).*

Au contraire, certains participants nous ont confié accueillir ces échanges informels avec plaisir, notamment dans les suivis longs : *"J'ai été un peu frustrée de pas sortir [de la salle de consultation] avec elle. Parce que des fois des choses qu'elle me dit qui sont même pas de la consultation mais qui à elle lui font du bien de la dire quand même"(E1).*

## Une proximité inévitable

Dans certaines situations, la proximité avec les patients est inéluctable, comme le soulignent les participants.

Tableau 9 : Une proximité inéluctable

Induite par l'identification au patient	Du fait de leur parcours migratoire commun	E10 : <i>“On ne prend pas en considération la difficulté d'être immigré, déraciné quelque part. Moi je sais, j'ai vécu ça moi-même.”</i>
	Du fait des difficultés communes rencontrées une fois arrivé en France	E12 : <i>“Y a des fois des gens qui reçoivent la décision négative de la part de l'OFPPRA, comme c'était le cas pour moi, et c'est trop dur.”</i>
Induite par le compatriotisme	L'interprète comme confident	E3 : <i>“Les compatriotes te considèrent comme quelqu'un de leur pays, et tout de suite ils peuvent penser que tu es leur amie, presque que leur compatriote est quelqu'un à qui ils peuvent vite confier des choses.”</i>
	Une relation privilégiée	E9 : <i>“Des fois ça peut arriver qu'il y ait une affinité avec une ou deux personnes, vu qu'on vient du même pays, on peut garder contact et tout...”</i>
	Une proximité bienvenue pour l'interprète	E9 : <i>“Là on parle vraiment le même dialecte, elle était contente que je sois là, c'est vraiment une situation particulière. (...) On ressent pas tout le temps ça de la part des migrants.”</i>
Une proximité induite par certains types de suivi	En psychiatrie	E3 : <i>“Heu, c'est justement c'est ça qui est difficile [dans les suivis longs en psychiatrie]... Il faut essayer de garder au maximum ses distances, ne pas vraiment se familiariser.”</i>
	Suivi d'un même patient dans plusieurs domaines	E10 : <i>“Avec certains, j'ai une proximité parce que par exemple je les suis dans tout, absolument tout.”</i>

On note que les interprètes souhaitent parfois entretenir une certaine proximité avec le patient, hors situation de compatriotisme : *“Et si elle venait plus, j'aurais envie de... Que le lien se continue autrement.”* (E1). Certains participants ne souhaitent pas se cantonner au rôle d'interprète dans les suivis longs : *“J'essaie d'aider cette personne, je n'imagine pas que je suis une interprète tout court.”*(E2).

*Recherche de la distance, garante d'une posture professionnelle :*

Tableau 10 : Les moyens de la juste distance

Plus facilement induite lors du travail avec un certain public	Patients d'origine différente	E9 : <i>"J'interviens pas beaucoup avec des personnes tunisiennes. (...). C'est ce qui me plaît aussi, parce que je garde une certaine distance. Quand on vient pas du même pays (...), je pense que ça aide vachement à avoir ce distance, et à ne pas se mettre « à la place de », pour pouvoir garder cette distance, bien traduire et se détacher finalement."</i>
	Patients ayant un parcours de vie différent de celui de l'interprète	E9 : <i>"C'est comme si en fait je me sentais pas concernée par ce qu'ils ont vécu, donc c'est beaucoup plus facile pour me concentrer juste sur la traduction et pas sur ce sentiment, ce vécu, bon c'est humain hein, mais c'est mieux quand même pour garder cette neutralité."</i>
Par le choix des mots	Le vouvoiement	E10 : <i>"J'ai pas envie que vous pensiez que je suis sèche avec eux, mais oui, je peux paraître sèche. Je les vouvoie."</i>
	La première personne du singulier proscrite	E5 : <i>"Normalement j'utilise jamais le mot « je »".</i>
	Utilisation de la troisième personne	E10 : <i>"Je démarre toutes mes phrases par « elle a dit » ou « il a dit. »</i>

La juste distance de l'interprète avec le patient et le médecin résulte ainsi d'un équilibre très fin, entre présence et effacement : *"Oui, là c'est la position de l'interprète, elle est vraiment importante. D'être à la fois à l'écart, mais à la fois pas trop à l'écart non plus... C'est le juste milieu !"* (E7).

## F. Positionnement de l'interprète au sein de la relation tripartite

### *Un rôle central :*

Si, comme vu ci-dessus, les interprètes cherchent à se positionner de façon neutre et presque effacée, ils n'en ont pas moins un rôle primordial de l'interprète au sein de la relation triadique. Ils jouent en effet un rôle de pivot : *“Le patient [...] il vous regarde vous. Parce que vous, vous parlez sa langue, et puis l'interprète on a beau dire, c'est la seule personne qui comprend les deux.”* (E5).

Il est bien établi que les interprètes se positionnent en triangle pour optimiser leurs interventions : *“Parce qu'il y a une règle des interprètes, il faut se mettre en triangle : médecin, interprète et migrant. Pour que, déjà on se voie, heu... Par le regard, ça facilite le travail.”* (E3).

Ce positionnement permet à l'interprète de remplir différentes missions, décrites dans le tableau 11.

Tableau 11 : Rôles de l'interprète au sein de la relation tripartite :

Centralisation des regards	E5 : <i>“Le médecin a tendance quelques fois à nous regarder nous, nous aussi on regarde là. Le patient c'est pareil, il vous regarde vous.”</i>
Gestion du temps de parole	E1 : <i>“Que ce soit la patiente ou les soignants, quand ils sont partis dans leurs interprétations etc, il faut vraiment que quelqu'un cadre que ce soit moi ou quelqu'un d'autre du groupe parce que c'est épuisant hein. C'est épuisant.”</i>
...avec l'aide des soignants	E1 : <i>“Hein, et pour ça les différents soignants sont très attentifs à ce que quand ils parlent moi je fais stop parce que si c'est une enfilade de je sais pas combien moi je me rappelle plus.”</i>
Maîtriser l'équilibre des échanges au sein de la relation tripartite et veiller à l'inclusion de tous les interlocuteurs	E8 : <i>“J'essaie d'utiliser les signes pour faciliter, pour pas que par exemple le professionnel il se sente gêné... Il va peut-être croire que je suis en train de dire quelque chose en fait avec la personne, et que lui il comprend pas la langue. Et aussi dans l'autre sens. Donc j'essaie tout le temps de, style, me mettre bien au milieu.”</i>
Recherche de la fluidité des échanges malgré des interventions nécessaires	E9 : <i>“Des fois (...) je dis « tu voulais dire ça » ? Il me dit « oui oui », et du coup des fois ça peut couper un peu la fluidité de la traduction.”</i>
Des interventions à amener avec précautions	E9 : <i>“On peut intervenir, mais délicatement, pour resituer des choses, pour préciser.”</i>

### *Gestion des relations avec les personnes accompagnantes :*

Les interprètes, acteurs dans le déroulé de la consultation, sont parfois amenés à interagir avec les accompagnants.

Tableau 12 : Gestion des relations avec les accompagnants

Fermeté face aux interventions des accompagnants jugées inadaptées	E5 : <i>“Moi une personne qui traduit en même temps que moi, moi je ne veux pas premièrement. C’est mon travail, on m’a appelée, moi je viens, toi, tu te tais.”</i>
Exclusion d’un accompagnant lorsque jugé nécessaire au bon déroulé de la consultation	E5 : <i>“Jusqu’à maintenant, personne n’a empêché que le mari assiste à la consultation. Mais moi je l’empêche.”</i>
Remise en cause par une accompagnante francophone	E3 : <i>“La sœur, qui comprenait le français, elle était très exigeante, ça m’a marqué : « vous avez mal traduit », « vous avez pas dit comme il fallait », « y a un mot que vous n’avez pas dit.”</i>

### *Une position neutre difficile à tenir au sein des négociations :*

Comme le soulignent les participants, la neutralité est de mise au sein de la relation tripartite : *“Bien sûr on est considéré comme une personne neutre, on peut même être presque caché parce que le dialogue se passe entre le médecin et le migrant.”* (E3).

Cependant, l’interprète est parfois pris entre deux feux lors des négociations médecin-patient : *“Il fallait voir plein de choses donc le médecin souvent du coup il est ferme, et du coup on est un peu mis dans des situations difficiles. Parce que la patiente elle est très demandeuse, et du coup elle peut s’adresser à nous, mais pourquoi vous...”* (E7)

Le patient peut s’adresser directement à l’interprète et lui demander de sortir du cadre professionnel pour plaider sa cause. Il incombe à l’interprète de poursuivre la traduction des dires du patient sans prendre parti : *“On réexplique plusieurs fois et donc la patiente à un moment donné, elle va céder. On réexplique, moi je dis au médecin : oui mais elle veut, elle souhaite.”* (E7)

Les participants se contentent de traduire lors des échanges les plus houleux entre médecin et patient et le leur précisent : *“Quand ça déborde c’est là que je le dis : « Je suis obligée de tout traduire, fais gaffe ! ». Je passe ce message là. Quand ça déborde, parce que des fois il peut me dire des choses, « écoute, heu... », pas forcément dans le but de traduire.”* (E9). Ils laissent au

professionnel de santé le soin de recadrer le patient si nécessaire : *“Même s’il [le patient] dit, même s’il est fâché, il va enchaîner des insultes ou des trucs qui sont pas vraiment adapté, je traduis, et c’est au médecin d’ajuster après. Et même des fois, je peux demander au médecin de décider, parce que moi je peux pas décider à sa place, ou à la place du patient.”* (E7).

Il peut arriver que leur position neutre soit difficile à tenir dans des situations où ils se sentent en désaccord avec l’attitude du médecin lui-même : *“J’ai trouvé que quand même elle était brusque auprès du couple, surtout auprès du mari.”* (E8).

#### *Des médecins qui doivent s’adapter à la présence d’une tierce personne :*

En consultation médicale, les interprètes rapportent une bonne relation avec les médecins : *“En règle générale, les médecins nous remercient.”* (E5). Ceux-ci expriment de la reconnaissance : *“On a souvent plutôt des retours positifs ou qu’on a vraiment été utile pour la consultation. Que ça a facilité la consultation, donc ils sont plutôt reconnaissants.”* (E7).

Les interprètes apprécient de pouvoir participer au soin en donnant leur ressenti au médecin suite à la consultation : *“Elle (le médecin) me demande par exemple des compléments d’informations, est-ce que vous avez constaté que la mère est à l’aise maintenant, est-ce qu’elle est rassurée ?”* (E11).

En recevant les mots du patient en premier, l’interprète absorbe une forte charge émotionnelle. Le médecin se sent de ce fait moins exposé et en est reconnaissant : *“Il [le médecin] me dit c’est grâce aux interprètes qu’on se sent bien, car [...] vous recevez tout, et puis vous nous transmettez.”* (E5).

Les interprètes sont bien conscients du bouleversement dans la relation médecin-patient que leur présence provoque. Ils perçoivent parfois les difficultés du médecin à accepter ce tiers à qui le patient s’adresse : *“Ils aiment pas, parce qu’ils ont l’impression qu’ils sont dépossédés de quelque chose.”* (E10). Ils savent que le médecin peut se sentir exclu des échanges : *“Le migrant vous regarde, il regarde pas le médecin. Il vous écoute. Et les médecins ont pas l’habitude de ça.”* (E10). Ils cherchent à minimiser ce sentiment en évitant les échanges patient-interprète non traduits, ou en les expliquant : *“ moi en fait j’ai l’impression que des fois j’ai tendance à... à me justifier, parce que des fois y a des mots je peux ne pas comprendre, alors je fais répéter au patient*

*(...) Du coup, là j'explique au médecin, « alors là en fait je redemande ce que tu m'as demandé parce que j'ai pas compris ce mot là donc j'ai besoin de précision »* (E9).

Les interprètes rapportent des situations conflictuelles rares, mais marquantes : *“Une fois c'est arrivé dans ma carrière. [...] Elle [le médecin] sort, elle me dit : « Dites à votre troupeau de femmes de quitter l'hôpital ». J'étais hors de moi.”*

## G. Une profession qui se questionne

### *Une remise en question constante :*

Les interprètes témoignent d'une permanente remise en question de leurs propres compétences : *“Quand j'ai fini, après j'ai demandé « est-ce que c'est bien passé », « qu'est-ce qu'il y a ? »* (E6); et ce notamment lorsqu'ils subissent des critiques : *“Ces remarques, je l'avais un peu mal vécu, parce que ça m'a mis en doute en tant qu'interprète, est ce que vraiment je fais bien mon travail, est ce que je suis à la hauteur, pourquoi il y a eu ces remarques ? Et ça, ça marque, ça me fait un peu... Douter de nous...”* (E3).

Les débuts dans le métier sont décrits comme particulièrement difficiles : *“C'est un peu dur au début parce que il faut tout prendre en compte, la situation, comment gérer la situation émotionnellement, comment utiliser son vocabulaire ou être confronté à ses difficultés avec la terminologie médicale.”* (E3), au point de décourager l'interprète : *“Mais on travaille sur ça, (...) parce que c'est un peu décourageant.”* (E3).

Les participants rapportent de plus des incertitudes lorsqu'ils jugent nécessaire d'intervenir au cours de la consultation : *“Moi c'est mon ressenti, j'ai l'impression de pas faire parfaitement ce qu'il faut.”* (E9).

Ils peuvent aussi ressentir de fortes tensions lorsqu'ils sont amenés à devoir traduire des propos avec lesquels ils se sentent en désaccord : *“Pour moi c'est difficile dans ce cas là, d'expliquer à une personne pourquoi ce n'est pas possible [de traiter son cancer]. ça m'est difficile. De traduire ces choses avec lesquelles je suis pas d'accord.”* (E10).

Ils évoquent face à ces situations difficiles un fort sentiment d'isolement : *“Ben on est un peu seul quoi, on est un peu seul...”* (E1).



### Nécessité des échanges intra et pluri professionnels :

Face à ces différentes problématiques, les interprètes apprécient de pouvoir échanger avec le médecin ou le patient après la consultation afin d'avoir un retour : *“Ah oui oui oui, franchement déjà moi personnellement je suis super contente quand j'entends un retour. Que ça soit de la part des patients, ou même du personnel.”* (E8).

Ces échanges sont rarement initiés par le médecin, mais bien acceptés lorsque l'interprète les demande : *“C'est à nous aussi d'aller vers le médecin et de lui demander (...) C'est de poser la question au médecin, ils sont très ouverts en général.”* (E7).

Cela a son intérêt à la fois avant la consultation : *“ils nous expliquent la situation comme ça on est préparé”* (E7), et après : *“on discute de comment je ressens, (...) comment je pensais concernant l'échange, si y a quelque chose que je trouve je lui dis.”* (E12).

Lors des suivis longs, un échange avec l'équipe lors d'une synthèse permet de faire le point et de décharger ses émotions : *“Ça nous aide à relativiser et à passer au-delà, parce qu'on peut passer des semaines à penser à certaines situations hein.”* (E9).

Ils échangent également avec leurs collègues : *“Mais c'est bien d'échanger avec les autres interprètes.”* (E11), notamment autour des situations vécues comme difficiles, par exemple lorsqu'ils doivent refuser d'aider un patient hors de la consultation : *“On parle souvent de cette culpabilité qu'on a à refuser d'aider.”* (E9).

### Un cadre professionnel sujet à réflexion :

Les interprètes décrivent des règles de travail bien précises.

Tableau 13 : Un cadre déontologique bien présent

Des règles de travail claires	E12 : <i>“On est pas autorisés à donner des conseils comme ça. On est juste là pour faire la traduction.”</i>
Cadre présent sans être forcément explicite	E9 : <i>“Alors on est censés leur dire, mais moi je dis pas forcément qu'il y a un cadre, ... Je recadre quand ça déborde, mais en général ça se passe bien.”</i>
Secret professionnel	E7 : <i>“Et donc le secret professionnel il faut vraiment pour moi, le secret professionnel ça reste dans le contexte médical. Là du coup par exemple, lors de la consultation, tout ce qui est dit, reste dit là bas et ça sort pas.”</i>

Néanmoins, ce cadre de travail est en pratique remis en question. L'interprète peut être amené à intervenir au delà de son rôle et à endosser un rôle d'accompagnant : *"Je suis allée au Centre Simone Veil. Lorsqu'ils ont fait l'intervention, j'étais à côté... (...) Là c'est au-delà de l'interprétariat quoi."* (E9).

#### *Difficultés organisationnelles :*

La pratique de la profession d'interprète nécessite une organisation bien spécifique, qui génère différentes difficultés, rapportées dans le tableau 14.

Tableau 14 : Une organisation complexe

Lieux d'exercices multiples à relier en transports en commun	E4 : <i>"Le défaut en transports en communs, des fois, y'a des manifestations"</i>
Retards des médecins	E4 : <i>"Et le deuxième inconvénient je peux dire, c'est le retard au CHU. Le retard des médecins en fait hein, parce qu'on arrive à 15h par exemple, le rdv il est à 15h, on nous appelle à 15H45."</i>
Patients non venus en consultation	E7 : <i>"C'était une consultation de généraliste, (...) où le patient n'est pas venu. J'ai eu beaucoup beaucoup de loupés en ce moment."</i>

Les interprètes pointent aussi la précarité de leur métier, avec un faible volume nombre d'heures travaillées, et des horaires contraignants ne permettant pas de cumuler les emplois notamment.

Tableau 15 : Précarité du métier

Un rythme particulier	E7 : <i>"Peut être que ça va évoluer, j'espère. (...) On peut pas travailler à côté, on peut pas remplir notre agenda avec autre chose dans ces trous-là. Et on reste à la disponibilité de la structure. Donc c'est embêtant."</i>
Une profession souvent à temps partiel	E6 : <i>"Mon contrat c'est 4h par mois"</i>
Déséquilibre entre l'offre et la demande	E12 : <i>"Si y a du travail on me dit, je refuse pas.. Mais y a pas de travail en fait, y a pas trop. (...) Y a beaucoup de traducteurs aussi."</i>
Problématiques en cause dans un souhait de changer de profession	E12 : <i>" Si je trouve un travail régulier je quitte la traduction. Parce que je peux pas rester comme ça. (...) . En ayant rien d'autre pour l'instant, je fais ça."</i>

### *Une formation initiale jugée incomplète :*

Comme vu dans le paragraphe II, les interprètes décrivent un apprentissage de leur métier se déroulant essentiellement sur le terrain. Ils rapportent en parallèle une formation initiale incomplète à leurs yeux : *“On va dire il n’y a pas vraiment de formation spécifique, « ça y est tu deviens interprète et tu as un diplôme d’interprète.”* (E3). Ils soulignent leur souhait de bénéficier d’une formation officielle et reconnue : *“Alors je sais pas quelle formation, (...) mais faut qu’il y ait quelque chose, notamment pour le jargon, mais pour plein de choses aussi, la posture... Y a plein de choses, oui ce serait important.”* (E9).

### *Vers une reconnaissance de la profession ?*

Ces questionnements concernant leur formation renvoient à ceux concernant la reconnaissance de leur profession par les différents acteurs.

Ils l’estiment en constante amélioration : *“Parce que ce métier n’est pas vraiment officiellement reconnu par l’état, c’est en train de se construire”*. (E3), *“Euuuh, comme y’a déjà des démarches, ça a beaucoup évolué parce que c’est reconnu, le métier est reconnu, donc c’est déjà une belle avancée”*. (E7).

La posture professionnelle ainsi que la charte de l’interprétariat leur confèrent un sentiment de légitimité : *“Avoir une posture professionnelle, (...), ils font confiance en fait. Parce que là on vient d’une association, y’a une charte de l’interprétariat...”* (E9).

Certains perçoivent une valorisation de leurs compétences par opposition avec l’interprétariat informel : *“On a souvent entendu parler de la famille qui vient traduire, (...) les professionnels nous disent « ah bah c’est pas pareil », là ils font plus confiance en fait”*. (E9).

Pour d’autres, au contraire, les professionnels de santé ne perçoivent pas de différence : *“Parce qu’il y a des professionnels qui trouvent ça... « Oh l’interprète ». (...) Y’a des professionnels, ça leur est égal que ce soit l’interprète professionnel ou l’interprète de proximité”*. (E7).

Il peut arriver que leur statut de professionnel ne soit pas compris par certains médecins : *“[Le médecin] : Qui me prouve que vous êtes tenue au secret professionnel ?”* (E5).

# Discussion

## 1. Résultats de l'étude

### A. Discussion concernant l'intitulé de l'étude

Cette étude sur le vécu des interprètes en consultation médicale est originale car peu de travaux laissant la voix aux interprètes ont été réalisés. Au cours de nos études de médecine, nous avons été confrontées à des populations allophones en situation de précarité, avec parfois trop peu des moyens de communication utilisés en pratique. Il en résulte une frustration quant à ces prises en charge jugées incomplètes.

Il ressort de nos recherches dans la littérature que si le point de vue des patients et des médecins a été étudié à plusieurs reprises concernant l'interprétariat en milieu médical, celui des interprètes se fait plus discret. Il nous est apparu que, tout autant que le soignant et le soigné, le vécu de l'interprète influence le déroulé de la consultation et de ce fait, la prise en charge des patients allophones.

Au cours de l'élaboration de notre sujet, nous avons choisi le terme "interprète professionnel" en nous référant aux recommandations de la HAS, définissant ceux-ci comme des personnels formés et rémunérés pour leur intervention. Les entretiens menés nous ont démontré que les profils d'interprètes étaient extrêmement divers.

Si tous les interprètes exerçant au sein d'associations bénéficient d'une formation continue, sous forme d'analyses de la pratique notamment, la plupart n'ont pas de formation préalable, alors que certains partaient d'une formation en psychologie ou en enseignement linguistique.

Le terme de profession interroge également la question d'activité et de rémunération. Là aussi, nous avons été surprises de la diversité des situations rencontrées. Les interprètes avaient des activités variables, la plupart travaillant à temps partiel, certains n'intervenant qu'une fois par mois pour un même patient. L'un d'eux décrivait une similitude entre son activité professionnelle rémunérée et ses interventions bénévoles pour des connaissances ou des amis, fusionnant ainsi les notions d'interprètes professionnel et informel. Une autre pratiquait l'interprétariat depuis plusieurs années, avec une rémunération ayant débuté secondairement.

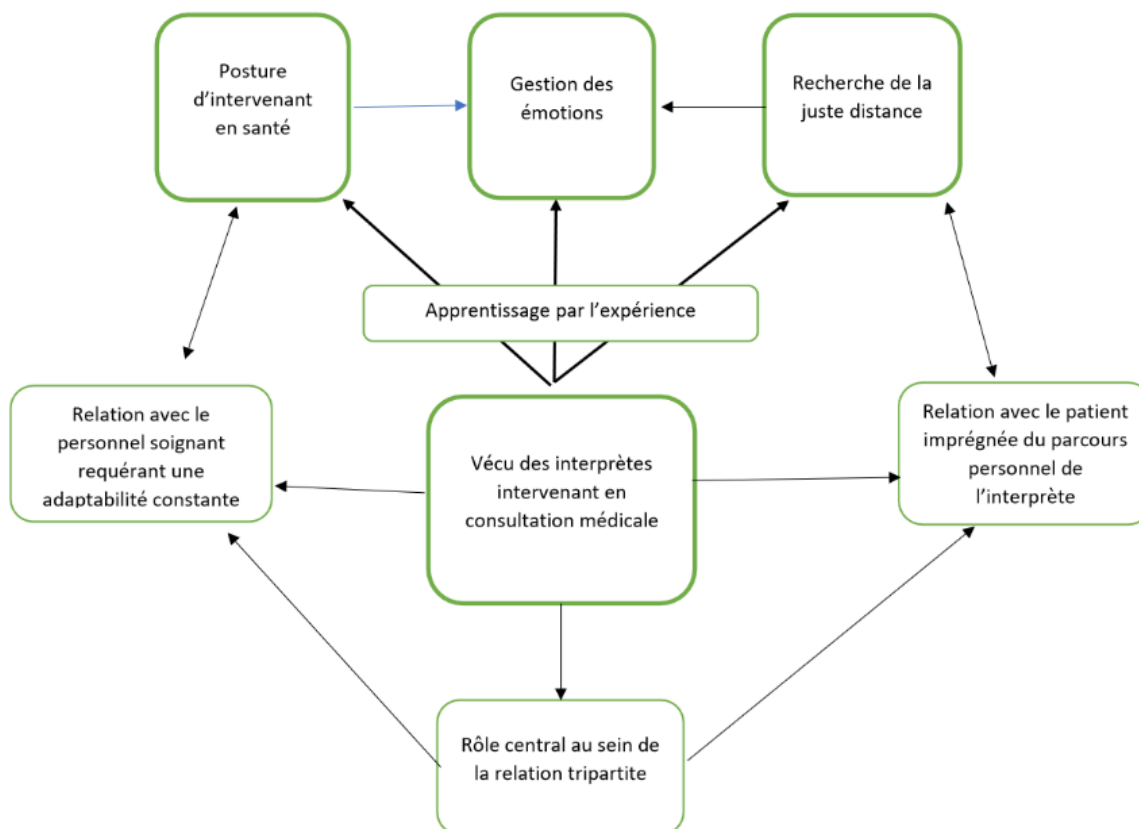
Notre décision de restreindre le champ de notre recherche à la consultation médicale a elle aussi été remise en question au cours de l'étude. Effectivement, les interprètes nous ont décrit une pratique englobant les champs médicaux et sociaux de façon indistincte, ce qui était cohérent avec leur statut d'interprète médico-social, défini par le Charte de l'interprétariat. Au sein même de la consultation médicale, l'aspect social restait omniprésent.

Lors de l'élaboration de notre guide d'entretien, nous avons prévu d'interroger les interprètes spécifiquement sur leurs interventions en médecine générale. Effectivement, en Loire Atlantique depuis 2017, les médecins généralistes exerçant en ambulatoire ont accès à l'interprétariat gratuitement : téléphonique ou physique à Nantes. Il s'est avéré que parmi les 8 interprètes de notre échantillon exerçant à l'ASAMLA, la plupart n'étaient pas ou peu intervenus en cabinet de médecine générale. Ils décrivaient un ressenti globalement similaire à leur expérience habituelle. L'une des interprètes soulignait un sentiment de rapport de force avec les médecins généralistes en ville plus fréquent que lors de ses interventions à l'hôpital. Elle reliait cela à un manque d'expérience de ces médecins de ville dans le recours à l'interprétariat physique.

Ce résultat rejoint ceux qu'avaient rapportés les médecins généralistes interrogés en 2017 par R. Bigot et N. Dallet concernant leur satisfaction quant à la mise à leur disposition de l'interprétariat en Loire Atlantique (ref). Ils étaient globalement satisfaits, mais notaient un sentiment de perte de contrôle lors de ces interventions. Cela arrivait notamment lorsque l'interprète semblait monopoliser le temps de parole et l'attention du patient, attitude qui, dans notre étude, est expliquée par les interprètes comme une recherche de qualité de leur intervention, qu'ils doivent moduler selon les réactions perçues du médecin.

Les interprètes intervenaient en consultation, mais aussi en hospitalisation; avec des médecins généralistes comme avec des spécialistes. Leur vécu semblait n'être que peu lié à ces éléments contextuels, hormis lorsqu'ils abordaient le domaine de la psychiatrie.

## B. Schéma explicatif



## C. Résultats principaux

Il ressort de notre étude que l'interprète se décrit comme un véritable intervenant en santé. Loin d'emprunter la posture passive d'un simple traducteur, les interprètes interrogés se positionnent au sein de la relation de soin et sont des acteurs à part entière. Ils se sentent responsables de la qualité de la prise en charge du patient et sont conscients des enjeux cliniques. Le patient doit être mis en confiance, rassuré, et recevoir des explications claires et compréhensibles. Ces missions incombent tout autant au médecin qu'à l'interprète. Dans cette relation triadique, l'interprète tend à se positionner du côté du soignant plutôt que du soigné. Les interprètes sont ainsi confrontés à des problématiques inhérentes à toute relation de soin, avec au premier plan les notions de contre-transfert, la difficulté à être dans l'empathie sans tomber dans la sympathie, et le secret médical vécu comme lourd à porter dans certaines

situations.

Le contre transfert se définit par les mouvements affectifs du soignant vers le soigné (30). Cette situation présente un risque de surinvestissement de la relation avec le patient de la part du soignant. Ce concept régissant la relation de soin est bien décrit par les participants à notre étude. Les interprètes se sentent en effet particulièrement investis dans certaines prises en charge.

L'empathie renvoie à la capacité d'un individu à comprendre les sentiments du patient et à communiquer cette compréhension au patient. La sympathie renvoie à la capacité d'un individu à partager l'émotion ressentie par l'autre. La sympathie peut être jugée néfaste si elle brouille le jugement clinique de l'intervenant en santé. Elle expose de plus à un risque d'épuisement professionnel (31). Les interprètes pointent cette problématique comme faisant partie intégrante de leur métier. La relation interprète-patient est façonnée par cette dichotomie. Les interprètes jugent le secret médical lourd à porter. Ceci peut s'expliquer car les patients ont une histoire de vie parfois très difficile qui est évoquée en consultation médicale. L'interprète est de plus le premier à recevoir les dires du patient, et donc la personne la plus exposée sur le plan émotionnel.

L'interprète se voit comme un véritable chef d'orchestre, donnant le rythme de la consultation. Il doit gérer le temps de parole de chacun et veiller à ce qu'aucun participant ne se sente exclu du dialogue. Pivot au sein des échanges, il a bien conscience de centraliser les regards. La fluidité des échanges peut parfois être sacrifiée au profit de la fidélité de traduction. En effet, les échanges bipartites médecin-interprète, et plus encore patient-interprète, restent nécessaires. Ils permettent à l'interprète de s'assurer de la bonne compréhension des dires de l'un ou l'autre, de faire préciser le sens d'une phrase, ou d'un mot. Interpréter est effectivement un processus complexe, demandant de s'adapter en permanence. Certains interprètes interviennent dans plusieurs langues, ou dans une langue comprenant plusieurs dialectes ; ils peuvent de plus être sollicités pour une langue tierce (n'étant pas la langue maternelle du patient). L'interprète doit de plus composer avec le vocabulaire médical qu'il apprend au fur et à mesure de son expérience.

Ces prises d'initiatives de la part de l'interprète peuvent donner lieu à un sentiment de dépossession chez le médecin. L'interprète le sent et s'adapte en permanence à l'attitude de chacun, afin de trouver un équilibre entre qualité de son intervention et satisfaction de chacun.

En cas de désaccord entre patient et médecin, ou de désaccord personnel avec le discours à traduire, sa posture neutre doit rester de mise, bien que parfois difficile à maintenir en cas de demande de la part du patient. En effet, certaines des demandes des patients auxquelles les médecins ne peuvent accéder font écho pour l'interprète aux difficultés qu'il a lui-même pu rencontrer au cours de son parcours migratoire lors de sa prise en charge médicale ou sociale. Il en devient difficile pour l'interprète de formuler des propos avec lesquels il se sent en désaccord à titre personnel.

La juste distance avec les patients est un questionnement central pour les interprètes, et est sujet à un équilibre très fin au cours de la consultation.

La proximité semble tout particulièrement facilitée dans les situations de compatriotisme. Le patient est alors plus familier avec l'interprète, voire le considère comme un ami. Or, cette familiarité peut, du point de vue de l'interprète, compromettre la qualité de son intervention et le mettre en difficulté. C'est l'occasion pour lui de rappeler le cadre professionnel qui définit sa pratique au patient, et ainsi restaurer la distance souhaitée.

Les regards que portent les interprètes sur leur propre profession sont très diversifiés. Pour certains, leur métier est reconnu, fort d'un cadre déontologique depuis l'adoption de la charte de l'interprétariat en 2012 et la publication de recommandations de bonnes pratiques par la HAS en 2017. Pour d'autres, leur profession n'est pas reconnue par l'Etat. Tous, en revanche, évoquent le manque de formation initiale. Ils décrivent un apprentissage de leur métier essentiellement sur le terrain avec un grand bénéfice de l'expérience. Le travail personnel à la maison prend une place importante pour préparer les consultations en amont, revenir sur les difficultés linguistiques rencontrées au cours des interventions. La consultation est elle-même un lieu d'apprentissage via médecins et patients. L'interprète peut ainsi étoffer son vocabulaire, étendre sa culture médicale, ou s'instruire concernant les instances sociales en France.

Notre étude révèle de plus un fort sentiment d'isolement des interprètes dans leur pratique, avec une volonté marquée de participer à des groupes d'analyse de pratique et d'échanger entre collègues.

L'investissement personnel en début de carrière est décrit, de manière quasi systématique, comme étant très voire trop important, avec une volonté altruiste d'aider les patients au-delà du simple rôle d'interprète ou de médiateur culturel. La précarité des patients rencontrés fait bien



souvent écho au propre parcours migratoire de l'interprète. Ceci peut parfois entraîner une perte de neutralité lors de négociations entre patients et médecins, l'interprète se positionnant du côté du patient.

La gestion émotionnelle et son apprentissage par l'expérience est une problématique largement soulignée pour les interprètes interrogés dans notre étude. La confrontation à la souffrance des patients est parfois ressentie de manière très intense, notamment en situation de soins palliatifs, de pédiatrie ou de psychiatrie. Les interprètes pointent le manque d'accompagnement, et d'échanges avec les soignants dans les situations considérées comme complexes. Les situations conflictuelles avec les soignants restent exceptionnelles mais marquantes pour les interprètes. Le sentiment de dépossession du médecin peut entraîner des tensions ressenties par l'interprète. Il tente alors de minimiser les échanges avec le patient afin de ne pas exclure le soignant.

## 2. Comparaison avec la littérature

Les interprètes interrogés dans notre étude adoptent une posture de soignant face aux patients. Ils conçoivent leur rôle à la fois comme facilitateurs de la communication entre médecin et patient, mais aussi comme soignants à part entière, avec une réelle intervention de leur part. Cette notion est également présente dans une étude menée par l'Orspere Samdarra en 2013, où l'interprète est décrit comme un véritable intervenant en santé mentale, "que ce soit dans le choix des mots, ou sur un plan relationnel" (32).

B. Goguikian Ratcliff et F. Suardi ont confronté en 2006 les opinions d'interprètes et de cliniciens concernant la perception du rôle de l'interprète dans un contexte de soin particulier : l'ethnopsychiatrie (28). Il ressort de cette étude que les interprètes se perçoivent "soignants" davantage que les cliniciens ne les identifient comme tels. Ceci concorde avec nos résultats.

L'étude met également l'accent sur la difficulté à gérer ses émotions pour les interprètes : " Ils font face à des difficultés d'ordre émotionnel, leurs interventions provoquant une intense mobilisation interne, sur les plans affectif, cognitif et culturel". Cette notion semble ressortir de façon plus intense que dans notre étude, ce qui peut être en lien avec le contexte de soin de cette étude, dans le domaine de la santé mentale.

Lors de nos entretiens avec les interprètes, une difficulté semble être omniprésente dans leur discours : celle de situer leur relation avec les patients, entre distance et proximité. Ils cherchent à se positionner face aux patients de façon professionnelle, mais sont en permanence questionnés par les sollicitations des patients associées à leurs origines et à leur parcours, souvent communs. Cette ambivalence est aussi soulignée par les interprètes interrogés dans l'étude de l'Orspere Samdarra précédemment citée (32).

Des patients interrogés au sujet de leur relation avec les interprètes décrivent eux aussi une recherche de proximité avec ces interlocuteurs privilégiés du fait de leurs origines communes, "La figure la moins étrangère dans un environnement étranger." (33). Ils identifient l'interprète comme une personne-ressource qui peut les aider au-delà de la consultation, dans leur parcours administratif par exemple. Cependant, ils cherchent aussi à s'émanciper de ces professionnels afin de se sentir plus autonomes, et développent des stratégies en ce sens.

Dans cette étude, les anciens patients rapportent également un désir profond d'aider à leur tour après avoir appris le français, et de devenir interprètes informels pour des proches ou des compatriotes. Cela rejoint les dires de certains interprètes pratiquant tour à tour un interprétariat rémunéré au sein d'une association, et un interprétariat bénévole pour des connaissances le leur demandant.

Les relations entre interprètes et médecins semblent être ambivalentes dans notre étude. Si la plupart du temps, tout se passe bien, les participants soulignent toutefois des difficultés à trouver un équilibre au sein de la consultation. Ces difficultés semblent être en lien avec une inadéquation dans la conception du rôle de l'interprète par le médecin et par lui-même. Isabelle Boivin, Yvan Leanza et Ellen Rosenberg ont analysé en 2012 ces conceptions auprès de médecins et d'interprètes (34). Ils mettent en lumière un sentiment d'exclusion ressenti par les médecins lorsque l'interprète sort de son rôle d'agent linguistique pour échanger avec le patient. Cet élément est indirectement retrouvé dans notre étude : nous avons constaté une volonté certaine de l'interprète de toujours inclure le médecin au sein de la relation triadique et de limiter les interventions qui pourraient être interprétées par le soignant comme étant hors champ de la consultation. Les interprètes sont conscients de ce sentiment de dépossession que peut générer leurs interventions chez les médecins. Ils recherchent toutefois la qualité de leur intervention, qui reste dépendante d'interruptions occasionnelles de l'échange pour expliquer ou faire préciser un terme.

Les attentes des médecins, bien comprises par les interprètes, peuvent finalement être en inadéquation avec la qualité de l'intervention de l'interprète. Ainsi, la traduction littérale, souhaitée par les médecins (21), ne correspond pas à ce qui est réalisable en pratique : "Il ne s'agit pas de traduction à proprement parler, l'on peut parler d'actions traductives donnant un sens à la traduction dans la communication." (35).

Enfin, si l'attente du médecin est celle d'une attitude parfaitement neutre de l'interprète, "*Qu'il s'efface visuellement, physiquement, et, en tant qu'individu, pour ne laisser place qu'à une retranscription « pure ».*" (36), celle-ci ne sera jamais satisfaite. Comme le souligne A. L. Duque, il s'agit d'un idéal impossible à atteindre, et non souhaitable par ailleurs : " Cette invisibilité de l'interprète a comme conséquence de le déposséder d'éléments essentiels – ses sens, son savoir expérientiel, son individualité - qui lui permettent d'ajuster sa posture, notamment au vu de l'in vraisemblable variété de situations auxquelles il est confronté."

C. Mestre, psychiatre, ajoute même que les interprètes "influencent le processus de la traduction, par leur histoire personnelle bien sûr, mais aussi par leur parcours migratoire, de l'idée qu'ils se font de la situation, de l'intérêt qu'ils portent aux patients, et du contexte." et qu'il appartient aux médecins d'en être conscients (37).

Cette question de la répartition des rôles au sein de la relation tripartite a été explorée en pédopsychiatrie où les conclusions des auteurs sont que chacun doit rechercher la collaboration, faire confiance à l'autre et accepter de redéfinir les rapports de pouvoir (25).

La qualité de l'intervention de l'interprète relève donc plutôt d'une action de coopération entre les différents intervenants : "La qualité de l'interprétation n'est pas responsabilité exclusive du tiers, mais elle est le résultat d'une entreprise collective qui implique tout participant à l'interaction." (38).

Dans notre étude, certains interprètes interrogés ont évoqué la pratique de la médiation culturelle comme faisant partie intégrante de leur mission, d'autres comme un outil dont ils se servaient par moment. La question de la place de la médiation culturelle dans l'interprétariat fait débat. Le médiateur en santé est défini par l'HAS un intervenant formé aux fonctions de repérage, d'information, d'orientation et de d'accompagnement temporaire des personnes éloignées du système de soin (39). Historiquement, la médiation en santé a été créée pour aider à l'intégration dans le système de soin d'un public exclu, migrant ou non ; l'une des missions du

médiateur était de traduire, entre autres. On s'est aperçu qu'il s'agissait de deux missions bien différentes, d'où la dissociation depuis du métier d'interprète et de celui de médiateur en santé (36).

### 3. Validité de l'étude

#### A. Forces

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative avec une approche par analyse interprétative phénoménologique car nous souhaitons explorer la manière dont les consultations médicales sont ressenties et vécues par les interprètes exerçant en Loire Atlantique et en Vendée.

Le guide d'entretien a été établi après exploration de la littérature. Nous nous sommes peu à peu approprié les techniques de l'entretien individuel semi-directif, rendant les entretiens de plus en plus riches.

L'échantillonnage au sein de cette population est ciblé et homogène : chaque participant est un interprète intervenant en milieu médical pouvant s'exprimer sur son vécu, son parcours, ses émotions. Les caractéristiques des participants sont variées (âge, sexe, date d'arrivée en France, langues parlées, formation et parcours professionnel antérieur, ancienneté dans le domaine de l'interprétariat, niveau en français, lieu d'exercice de la profession d'interprète). Certaines de ces données n'ont pas été présentées dans notre travail de thèse par souci d'anonymat.

Nous avons triangulé le codage des entretiens en aveugle puis mis en commun et comparé nos résultats jusqu'à obtention d'un consensus. Notre directrice de thèse a codé l'un des entretiens. De même pour les catégories conceptuelles, nous avons procédé à leur construction en aveugle puis mis en commun nos résultats. Ces deux étapes de mise en commun nous ont permis de confronter nos points de vue, parfois très différents, et de limiter l'interprétation subjective des données. Le travail en binôme renforce ainsi la validité interne de notre étude.

Nous avons estimé avoir atteint la suffisance des données après 12 entretiens car les notions qui apparaissent alors étaient redondantes avec celles des entretiens précédents.

## B. Faiblesses

Il existe un biais de sélection dans notre étude car nous avons inclus douze participants sur la base du volontariat. Parmi ces douze entretiens, huit ont été réalisés sur le temps de travail des interprètes, et quatre sur le temps libre de ces professionnels. Ainsi, seuls les interprètes motivés ont participé à l'étude. Le refus de participation des interprètes peut s'expliquer par la durée annoncée des entretiens plutôt longue (entre 30 minutes et une heure), des difficultés de compréhension des mails d'information et de relance que nous avons envoyés.

Les entretiens ont été réalisés au domicile des interprètes ou dans les locaux de l'ASAMLA. Nous aurions souhaité les réaliser plutôt dans des lieux neutres (café par exemple) mais cela n'a pas été possible en raison des mesures sanitaires en vigueur. Nous avons fait le choix de recruter des interprètes exerçant exclusivement en Loire Atlantique et en Vendée pour des raisons pratiques. En tant qu'enquêtrices peu expérimentées, la réalisation des entretiens en présentiel nous paraissait indispensable pour une véritable rencontre avec les interprètes. Nous voulions en effet éviter le distanciel et ses inconvénients : altération de la qualité des échanges, atténuation du langage non verbal, difficultés techniques...

Cette thèse représente notre premier travail de recherche qualitative. Nous n'avons pas réalisé d'entretiens préliminaires de crainte de diminuer notre effectif et d'avoir un nombre de participants insuffisant pour notre analyse. Nous avons donc débuté les entretiens semi-dirigés sans aucune expérience préalable et avons progressé au fil des entretiens. Les premiers entretiens nous paraissent moins riches que les derniers.

Nous n'avons pas anticipé le fait que certains interprètes puissent avoir des difficultés à communiquer en français. Il en ressort que certains entretiens ont été menés plus laborieusement avec des difficultés à relancer et à rebondir sur ce que nous confiait l'interprète en question.

L'expérience des participants dans le domaine de l'interprétariat était très variable, parfois de plus de vingt ans. Il peut donc exister un biais de mémorisation. Cependant, il est important de nuancer ce dernier point, les interprètes ayant exprimé librement les faits les plus marquants vécus au cours de leur carrière, et les éléments les plus importants concernant le regard porté sur leur profession. En ce sens, nous pouvons considérer que ce biais est minime.

Notre statut d'interne en médecine générale biaise notre thèse de plusieurs manières. Le biais de désirabilité sociale se définit comme la tendance des répondants à l'enquête à répondre aux questions d'une manière qui sera perçue favorablement par les investigateurs. Les interprètes ont pu sous-déclarer ou au contraire sur-déclarer des éléments en ce sens. Afin d'atténuer ce biais, nous précisons en début d'entretien qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions posées. L'une des chercheuses a exercé à la PASS du CHU de Nantes en tant qu'interne en amont de la réalisation de la thèse. Elle y a côtoyé certains interprètes de l'ASAMLA. Nous avons réparti les entretiens de sorte que les interprètes avec qui elle avait travaillé soient interrogés par l'autre chercheuse.

#### 4. Perspectives

Notre étude permet à tout médecin ayant recours à l'interprétariat professionnel de mieux comprendre la position et l'attitude de l'interprète qu'il va rencontrer. Elle permet de questionner les pratiques, notamment dans le rapport entre monde médical et interprètes : comment mieux les intégrer aux équipes soignantes ? Les interprètes souhaitent plus d'échanges avec les médecins, avant ou après la consultation. Comment enrichir la qualité de leurs interventions en mettant en place ce type d'échange, alors que les médecins sont souvent pris par le temps et doivent adapter leurs pratiques à ce type de consultations demandant déjà un temps de consultation plus long qu'habituellement ?

La possibilité de recours à l'interprétariat en médecine générale s'améliore progressivement, avec la mise en place de dispositifs d'accès aux soins spécifiques pour les patients migrants à Rennes par exemple (12). En revanche, les difficultés relationnelles entre médecins et interprètes questionnent. Comment éviter ces rapports de force, et encourager les médecins généralistes à faire appel à l'interprétariat professionnel malgré les contraintes que cela représente (13) ?

Il ressort de notre étude que la qualité d'une consultation avec un interprète dépend en partie de l'expérience du médecin en la matière. Le recours à l'interprétariat est quotidien pour les médecins exerçant spécifiquement auprès des populations migrantes, mais anecdotique pour la plupart des autres. L'amélioration de l'accès aux soins des patients migrants allophones passe aussi par un accueil de qualité en médecine ambulatoire. Une information sur les dispositifs d'interprétariat et sur l'entretien en présence d'un interprète pourrait être diffusée auprès des médecins.

## Conclusion

Notre étude révèle que les interprètes professionnels intervenant en milieu médical se positionnent en tant que soignants. Ils sont confrontés aux notions d'empathie, de contre transfert, de non-jugement et au secret médical. Ils cherchent à améliorer la prise en charge des patients en intervenant dans la relation de soin auprès du patient.

Au sein de la relation tripartite, les interprètes interviennent comme pivots : ils rythment la consultation et régulent les flux de parole. Ils recherchent la fluidité mais aussi la précision de la traduction proposée. Ils font aussi appel à la communication non verbale pour mieux décrypter les dires de leurs interlocuteurs. Les interprètes professionnels perçoivent de la part du médecin un sentiment de perte du pouvoir face à cette prise de position. Cela induit un certain rapport de force entre les deux parties. Les interprètes s'adaptent alors à l'attitude du médecin et à la confiance que ces derniers leur accordent.

Les interprètes se sentent isolés dans leur pratique et se remettent en question lorsqu'ils font face à des situations complexes ou à des critiques de la part des soignants ou des patients. Ils pointent alors le manque de formation, et l'importance de l'apprentissage par l'expérience dans plusieurs domaines : gestion émotionnelle, vocabulaire. Le souhait d'une formation plus étoffée et le bénéfice des séances d'analyse de pratique sont unanimement soulignés par les interprètes professionnels, tout comme les temps d'échanges avec les soignants avant et après la consultation.

Leurs rapports aux patients sont rendus complexes par des origines communes et des parcours migratoires parfois similaires. Ils rencontrent des difficultés à fixer les limites entre leur posture professionnelle et la familiarité induite par ces points communs. Cette proximité peut de plus être recherchée par les patients. Pour les interprètes ayant un parcours migratoire, les difficultés rencontrées par les patients migrants font écho aux leurs. Certaines consultations chargées en émotions peuvent être jugées éprouvantes voire traumatisantes par l'interprète, qui est le premier confronté aux dires du patient et à sa souffrance. Apparaît alors un sentiment de sympathie auquel ils doivent faire face afin de conserver leur posture neutre et professionnelle.

Ces résultats soulèvent la question de la professionnalisation encore en cours de l'interprétariat. Les interprètes ont besoin d'une formation spécifique à l'intervention en milieu médical : vocabulaire médical, notions d'anatomie, sensibilisation aux principales problématiques de santé du patient migrant... Une formation diplômante serait une première étape dans la reconnaissance de leurs compétences. Cela pourrait prendre la forme de cours dispensés au sein des structures d'interprétariat, ou encore de cycles de formation dans les différents services où les interprètes interviennent.

Une réévaluation de leurs conditions d'exercice est également nécessaire, avec l'appui du financement public. Les interprètes sont mis à disposition sur des plages horaires larges avec une alternance d'interventions en consultation et de créneaux sans rendez-vous, parfois très longs. Ils se déplacent, préparent leurs interventions, et souhaiteraient échanger avec les soignants avant et après la consultation. Leur rémunération doit tenir compte du temps passé en consultation, mais aussi des temps de formation personnelle, des temps de déplacement, et de ces intervalles non travaillés et empêchant de cumuler les emplois.

Alors que des projets de structures et de filières de soin dédiés au patient migrant font leur apparition, il nous semble indispensable d'inclure l'interprète comme faisant partie intégrante de l'équipe soignante. Lors de prises en charge pluridisciplinaires, ils pourraient participer comme tout soignant aux réunions et staffs concernant les patients pour lesquels ils interviennent. En consultation, cela pourrait commencer par l'introduction d'un temps d'échange systématique avec le médecin ou le soignant, avant et après chaque intervention, en adaptant les plages horaires dédiées. Cela permettrait tant au médecin qu'à l'interprète d'échanger à propos du dossier médical, et de faire le point sur les attentes et le rôle de chacun au cours de la consultation.

Enfin, il semble d'une importance capitale que les médecins soient formés à travailler avec les interprètes. Cela favoriserait le recours à l'interprétariat en milieu médical. Une diffusion large du point de vue des interprètes permettrait une meilleure compréhension des tenants et aboutissants des échanges au sein de la relation tripartite. De ce fait, la prise en charge médicale des patients allophones sera de meilleure qualité.



## Bibliographie

1. Kastoryano R. L'État et les immigrés : France, Allemagne, Grande-Bretagne et États-Unis. *Revue Européenne des Migrations Internationales*. 1989;5(1):9-20.
2. Ben Ameur A. L'interprétariat en milieu social en France. Quarante ans de pratique pour faciliter l'intégration, la communication et la compréhension avec les migrants. *Hommes & migrations Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*. 1 nov 2010;(1288):86-91.
3. Beaud S. Histoire et mémoires des immigrations dans les Pays de la Loire. *Hommes & Migrations*. 2008;1273(1):110-22.
4. Section 1 : Des discriminations (Articles 225-1 à 225-4) - Légifrance [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006165298/>
5. Jung E. Création de RIMES, le Réseau d'Interprétariat Médical et Social.
6. L'essentiel sur les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
7. Synthèse de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2019 [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/synthese-de-observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-2019>
8. Lordier N. De la PASS au droit commun : Etat des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS. Nantes; 2013.
9. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
10. Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025843586/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586/)
11. Bischoff A. Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals: A Review of Effective Interventions. 1 janv 2006;
12. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. 2017;57.
13. Munoz M., Kholli A M. Les barrières de langue : Comment les surmonter en clinique. *Le Médecin du Québec*. 1 févr 2007;Vol 42.
14. COMEDE. Traduire pour ne pas trahir. *Maux d'exil*. févr 2016;
15. Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés. *Hommes & migrations Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*. 1 nov 2009;(1282):102-6.
16. TRYLESKI P, SABAN L, JUNG C. Parole de l'autre. L'interprétariat dans l'entretien médical et social. *Strasbourg: Migrations santé*; 2008. 104 p.
17. Bischoff A, Loutan L, Stalder H. Barrières linguistiques et communication dans une

policlinique de médecine. Bulletin VALS-ASLA. 2001;74:193-207.

18. Alric, S. Evaluation de la compréhension d'une consultation de médecine générale chez un patient non francophone. 2019.
19. Burnel P, Calmette P. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé. 2019. Report No.: 2018-128R.
20. Charte interprétariat médical et professionnel. 2012.
21. Bigot R., Dallet, N. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juin 2017 à décembre 2018. Nantes; 2018.
22. Flores G. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. Med Care Res Rev. 1 juin 2005;62(3):255-99.
23. Monrocq, A. La consultation de médecine générale avec interprète, étude qualitative menée auprès des dispensaires à Mayotte. 2016.
24. Boivin I, Leanza Y, Rosenberg E. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire. Alterstice [Internet]. [cité 21 mai 2021];2(2). Disponible sur: [https://www.academia.edu/20654612/Enjeux\\_de\\_pouvoir\\_autour\\_de\\_linterpr%C3%A9tariat\\_c\\_ommunautaire](https://www.academia.edu/20654612/Enjeux_de_pouvoir_autour_de_linterpr%C3%A9tariat_c_ommunautaire)
25. Atger I, Khouas D, Larchanché S. (Se) Faire confiance : enjeux d'une collaboration et d'une transformation du cadre clinique en pédopsychiatrie. Rhizome. 2 avr 2020;N° 75-76(1):90-8.
26. Le Goff G, Maury de Feraudy J, Zeroug-Vial H. Former des professionnels de santé aux pratiques avec interprètes. La santé en action. déc 2017;
27. Gallon A-C, Le Quéré F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales : entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français. 2017.
28. Ratcliff BG, Suardi F. L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. Psychotherapies. 2006;Vol. 26(1):37-49.
29. Aubin-Auger, I. et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. CNGE production, Global Média Santé. 2021. 192 p.
30. Senon J-L. La relation médecin malade, premières approches.
31. Lussier M-T, Richard C. Le médecin de famille doit-il être empathique? Can Fam Physician. août 2010;56(8):744-6.
32. Chambon N, Carbonel N. L'interprète, un intervenant en santé mentale ? Rhizome. 2015;N° 55(1):86-97.
33. Le Goff G, Carbonel N. Être accompagné par un interprète : entre besoin de reconnaissance et stratégies de résistance. Rhizome. 2 avr 2020;N° 75-76(1):151-63.
34. Boivin I, Leanza Y, Rosenberg E. Représentation et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu. 2012;

35. Niemants N, Baraldi C, Gavioli L. L'entretien clinique en présence d'un interprète : la traduction comme activité de coordination. *Langage et société*. 7 août 2015;N° 153(3):31-44.
36. Duque AL. Quelles médiations dans les pratiques d'interprétariat ? *Rhizome*. 2 avr 2020;N° 75-76(1):110-9.
37. Mestre C. L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité. *Rhizome*. 2015;N° 55(1):38-47.
38. Chernyshova E, Ticca AC. L'interprète comme « machine à traduire » et la négociation de la signification en interaction : deux pratiques en tension ? *Rhizome*. 2 avr 2020;N° 75-76(1):67-76.
39. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins)

## Annexes

Annexe 1 : Première information concernant l'étude, communiquée par mail aux interprètes s'étant portés volontaires auprès de leur structure

Annexe 2 : Information écrite communiquée aux interprètes le jour de l'entretien

Annexe 3 : Consentement écrit recueilli lors des entretiens

Annexe 4 : Guide d'entretien

Annexe 5 : Grille de qualité proposée dans le livre " Initiation à la recherche qualitative en santé"

Annexe 6 : Répartition des tâches

Annexe 7 : Déclaration de conformité à la CNIL

Annexe 8 : Verbatims (annexe dématérialisée)

Annexe 9 : Journal de bord (annexe dématérialisée)

## Annexe 1 : première information concernant l'étude, communiquée par mail aux interprètes s'étant porté volontaires auprès de leur structure

Bonjour,

Nous sommes deux internes en médecine générale, Philomène Herpin et Amélie Cordier. Nous réalisons un travail de thèse sur le thème de l'interprétariat. Nous souhaitons pour notre travail mener une série d'entretiens avec vous, interprètes, afin de parler avec vous de votre travail et de votre vécu lorsque vous intervenez en consultation médicale.

Les entretiens seraient menés entre les mois de mars et de juin. Ils dureraient entre 30 et 60 minutes environ. Ils pourront avoir lieu à votre domicile ou dans les locaux de l'ASAMLA\*.

Les entretiens seront anonymisés, vos données personnelles ne seront pas conservées. Nous enregistrerons la conversation afin de pouvoir l'analyser ensuite. L'une de nous seulement mènera l'entretien, et si vous avez travaillé avec Amélie qui est actuellement en stage à la PASS, ce sera Philomène qui fera l'entretien avec vous.

Si participer à ce travail vous intéresse, merci de nous répondre par retour de mail afin que l'on puisse fixer un RDV. Si vous avez des questions ou des réserves, n'hésitez pas à nous répondre également afin de nous en faire part.

Cordialement,

Amélie CORDIER  
Philomène HERPIN

\*Formulation changée selon la structure de l'interprète contacté

## Annexe 2 : information écrite communiquée aux interprètes le jour de l'entretien

Nous sommes 2 internes en médecine générale et réalisons notre thèse sur votre ressenti, en tant qu'interprète, lorsque vous intervenez dans une consultation médicale.

Le but de cette étude est de mieux comprendre les enjeux de la relation tripartite patient-interprète-médecin, et donc d'améliorer la prise en charge médicale des patients allophones.

Pour ce faire, nous réalisons des entretiens semi dirigés auprès de personnes majeures ayant exercé la fonction d'interprète dans le cadre d'une activité au sein de toute structure médicale (cabinet de ville, centre hospitalisation, centre de permanence d'accès aux soins en santé...).

Sont exclus les interprètes dits "informels", soit les interprètes faisant partie de la famille ou des connaissances des patients. Le recueil de nos données s'étalera sur plusieurs semaines.

Les entretiens sont réalisés par l'une d'entre nous, Amélie ou Philomène, et enregistrés, de manière à ne pas perdre d'information.

Les résultats sont ensuite anonymisés, retranscrits et analysés. Vos données personnelles ne sont pas conservées. Toute publication respectera les mêmes conditions.

Vous pourrez disposer des résultats si vous le souhaitez. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Merci d'avance pour votre participation.

### Annexe 3 : Consentement écrit recueilli lors des entretiens

**Formulaire de consentement**

En signant ce formulaire, je déclare que je consens à participer à la thèse « Vécu des interprètes en consultation médicale », menée par Amélie Cordier et Philomène Herpin, internes en médecine générale, sous la direction du Dr Raphaëlle Bigot, à l'Université de Nantes.

J'ai par ailleurs pris connaissance de toutes les informations données (document d'information ci-joint) aux participants de la recherche et portant sur l'objectif de cette recherche, sa méthode et sa durée, et de l'usage des résultats. J'ai notamment été informé que ma participation sera anonyme et que la confidentialité de ces informations recueillies sera respectée par les investigateurs principaux et par leur institution d'attache, de même que le secret professionnel relatif à cette étude. Toute publication des résultats de cette étude respectera ces mêmes règles. Je sais en outre que je peux demander à tout moment un complément d'information sur l'étude et que je peux quitter l'étude à tout moment.

Je souhaite recevoir les résultats de l'étude :      Oui      Non

Fait à .....      Le .....      en 2 exemplaires

Signatures : Participant

Investigateur

## Annexe 4 : Guide d'entretien

### Information orale préalable

J je vais vous poser plusieurs questions. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'important pour moi est de recueillir votre ressenti, vous pouvez vous sentir libre d'exprimer ce qui vous vient à l'esprit. Je vous écoute, et pour pouvoir travailler ensuite sur ce que nous nous serons dit, je vais si vous êtes d'accord enregistrer notre échange. (*recueil de consentement oral*).

Notre échange sera retranscrit et étudié par ma collègue et moi-même. Si vous le souhaitez, vous pourrez disposer des résultats. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Les données seront anonymisées.

Si vous êtes prêt, nous allons commencer. (*débuter enregistrement*)

#### **1. Pour commencer, pouvez-vous me parler de vous, de votre parcours dans l'interprétariat ?**

- De quel pays êtes-vous originaire ?
- Quand êtes-vous arrivé en France ?
- Avez-vous suivi une formation d'interprète ? Quelle formation avez-vous suivie ?
- Depuis quand faites-vous ce métier ?
- Pour quelles langues êtes-vous sollicité en tant qu'interprète ?
- Où exercez-vous le métier d'interprète / dans quelle structure ?
- Travaillez-vous en présentiel ou êtes-vous interprète téléphonique ou les deux ?
- Avez-vous déjà travaillé dans l'interprétariat non médical ?

#### **2. Je vais vous demander de vous remémorer votre dernière consultation. Pouvez-vous me la raconter, comment ça s'est passé ?**

#### **3. En consultation médicale, à vos yeux, quel est votre rôle ?**

- Quelle représentation avez-vous de votre rôle ?
  - Votre rôle varie-t-il d'une consultation à une autre ?
  - Comment percevez-vous le secret médical ?
  - Quelles sont les qualités principales d'un interprète à vos yeux ?

#### **4. Comment ça se passe avec les patients ?**

- Dans quelle mesure vous sentez-vous impliqués émotionnellement ?
- Vous êtes-vous déjà identifié à un patient ? Dans quelle mesure avez-vous déjà jugé un patient / son comportement / son langage / ses réactions ?
- Avez-vous déjà ressenti de fortes émotions au cours d'un entretien ?
- Quel est le profil de patient qui provoque les plus fortes émotions en vous ?

#### **5. Comment ça se passe avec les médecins ?**

- Quel rôle le médecin vous attribue-t-il le plus souvent lors d'une consultation ?
- Quel est votre ressenti global vis à vis des médecins ?
- Quelles sont ses attentes vis-à-vis de vous ?
- Quelles attentes avez-vous vis-à-vis de lui ?
- **Que pourraient faire les médecins pour pallier ces difficultés ?**

#### **6. En quoi votre propre parcours influence-t-il votre pratique ? / "l'exercice de votre profession" ?**



**7. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique ?**

- Qu'est-ce qui vous déplaît dans votre métier ?
- Comment y réagissez-vous ?
- Par rapport à la consultation elle-même : type, durée, structure ?

**8. Qu'est-ce qui vous plaît / vous préférez dans votre métier ?**

- Que pensez-vous du métier d'interprète ?

**9. Depuis 2017, les médecins généralistes du département ont aussi accès à l'interprétariat. Etes-vous intervenu en cabinet de médecine générale ?**

Si oui : Comment ça s'est passé ? Qu'en avez-vous pensé ?

Si non : Si vous deviez intervenir en cabinet, à quoi vous attendiez-vous ?

**Pour finir, pourriez-vous me préciser, vous concernant...** (compléter données socio-démographiques si nécessaire)

**Fin d'entretien :**

- Remettre le formulaire explicatif avec accord signé de la personne
- Question : souhaitez-vous qu'on vous envoie les verbatims et la thèse une fois rédigée ?
- Remerciements et mise à disposition en cas de question

Annexe 5 : grille de qualité proposée dans le livre “ Initiation à la recherche qualitative en santé”

Item à rechercher / Question à se poser	Manuscrit : commentaires, présence
<b>Intérêt de la question de recherche</b>	
La question de recherche est-elle bien établie ?	Question de recherche (ou objectif) explicite et compréhensible
La question de recherche est-elle pertinente en termes de pratique clinique, de santé publique ou de politique de santé ?	Question de recherche (ou objectif) justifiée et en lien avec les connaissances existantes (recherche empirique, théories existantes, politiques de soins)
<b>Pertinence de la méthode qualitative</b>	
La méthode qualitative est-elle la meilleure approche méthodologique des objectifs de l'étude ?	Justification a minima du choix de la méthode
L'approche choisie est-elle la meilleure pour traiter la question de recherche ?	Justification de l'approche en fonction de la question (ou objectif)
<b>Clarté/ transparence des procédures</b>	
<i>Échantillonnage</i>	
Les participants choisis sont-ils les plus appropriés pour fournir les connaissances recherchées par l'étude ?	Critères de sélection de l'échantillon détaillés et justifiés
La stratégie de recrutement est-elle appropriée ?	Description précise et détaillée du recrutement
Peut-il y avoir des biais de sélection ?	Liste des refus de participer avec une description minimale des raisons

<i>Collecte des données</i>	
Le format du recueil (individuel ou collectif, semi-directif ou approfondi) est-il cohérent avec l'approche et justifié ?	Choix du ou des types d'entretien explicité et justifié
La collecte de données a-t-elle été systématique et exhaustive ?	Technique de collecte décrite. Guide d'entretien et ses révisions éventuelles fournis
Les caractéristiques du groupe / échantillon et du cadre général / terrain sont-elles clairement exposées ?	Description précise du groupe éventuel et du cadre des entretiens
Quand et pourquoi la collecte des données s'est-elle achevée, les explications sont-elles valables ?	Suffisance des données décrite et justifiée
<i>Rôle des chercheurs</i>	
Quelle est la compétence du ou des chercheur(s) ? Pourrait-il exister des biais de collecte ou d'analyse ?	Pourrait-il y avoir une confusion entre les rôles de chercheur et de clinicien ? Les questions d'éthique sont-elles abordées ? L'influence des opinions des chercheurs sur les formulations des questions, la collecte et l'analyse sont-elles discutées ?
<i>Éthique</i>	
Le consentement éclairé de chaque participant a-t-il été demandé et accordé ?	Processus de consentement éclairé est explicitement écrit et détaillé
Comment ont été assurés l'anonymat et la confidentialité des participants ?	Processus d'anonymisation détaillé (y compris la destruction des enregistrements après retranscription)
L'approbation d'un comité d'éthique approprié a été reçue ?	Comité, date et numéro de l'accord
Une déclaration à la CNIL a-t-elle été faite ?	Date et numéro de la déclaration
<b>Bien fondé du processus d'analyse</b>	
<i>Analyse</i>	
Ce type d'analyse est-il approprié pour ce type d'étude ?	L'approche d'analyse est justifiée et décrite de façon détaillée
Y a-t-il des citations, sont-elles appropriées et valides ?	Citations appropriées
Les données citées sont-elles fiables, dignes de confiance, et en rapport avec les interprétations données ?	Contexte et éléments de compréhension des données très détaillés  Indicateurs de fiabilité de l'analyse présents : triangulation et contrôle extérieur détail des étapes conduites en aveugle, processus de résolution des divergences
<b>Discussion et présentation</b>	
Les résultats sont-ils correctement insérés dans un cadre général, théorique ou conceptuel (théorie de la communication, processus d'acquisition des connaissances, etc.) ? Qu'apportent les résultats aux connaissances et conclusions antérieures ?	Analyse de la contribution des résultats à la littérature théorique et empirique existante
Les limites du travail sont-elles soigneusement prises en compte ?	Limites toutes explicitement décrites et discutées
Les critères de qualité sont-ils présents ?	Critères de qualité tous explicitement décrits et discutés
L'écriture a-t-elle les qualités requises ?	Format et nombre de mots respectés Méthode détaillée, claire, reproductible Citations au format requis Écriture scientifique

**Tableau 1.** Synthèse des grilles d'analyse d'un travail de recherche qualitative

## Annexe 6 : Répartition des tâches

	<b>P. Herpin</b>	<b>A. Cordier</b>
<b>Entretiens menés et retranscrits</b>	E1 E4 E5 E6 E7 E8	E2 E3 E9 E10 E11 E12
<b>Analyse</b>	Tous sauf E8* et E12	Tous sauf E11
<b>Triangulation</b>	Travail conjoint	
<b>Conception des catégories et sous-catégories</b>	Travail conjoint	
<b>Rédaction Introduction et Avant-Propos</b>	X	
<b>Rédaction Méthodologie</b>		X
<b>Rédaction Résultats</b>	Travail conjoint	
<b>Rédaction Discussion</b>	Travail conjoint	
<b>Rédaction Conclusion</b>		X

\*L'entretien E8 a été analysé par A Cordier et la directrice de thèse R. Bigot.



Référence CNIL :

2221567 v 0

## Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 18 mars 2021

Madame Raphaëlle BIGOT  
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE  
1 RUE GASTON VEIL  
44000 NANTES

### ORGANISME DÉCLARANT

<b>Nom :</b>	DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE	<b>N° SIREN/SIRET :</b>	194409843 00019
<b>Service :</b>		<b>Code NAF ou APE :</b>	8542Z
<b>Adresse :</b>	1 RUE GASTON VEIL	<b>Tél. :</b>	0240412826
<b>CP :</b>	44000	<b>Fax. :</b>	
<b>Ville :</b>	NANTES		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 19 mars 2021

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*

Annexe 8 : Verbatims (annexe dématérialisée)

Annexe 9 : Journal de bord (annexe dématérialisée)

*Nous pouvons vous faire parvenir les annexes 8 et 9 par mail : merci de nous contacter aux adresses suivantes si vous souhaitez les obtenir : [amelie.cordier@etu.univ-nantes.fr](mailto:amelie.cordier@etu.univ-nantes.fr) / [philomene.herpin@etu.univ-nantes.fr](mailto:philomene.herpin@etu.univ-nantes.fr)*

**Vu, le Président du Jury,  
Monsieur le Professeur Cédric  
RAT (PR-MG)**

**Vu, la Directrice de Thèse, le  
Docteur Raphaëlle BIGOT**

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

“Vécu des interprètes professionnels intervenant en consultation médicale en Pays de La Loire : étude qualitative.”

**Introduction :** La barrière de la langue dans la prise en charge des patients allophones impose le recours à l’interprétariat. Il est communément admis que l’interprétariat professionnel est à privilégier du fait de son efficacité. Cependant, l’interprète professionnel vient bousculer le colloque singulier entre médecin et patient. Ces derniers peuvent en être déstabilisés. La prise en charge médicale est impactée par l’arrivée de cet interlocuteur, qui doit aussi s’adapter. L’objectif principal de cette étude est d’analyser le vécu des interprètes professionnels intervenant en consultation médicale.

**Méthode :** Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 12 interprètes professionnels exerçant en Pays de la Loire par 2 chercheurs entre avril et août 2021. **Résultats :** Les interprètes adoptent une posture de soignants. Ils rythment la consultation et sont de véritables pivots au sein de la relation tripartite. L’autoformation tient une place très importante dans leur parcours professionnel. La gestion des émotions en consultation, de même que l’investissement personnel peuvent être vécus comme difficiles. Le parcours migratoire des patients fait souvent écho à celui des interprètes. La problématique de la juste distance avec le patient tient une place centrale dans leurs questionnements. **Discussion :** Cette étude souligne le souhait des interprètes de bénéficier d’une formation plus complète et d’une place mieux définie au sein du système de soin. L’interprète se voit comme une véritable interface entre patient et médecin, et exerce un rôle à part entière au sein de la relation de soin.

**Mots-clés :** Interprétariat professionnel médical - Barrière de communication - Relation tripartite

---

**Introduction :** The language barrier in the care of non - french speaking patients requires the help of interpreters. Due to its efficiency, it is commonly accepted that professional interpreting is to be preferred. However, the professional interpreter disrupts the individual conversation between the doctor and the patient. The latter may be destabilized. Medical care is impacted by the arrival of this interlocutor, who must also adapt. The main objective of this study is to analyze the experience of professional interpreters working in medical consultations. **Method :** This qualitative study was carried out by two researchers between April and August 2021, using semi-structured interviews with 12 professional interpreters working in Pays de la Loire. **Results :** The interpreters adopt a posture of caregivers. They give rhythm to the consultation and have a central role in the relationship between the three actors. Self-training plays a very important role in their professional career. Managing emotions during consultations and personal investment can be difficult. The patient's migratory journey often reflects the interpreter's own story. Finding the right distance with the patient is central in their practice. **Discussion :** This study shows that interpreters desire comprehensive training and a well defined place within the health care system. The interpreter sees himself as an interface between the patient and the doctor, and plays a full role in the health care relationship.

**Key words :** Professional medical interpreting - Communication barrier - relationship