



# **Travailler avec un interprète représentations sociales de médecins de famille**

Mémoire

**Karine Laforest**

**Doctorat en psychologie**  
Docteur en psychologie (D.Psy)

Québec, Canada

© Karine Laforest, 2013



## Résumé

Cette étude vise à explorer les représentations sociales des médecins au sujet du travail avec un interprète. Des entrevues ont été conduites avec des médecins expérimentés (n=17), des résidents (n=15) et des étudiants (n=8) et des vignettes vidéo leur ont été présentées. Les données ont fait l'objet d'une analyse métaphorique et thématique afin d'en dégager les représentations sociales et de les comparer entre les catégories. Il semble que la perception des médecins du travail avec un interprète est une vision objectivante de l'interprète qu'ils voient comme neutre et détaché. Alors qu'il se dégage des ressemblances dans leur discours, leur perception semble se cristalliser au fil de leur cheminement autour d'un rapport de force où ils ont l'impression de perdre leur pouvoir. Les médecins pourraient bénéficier d'améliorer par le biais d'une formation leur capacité à travailler avec un interprète, ce qui risquerait d'améliorer la qualité des soins prodigués.



# Table des matières

<u>Résumé</u> .....	iii
<u>Table des matières</u> .....	v
<u>Analyse du champ de recherche et problématique</u> .....	1
<u>Diversité linguistique et qualité des soins</u> .....	1
<u>Les interprètes : de simples traducteurs?</u> .....	2
<u>Les limites de la neutralité</u> .....	3
<u>La notion d'interculturel</u> .....	4
<u>Construction de l'identité professionnelle des médecins</u> .....	5
<u>Construction de l'identité qui débute lors de la formation des étudiants</u> .....	7
<u>La socialisation médicale comme explication</u> .....	7
<u>Les dangers de cette socialisation</u> .....	10
<u>Un autre angle de vue de la socialisation : le monde interne</u> .....	11
<u>Le conflit entre l'enseignement explicite et implicite</u> .....	14
<u>Les différentes façons de gérer le conflit</u> .....	15
<u>Ceux qui s'en sortent bien</u> .....	15
<u>Médecins mûrs : cristallisation de l'identité?</u> .....	16
<u>Une identité mise au défi de la modernité</u> .....	19
<u>Construction identitaire dans le conflit</u> .....	20
<u>Impacts sur la relation patient-médecin</u> .....	21
<u>Former les médecins au travail avec un interprète?</u> .....	21
<u>Question de recherche et méthodologie</u> .....	24
<u>Les focus groups : recueillir le discours identitaire</u> .....	24
<u>Nature dialogique des représentations sociales</u> .....	25
<u>Analyser le discours : les métaphores</u> .....	26
<u>Analyser le discours : les thèmes</u> .....	29
<u>Triangulation des données métaphoriques</u> .....	32
<u>Objectifs et hypothèses</u> .....	35
<u>Méthode</u> .....	37
<u>Participants</u> .....	37
<u>Procédure et matériel</u> .....	38
<u>Analyse thématique</u> .....	39
<u>Analyse des métaphores</u> .....	40
<u>Résultats</u> .....	43
<u>Analyse métaphorique</u> .....	43
<u>Analyse thématique</u> .....	48
<u>Triangulation des données</u> .....	56
<u>Discours engendré par les différentes vignettes</u> .....	57
<u>Synthèse-discussion</u> .....	61
<u>Limites</u> .....	71
<u>Conclusion</u> .....	73
<u>Références</u> .....	75
<u>Annexe</u> .....	83



# Analyse du champ de recherche et problématique

## Diversité linguistique et qualité des soins

La population du Canada, celle du Québec en particulier, en raison d'une politique migratoire à la fois volontariste et sélective, se diversifie. Non seulement le nombre de migrants admis augmente régulièrement depuis les années 90, mais encore leurs provenances sont de plus en plus différentes et éloignées des bassins de recrutement historiques (Statistique Canada, 2003). Cette diversification, bien que contrôlée en grande partie par la sélection stricte des migrants sur des critères familiaux et de formation, a des conséquences inévitables sur les mesures d'accueil à mettre en place. Par exemple, en 2005, à leur arrivée, 24% des migrants au Québec ne parlaient ni le français ni l'anglais; en nombre absolu, cela représente presque 11 000 personnes (Institut de la statistique du Québec, 2006). Par ailleurs, selon les chiffres du recensement de 2001 (Office québécois de la langue française, 2005), 6,5% de la population, soit près de 460 000 personnes sur le territoire du Québec, ne parlaient aucune des deux langues officielles à la maison.

Cette diversité linguistique peut avoir pour effet que des populations déjà vulnérables de par leur statut se retrouvent avec l'énorme difficulté de ne pouvoir communiquer avec les professionnels des services publics. La littérature révèle des lacunes dans la qualité de la relation interculturelle patient-médecin comparée à la relation intra-culturelle (Ferguson & al., 2002). Cette situation risque d'avoir des répercussions sérieuses sur la qualité de vie des personnes concernées. Dans le domaine de la santé, il a été largement démontré que les barrières linguistiques et/ou culturelles affectent de façon importante la qualité des soins: insatisfaction des patients (Kline & al., 1980; Weech-Maldonado & al., 2004; Woloshin & al., 1995), hospitalisations plus longues (John-Baptiste & al., 2004), erreurs médicales plus fréquentes (Divi & al., 2007), moins bonne adhérence au traitement (David & Rhee, 1998), état de santé moins bon pour les personnes âgées (Ponce & al., 2006), moins d'adhérence au suivi (Carrasquillo & al., 1999; L. Morales & al., 1999; Sarver & Baker, 2000; Weech-Maldonado & al., 2003), difficulté à comprendre les soins et la médication (Ngo-Metzger & al., 2007), qui devient plus souvent un problème (Gandhi & al., 2000) et moins grande utilisation des services spécialisés en santé mentale (Chen & Kazanjian, 2005; Padgett & al., 1994a, 1994b; Snowden & Yamada, 2005; Vasiliadis & al., 2005).

Il s'agit donc d'un volet social majeur à traiter pour une société pluriculturelle. Une façon de faire face à cette diversité est de faire appel à des interprètes communautaires. Cette pratique est recommandée (Betancourt & al., 2003) pour rendre les soins adéquats, sinon nécessaire d'un point de vue éthique (Bezuidenhout & Borry, 2009; Bjorn, 2005; Blake, 2003). Tribe et Lane (2009) dans leur revue de littérature

concluent que l'utilisation d'interprètes améliore la qualité et l'accessibilité des services de santé mentale offerts aux personnes de cultures différentes, en plus d'élargir les horizons des cliniciens, ce qui augmente aussi leur compétence. Une étude effectuée à Montréal auprès de 598 médecins de famille montre que ces derniers estiment que les difficultés de communication sont la principale barrière dans la relation patient-médecin lorsque le patient est immigrant et qu'ils aimeraient voir l'accès aux interprètes amélioré. Or, seulement une faible proportion de médecins (39%) font usage des services d'interprètes (Papic & al., 2012).

## **Les interprètes : de simples traducteurs?**

Dans la littérature scientifique, et parfois dans la pratique, on distingue deux types d'interprètes qui offrent leurs services pour permettre ou faciliter la communication entre les patients et les praticiens de la santé, soit les interprètes dit « professionnels » et les interprètes « ad hoc ». Les premiers font la traduction des consultations médicales dans le cadre de leur travail et ont généralement reçu une formation pour le faire. Les seconds sont des proches du patient, des membres du personnel hospitalier affectés à cette tâche sporadiquement ou encore des inconnus recrutés dans la salle d'attente qui parlent plus ou moins couramment les deux langues, celle du patient et celle du praticien. Une récente revue de littérature montre que la communication, la satisfaction et les soins sont significativement de meilleure qualité avec un interprète professionnel qu'avec un interprète « ad hoc » (Karlner & al., 2007).

La formation professionnelle des interprètes est donc hautement souhaitable (Haffner, 1992; Rosenberg, Seller & Leanza, 2007; Saleh, Barlow-Stewart, Meiser & Muchamore, 2009). En effet, des interprètes trop peu formés peuvent entraver la communication en diluant les traductions, en parlant trop ou en traduisant trop littéralement (Engstrom, Roth & Hollis, 2010). Les formations existantes mettent surtout l'emphase sur les compétences linguistiques et les codes de déontologie des interprètes font largement la promotion de la neutralité et l'impartialité (Bancroft, 2005). La neutralité réfère principalement à la capacité de l'interprète à traduire les propos du praticien et du patient sans ajouter quoi que ce soit et à demeurer une sorte de « machine à traduire » exempte de personnalité propre et « invisible ». La neutralité de l'interprète s'avère utile pour assurer la confiance du médecin, rendre la pratique de l'interprète transparente avec la clinique et servir de guide pour le comportement professionnel dans plusieurs circonstances. Néanmoins, la recherche démontre que cette neutralité est un mythe (Bot, 2003) et que dans la réalité, les interprètes, tant professionnels que ad hoc, sont appelés à jouer d'autres rôles.

Kaufert et Koolage (1984) mettent en avant trois autres rôles : celui d'informateur culturel, ou le rôle



d'expliquer aux cliniciens la perspective linguistique et culturelle du patient et la perspective environnementale des communautés éloignées; celui de médiateur culturel, ou le rôle d'expliquer et parfois promouvoir les valeurs du professionnel ou de l'institution, valeurs que l'interprète ne partage pas nécessairement; et celui d'avocat, dans lequel patient est le « patron » et la loyauté envers la communauté prime sur la loyauté envers l'institution et où l'interprète joue le rôle d'arbitre afin de faire valoir les droits des patients. Plus récemment, Leanza (2005) a repensé la typologie des rôles de l'interprète en termes de quatre catégories de rôles : d'abord, l'interprète peut se faire un agent du système, dans la mesure où il joue le rôle de professionnel monolingue et bilingue et transmet le discours, les normes et les valeurs dominants. Dans ce rôle, les différences culturelles sont niées ou minimisées en faveur de la culture dominante. Ensuite, il peut jouer un rôle d'agent de la communauté, où à l'inverse du premier, il se fait informateur culturel, médiateur culturel et/ou avocat. Dans ce rôle, l'interprète présente les normes et valeurs des migrants comme aussi valides que celles de la culture dominante et les différences culturelles sont prises en compte. Il peut aussi jouer un rôle d'agent d'intégration, où il voit à accueillir, offrir du soutien et un suivi aux patients en dehors de la consultation médicale. Dans ce rôle, il trouve des ressources pour aider patients et membres de l'institution à trouver un sens et négocier une façon de se comporter qui convienne à tous. Enfin, il peut jouer le rôle d'agent linguistique où il est un traducteur plus ou moins actif dans l'interaction patient-praticien. Dans ce dernier rôle, il s'efforce de demeurer impartial et le rapport à la différence culturelle est plus technique en ce sens que l'interprète doit trouver la traduction appropriée et que son apport se restreint au côté linguistique de l'interaction.

## **Les limites de la neutralité**

De nombreux auteurs soulignent les limites de la neutralité attendue de l'interprète ou imposée à lui (Rosenberg & al., 2007; Leanza,2005; Norris, Wenrich, Nielsen, Treece, Jackson & Randall, 2005; Dysart-Gale,2005; Gerrish, Chau, Sobowale & Birks,2004; Hsieh,2006; Kaufer & al., 1984). En effet, le modèle de neutralité ne donne pas de lignes directrices satisfaisantes à l'interprète professionnel dans les situations « émotionnelles », c'est-à-dire dans les situations qui appellent l'interprète à manifester de l'empathie comme lorsque ce dernier apprend le décès d'un proche du patient, par exemple. Il le maintient aussi dans une contradiction entre son identité sociale de membre de la communauté et son identité professionnelle de membre du système de santé (Rosenberg & al., 2007). Il peut également engendrer des conflits entre les interprètes et les cliniciens (Hilfinger Messias, McDowell & Dawson Estrada, 2009; Hsieh, 2006; Ratcliff & Suardi, 2006; Singy & Guex, 2005). Ces conflits peuvent être à propos de leur expertise et autorité respectives dus à leur pratique, cela en adoptant des conventions discursives différents, en contrôlant les récits de l'autre

et en franchissant les frontières de l'expertise et des rôles de chacun (Hsieh, 2010). Quelles que soient les difficultés qui se posent ici, la capacité qu'a l'interprète de servir de « canal de transmission » en restant neutre, en traduisant le plus fidèlement possible les mots de chaque participant et en évitant d'ajouter quoi que ce soit, ou d'adhérer à ce que l'on appelle le rôle de *conduit*, dépend des habiletés à la communication et des comportements des patients et des cliniciens (Hsieh, 2006). De plus, la conceptualisation du rôle de l'interprète comme un canal de transmission neutre sert plus souvent qu'autrement à maintenir les différences de pouvoir et la distance sociale entre les cliniciens et les patients (Hilfinger & al., 2009).

Dans la recherche de Hsieh (2008), lorsque l'on questionne les interprètes eux-mêmes sur la perception qu'ils ont de leurs rôles, ceux qu'ils identifient sont ceux de *conduit* (transférer l'information complète et renforcer la relation patient-clinicien), d'avocat (redonner du pouvoir d'agir au patient), de *manager* (économiser les ressources médicales, réguler les performances appropriées et éthiques et gérer un échange optimal d'information) et de professionnel (être perçu comme un professionnel). Ces rôles ne correspondent pas nécessairement à ceux proposés par le *Cross Cultural Health Care Program* (CCHCP), un programme de formation de référence pour les interprètes professionnels aux États-Unis. Le CCHCP statue que le rôle approprié pour l'interprète est celui qui est le moins invasif et ce, pour assurer une communication et des soins efficaces et propose les rôles de *conduit*, clarificateur, *cultural broker* et avocat. De plus, lorsque Edwards, Temple et Hollis (2010) ont demandé aux patients ce qu'est un bon interprète, ils ont répondu qu'il doit être compétent dans les deux langues, mais que son caractère et son attitude sont plus importants encore (empathie, compréhension de leur situation, plaide leur cas, donne des conseils, connaît les procédures du service et le langage technique). Aussi, considérer les interprètes comme des canaux passifs, ou simples traducteurs, est un dilemme toujours d'actualité pour les cliniciens (Hsieh & Hong, 2010).

## **La notion d'interculturel**

Les définitions de culture sont nombreuses et variées et leurs interprétations diffèrent tout autant. Camilleri la définit comme « un ensemble de systèmes de significations propres à un groupe ou à un sous-groupe, significations qui apparaissent comme valeurs et donnent naissance à des règles et à des normes que le groupe conserve et s'efforce de transmettre et par lesquelles il se particularise, se différencie des groupes voisins » (1996). De Munck suggère que le changement culturel survient lorsqu'il y a des changements dans l'environnement extérieur qui déclenchent de nouvelles expériences et favorisent de nouvelles façons de se comporter qui en retour sont légitimées et porteuses de significations par le biais de la culture (2001). Pour Martine Abdallah Pretceille (1989), l'interculturel est une interaction entre deux entités qui se donnent

mutuellement un sens, dans un contexte à définir à chaque fois. Cohen-Émerique ajoute : « l'interculturel est donc d'abord une relation entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois, en fonction de leur âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle. On ne rencontre pas une culture mais des individus et des groupes qui mettent en scène une culture, comme le professionnel, lui-même porteur de culture, met en scène son système de valeurs et de normes dans l'interaction avec le client. » (1993, p.72)

## **Construction de l'identité professionnelle des médecins**

S'intéresser à l'identité des médecins est important pour l'étude de la communication en santé en raison de la nature centrale et omniprésente des médecins dans la prise de décisions et l'administration des soins de santé (Real, Bramson & Poole, 2009). De plus, le travail sur sa propre identité, ou travail identitaire, est fondamental, notamment dans des environnements de travail comme les services de santé où le soi est un instrument de travail primordial et une partie essentielle de ce qui est offert au client. Le travail identitaire réfère aux activités que les individus entreprennent pour exprimer, négocier, construire ou nourrir leurs identités (Kreiner et al., 2006; Snow & Anderson, 1987; Sveningsson & Alvesson, 2003). Spécifiquement, prendre en considération les différents aspects de l'identité des médecins peut permettre de comprendre mieux comment ils interagissent avec les patients.

Dans le même ordre d'idées, le développement et l'entretien d'attitudes appropriées chez les étudiants en médecine peuvent avoir un impact sur la qualité des soins qu'ils livrent à leurs patients lorsqu'ils deviennent médecins. D'une façon générale, les attitudes des médecins ont une importance particulière car elles sont considérées comme médiatrices entre la compétence clinique (la connaissance et les habiletés) et la performance clinique, en d'autres mots les attitudes du médecin influencent ce qu'il fait dans sa pratique (Woloschuk 2004).

La notion de développement professionnel (*professional formation*) réfère au développement moral et professionnel des étudiants, c'est-à-dire à leur capacité de demeurer en accord avec leurs valeurs personnelles de soignants et les valeurs au coeur de la profession de médecin, et aussi à l'intégration de leur évolution personnelle de concert avec la croissance de leur compétence clinique. Les éléments-clés des projets de développement professionnel des futurs médecins visent généralement les processus réflexifs ou encore l'intégration du soi et de son expertise, et se font par l'usage de narratifs personnels ou de discussions franches à l'intérieur d'une communauté de pairs sécuritaire (Rabow & al., 2010).

Les valeurs et attitudes visées par le développement professionnel sont imbriquées dans l'identité même des individus qui est construite entre autres à travers les réflexions sur ses propres expériences. Mais la construction de l'identité implique aussi un aspect inter-individuel indéniable qu'on appelle l'identité interactionnelle, et peut se décrire en termes de pratiques par lesquelles ce travail sur l'identité prend place (Endrissat & al., 2009). Les identités des personnes sont ainsi construites à travers leurs interactions avec les autres. En d'autres mots, pour savoir qui je suis, j'ai besoin de savoir comment les autres me voient. Les identités se développent donc dans un processus dialectique entre "moi" et "je", entre les attentes sociales et les réactions que les autres ont envers soi (le "moi") d'une part, et les réponses individuelles de la personne (le "je") qui indiquent le point de vue unique de l'individu, d'autre part. Les identités sont ainsi socialement construites avec les autres (Ashforth, 2001; Berger & Luckmann, 1966; Czarniawska, 1997; Markus & Nurius, 1986; McCall & Simmons, 1966; Shibutani, 1961; Stets & Burke, 2003), puisque la façon dont une personne se voit elle-même a besoin d'être validée par son interlocuteur. Seulement si l'autre voit, accepte, et traite la personne en accord avec la façon dont elle se voit elle-même et se présente, elle peut être ce qu'elle veut être. La confirmation sociale ne se produit pas de façon automatique dans les interactions, l'autre ne supportant et validant ces identités que s'il est d'accord avec elles. Ce processus collectif de recherche d'un partenaire interactif qui reconnaisse notre identité se nomme le travail identitaire interactif (Mead, 1934).

À l'instar de nombreux autres professionnels, les médecins construisent leur identité à la fois à travers le discours professionnel auquel ils sont exposés et à travers leurs actions (Real & al., 2009). Selon Real et ses collègues, la construction identitaire des médecins est un processus discursif de signification de sens contextualisée dans lequel des configurations particulières de croyances, valeurs et actions sont construites à l'intérieur de contextes spécifiques. Le contenu de l'identité individuelle des médecins est en lien avec l'environnement général de la médecine et aussi avec les contextes médicaux locaux. Par exemple, les identités des médecins qui travaillent en pratique privées sont davantage influencées par l'environnement économique, légal et social de la médecine, alors que les médecins qui travaillent comme employés tendent à bénéficier de l'effet « atténuant » de leur milieu de travail sur les influences de l'environnement sur leurs identités (2009).

D'autres auteurs ont montré comment les médecins développent leurs identités professionnelles de façon consistante avec le discours qui véhicule l'idéologie dominante de la médecine (Apker & Eggly, 2004; Harter & Kirby, 2004). Cette perspective suggère que l'identité est réflexivement construite et modelée par les interactions avec les autres, l'exposition à des messages créés par les institutions et qu'elle est plus largement constituée à partir du langage, des symboles, des expériences, des valeurs, etc. (Alvesson & Sköldberg, 2000; Giddens, 1991). Plusieurs études ont d'ailleurs démontré comment les groupes et les

organisations participent activement à modeler l'identité de leurs membres. En apprenant leur travail de médecin, les étudiants se construisent également de nouvelles conceptions de soi (Pratt, Rockmann & Kaufmann, 2006).

## **Construction de l'identité qui débute lors de la formation des étudiants**

Il a été maintes fois démontré que les attitudes des étudiants en médecine changent négativement à mesure qu'ils progressent dans leur cheminement universitaire. Les raisons de ce changement d'attitudes ne sont pas claires mais elles pourraient être reliées à une espèce de « plafond » d'attitudes élevées à l'entrée en médecine (qui ne pourraient que décliner par la suite), à une perte de l'idéalisme et/ou à un impact involontaire, une espèce d' « effet secondaire » du programme d'études (Woloschuk & al., 2004). Plusieurs auteurs ont démontré qu'entre l'entrée en médecine et la graduation (spécialement durant la troisième année durant laquelle les étudiants sont plongés dans un contexte clinique d'hôpital), il y a souvent une dégradation des attitudes positives à l'endroit de la médecine et des soins aux patients. Les étudiants se montrent moins idéalistes (Griffitt & Wilson, 2001), moins empathiques (Hojat, Mangione, Nasca & al., 2004), moins centrés sur le patient (Haidet & al., 2001; Tsimtsiou, 2007), moins sensibles aux besoins de populations particulières (Davies & al., 2001; Ubel & al., 2003; Masson & al., 2003) et moins sensibles aux questions éthiques (Feudtner & al., 1994; Rennie & al., 2003). Ceci a été observé tant dans des études récentes (Woloschuk & al., 2004; Hojat & al., 2004; Tsimtsiou & al., 2007; Schwartz & al., 2004) que plus anciennes (Wolf & al., 1989; Feudtner & al., 1994; Marcotte & al., 1978) et internationalement (Woloschuk & al., 2004; Tsimtsiou & al., 2007; Rennie & al., 2003; Ribeiro & al., 2007; Shankar & al., 2006) aussi bien qu'aux États-Unis (Coulehan & al., 2001; Pololi & al., 2000; Griffitt & Wilson, 2001; Feudtner & al., 1994). D'autres auteurs ont montré des changements dans l'empathie (Yarnold & al., 1996) et dans la dépression et l'anxiété (Bellini, Baime & Shea, 2002).

## **La socialisation médicale comme explication**

Parmi les explications qui ont été avancées pour rendre compte du processus par lequel s'opère ce changement de valeurs des futurs médecins, certaines critiques de la formation médicale soulignent les aspects négatifs du processus de sélection des étudiants. Ils soutiennent que le programme d'études pré-médicales priorise les individus qui performant en science, ont de bons résultats et démontrent des traits de personnalité comme le détachement et la compétitivité. Ces critiques considèrent aussi que le processus

administratif des programmes d'études en médecine sous-évalue les aspects qualitatifs ou affectifs de la personnalité et des accomplissements des candidats (Coulehan & Williams, 2001).

Coulehan et ses collègues (2001) quant à eux, croient plutôt que les étudiants entrants dans les facultés de médecine sont de « bonnes graines » mais que le manque de « nourriture » et l'exposition aux « herbicides » qu'ils rencontrent dans leur formation médicale - la socialisation médicale - altèrent leurs croyances et systèmes de valeurs. Ils soulignent que dans la formation médicale en général, les habiletés techniques apparaissent fondamentales, alors que les habiletés relationnelles (si seulement elles sont encouragées) sont secondaires. La culture dominante dans les écoles de médecine dévalorise implicitement, et souvent explicitement, les approches en soins médicaux centrés sur la relation. De plus, le climat dans les facultés de médecine est souvent décrit comme psychologiquement et spirituellement brutal. Les abus subis par les étudiants incluent de longues heures de travail et des demandes conflictuelles et intenses, associées avec un manque généralisé de soutien émotionnel des professeurs et des médecins qui tiennent un rôle de modèle. Comme l'ont montré les écrits sur la socialisation professionnelle dans ce type d'environnement, à mesure que les étudiants cheminent à travers des expériences souvent négatives, ils adoptent graduellement ce système de valeurs.

Un aspect important de cette socialisation est le transfert d'un ensemble de valeurs et croyances relativement à ce que signifie « être un bon médecin ». Ce processus d'apprentissage inclut à la fois des composantes explicites et implicites. L'apprentissage explicite inclut les cours, les classes, les discussions, les conseils ou toute autre forme d'enseignement qui vise ouvertement à insuffler des valeurs professionnelles. L'apprentissage tacite quant à lui, inclut les aspects du programme d'études et du processus de socialisation qui instillent des valeurs professionnelles et un sens de l'identité professionnelle mais qui le font sans explicitement évoquer ces questions. Idéalement, les éléments explicites du programme d'études sont consistants avec l'apprentissage tacite qui survient tout au long de la formation médicale. Toutefois, il semble que ce ne soit pas le cas. L'apprentissage tacite est ce que Hafferty et Franks appellent le curriculum caché (1994). La socialisation tacite se produit continuellement à travers la formation médicale et bien d'autres et si elle est plus puissante que l'apprentissage explicite, c'est non seulement parce qu'elle est renforcée plus fréquemment mais aussi et surtout parce qu'elle concerne le *faire* plutôt que le *savoir* (Coulehan & al., 2001). Ce conflit entre les valeurs explicites et tacites altère le professionnalisme médical. En particulier, l'apprentissage tacite favorise le développement de trois caractéristiques qui rendent difficile la possibilité d'être un médecin sensible (*caring*) : 1) le *détachement*, qui signifie que les étudiants deviennent cyniques à propos des valeurs comme la sensibilité et la vertu car ils peuvent survivre mieux à leur formation clinique en développant une mentalité « nous contre eux », que leurs habiletés affectives s'atrophient et qu'ils se

retrouvent dans un état d'engourdissement émotionnel; 2) le *droit*, qui fait qu'ils croient que les médecins ont à payer très cher – nombreux cours, longues heures, gratification différée, grandes responsabilités – ce qui leur garantit en échange des bénéfices très importants et; 3) le *professionnalisme non-réflexif*, selon lequel ils adhèrent consciemment aux valeurs médicales traditionnelles tout en étant relativement au fait que la majorité de leurs comportements reposent sur des valeurs différentes (Coulehan & al., 2001).

Dans la mesure où la socialisation professionnelle produit l'uniformité des valeurs, attitudes et futurs styles de pratique, l'impact de la diversité grandissante est amoindri. Il y a des pressions à l'intérieur de la formation médicale vers la production de médecins socialement neutres : les étudiants sont encouragés à croire que la classe sociale, la « race », l'ethnicité, le genre ou l'orientation sexuelle d'un médecin ne sont pas – et ne devraient pas être – pertinents durant les interactions patient-médecin. En d'autres mots, les influences intentionnelles et non intentionnelles qui incitent à l'homogénéité dans leur formation médicale contribuent à neutraliser l'impact des différences sociales grandissantes parmi les étudiants en médecine. Les étudiants deviennent plus similaires dans leurs perspectives qu'ils ne l'étaient avant de commencer le processus intense de formation (Beagan, 2000).

Selon Shapiro (1987), les étudiants en médecine adoptent graduellement des valeurs, attitudes et croyances clairement homogènes – et clairement conservatrices. Même les étudiants qui entrent en médecine avec des politiques « progressives » sont implacablement socialisés vers une perspective professionnelle commune. Les normes culturelles de l'école de médecine (travail incroyablement difficile, pression à étudier à tout moment, compétition à travailler le plus grand nombre d'heures) signifient que les étudiants n'ont plus de temps pour des activités et engagements autres que ceux faisant partie du programme d'études. Ceci est plus intensif encore durant les années cliniques et l'internat lorsque les étudiants passent la majorité de leur temps à l'hôpital. Même les vies sociales des étudiants tendent à inclure uniquement d'autres étudiants en médecine, des infirmières, physiothérapeutes ou autres travailleurs de la santé.

Dans l'étude de Beagan (2000), certains étudiants expriment l'inquiétude que l'intensité de leur formation et le manque de temps pour tout intérêt ou activité à l'extérieur de la médecine ait pour impact une sorte de « désindividualisation ». De plus, les deux tiers des étudiants sont d'accord pour dire qu'il existe une grande pression vers l'homogénéité. Les membres du corps professoral voient aussi une uniformité grandissante parmi les étudiants à mesure qu'ils avancent dans les quatre années de médecine. Une partie de cette tendance vers l'homogénéité est clairement due au manque de temps pour toute autre chose que la médecine. Berger et Luckmann (1966) ont d'ailleurs identifié l'isolation et l'affiliation avec ceux qui ont la même vision des choses comme une composante-clé de la « re-socialisation ». Pour eux, l'adoption d'une nouvelle

réalité sociale exige l'adoption d'un nouvel ensemble d' « Autres » significatifs qui partagent cette nouvelle vision des choses; les nouvelles personnes avec leurs nouvelle façon de comprendre le monde, remplacent graduellement le monde social d'avant.

Mais les pressions vers l'uniformité dans les facultés de médecine dépassent les simples pressions temporelles. Il y a aussi le développement d'une pensée clinique diagnostique homogène qui implique l'adoption d'un même processus de pensée. Il y a aussi le sentiment que les futurs médecins semblent perdre le contact avec qui ils sont durant les études en médecine, ce que les étudiants de l'étude de Beagan (2000) affirment dans une proportion de 44%. Leur nouvelle attitude leur servirait à résoudre le conflit entre ce qui est attendu d'eux comme « bons étudiants en médecine » et ce qu'ils attendent d'eux-mêmes comme « êtres humains décents », ce qui n'est pas sans ressemblance avec le conflit entre les enseignements explicite et implicite décrit par Coulehan (2001).

## **Les dangers de cette socialisation**

Mais ce processus de « re-socialisation » possède pour les étudiants un coût élevé : celui de mettre de côté les conceptions d'eux-mêmes qui ne cadrent pas avec l'identité professionnelle médicale émergente. Plusieurs membres du corps professoral de l'étude de Beagan suggèrent même aux femmes de laisser tomber leur identité de genre pour pouvoir mieux chausser les souliers de médecin. Bref, si un étudiant sent une affinité pour toute norme ou valeur autre que celle de la culture blanche, de classe moyenne, euro-canadienne, masculine et hétérosexuelle, il y a très peu d'espace pour permettre à cet étudiant de se construire une image alternative de ce qu'un étudiant en médecine pourrait être. Les étudiants doivent se construire comme le plus neutres possibles, bref se fondre dans le décor de la médecine. Ces pressions vers l'homogénéité sont des « effets secondaires » de la formation médicale, en ce sens qu'elles ne sont pas intentionnelles. Et les étudiants de cette étude se sont montrés très peu réflexifs (si ce n'est pas du tout) à propos des implications de leur propre appartenance à des catégories sociales et à l'impact que cela pourrait avoir sur leurs interactions avec les patients (Beagan, 2000).

Qui plus est, il y a un message sous-jacent et pervers au fait que les étudiants en médecine et les médecins sont socialement et culturellement neutres : ils sont des individus largement non affectés par leur sexe, leur âge, leur classe sociale, leur orientation sexuelle, leur religion, etc. Ils interagissent avec les patients avec la perception d'être complètement dépourvus de, ou au moins non affectés par, tout biais social ou culturel. Lorsqu'ils en viennent à croire que leur propre appartenance à des groupes sociaux n'a aucun impact



sur les rencontres avec leurs patients, ils perdent l'opportunité de voir comment cela affecte les rencontres (Beagan, 2000).

## **Un autre angle de vue de la socialisation : le monde interne**

En constituant une banque de 400 rêves d'étudiants états-uniens en médecine et en l'analysant avec un cadre psychodynamique, Marcus montre aussi des changements dans l'empathie et les autres valeurs. L'échantillon d'étudiants non-randomisé se compose de volontaires de toutes les spécialisations (sauf la psychiatrie) qui ont soumis leurs rêves de façon anonyme en ne spécifiant que le contenu manifeste du rêve, le sexe du rêveur, l'année de sa cohorte et sa spécialisation. Le contenu manifeste de leurs rêves porte sur la formation médicale et les expériences de stages. Les rêves de différentes années ont été récoltés simultanément afin de mettre l'accent sur le développement commun à l'ensemble des participants, ce qui a permis d'accentuer les thèmes pour chaque année et ceux pour l'échantillon total, plutôt que les thèmes d'un individu ou d'une cohorte. Ils ont été classés par catégories en regard de leur contenu, soit l'expérience de la formation médicale, les personnages, le contexte, l'action et l'affect) (2003).

Ces rêves montrent un processus développemental inconscient en réponse à la formation médicale et au fait de devenir médecin. Une fantaisie inconsciente et progressive de héros-guérisseur semble se former pour se transformer en fantaisies masochistes, puis en fantaisies sadiques (2003). Selon la théorie psychanalytique, une fantaisie est une façon de se défendre contre des angoisses pénibles de la réalité. Dans *Introduction à la psychanalyse*, Freud (1916) en parle de cette façon :

Sous l'influence de la nécessité extérieure l'homme est amené peu à peu à une appréciation exacte de la réalité, ce qui lui apprend à conformer sa conduite à ce que nous avons appelé le « principe de réalité », et à renoncer, d'une manière provisoire ou durable, à différents objets et buts de ses tendances hédoniques, y compris la tendance sexuelle. Ce renoncement au plaisir a toujours été pénible pour l'homme ; et il ne se réalise pas sans une certaine sorte de compensation. Aussi s'est-il réservé une activité psychique, grâce à laquelle toutes les sources de plaisir et tous les moyens d'acquiescer du plaisir auxquels il a renoncé continuent d'exister sous une forme qui les met à l'abri des exigences de la réalité. Toute tendance revêt aussitôt la forme qui la représente comme satisfaite, et il n'est pas douteux qu'en se complaisant aux satisfactions imaginaires des désirs, on éprouve une satisfaction que ne trouble d'ailleurs en rien la conscience de son irréalité. Dans l'activité de sa fantaisie, l'homme continue donc à jouir, par rapport à la contrainte extérieure, de cette liberté à laquelle il a été obligé depuis longtemps de renoncer dans la vie réelle. Il a accompli un tour de force qui lui permet d'être alternativement un animal de joie et un être raisonnable.

Chez les étudiants de l'étude de Marcus, ces fantaisies (de héros-guérisseur, puis masochistes et

sadiques) sont évoquées par, et utilisées comme une défense contre, les angoisses inévitables mais douloureuses de l'adaptation émotionnelle aux expériences de la formation médicale.

Dans une étude menée par Brady, Corbie-Smith et Branch (2002), les auteurs postulent que les récits de pratique d'internes en médecine, qui s'étendent sur trois ans, permettent de comprendre l'influence de la formation en internat sur les médecins. Le but d'une telle étude est aussi d'encourager les participants à devenir réflexifs (*self-reflective*) à propos de leur propre expérience. Un groupe de stagiaires en médecine ont été appelés à écrire sur leur expérience deux fois comme internes et une fois par année pour les deux années suivantes, et à partager leurs écrits les uns avec les autres s'ils le désiraient. Ils avaient pour consigne de passer 30 minutes à écrire sur tout événement dans leurs vies qu'ils considéraient important et qui avait quelque influence sur leur développement comme médecins.

*Année 1.* Les résultats de l'étude de Brady sur les narratifs montrent qu'en début d'internat, les réflexions des étudiants portent sur une recherche d'identité et de valeurs fondamentales (idéalisme, détermination à prodiguer des soins empreints de compassion, besoin comme médecins de respecter la dignité et l'humanité des patients, empathie, etc.). Parallèlement, les résultats de l'analyse psychodynamique des rêves des étudiants par Marcus (2003) révèlent que durant la première année de médecine, la représentation de soi des futurs médecins s'articule autour d'un héros-guérisseur et d'un puissant désir de guérir et que les étudiants tendent à s'identifier aux patients. Leurs rêves évoquent des angoisses sado-masochistes reliées aux dissections de cadavres, à la surcharge d'informations dont ils sont l'objet, et aux sentiments de panique, d'impuissance et de paralysie qui en découlent. La représentation d'objet du médecin est froide, sans émotion et sans surprise, il est en contrôle, efficace et peu empathique. Les soins sont prodigués dans un environnement blanc, propre, froid, technologique et émotionnellement stérile. Les procédures chirurgicales ont un caractère dramatique, invasif, des procédures appelées « critiques » ou « héroïques ». Le patient et l'étudiant sont seuls et semblent émotionnellement abandonnés. Les travaux sur les récits de Brady montrent qu'en fin d'internat, les écrits des étudiants dévoilent une période de transition vers la désillusion et le désespoir qui caractérisent la deuxième année. Les étudiants montrent alors un détachement, ne parlent plus de leurs patients mais des expériences de mort, de la nature « dépersonnalisante » de la résidence et du futur morne de la profession médicale, d'expériences agonisantes, leur idéalisme du départ ayant disparu.

*Année 2.* Au début de la deuxième année, on assiste au développement d'un mal localisé dans les rêves des étudiants (seulement une partie du corps est affectée, parce que l'identification de la représentation de soi avec la fantaisie sado-masochiste du patient est terrifiante), l'étudiant se sentant seul face à la perte de

l'espoir de préserver les idéaux douloureux de la guérison empathique (Marcus, 2003). Au milieu de la deuxième année, il semble y avoir une disparition de l'idéal grandiose de guérison et une intensification de la fantaisie grandiose de tout apprendre, avec une surcharge mnémonique accompagnée d'une résignation dépressive, de colère en réaction à l'humiliation narcissique. L'étudiant se sent alors ignorant, inadéquat, idiot, mis à nu, embarrassé et mortifié, une victime de la pédagogie. Vers la fin de la même année, on voit apparaître une fantaisie masochiste, dans laquelle les étudiants se sentent impliqués mais où l'expérience d'être envahi par la formation médicale devient une expérience de souffrance et d'horreur continues. Ils sont en colère contre cette éducation, en nourrissant la fantaisie d'être guéris de cette expérience de maladie masochiste et souffrante.

*Années 3 et 4.* Au cours de la troisième année, c'est une rage narcissique et une fantaisie sadique qui prédominent, les étudiants étant constamment et publiquement présentés comme inadéquats. La fantaisie naïve et grandiose de tout apprendre semble s'effondrer, résultant en un effondrement de l'estime de soi qui devient maintenant intolérable. La rage narcissique sert de défense qui aide à re-énergiser les sentiments de force et de puissance. La soumission passive et impuissante à l'éducation médicale est à ce moment en conflit avec la rage primitive. Cette rage entraîne une transformation intérieure, l'idéal du médecin de la faculté étant maintenant froid émotionnellement, sadique, n'ayant jamais peur et étant surchargé ou ignorant. Une cassure est maintenant observée dans la capacité de l'étudiant à être empathique et ce défaut grandira encore dans la quatrième année. Le changement dans l'empathie semble résulter de la rage qui change le contenu de l'idéal de l'étudiant qui passe du patient souffrant au médecin de la faculté perçu comme agressif. La fantaisie masochiste à propos de la maladie et des soins devient une fantaisie sadique à propos des soins. Enfin, la quatrième année est caractérisée par une fantaisie inconsciente sadique avec peu d'empathie et peu d'identification aux patients (Marcus, 2003). Dans les récits analysés par Brady (2002), la troisième année est marquée par une réconciliation et un retour de l'espoir où les futurs médecins se sentent ré-énergisés, leur espoir étant centré sur les récompenses émotionnelles qu'ils retirent de leurs relations avec les patients. Ils parlent de leur expériences mais mettent l'accent sur leurs relations personnelles plutôt que celles avec leurs patients. Enfin, ils semblent être parvenus à une vision plus réaliste de leur rôle professionnel.

Donc, dans les rêves la fantaisie débute par une identification empathique avec les patients, qui comprend une image grandiose et naïve de héros-guérisseur, ce qui semble se rapprocher de la période d'idéalisation de soi comme médecin des résidents qui ont élaboré des récits de leur expérience (voir tableau 1). La fantaisie grandiose évolue ensuite vers une fantaisie de guérisseur avilissant et masochiste. Ensuite, à cause de la souffrance masochiste et la rage narcissique des étudiants, la fantaisie devient une fantaisie de guérison grandiose sadique. Ce cycle se répète durant la première année de résidence et n'est pas sans

rappeler l'étape décourageante et triste par laquelle passent les récits des étudiants. Dans les années suivantes de la formation, les rêveurs voient la maîtrise augmenter, l'agression diminuer et un nouvel idéalisme plus réaliste émerger, ainsi qu'une empathie plus mature (Marcus 2003), alors que les auteurs des récits sont finalement entrés dans une période où ils ont pu se sentir confirmés comme professionnels par leurs relations avec leurs patients. À mesure que leur idéalisme a rencontré la réalité de la pratique, ces résidents ont naturellement été confrontés à la futilité de leurs efforts pour guérir et réussir parfaitement, ce qui les a menés à une période de découragement, une perte d'idéaux et un besoin de contrebalancer avec une réalité nouvelle dans laquelle ils sont plus limités dans leurs rôles et leurs capacités (Brady et al., 2002).

Tableau 1. Comparaison entre les récits et les rêves des étudiant

Année	Récits (Brady et al., 2002)	Rêves (Marcus, 2003)
1	Recherche d'identité et de valeurs fondamentales (idéalisme, compassion, dignité, humanité)	Identité de héros-guérisseur, puissant désir de guérir et identification aux patients
2	Désillusion et désespoir, idéalisme disparu	Perte de l'espoir de préserver les idéaux de guérison empathique, mort de l'idéalisme, résignation, humiliation et colère
3	Retour de l'espoir, réconciliation. Réalité nouvelle, plus limitée dans les rôles et les capacités	Rage protégeant l'estime de soi et nourrissant les sentiments de force et de puissance, cassure dans la capacité à être empathique
4		Fantaisie sadique avec peu d'empathie et d'identification aux patients

## Le conflit entre l'enseignement explicite et implicite

Coulehan et al. (2001) soutiennent que l'enseignement médical nord-américain favorise à la fois un engagement explicite aux valeurs traditionnelles de la médecine - empathie, compassion, altruisme - et un engagement tacite aux comportements qui prennent racine dans une philosophie de détachement, d'intérêt personnel et d'objectivité. Ils ont montré que les étudiants en médecine et les jeunes médecins de leur étude réagissent à ce conflit entre l'enseignement explicite et implicite de différentes manières : 1) certains se redéfinissent eux-mêmes d'abord comme techniciens et limitent leurs identités professionnelles à une morale de compétence, adoptant alors les valeurs tacites et rejetant le professionnalisme explicite, alors que 2) d'autres développent un *professionnalisme non-réflexif*, une espèce d'aveu implicite qu'ils se soucient davantage de leurs patients s'ils les traitent comme les objets des services techniques que sont les soins

médicaux. Enfin, 3) un autre groupe semble *immunisé* contre les valeurs tacites et de surcroît, il internalise et développe la vertu professionnelle. Certaines caractéristiques personnelles des étudiants comme le genre, le système de croyances et les engagements non-médicaux jouent probablement un rôle dans cette *immunisation*, comme le font certaines caractéristiques reliées à l'école de médecine comme le fait d'étudier en médecine familiale, les cours d'habiletés à la communication et d'éthique médicale et les cours qui traitent des sciences humaines en général et des questions sociales reliées à la médecine. Pour être efficaces, toutefois, ces caractéristiques doivent être proéminentes et fermement intégrées au programme d'études médicales, ce qui semble être rarement le cas.

## **Les différentes façons de gérer le conflit**

Développer un *professionnalisme non-réflexif* constitue la première façon de composer avec le conflit entre les enseignements explicite et implicite. Selon ce concept, les jeunes médecins deviennent convaincus que la façon la plus efficace de montrer de la compassion pour un patient est de prendre une approche cliniquement détachée, ce qui implique de substituer aux interactions personnelles des interventions technologiques. Ces médecins « non-réflexifs » peuvent se percevoir comme défendant des pratiques centrées sur le patient et en même temps poursuivre des objectifs pour leur propre et unique bénéfice. Cette façon de résoudre le conflit de valeurs n'est pas sans rappeler l'adoption de l'attitude neutre des futurs médecins de l'étude de Beagan qui leur servait à résoudre le conflit entre ce qui est attendu d'eux comme « bons étudiants en médecine » et ce qu'ils attendent d'eux-mêmes comme « êtres humains décents » (2000).

La seconde façon de résoudre le conflit est d'adapter leurs conceptions du « médecin idéal » à leur expérience actuelle et au processus de socialisation qui en est responsable. En d'autres mots, ils rejettent les valeurs médicales traditionnelles et deviennent cyniques à propos de concepts comme la mission, la fidélité, la confidentialité et l'intégrité. Ils remettent en question leurs propres motivations et celles de leurs patients. « Être un bon médecin » devient un accomplissement technique qui ne doit pas être considéré compromis par un manque de sensibilité, d'habiletés à la communication ou toute vertu professionnelle autre que la compétence.

## **Ceux qui s'en sortent bien**

Néanmoins, certains étudiants progressent dans la formation médicale en conservant et même en nourrissant une identité professionnelle altruiste. Cette *immunisation* naturelle semble être prédite par certains

facteurs. D'abord, un engagement continu aux standards ou principes sous-tendant les idéaux de la médecine aurait un effet protecteur contre ce « lavage de cerveau ». Entre autres, certains étudiants « non-traditionnels » sont plus âgés, ont des expériences de vie supplémentaires et ont donc déjà testé leur altruisme et leur compassion auparavant, et risquent d'être en mesure d'apporter des ensembles de valeurs plus définies et plus matures à une cohorte de futurs médecins; Ensuite, le fait d'être une femme semble être aussi un atout non négligeable puisque les femmes sont socialisées pour devenir plus empathiques et faire davantage preuve de compassion. Elles auraient donc un plus grand réservoir d'habiletés pour prendre soin des autres et plus d'ouverture à apprendre les aspects affectifs et interpersonnels de la médecine. Elles ont d'ailleurs tendance à passer plus de temps avec leurs patients et à communiquer plus efficacement avec eux. Aussi, être en médecine familiale, par opposition à une spécialité, serait un facteur de protection. Enfin, l'ajout de cours d'éthique et de sciences sociales aux programmes d'étude pourrait avoir un effet positif, même si l'impact de ces cours est limité car ils arrivent souvent trop tôt dans le cheminement et sont trop courts (Coulehan, 2001).

Dans leur étude sur les récits, Brady et al. (2002) ont quant à eux identifié plusieurs facteurs qui ont contribué au processus de « rétablissement psychologique » des étudiants en cours de cheminement: 1) la nature « guérissante » des relations avec les patients; 2) la résilience de remarquables et compétents jeunes étudiants; 3) avoir le temps et l'espace pour réfléchir et gagner en conscience de soi à travers des récits; et 4) bénéficier du soutien de leur groupe de pairs. Les auteurs encouragent leurs résidents à réfléchir sur leurs propres expériences pour les aider à devenir de meilleurs médecins, des soignants faisant preuve de davantage de compassion et des êtres humains plus pleinement développés (Brady & al., 2002).

De plus, Krupat, Pelletier, Alexander, Hirsh, Ogur et Schwartzstein (2009) ont suggéré à leur façon que les impacts négatifs de la principale année clinique sur les valeurs des étudiants en médecine ne sont peut-être pas inévitables, puisqu'ils ont réussi à démontrer que le fait de demeurer dans le même milieu pendant toute l'année semble ne pas avoir affecté négativement les étudiants sur le plan de leurs valeurs, contrairement à ceux qui ont changé de milieu plusieurs fois.

## **Médecins mûrs : cristallisation de l'identité?**

S'intéresser à l'identité des médecins une fois qu'ils ont terminé leur formation et qu'ils sont immergés dans des institutions garde son intérêt pour plusieurs raisons. D'abord, selon West (2003), notre compréhension de l'apprentissage et l'éducation adulte a longtemps été partiel, ancré dans la primauté de la

raison et la négligence de l'expérience émotionnelle et subjective. Toutefois, en termes philosophiques, par opposition au dualisme cartésien, l'intersubjectivité est considérée comme une condition fondamentale de la vie humaine. Elena Michelson (1999) a décrit comment de nombreux et variés groupes ont fait de tout aussi nombreuses et variées tentatives pour nier la différence (*otherness*). D'une perspective psychanalytique, un tel déni, et les conséquences pour les relations et l'apprentissage humains, peuvent être compris en référence aux processus de clivage et de projection dans lesquels les aspects non désirés et menaçants de la personnalité - comme la vulnérabilité, l'indigence et la peur de ne pas savoir - sont clivés et projetés à un niveau tant culturel qu'individuel, sur "l'autre". Historiquement, la médecine est un monde où a été privilégiée la connaissance « scientifique », alors que les habiletés de communication humaine et de psychologie ont été considérées comme « autres » et féminines (Sinclair, 1998; Seidler, 1994). Bennet (1998), d'une perspective psychiatrique, affirme que les médecins sont exposés à un mythe d'omnipotence et d'omniscience dans leur formation médicale. Ils apprennent qu'il leur est donné une sorte de connaissance, confiance et autorité sacrées, comme faisant partie du contrat avec la société dans laquelle ils doivent toujours être compétents, sans faiblesse et sans vulnérabilité, même sans doutes, comme de « vrais » hommes devraient être. Le problème est que la réalité déçoit souvent, à mesure que les médecins deviennent fatigués et désillusionnés. L'optimisme, l'idéalisme et l'engagement initiaux peuvent être remplacés par des sentiments de perte, de désillusion et d'échec vers le milieu de leur carrière. Mais la sous-culture médicale est aussi un monde où il peut être difficile, même dangereux, pour un médecin d'admettre sa faiblesse ou sa détresse psychologique, par peur de ce que ses collègues pourraient dire. Les conséquences sont des niveaux de stress, de maladie mentale, d'alcoolisme et de suicide élevés parmi les médecins.

L'étude de West interroge les "cultures de l'apprentissage" dans le monde très patriarcal de la médecine, dans ce cas-ci, parmi un groupe de médecins de famille travaillant dans les contextes difficiles des centre-ville de Londres. Elle s'est déroulée sur une période de quatre ans, impliquant sept entrevues avec chacun des 25 médecins. Il est rapidement devenu clair que certains médecins, spécialement certains des hommes les plus âgés, avaient de la difficulté à s'adapter. Ils se sentaient souvent mal équipés pour gérer leur rôle dans le centre-ville et incapables parfois de traiter avec les problèmes qui apparaissaient par nature plus sociaux que médicaux. Leur formation, avec sa négligence des aspects psychosociaux et émotionnels de la médecine, a laissé certains d'entre eux avec un sentiment d'être mal préparés pour la tâche. Un des participants a mentionné qu'il est difficile de parler de douleur psychologique et de sentiments d'échec dans la profession médicale. Un autre a affirmé trouver que le courant médical dominant est parfois un environnement dur et « mâle », alors qu'un autre a exprimé des doutes quant à la possibilité d'« apprendre de l'intérieur » dans la profession qui déifie encore ce qui est objectif et mesurable. Un autre a dit haïr l'antipathie de la profession pour l'apprentissage subjectif (2003).

Selon McKerrow (1998), regarder l'identité professionnelle des médecins avec une perspective propre à l'étude des communications permet d'examiner les aspects de l'identité qui sont en relation avec le langage, le discours médical et la matérialité. D'après cet auteur, l'identité des médecins serait formée à la fois des discours – et de leur aspect symbolique et de la nature matérielle du travail médical. Le terme *matériel* réfère à la pratique physique et concrète de la médecine – traiter les patients, référer et recevoir des références, négocier avec les tiers-payeurs. Ces forces matérielles façonneraient l'identité des médecins et affecteraient leur façon de communiquer avec les patients et de se voir eux-mêmes comme professionnels. Ce sont les forces économiques (tiers-payeurs), organisationnelles (nouvelles formes d'administration de soins) et légales (faute professionnelle) (Cheney & Aschcraft, 2007; Cloud, 1994; Lammers & Barbour, 2006). Cette constatation corrobore les résultats de Krupat (2009) en suggérant qu'un élément de l'aspect matériel, c'est-à-dire le fait de demeurer dans un même milieu ou pas, est un facteur important dans la construction de l'identité des médecins. Le terme *symbolique*, quant à lui réfère aux façons dont la signification émerge des interactions, du discours, des symboles et des artefacts. En ce sens, l'identité des médecins est une construction relativement organisée formée par les multiples discours et la participation à diverses expériences (Real et al., 2009).

Real et ses collègues ont conduit des entrevues avec 43 médecins de 20 spécialités différentes au Texas, les invitant à s'exprimer sur les questions d'identité relatives à leur sens de soi, compte tenu de l'environnement médical actuel et du contexte local. Les médecins de leur étude ont soulevé trois thèmes majeurs et quelques sous-thèmes lorsqu'ils se sont exprimés à propos de leur identité de médecins. Ces thèmes peuvent être conçus comme des plate-formes-clés qui fournissent un schéma interprétatif général pour comprendre l'identité des médecins, et chacun a une connotation spécifique aux médecins de l'étude. Ils représentent les points communs de la position des médecins et aussi les plate-formes pour articuler leur identité. Ces plate-formes servent à constituer et maintenir les parties de la connaissance, les valeurs, les croyances, les attitudes, les pratiques et les habitudes dont les médecins se servent dans leur travail. D'abord, les médecins évoquent fréquemment le thème *profession de médecin*, qui réfère à l'appel de la profession, sa noblesse et le caractère de « ministre du culte » du médecin. En fait, quand les médecins décrivent des aspects de leur identité en lien avec la médecine comme profession, ils s'appuient sur un discours médical pour se construire comme travaillant dans une profession vocationnelle, faisant un travail noble ou fournissant des services ministériels aux malades. Être un médecin est l'élément central de leur concept de soi et cette identité est symbolique en ce qu'elle évoque le respect (*awe*) et le caractère sacré comme des éléments de la profession qui lui confèrent une signification spéciale. La profession de médecin est matérielle à la lumière de la réalité de traiter les patients pour des maladies physiques ou des changements de vie. Deuxièmement, le



thème *caractère relationnel de la médecine* réfère tantôt à l'aspect gratifiant des relations patient-médecin et tantôt à son aspect menaçant (*guarded*). Ce thème illustre comment les médecins croient que les relations avec les patients sont cruciales dans leur identité principalement de deux façons différentes, soit : les relations gratifiantes (*rewarding relationships*), c'est-à-dire les récompenses d'aider les autres et les bénéfices qu'ils tirent de leurs relations avec les patients. Être au service de l'autre et la gratification reçue sont mutuellement matérielles et symboliques et sont des aspects centraux de l'identité d'aidant; et les relations « sous surveillance » (*guarded relationships*), dans lesquelles le patient est vu comme un opposant, quelqu'un dans une position pour défier et potentiellement nuire au médecin et miner la confiance entre le médecin et le patient. Enfin, le thème « *business* » de la médecine réfère au fait d'être salarié ou travailleur autonome et distingue les deux types, les salariés exprimant davantage de sentiments positifs car ils ont plus de temps à consacrer à la pratique de la médecine en étant déchargés du travail administratif. Ce thème réfère aussi aux tentatives de dépossession de pouvoir qui se manifestent par un sentiment de ne pas pouvoir être un praticien adéquat dans le contexte actuel de la médecine en raison de deux facteurs: l'interférence des tiers-payeurs (surtout en pratique privée) et la nostalgie d'un temps où les médecins avaient davantage de pouvoir (Real & al., 2009).

Il a été illustré à plusieurs reprises que l'identité professionnelle « traditionnelle » des médecins est profondément empreinte de l'idée d'autonomie et de supériorité (Abbot, 1988; Benveniste, 1987; Hall, 1968; Quinn, Anderson & Finkelstein, 1996). Endrissat, Spicer et Kärreman (2009) ont suggéré que le concept de soi des médecins est étroitement relié aux valeurs de la profession médicale : ils se voient comme l'élite et entretiennent un mépris des valeurs et des approches autres que celles de leur discipline. Ils ont de la difficulté à se subordonner à des gens qui n'ont pas un bagage médical et trouvent important de prendre la responsabilité et d'être autonomes. Ils se disent des *front-line fighters* qui feront tout pour prendre soin des patients et pour fournir les « produits et services essentiels » de l'hôpital. Ils sont aussi des « experts » qui revendiquent le pouvoir décisionnel car ce sont eux qui s'y connaissent le mieux, n'hésitant pas à montrer les pointes acérées (*rough edges*) de leur personnalité. Ils sont authentiques et vrais envers eux-mêmes et démontrent un tempérament qui les fait se situer au-dessus de la masse.

## **Une identité mise au défi de la modernité**

Cependant, aujourd'hui les médecins font face à des changements majeurs dans leur environnement de travail qui mettent à l'épreuve cette identité professionnelle « traditionnelle », aussi bien que leur statut social et leur prestige (Fiol & O'Conner, 2006). Par exemple, l'étude d'Endrissat et al. (2009) montre les

perspectives de médecins suisses chefs de départements dans 15 hôpitaux de la suisse allemande suite à l'adoption de mesures de rendement et de nouvelles structures organisationnelles qui accordent une plus grande importance à la gestion. Elle a montré que plutôt que d'accepter les nouvelles attitudes, valeurs et priorités des gestionnaires, les médecins s'engageaient dans un travail identitaire. Ils trouvaient ainsi des façons de résister et de nourrir leurs valeurs professionnelles et leurs identités. Dans le contexte de ces hôpitaux suisses, la résistance s'exprime de quatre façons principales : 1) sous forme de blagues, de critiques, de manque de respect et de mépris envers leurs supérieurs, 2) en argumentant, en ripostant et en demandant des justifications et des explications, ce qui leur permet de s'affirmer, de voir les conflits comme des opportunités et de demeurer actifs dans une tentative de reprendre le pouvoir et le statut d'expert associés à leur identité de médecins, 3) par la désobéissance délibérée ou l'ignorance, créant eux-mêmes activement des situations dans lesquelles ils prouvent leur autonomie et continuent à être des acteurs actifs (l'identification avec leur travail et le sujet de leur travail – les patients – leur fournit suffisamment de raisons de résister aux restrictions externes et d'agir en accord avec leur propre conception d'un professionnel) et 4) en se dissociant de la logique de gestion, mettant l'emphase sur les valeurs professionnelles, plaçant le patient au centre de leur attention et dévalorisant la pensée administrative, ce qui les aide à maintenir leur identité de professionnels. En résumé, le concept de soi des médecins de l'étude d'Endrissat et al. est étroitement lié à leur formation médicale élitiste – ils se voient comme l'élite et méprisent les valeurs et approches de ceux qui sont hors de leur discipline –, à leur autonomie professionnelle et à leur expertise technique.

## **Construction identitaire dans le conflit**

De façon similaire, d'autres auteurs ont suggéré que la construction identitaire est déclenchée par des violations de l'intégrité travail-identité: l'expérience d'une inadéquation entre ce que les médecins font et ce qu'ils sont (Pratt, Rockmann & Kaufmann, 2006). Spécifiquement, ces auteurs ont étudié la construction identitaire professionnelle de résidents en médecine à l'aide d'entrevues semi-structurées et ont remarqué des changements systématiques qui se sont produits dans les identités professionnelles des participants, allant d'une compréhension approfondie de leur identité professionnelle à des modifications substantielles de celle-ci. Ces changements étaient intimement imbriqués avec des changements dans le travail concret des résidents. En fait, leurs identités professionnelles ont changé lorsque les idées des résidents à propos de « qui ils étaient » comme professionnels ne s'harmonisaient plus à leur travail. Ces violations de l'intégrité travail-identité se sont avérées être résolues par des processus de personnalisation de l'identité (enrichissement, accommodage, « béquilles ») qui s'articulaient en fonction de cycles d'apprentissage de l'identité et du travail reliés les uns avec les autres. C'est l'identité qui se façonnerait pour s'adapter au travail et non l'inverse et ce

serait donc l'intégrité travail-identité qui pousse à la construction identitaire (Pratt et al., 2006).

## **Impacts sur la relation patient-médecin**

Comprendre les implications de la nature symbolique et matérielle de l'identité des médecins est important pour la communication. Les médecins qui décrivent les aspects de leur identité principalement en fonction de la profession de médecin sont susceptibles de voir la communication avec les patients comme sérieuse, sacrée ou comme un don de Dieu – le don d'être disponible et d'écouter les patients. De la même façon, ceux qui décrivent leur identité en fonction du caractère relationnel de la médecine sont plus susceptibles d'apporter du respect et de l'empathie dans la rencontre et de valoriser les relations avec leurs patients (Real et al., 2009). Il est possible de croire que cette capacité à valoriser les relations en adoptant une attitude respectueuse puisse jeter les bases à ce que Cohen-Émerique (1993) appelle l'attitude interculturelle, qui comprend la décentration, pour mieux cerner sa propre identité socioculturelle, la pénétration du système de référence de l'autre, et enfin la négociation et la médiation, attitude qui permet de dépasser ou de contourner les tensions et échecs dans le processus d'aide. Pénétrer le système de l'autre implique de s'informer en se plaçant dans la perspective du patient pour établir une véritable communication, d'écouter et interroger sans chercher à interpréter, de développer les capacités de communication non verbale et de s'immerger dans le monde de l'autre. Cette approche nécessite de se donner du temps pour progressivement découvrir l'univers de l'autre.

## **Former les médecins au travail avec un interprète?**

De nombreux auteurs s'entendent sur l'importance d'offrir aux médecins et autres cliniciens en santé une formation sur le travail avec interprètes, ce dans le meilleur intérêt des patients (Hsieh, 2010; Pugh & Vetere, 2009; Rosenberg et al., 2007; Leanza, 2005). Il est vrai que le cheminement clinique de plusieurs facultés de médecine s'est élargi pour donner aux étudiants une expérience dans un spectre plus large de contextes cliniques. Mais encore faudrait-il que ces programmes s'intéressent aux questions jusque-là négligées qui peuvent augmenter la pertinence de la formation clinique à la pratique contemporaine (Coulehan & al., 2001). Dans les faits à Montréal, une minorité seulement de médecins (31%) disent avoir reçu une formation spécifiquement axée sur la compétence interculturelle et ce sont ceux qui semblent dispenser la meilleure qualité de soins aux immigrants. Pourtant, la majorité d'entre eux (68%) auraient souhaité avoir eu davantage de formation au sujet des soins de santé spécifiques aux immigrants (Papic, Malak & Rosenberg, 2012).

Dans cette étude, les médecins ont montré un manque de connaissance des effets de la culture sur la relation patient-médecin, sur les façons d'exprimer la détresse et sur les effets potentiels des stressors liés à l'immigration sur la santé. Plus spécifiquement, la capacité de certains médecins à diagnostiquer la détresse psychologique est compromise par le manque de connaissance des manifestations de détresse de certains membres d'autres cultures ou par l'application d'un stéréotype ethnique à un individu. Les médecins étaient également peu conscients de l'importance des croyances culturelles et comportements vis-à-vis la santé. Ils croyaient que s'informer sur les identités culturelles de leurs patients serait intéressant mais non essentiel à leur tâche professionnelle.

Pour expliquer le manque de motivation des médecins à aborder les questions culturelles avec leurs patients, plusieurs raisons peuvent être invoquées : les médecins ne connaissent pas les différentes façons dont la culture peut affecter les soins, il leur manque un cadre de travail pour les guider dans l'exploration de la culture et la santé (la tâche leur paraît accablante), les médecins focalisent sur leur identité professionnelle pour protéger leur sentiment d'être reconnus pour leur compétence (Rosenberg, Richard, Lussier & Abdool, 2006), et enfin l'usage de stéréotypes ethniques menace la reconnaissance de l'Autre en le définissant comme « autre », ce qui amplifie la distance entre le patient et le médecin, et en le forçant à entrer dans une « boîte » définie par son ethnicité, alors qu'il pourrait préférer se présenter comme membre d'un autre groupe, comme la classe sociale par exemple. D'ailleurs, pour Cohen-Émerique (1993), le savoir objectif sur la spécificité de l'autre est insuffisant voire dangereux s'il ne cherche pas à intégrer la dimension individuelle de sens pour la personne concernée. Le manque de formation explique donc en partie pourquoi les médecins ont montré une connaissance limitée de la communication interculturelle. Fournir aux médecins une formation en communication interculturelle est donc susceptible d'améliorer la qualité des soins aux immigrants (Rosenberg & al., 2006).

La formation des médecins en communication interculturelle devrait inclure la mise à leur disposition d'un cadre de travail pour intervenir auprès des patients d'une culture différente. Ils devraient aussi apprendre sur les domaines dans lesquels la culture peut avoir des effets : comportements de communication, relation au temps et à l'espace, organisation sociale et familiale, signification du travail, croyances et pratiques à propos de la santé, signification de la nourriture, de la sexualité et de la reproduction, religion et spiritualité et mourir et mort (Brant & al., 1999).

Pour l'aspect spécifique du travail avec un interprète, les principaux objectifs visés devraient concerner le développement chez les cliniciens de la compétence communicative nécessaire pour évaluer le

caractère approprié et efficace des pratiques des interprètes d'une part et pour se coordonner avec l'interprète et le patient d'autre part. Montrer une ouverture à l'autre, au patient mais aussi à l'interprète, signifie que les médecins pourraient développer la capacité à considérer la perspective de ceux-ci. Cette capacité pourrait se manifester par une vision plus variée des rôles et tâches attribués à l'interprète dans les consultations médicales. Selon Hsieh (2010), cela permettrait d'offrir aux patients des soins optimaux. Pour ces raisons et celles mentionnées plus haut à propos des bénéfices d'avoir un espace pour réfléchir et gérer le conflit de valeurs auquel les étudiants en médecine sont exposés dans leur formation, un volet au sujet du travail avec un interprète s'impose comme une plus-value autant pour les patients et les interprètes que pour les médecins.

## Question de recherche et méthodologie

Pour mettre en place de telles formations, il peut être pertinent d'explorer les représentations sociales des praticiens du domaine de la santé afin de concevoir un outil de formation adapté à ces représentations ainsi qu'à la façon dont elles évoluent à travers le temps et l'avancement dans la formation professionnelle des futurs médecins. Comme ces représentations constituent un aspect important de leur identité professionnelle en jeu dans la relation patient-médecin lors des consultations avec un interprète, explorer comment leur identité s'articule en fonction de leur niveau d'expérience clinique pourrait nous renseigner sur les manques à gagner dans la communication interculturelle. En fait, la connaissance des perspectives des médecins est un élément essentiel sur lequel se baser pour bâtir des interventions visant à améliorer la qualité des soins aux immigrants (Papic & al., 2012). La question est donc de comprendre comment les professionnels de la santé se représentent le travail avec un interprète communautaire. Cela permettra aussi de formuler une théorie sur l'intervention avec interprète communautaire. Pour ce faire, le recours aux *focus groups* et ensuite à une analyse thématique et métaphorique du discours est apparu comme étant la méthodologie la plus appropriée.

### Les focus groups : recueillir le discours identitaire

Les *focus groups* sont des « ... discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinents pour une recherche. Le principe essentiel consiste en ce que le chercheur utilise explicitement l'interaction entre les participants, à la fois comme moyen de recueil de données et comme point de focalisation dans l'analyse » (Kitzinger, Marková & Kalampalikis, 2004, p.237). Les avantages d'une telle méthode sont nombreux : « À la différence de l'observation, les *focus groups* permettent de centrer la conversation sur un sujet particulier. Contrairement aux entretiens, ils permettent au chercheur d'envisager l'expression d'idées au sein d'un contexte social précis (par exemple, une conversation entre collègues ou entre amis) et permettent ainsi de considérer les pratiques conversationnelles grâce auxquelles un sujet est discuté » (Kitzinger & al., 2004, p.239). En effet, compte tenu que : 1) les identités sont socialement construites au contact des autres, que 2) l'identité professionnelle des médecins est constituée entre autres à partir des discours, des symboles, des expériences et des valeurs et que 3) l'apprentissage tacite du processus de socialisation se produit continuellement à travers et au-delà de la formation médicale, s'intéresser au discours dans le contexte précis d'une discussion entre collègues s'avère pertinent.

Aussi, « une discussion réelle entre les participants apporte beaucoup plus et prêter attention à

l'interaction produite entre les participants constitue une spécificité non négligeable de la méthode » (Kitzinger & al., 2004, p.239). De plus, les *focus groups* sont une méthode adéquate pour générer des données pour qui s'intéresse aux représentations sociales, puisqu'ils ont comme base la communication, qui est au cœur de la théorie des représentations sociales (Kitzinger & al., 2004). Moskovici soutient que quatre principes nous informent sur ce qu'il faut analyser pour avoir accès aux représentations sociales : les conversations sociales, qui permettent de saisir comment les gens s'investissent dans le sujet et expriment leurs préoccupations; la façon dont ils classent, nomment et reconstruisent les phénomènes sociaux; le changement social, qui rend la communication riche en permettant de comprendre la formation et transformation du « sens commun »; le fait que les gens sont comme des « savants amateurs » qui vulgarisent la science et l'éducation, qui reflète la connaissance socialement partagée (1984).

## **Nature dialogique des représentations sociales**

Les discussions à l'intérieur des *focus groups* ne sont donc pas un enregistrement objectif de quelque chose de prédéterminé et stable. Elles contribuent plutôt à créer et recréer la connaissance socialement partagée. La connaissance socialement partagée des êtres humains a une nature dialogique, ce qui signifie que chaque individu génère sa connaissance en termes de l'Autre, comme autant de réalités multi-faces et multi-voix dans la culture. Cette nature dialogique implique que la connaissance socialement partagée est formée et maintenue dans et à travers la pensée et la communication dialogiques. Soi et l'Autre constituent et transforment ensemble les formes de connaissance socialement partagée qui sont immergées dans les activités quotidiennes dans lesquelles nous évoluons sans nécessairement en avoir conscience. Dans la vie de tous les jours, nous utilisons différentes formes de cette connaissance qui est générée, maintenue et changée socialement. Certaines formes sont basées sur des phénomènes sociaux particuliers comme les croyances religieuses ou les représentations sociales. D'autres sont de nature interpersonnelle et inter-groupes, comme les normes sociales.

Les représentations sociales sont donc une forme de connaissance socialement partagée, au même titre que le « sens commun », ou ce qui est « tenu pour vrai » dans une société. Elles sont une forme de connaissance partagée d'un phénomène social spécifique circulant dans le discours public comme le SIDA, la démocratie ou le terrorisme. Les représentations sociales sont dynamiques et non statiques, sont produites et reproduites dans la pensée et la communication, ont une distribution sociale inégale et sont remplies d'hétérogénéités, mais elles tendent aussi à se construire à partir de suppositions culturelles ou sous-culturelles plus ou moins communes. L'étude du dialogue dans les *focus groups* peut nous amener à découvrir

l'ampleur avec laquelle la connaissance sociale est partagée ou est du moins « tenue pour partagée » (Marková, Linell, Grossen, & Salazar Orvig, 2007). Dans le cas des médecins et futurs médecins, la connaissance socialement partagée pourrait correspondre à l'idéologie dominante de la médecine qui est véhiculée dans les facultés et au-delà dans les institutions de la santé, avec un ensemble de représentations sociales communes et des spécificités locales et régionales. Dans le cas présent, cette connaissance pourrait aussi correspondre aux spécificités liées aux différents niveaux d'expérience des médecins (externes, résidents et médecins expérimentés).

Lors de la phase préparatoire de cette étude, l'analyse dialogique semblait une approche prometteuse pour parvenir à saisir la dimension interactive des discussions en groupes. Toutefois, en cours de route elle s'est avérée de peu d'utilité puisqu'elle requiert davantage de divergences dans les positions des participants que ce que contenaient les discussions recueillies dans les groupes de médecins pour donner un portrait dynamique et étayé des représentations sociales. En fait, étant donné la teneur des opinions des médecins qui tend à être de l'ordre du consensus plutôt que des divergences, une analyse thématique ainsi qu'une analyse métaphorique se sont avérées pertinentes. L'analyse thématique vise essentiellement à saisir la teneur du discours des participants, tandis que l'analyse métaphorique permet de saisir les significations plus tacites contenues dans celui-ci.

## **Analyser le discours : les métaphores**

Selon Lakoff et Johnson (1986), ceux qui parviennent à imposer leurs métaphores réussissent à définir ce que l'on considère comme vrai, absolument et objectivement. Aussi, les suppositions, les valeurs et les attitudes culturelles ne constituent pas une couche conceptuelle distincte que nous pouvons plaquer à notre guise sur l'expérience. Il serait plus correct de dire que toute expérience est entièrement culturelle et que, lorsque nous faisons l'expérience du « monde », notre culture est déjà présente dans l'expérience elle-même. C'est pourquoi le fait d'explorer les métaphores présentes dans le discours s'avère une voie intéressante pour tenter de saisir les représentations sociales des médecins.

*Qu'est-ce qu'une métaphore?* La métaphore est une figure de style fondée sur l'analogie et/ou la substitution. C'est un type particulier d'image sans outil de comparaison qui associe un terme à un autre appartenant à un champ lexical différent afin de traduire une pensée plus riche et plus complexe que celle qu'exprime un vocabulaire descriptif concret (Wikipédia). Pour Lakoff et Johnson (1986), les concepts métaphoriques sont des façons de structurer partiellement une expérience dans les termes d'une autre. Le fait



de posséder une structure donne à une expérience ou à une série d'expériences une cohérence. Par exemple, une *discussion* est une conversation structurée partiellement par le concept de *guerre*, ce qui nous donne la métaphore LA DISCUSSION, C'EST LA GUERRE. À l'opposé, la *conversation* nécessite un certain degré de coopération (respecter le tour de parole, s'en tenir au sujet, ...) car elle est un exemple d'une relation sociale gouvernée par la politesse et elle comporte des objectifs. Les participants jouent le rôle de locuteurs, chaque tour de parole est une partie de la conversation et ces parties doivent être assemblées d'une certaine façon pour créer une conversation cohérente. Il y a des étapes (engager la conversation, la faire progresser, la terminer, ...) et les parties sont ordonnées de façon à former une séquence linéaire. Les locuteurs doivent se succéder (contrainte), bien que des chevauchements et interruptions soient autorisés. On s'attend à ce que la fin d'un tour de parole amène le début du tour suivant (causalité). La différence fondamentale entre la conversation et la discussion vient du sentiment d'être engagé dans une bataille (opinions non partagées) où il y a quelque chose à gagner ou à perdre. On y traite l'interlocuteur comme un adversaire. Ainsi une activité, l'échange de paroles, est appréhendée à l'aide d'une autre, le combat physique.

La métaphore envahit tout notre système conceptuel. Parce que beaucoup des concepts qui sont pour nous importants sont soit abstraits, soit non clairement définis dans notre expérience (émotions, idées, temps, ...), nous devons les saisir au moyen d'autres concepts que nous comprenons en termes plus clairs (les orientations spatiales, les objets, ...). Cette nécessité introduit la définition métaphorique dans notre système conceptuel. Le langage nous fournit des données qui peuvent mener à des principes généraux de compréhension des expériences. Ces principes sont souvent de nature métaphorique et impliquent la compréhension d'une sorte d'expérience en termes d'une autre sorte d'expérience. Les concepts comme les idées, la compréhension, les discussions, l'autorité, etc. exigent une définition métaphorique car ils ne sont pas assez clairement définis pour satisfaire les objectifs que nous nous fixons dans notre vie quotidienne. Notre compréhension globale de certains concepts est métaphorique (ex. l'amour), et nous les comprenons principalement à l'aide de concepts qui caractérisent d'autres expériences considérées comme naturelles comme les voyages, la folie, etc. (Lakoff & Johnson, 1986).

En général, la plupart de nos concepts fondamentaux sont organisés en fonction d'une ou de plusieurs métaphores d'orientation spatiale. Ces métaphores sont enracinées dans notre expérience culturelle et physique; elles ne sont pas attribuées au hasard. Les valeurs les plus fondamentales d'une culture sont cohérentes avec la structure métaphorique de ses concepts les plus essentiels. Les auteurs ne prétendent pas que toutes les valeurs culturelles qui sont cohérentes avec un système métaphorique existent réellement, mais seulement que celles qui existent et sont profondément ancrées dans notre culture sont compatibles avec le système de nos métaphores.

Comme l'acte de parole est lié au temps (il suit un ordre linéaire) et que le temps est métaphoriquement conçu en termes d'espace, nous concevons naturellement le langage par métaphore en termes d'espace. Par exemple, UNE DISCUSSION EST UN VOYAGE est une métaphore utilisée pour mettre en évidence l'objectif, la direction ou la progression d'une discussion. Elle rend compte du fait qu'elle doit avoir un début, avancer en ligne droite (un voyage suite un chemin) et progresser par étapes vers un but (ex. *être engagé dans une voie, à la prochaine étape, jusqu'ici, avancer, but, ouvrir la voie, parvenir, s'écarter du chemin, suivre, perdre son chemin, la mauvaise direction, tourner en rond, etc.* sont des concepts métaphoriques qui y sont associés). Elle est donc organisée en fonction de son orientation spatiale.

Les métaphores spatiales s'appliquent ainsi aux formes linguistiques qui sont dotées de contenu. La métaphore du *conduit* définit une relation spatiale entre la forme et le contenu : LES EXPRESSIONS LINGUISTIQUES SONT DES CONTENANTS et leurs significations sont le contenu de ces contenants, donc PLUS IL Y A DE FORME, PLUS IL Y A DE CONTENU (ex. *il courut, courut et courut encore, il est très très très grand*). La métaphore du *conduit* suppose que LES IDÉES SONT DES OBJETS qui nous viennent de l'extérieur. Combinée à la métaphore L'ESPRIT EST UN CONTENANT, on obtient la métaphore complexe LES IDÉES SONT DES OBJETS QUI ENTRENT DANS L'ESPRIT, comme les morceaux de nourriture sont des objets qui entrent dans le corps (LES IDÉES SONT DES ALIMENTS). Les idées peuvent donc être avalées, digérées, dévorées et nous nourrir. Ainsi, les métaphores proviennent d'expériences distinctes et concrètes et nous permettent de construire des concepts hautement abstraits et élaborés, comme celui de discussion (Lakoff & Johnson, 1986).

*Les conflits de valeurs et les métaphores.* Selon ces mêmes auteurs, il y aurait souvent des conflits parmi ces valeurs et par conséquent parmi les métaphores qui leur sont associées. Pour expliquer de tels conflits, nous devons nous demander à laquelle de ces métaphores le groupe qui les utilise accorde une priorité. En général, le choix des valeurs prioritaires dépend pour une part de la culture dans laquelle on vit et pour une autre part des valeurs que chaque individu choisit. Les diverses sous-cultures d'une même culture partagent des valeurs fondamentales avec le reste de la société mais leur donnent différentes priorités (Lakoff & Johnson, 1986). Par exemple, les médecins partagent la valeur d'empathie pour les malades au début de leur formation, mais en viennent à lui donner une priorité différente dans le processus de socialisation professionnelle propre à leur sous-culture, comme en témoigne le changement dans l'empathie maintes fois observé. Ce changement donne lieu comme nous l'avons vu plus haut à des conflits qui exigent des médecins de trouver une façon de les gérer et nous devrions voir se refléter ces conflits dans les métaphores utilisées par les médecins lors des discussions en *focus groups*.

Contrairement à une sous-catégorisation, où par exemple « la discussion est une conversation », les critères pour définir une métaphore sont : 1) la présence d'une différence dans le type d'activité (ex. *discussion* et *guerre*), différence qu'il n'est pas toujours aisé de faire et 2) la présence d'une structuration partielle (l'utilisation de certains aspects particuliers de l'activité). De telles structures multidimensionnelles constituent des *gestalts* expérientielles, qui sont des moyens d'organiser les expériences en ensembles structurés (pour rendre l'expérience cohérente). Ainsi une activité, l'échange de paroles, est appréhendée à l'aide d'une autre, le combat physique (Lakoff et Johnson, 1986). Ce sont ces deux critères qui ont été principalement utilisés pour déterminer si les métaphores mentionnées par les médecins de cette étude ont été retenues pour rendre compte de leurs connaissances socialement partagées.

## **Analyser le discours : les thèmes**

L'analyse thématique est un travail d'analyse qualitative qui fait intervenir des procédés de réduction des données, en faisant appel pour résumer et traiter le corpus, à des dénominations appelées les « thèmes ». Il s'agit en somme, à l'aide des thèmes, de répondre petit à petit à la question générique type, rencontrée dans divers projets d'analyse : qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-t-on? Si l'on tient compte d'un certain nombre de paramètres et que l'on convient d'une série d'étapes relativement économiques, les opérations requises peuvent être menées de façon assez efficace et l'analyse thématique représente alors un outil précieux. Avec l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'un verbatim d'entretien, d'un document organisationnel ou de notes d'observation (Paillé & Mucchielli, 2008).

Une démarche de thématisation en continu, même si elle est plus complexe à mener et exige plus de temps, présente plusieurs avantages par rapport à une démarche séquentielle, notamment de permettre une analyse vraiment fine et riche du corpus. Elle consiste à attribuer de façon ininterrompue des thèmes et, simultanément, à construire l'arbre thématique. Un thème est un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'ensemble du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos. Pour Paillé et Mucchielli :

le bon niveau de dénomination du thème n'est pas si facile à obtenir en raison de la tendance des analystes à spontanément générer des « rubriques » à la place, tout en croyant qu'ils génèrent des « thèmes », et la teneur des propos est donc peu cernée par ce travail. Pour eux, ce qui distingue la rubrique du thème en lien avec un corpus précis est le degré de généralité et le caractère plus ou moins dénotatif de l'appellation retenue. Contrairement au thème, une rubrique se situe toujours à un niveau relativement abstrait par rapport au contenu analysé et elle est davantage un outil de classification que d'analyse car elle établit un rapport de classement avec l'extrait et non un rapport de dénomination. Ainsi le thème, sans être aussi précis et détaillé que l'énoncé phénoménologique et sans être aussi interprétatif que la catégorie, permet d'avoir accès au propos tenu sur un sujet donné. (2008, page 170)

En effet, il est plus profitable d'accumuler les divers thèmes, donc de générer à chaque fois un thème précis correspondant au témoignage, et de créer plutôt un regroupement thématique au moment opportun, plutôt que d'utiliser une rubrique qui permettrait de repousser la thématisation jusqu'au moment où l'on parviendrait à la dénomination d'un thème relativement stable. Cette option offre l'avantage de documenter dès les premiers essais les propos tenus, tout en permettant de procéder progressivement à des regroupements et à une reformulation. L'avantage de travailler selon une méthode ascendante (des thèmes vers les rubriques) plutôt que descendante (des rubriques vers les thèmes) est double : d'une part, le travail de thématisation n'est pas reporté en fin de parcours, d'autre part, la validité est mieux assurée, puisque l'accent est mis d'emblée sur la dénomination plutôt que sur la classification (Paillé et Mucchielli, 2008).

L'inférence est l'opération logique par laquelle l'analyste passe de l'examen d'une portion de matériau à l'attribution d'un thème pour cet extrait. Elle est basée sur des indices issus de la lecture de l'extrait que l'on désire thématiser. Au niveau du degré d'inférence d'un thème, pour Paillé et Mucchielli, l'idéal est de débiter avec des thématisations de faible inférence, c'est-à-dire d'un niveau qui présente un rapport étroit et direct entre les indices et le thème proposé, cela parce qu'il est plus facile de hisser une analyse à des niveaux inférentiels et conceptuels élevés que le contraire. En analyse thématique, il faut aussi chercher à générer préférentiellement des thèmes de faible ou de moyenne inférence, sous peine de glisser sur la pente interprétative et donc vers un autre type d'analyse.

Le rôle des thèmes est de répondre graduellement aux questions de la recherche en prenant appui sur les données empiriques. Normalement, les questions d'interview sont directement en lien avec les questions de recherche, qu'elles opérationnalisent. Ce qui fait qu'en pratique la ligne directrice est fournie, au moment de l'analyse, par les interrogations soulevées par le chercheur ainsi que par les relances cherchant à recentrer l'entretien sur les objectifs de la recherche ou sur un témoignage clair à propos de ceux-ci. Il faut constamment garder en mémoire le fait que les questions de recherche et les questions d'interview constituent le centre de la quête. Trouver le bon thème, c'est donc trouver l'information centrale livrée par l'interviewé en

réponse à l'interrogation de l'intervieweur. Règle générale, l'analyse débouche sur la construction d'une représentation synthétique et structurée du contenu analysé et la forme la plus usuelle de cette représentation est l'arbre thématique. Il s'agit d'un type de regroupement des thèmes où un certain nombre de thèmes principaux sont détaillés par des thèmes subsidiaires et par des sous-thèmes, et parfois placés eux-mêmes sous des rubriques générales. Il présente sous forme schématisée l'essentiel du propos abordé à l'intérieur du corpus. Cette construction s'opère à la fois à partir d'affinités entre les thèmes et sur la base de la récurrence de plusieurs d'entre eux. Les thèmes ne contribuent pas tous au portrait d'ensemble de la même façon et c'est l'arbre thématique qui va permettre de hiérarchiser les divers thèmes selon leur appartenance générale ou spécifique au résultat d'ensemble, leur rôle principal ou périphérique au sein du phénomène étudié, leur lien avec telle ou telle rubrique, etc. Il pourrait être pertinent de faire une revue générale des thèmes forts et des grandes tendances relevées, en faisant appel aux ressources de la langue et la richesse des nuances d'expressions qui traduisent des différences d'importance (Paillé & Mucchielli, 2008).

Pour mener de manière efficace son analyse thématique, le chercheur doit se donner des outils et établir des concepts analytiques permettant de marquer la progression de son travail. Il doit également prévoir des opérations de travail. Le relevé de thèmes, qui est un document dans lequel l'analyste inscrit chacun des thèmes de son étude, et le journal de thématisation, qui est un document où sont reportés les réflexions et essais de regroupement des thèmes, sont deux outils pertinents présentés par Paillé et Mucchielli (2008). Le relevé de thèmes va permettre d'utiliser les rubriques à des fins d'organisation de la liste des thèmes générés en cours d'analyse, un minimum d'organisation étant indispensable pour que cette liste soit opérationnelle. Une façon optimale de procéder est alors de lister ces thèmes directement sous une rubrique reprenant l'interrogation de l'entretien suite à laquelle le thème a été généré.

Le relevé de thèmes facilite la comparaison des thèmes entre eux et le travail progressif de construction analytique, puisque les thèmes qui s'interpellent les uns les autres (récurrence, parenté, opposition) sont ce qu'on appelle des ensembles thématiques saillants, qui font référence aux affinités ou aux tensions entre les thèmes de l'analyse. L'analyste souhaite alors approfondir les liens entre ces thèmes et construire graduellement des branches qu'on appelle des axes thématiques, terme qui renvoie aux dénominations qui vont jouer le rôle de lien pour les ensembles thématiques. C'est avec ces branches que l'on peut édifier des regroupements thématiques, qui désignent les assemblages constitués de l'ensemble thématique et de son axe et qui permettent enfin de bâtir graduellement l'arbre thématique représentant la schématisation vers laquelle tend le travail de regroupement thématique (Paillé & Mucchielli, 2008). De cet arbre thématique, il est ensuite possible d'interpréter les données pour dégager les représentations sociales des participants sur le sujet traité.

## Triangulation des données métaphoriques

Les méthodes d'analyse des métaphores pour mettre au jour les perceptions des participants ont été bien établies dans les milieux de la recherche qualitative et ce, depuis le début des années 1980. Plusieurs chercheurs ont fourni des procédés bien documentés pour identifier et recueillir des données métaphoriques (voir Cameron & Low, 1999; Kovecses, 2002; Lakoff & Johnson, 1986; Low, 2003; Steen et al., 2012). Toutefois, une critique majeure de celles-ci est la fiabilité des résultats, à cause de la subjectivité impliquée dans l'interprétation (Armstrong, Davis & Paulson, 2011). Mais comme ces auteurs l'ont démontré, la triangulation des données métaphoriques peut être employée comme un système de vérification pour pallier au manque de fiabilité des résultats. Elle consiste essentiellement à implanter un second processus d'analyse des données dans le protocole de recherche. Cette triangulation devrait être faite en tenant compte de multiples facteurs, incluant l'accès du chercheur aux participants et la chronologie de la collecte des données.

Ces auteurs proposent deux méthodes différentes pour parvenir à la triangulation, soit la *Metaphor Checking* et la *Triangulation through a Dual-Analysis Approach*. La première nécessite de rencontrer les participants à une deuxième reprise afin de vérifier avec eux la justesse des métaphores relevées dans leur discours, tandis que la seconde consiste à combiner les métaphores obtenues à d'autres données comme les données et thèmes observationnels, afin de vérifier si ces données et thèmes supportent ou infirment les métaphores posées en hypothèses lors de l'analyse métaphorique. C'est de la deuxième méthode que notre façon d'analyser nos données métaphoriques se rapproche davantage.

Dans le cas de la présente étude, nous avons choisi d'utiliser les données issues d'une analyse thématique, aucune note d'observation n'ayant été pertinente à prendre puisque les participants des *focus groups* discutaient autour d'une table et n'étaient pas en action avec un interprète au moment de la collecte des données. Armstrong et al. (2011) suggèrent de procéder par étapes pour combiner les deux méthodes d'analyse et ainsi mener à bien la triangulation, procédé que nous avons adapté à notre protocole de recherche. Nous avons d'abord séparé les données métaphoriques des données thématiques et les avons conservées dans des fichiers séparés. Nous avons commencé l'analyse préliminaire des données en portant attention aux thèmes possibles et nous avons en parallèle commencé l'analyse des concepts métaphoriques en les regroupant. Ensuite, nous avons identifié les thèmes qui supportaient les groupes de concepts métaphoriques et révisé les données avec une perspective globale, en cherchant la confirmation et l'infirmité des concepts métaphoriques et thèmes émergents. Enfin, nous avons identifié et formulé les métaphores et leurs implications pour les représentations sociales et ce, pour chaque catégorie de participants.







## Objectifs et hypothèses

L'objectif général de la présente étude est d'explorer les représentations sociales sous-tendues par les dialogues des médecins expérimentés, résidents et étudiants (externes) en médecine au sujet du travail avec un interprète communautaire en contexte de consultation médicale. Parmi les résultats attendus, nous prévoyons d'abord une certaine homogénéité d'un groupe à l'autre à l'intérieur d'un même niveau d'expérience, c'est-à-dire que nous pensons que les représentations sociales des médecins expérimentés seront semblables d'un groupe à l'autre, de même pour les résidents et les externes. Cette hypothèse s'appuie sur les données de plusieurs auteurs mentionnés plus haut qui ont montré comment les médecins développent leurs identités professionnelles de façon consistante avec le discours qui véhicule l'idéologie dominante de la médecine (Apker & Eggly, 2004; Harter & Kirby, 2004; Coulehan, 2001) et que la socialisation professionnelle des médecins produit l'uniformité des valeurs, attitudes et futurs styles de pratique (Beagan, 2000).

Ensuite, nous croyons être en mesure de constater une différence dans les représentations sociales des participants entre les trois différentes catégories (médecins expérimentés, externes et résidents). Spécifiquement, nous pensons que l'hypothèse devrait aller dans le sens d'une fermeture à la différence avec le temps. Plus les médecins sont avancés dans leur carrière, moins leurs représentations sociales seraient teintées d'ouverture à l'autre. Cette hypothèse s'appuie sur le fait que le niveau d'expérience des médecins semble avoir une influence sur leur propension à tenir compte de différents facteurs comme les différences culturelles ou l'empathie. En effet, l'étude de Marcus citée plus haut semble montrer que devenir médecin représente davantage que le simple apprentissage de faits et d'habiletés et que c'est un processus émotionnel, développemental et inconscient. Sa recherche, menée auprès d'étudiants en médecine à différentes étapes de leur formation, suggère que ces derniers voient diminuer leur habileté à soigner au fil de leur formation, manifeste par une diminution de leur empathie pour leurs patients. Par « capacité à soigner », l'auteur entend la capacité à tenir compte de l'ensemble des dimensions de la personne, par opposition à traiter uniquement la maladie (2003). De la même façon, Shapiro avance que les étudiants en médecine adoptent graduellement des valeurs, attitudes et croyances clairement conservatrices, donc devraient faire preuve de moins d'ouverture à l'Autre avec le temps (1987). Alors que les étudiants entrants ont tendance à avoir une attitude idéaliste et empreinte d'empathie, les médecins expérimentés de l'étude d'Endrissat entretiennent un mépris des valeurs et des approches autres que celles de leur discipline, ont de la difficulté à se subordonner à des gens qui n'ont pas un bagage médical et trouvent important d'être autonomes, ce qui risque d'influencer négativement leur ouverture à l'Autre face à un interprète qui ne possède pas de bagage médical. Pour mesurer l'ouverture à l'autre présente dans les représentations sociales, nous considérons que

l'évocation du simple rôle de traducteur neutre et impartial pour parler de l'interprète reflète peu d'ouverture. À l'opposé, les participants qui évoqueront des rôles et tâches plus variés pour parler de l'interprète ou qui se montreront ouverts à prendre en compte la perspective de ce dernier, seront considérés comme manifestant une plus grande ouverture à l'autre.

## Méthode

### Participants

Quarante-quatre praticiens en unités de médecine familiale (UMF), 29 résidents, 22 externes en médecine et trois infirmières de la région de Québec ont participé au projet plus vaste dans lequel s'inscrit cette étude. Ils ont été recrutés par Yvan Leanza, professeur de psychologie à l'Université Laval, par le biais de leur supérieur pour participer à une rencontre de groupe concernant le travail avec les interprètes communautaires en consultation médicale. Quarante-deux médecins, 21 résidents, 15 externes et les trois infirmières avaient au moins une expérience de travail avec un interprète. Un médecin, un résident et un externe avaient reçu une formation spécifique destinée à les préparer à travailler dans un contexte où un interprète est présent dans la salle de consultation, une formation de quelques heures dans le premier cas, de 15 minutes dans le deuxième, le troisième n'en ayant pas spécifié la durée. Les participants étaient âgés de 23 à 58 ans avec une moyenne de 35 ans (écart-type de 10 ans) et l'échantillon était composé de 26 hommes et 72 femmes. Des 12 entretiens en *focus group* qui ont été menés, six ont été retenus pour la présente étude, soit deux groupes par niveau d'expérience (externat, résidence et senior). Ces groupes ont été sélectionnés en fonction de plusieurs critères. D'abord, les participants devaient avoir été assez nombreux pour que la discussion puisse être dynamique mais pas trop pour que tous puissent avoir eu l'occasion de se prononcer sur la plupart des questions. Ensuite, nous avons conservé les groupes qui nous semblaient être les plus représentatifs de l'ensemble des groupes rencontrés pour chaque niveau. Les critères pour évaluer la représentativité des groupes étaient le contenu global de la discussion et de la qualité de l'interaction entre les participants. Les six groupes retenus pour cette étude comprennent donc au total 17 médecins, 15 résidents et huit externes en médecine (voir tableau 2).

Tableau 2. Description des participants

Groupe	Niveau d'expérience	Nombre de participants	Sexe (H/F)	Nationalités
2	résidents 2	7	2H/5F	7 canadienne
4	seniors	8	2H/6F	8 canadienne
9	Résidents (7 en 1 <sup>e</sup> année et 2 en 2 <sup>e</sup> année)	9	1H/7F	6 canadienne 1 argentine 1 colombienne
20	seniors	9	3H/6F	9 canadienne
21	étudiants	4	4F	4 canadienne
23	étudiants	4	2H/2F	4 canadienne

## Procédure et matériel

Les participants ont été rencontrés par Yvan Leanza et moi-même ou une assistante de recherche entre le 10 juin 2009 et le 4 novembre 2011 dans le cadre d'entrevues de groupe sous forme de *focus groups*. Dans chaque rencontre de groupe, l'animateur, Yvan Leanza ou moi-même, posait des questions pour obtenir la perception des participants sur ce qu'est un bon interprète et comment ce dernier peut aider ou nuire à la consultation médicale (voir annexe A pour la grille d'entrevue) et présentait deux vignettes vidéo mettant en scène un médecin, un interprète et un patient en entrevue médicale. La méthodologie des vignettes vidéo est de plus en plus employée en médecine et en psychologie, en particulier pour mettre en évidence les attitudes face à la diversité. Elle présente de nombreux avantages, dont celui de mettre les participants devant une scène « réelle » et de susciter ainsi une identification aux personnages, comme l'ont démontré Sled et al. (2002) en comparant les réactions à des scénarios écrits et à des vignettes vidéo. Chaque groupe de médecins voyait deux vignettes vidéo : la première mettait en scène une consultation dans laquelle il n'y a aucune forme de collaboration interprète-médecin et où l'interprète discute avec le patient. La deuxième mettait en scène la même consultation mais dans laquelle une forme de collaboration existe et où l'interprète informe le médecin sur des aspects liés à la culture du patient. L'ordre de présentation des vignettes était contrôlé : trois groupes (un dans chaque catégorie de participants) ont vu d'abord la vignette de discussion avec le patient et ensuite la vignette d'informateur culturel, et vice-versa. Avant la présentation des vidéos, il était demandé aux participants de remplir un questionnaire sur leurs caractéristiques sociodémographiques, ainsi que sur leurs expériences et connaissances du travail avec interprète. Après chaque vignette, l'animateur lançait la discussion en posant une question ouverte. Les participants étaient libres de parler quand ils le voulaient et de répondre à ce qui venait d'être dit. L'entrevue se terminait par une brève récapitulation de

l'assistante, moi-même, de ce qui avait été dit pour valider notre compréhension de la discussion. Ce retour sur les principaux points du contenu de la discussion était suivi par un résumé par l'animateur des connaissances disponibles dans la littérature sur les conditions qui optimisent le travail avec interprète et par une période de questions invitant les participants à ajouter quelque chose s'ils en sentaient le besoin. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audio numérique et ont été par la suite transcrits par deux assistantes de recherche, Alexandra Boilard et moi-même. Pour coder les verbatims, en faire une première analyse sommaire et regrouper les thèmes, nous avons eu recours au logiciel d'analyse QDA Miner.

L'objectif secondaire de cette étude est de relever des différences dans le type de discours suscité par chacune des deux vignettes présentées aux participants. Nous pensons simplement que l'exposition à la vignette dans laquelle l'interprète discute avec le patient risque de susciter un discours différent de celui qui sera suscité par la vignette dans laquelle l'interprète joue un rôle d'informateur culturel et que ces différences serviront d'indices pouvant guider le choix des outils pédagogiques qu'il serait pertinent d'ajouter à une éventuelle formation en communication interculturelle destinée aux médecins et futurs médecins.

## **Analyse thématique**

Pour analyser le matériel obtenu des transcriptions des discussions des médecins en *focus group*, nous avons eu recours à la méthode de l'analyse thématique teintée de l'analyse dialogique, détaillée précédemment et issue des travaux de Marková, Linell, Grossen et Salazar Orvig (2007) et aussi de façon parallèle à la méthode des métaphores décrite par Lakoff et Johnson (1986). La triangulation des données métaphoriques quant à elle, a été employée afin de vérifier si les thèmes supportent ou infirment les métaphores posées en hypothèses lors de l'analyse métaphorique.

D'abord, les verbatims des discussions ont été divisées en séquences et nommées par sujet par deux codificateurs indépendants, Thomas Michaud-Labonté et moi-même, et les résultats ont été comparés et discutés pour arriver à un accord. J'ai fait cette étape de l'analyse avec l'aide d'un assistant de recherche pour tenter d'obtenir des résultats reproductibles. Ensuite, une liste des sujets prélevés de ces séquences a été dressée et les sujets ont été examinés par la fréquence de leur apparition. Une liste de thèmes a été établie à partir de ces sujets. De cette liste de thèmes ont découlé de grands thèmes qui sont des synthèses des thèmes précédents. Cette étape a été effectuée de la même façon que la précédente, c'est-à-dire par deux codificateurs indépendants et avec un consensus obtenu par discussion. Après, j'ai tenté de dégager les présuppositions culturelles sous-tendues par ces grands thèmes pour inférer les représentations sociales ou

les autres formes de connaissance socialement partagée activées par le discours sur le travail avec les interprètes communautaires en contexte médical. Enfin, ces représentations ont été comparées à l'intérieur d'une même catégorie en fonction de leur évolution (médecins expérimentés, résidents et étudiants en médecine) ainsi qu'entre les deux groupes issus de chaque catégorie. Des comparaisons à l'intérieur des groupes définis par le niveau d'expérience ont aussi pu être effectuées pour voir si ces représentations sociales sont plus ou moins homogènes, ainsi qu'entre les niveaux d'expériences, afin de voir si elles varient avec le cheminement des médecins.

En accord avec la méthodologie de l'analyse thématique présentée plus haut, la thématisation a donc été effectuée en continu et en construisant simultanément l'arbre thématique. Progressivement, des regroupements et des reformulations ont pu être effectués en débutant avec des thématisations de faible inférence pour hisser l'analyse à des niveaux inférentiels plus élevés. Comme les questions d'interview, les interrogations et les relances soulevées par Yvan Lanza et moi-même étaient directement en lien avec les questions de recherche, qu'elles opérationnalisait, elles ont fourni la ligne directrice, au moment de l'analyse, qui a permis de regrouper et reformuler les thèmes. L'arbre thématique ainsi obtenu, composé de thèmes principaux détaillés par des sous-thèmes, a permis de présenter sous forme schématisée l'essentiel du propos de chaque groupe à l'étude et de chaque catégorie de participants. C'est cet arbre thématique qui a permis de hiérarchiser les divers thèmes selon leur appartenance générale ou spécifique au résultat d'ensemble ainsi que leur rôle principal ou périphérique au sein des représentations sociales des médecins. J'ai eu recours au relevé de thèmes, qui m'a permis de faciliter la comparaison des thèmes entre eux et le travail progressif de construction analytique en construisant graduellement des axes thématiques. C'est avec ces axes qu'on été édifiés des regroupements thématiques et enfin bâti l'arbre thématique. De cet arbre thématique, il a ensuite été possible d'interpréter les données pour dégager les représentations sociales des participants sur le travail avec un interprète.

## **Analyse des métaphores**

Pour relever les métaphores dans le discours des participants, j'ai d'abord cherché dans les verbatims les termes ou expressions qui prennent un sens différent de leur sens le plus commun. Par exemple, l'expression *aller chercher* en parlant de l'information, a un sens différent de celui que prend en général *aller chercher*, soit se déplacer physiquement pour s'enquérir de quelque chose. J'ai aussi relevé les termes utilisés pour parler des grands sujets de la discussion comme l'interprète, le médecin, la relation patient-médecin, la traduction, l'information, etc. Par exemple, *avoir accès* à l'information ou *rendre*

l'information, sont autant d'expressions qui témoignent d'une distance à franchir pour accéder à l'information. D'autres thèmes sont également ressortis à mesure que j'étudiais le texte, comme celui du contrôle, de la confiance, etc. car ces thèmes ont été évoqués plusieurs fois. J'ai enfin noté les comparaisons, par exemple lorsque l'interprète est comparé à un filtre, la façon particulière des participants de décrire, par exemple *travailler avec* un interprète ou encore *avoir* un interprète, les qualificatifs utilisés, par exemple *délicat* pour parler du travail avec un interprète, et les verbes d'action qui parlent de la façon dont les participants perçoivent les phénomènes, par exemple *amener, introduire, rentrer*, etc. J'ai ensuite cherché chacun des mots ou expressions dans le dictionnaire afin de vérifier que leur utilisation différait bien de leur sens le plus commun et je n'ai conservé que celles qui répondaient à ce critère.

Ensuite, afin de dégager les concepts métaphoriques des termes et expressions relevées, j'ai regroupé avec l'aide de ma collègue Isabelle Boivin qui travaille aussi auprès de Yvan Leanza sur l'interprétariat, les termes et expressions par sujets, par exemple *l'information, la culture, la traduction, le contrôle*, etc. Nous nous sommes par la suite aidées du sens le plus commun de chaque groupe de termes ou expressions pour pouvoir en arriver à structurer partiellement l'expérience racontée par les participants dans les termes d'une autre qui en rende compte de la façon la plus concise et riche possible. En d'autres termes, nous nous sommes appliquées à trouver pour chaque sujet une image qui puisse rendre compte de la façon particulière dont les participants en ont parlé. Par exemple, lorsque les participants parlaient de l'information en lui donnant des propriétés comme l'utilité, la valeur ou la quantité, nous émettions l'hypothèse que l'information était perçue comme un objet (qui a une utilité, une valeur et qui est quantifiable). Pour émettre ces hypothèses, nous avons cherché dans des dictionnaires des synonymes aux termes et expressions relevées dans le discours. Nous utilisons ensuite la définition de la métaphore ainsi découverte (ex. l'objet) pour en dégager les propriétés (toujours à l'aide de dictionnaires) et valider nos hypothèses en vérifiant si les propriétés de la métaphore s'appliquaient aussi au sujet dont elle était issue (ex. si les propriétés de l'objet étaient attribuées à l'information). Si ce n'était pas le cas, ou si le nombre de propriétés en commun nous apparaissait insuffisant pour donner une validité acceptable à la métaphore, nous rejetions celle-ci et en cherchions une nouvelle. Lorsqu'une métaphore nous paraissait pertinente, nous la conservions et nous recommencions le processus jusqu'à ce que l'ensemble des sujets soit transposé en métaphores.

La triangulation des données métaphoriques nous a permis de combiner les métaphores aux thèmes obtenus, afin de vérifier si ces thèmes supportent ou infirment les métaphores posées en hypothèses lors de l'analyse métaphorique. Au départ, les données métaphoriques ont été séparées des données thématiques et conservées dans des fichiers distincts. L'analyse préliminaire des données a été commencée en portant attention aux thèmes possibles alors que l'analyse des concepts métaphoriques a été débutée en parallèle.

Ensuite, les thèmes qui supportaient les groupes de concepts métaphoriques ont été identifiés et les données révisées avec une perspective globale, en cherchant la confirmation et l'infirmité des concepts métaphoriques et thèmes émergents. Enfin, les métaphores ont été identifiées et formulées, ainsi que leurs implications pour les représentations sociales et ce, pour chaque catégorie de participants.

Enfin, notre analyse métaphorique nous a amenées à établir une comparaison avec une expérience globale pour l'ensemble des métaphores, soit un processus de transport maritime. Nous avons cherché une image qui rende compte à la fois de façon générale de l'expérience racontée par les participants (i.e. un transport de l'information d'un endroit à un autre par le biais d'un véhicule) et de chacun des sujets retenus dans notre analyse (ex. l'information, le médecin, le contrôle, etc.). Pour ce faire, nous avons dû adapter et préciser quelques-unes des métaphores pour qu'elles puissent correspondre à cette image d'ensemble et former un tout cohérent, tout en demeurant le plus près possible du sens que les participants lui ont donné. Par exemple, le véhicule est devenu un navire et le chef, un commandant de port.



## Résultats

Pour présenter les résultats, je débiterai par l'analyse métaphorique puisqu'elle est davantage générale que l'analyse thématique car elle se rapporte à l'ensemble du corpus de données et qu'elle représente une large part de l'originalité des résultats (voir tableau 3, page 67 pour un résumé). Ensuite, j'aborderai les thèmes issus de l'analyse thématique, qui est plus spécifique en ce qu'elle inclut des différences entre les différents niveaux d'expérience et entre les différentes vignettes et qui permet de nuancer les généralités trouvées avec les métaphores. Tout cela est appuyé par des extraits des verbatims originaux des discussions avec les participants. Entre parenthèses, suivant chacun des extraits, se trouve le numéro du groupe duquel l'extrait provient (voir tableau 2, page 53). Enfin, je montrerai comment la triangulation des données a été effectuée pour combiner les résultats issus des deux méthodes.

## Analyse métaphorique

La forme très québécoise des métaphores que nous avons élaborées est due en partie à l'ancrage socioculturel particulier présent au Québec. Les travaux de plusieurs auteurs montrent à quel point le vocabulaire québécois est empreint de références à l'univers marin (Dulong, 1970; Hull, 1968, 1994; Poirier, 1980, 1983). Un certain nombre de termes possédant dans d'autres régions francophones un sens strictement nautique sont utilisés dans des contextes plus larges au Québec. Cela est dû au fait que, jusqu'à l'arrivée du chemin de fer et des liaisons routières, le seul moyen de transport était la voie fluviale du Saint-Laurent, autour duquel la majorité de la population est, encore aujourd'hui, située. Par exemple, le mot *débarquer* est employé au Québec pour indiquer la sortie hors d'un moyen de transport (voiture, ascenseur, etc.) et *embarquer* pour l'opération contraire (Wikipédia). Selon Gauvin (2006), les études portant sur le français en Acadie et au Québec ont largement fait état de la présence, dans ces parlers, de mots du vocabulaire maritime ayant connu des extensions de sens. Ces mots se sont intégrés à la langue en formant, de façon tout à fait naturelle avec les autres mots, des réseaux lexicaux originaux par rapport à ceux du français de référence. Les extensions sémantiques des mots du vocabulaire maritime entrent en relation avec les mots du français de référence, ce qui a une incidence sur le choix des mots français et leur distribution paradigmatique. Pour elle, « l'élargissement sémantique des mots issus du vocabulaire maritime est un phénomène qui est bien attesté également dans les français régionaux. La présence d'un vocabulaire maritime appliqué à des réalités terrestres dans le français du Canada a été remarquée par les mémorialistes étrangers à partir du XVIIIe siècle. Ces chroniqueurs considéraient même que ce vocabulaire était l'un des traits distinctifs de ce français. » (Gauvin, 2011, p. 28). Tantôt caractérisé comme distinctif, tantôt comme une dégénérescence du

parler français, ce vocabulaire maritime a été expliqué par la proximité des cours d'eau qui faisait en sorte que ce vocabulaire perdurait dans le parler des habitants. Gauvin écrit d'ailleurs :

S'il ne fait plus de doute que nous sommes en présence d'un phénomène qui tire ses origines de la France, nous pouvons toutefois envisager l'hypothèse qu'il ait été remarqué au Canada à cause d'une généralisation dans la population d'un bon nombre de ces emplois, à cause de l'étendue des champs conceptuels qu'ils recouvrent dans l'usage canadien, voire à cause d'une productivité nouvelle du processus. Pour notre part, l'explication que nous retenons est celle de l'émergence, au XVI<sup>e</sup> siècle, d'un français pré-colonial, dans lequel le rôle des marins, des navigateurs et des pêcheurs est fondamental : ils diffusent, dans les différentes colonies françaises, une variété de français déjà en usage sur une grande partie de l'aire linguistique d'oïl et ils ramènent en France les mots désignant de nouvelles réalités américaines. Ce sont eux, aussi, qui donnent un sens figuré aux termes maritimes, en jouant sur les rapports de ressemblance avec les réalités terrestres. Les mots issus du vocabulaire maritime s'inscrivent ainsi de façon tout à fait naturelle dans la conception d'un français populaire véhiculaire. (2011, p. 71)

Les origines du vocabulaire maritime n'étant toujours pas tout à fait claires, il semble néanmoins évident qu'il est une particularité du parler québécois et que nous avons pu en constater les manifestations dans nos données métaphoriques.

Les propos des participants au sujet du travail avec un interprète ont pu être structurés en les termes d'un déplacement. La métaphore L'INFORMATION EST UN OBJET est utilisée pour mettre en évidence le caractère concret ou affecté à un usage précis de l'information. Elle rend compte du fait qu'elle doit être possédée par quelqu'un, se transporter et se transformer, occuper une place dans l'espace et qu'elle peut avoir une certaine valeur. Par exemple, *l'information peut être une chose (4, 9, 20, 21), bonne ou mauvaise (20, 21, 23), négative (20), utile (4, 20), adéquate (20), intéressante (20), qui peut passer (20); on peut la transmettre (2, 4, 20, 23), la rendre (20, 23), l'avoir (2, 9, 20, 23), la garder (4), la donner (2, 4, 9, 20, 21, 23), la demander (2, 4, 9, 20, 23), la recevoir (20, 23), la vendre (20), aller la chercher (2, 4, 9, 20, 21, 23), la trouver (2, 4), l'attraper (20), la saisir (4), la véhiculer (20), l'utiliser (9, 20), la sortir de quelque part (4, 20), la voir (2, 4, 20), l'exposer (20), la scanner (20), la décortiquer (20), la filtrer (9), l'indiquer (20), la perdre (4, 9), l'échapper (4), en avoir besoin (20, 21, 23), en manquer (2, 9), la manger (23), etc.* Pour les résidents spécifiquement, l'information semble avoir des caractéristiques en commun avec une espèce de trésor, d'où la métaphore L'INFORMATION EST UN OBJET PRÉCIEUX, qui rend compte de la difficulté et du travail actif d'enquête ou de course d'orientation qui doit être fait pour l'obtenir et de la possibilité qu'elle soit cachée. La course d'orientation se rapporte à une activité sportive avec carte et boussole qui trouve son origine en tant qu'exercice militaire (Wikipédia). Par exemple, il faut pour le médecin chercher l'information *aux bons endroits (2), cibler (2), aller au bout en questionnant (2) et faire l'investigation (9). L'interprète peut faire de la dissimulation (2) et le médecin peut se sentir perdu (9), dérouté (2) et désorienté (2).* Dans les groupes de

médecins seniors, la métaphore L'INFORMATION EST UNE MARCHANDISE apporte la nuance qu'elle est soumise à un commerce et qu'elle appartient à quelqu'un (ex. *qu'est-ce qu'il est en train de me vendre qui ne devrait pas être là?* (20), *faire affaire avec un interprète* (4), *rendre l'information au médecin* (20), *livrer l'information au médecin* (20), etc.).

Si on considère aussi que LA TRADUCTION DE L'INFORMATION (l'objet) EST UN DÉPLACEMENT, il a les propriétés de faire changer l'information de place, implique une locomotion, une action de passer d'un lieu à un autre et une opération de transfert de l'ensemble de l'information sans altération. Ainsi, nous avons les exemples *partir* (20), *sortir* (2, 4, 20, 23), *entrer/renter* (4, 9), *revenir* (4), *amener* (2, 4, 20, 21, 23), *transfert* (9), *véhiculer* (20), *arriver* (2, 4), *aller chercher* (20, 21, 23), *livrer* (20), *rappporter* (2, 4, 21, 23), *avancer* (9), *se rendre* (9), *venir de loin* (20), *aller au bout* (2), *aller plus loin* (9), *de l'autre côté* (9), *prendre des raccourcis* (4), *prendre des détours* (4), *être à côté* (4), *transmettre* (2, 20, 23), *perdre* (4, 9), *couler comme de l'eau* (4), *qu'est-ce qui n'a pas passé/qu'est-ce qui a passé de trop* (20), etc.

Ensuite, la métaphore L'INTERPRÈTE EST UN NAVIRE (et son équipage) est utilisée pour mettre en évidence son caractère instrumental et destiné à véhiculer l'information. Ainsi, l'interprète est vu comme un outil de déplacement élaboré (formé selon des normes) pour transférer l'information du patient au médecin et vice-versa. Comme pour tout outil, il y a des limites à son utilisation. Par exemple, *on peut l'avoir* (2, 9, 21), *l'utiliser* (9, 21); *il peut être fourni par le milieu* (23), *avoir une valeur* (21); *il est un obstacle* (21, 23), *une étape supplémentaire* (20), *une ressource* (9), *un outil de communication* (23); *il est formé* (4), *conforme ou non* (4), *utile ou non* (21, 23); *il peut ne pas être un vrai interprète*(4), *ne pas être là* (2, 9), *être entre deux personnes* (9), *avoir un filtre à l'intérieur* (21); *il se place* (2); *il peut dépasser la limite ou son rôle* (2, 4), *orienter vers une piste* (2), *aller plus loin* (4), *prendre la place du patient* (20), *se confondre avec la place du patient* (20), *se laisser guider* (9), *délimiter* (20), *déraper* (4), etc. Dans les groupes de médecins seniors, il semble y avoir l'idée que L'INTERPRÈTE EST UN BATEAU ENTOURÉ DE BROUILLARD, puisqu'il agit comme un filtre qui prive de transparence, complique le travail du médecin, demande un effort supplémentaire en raison de la confusion qu'il amène et peut nuire au lien patient-médecin en brouillant la communication. Par exemple, pour le médecin ça peut être *fastidieux* (20), *nébuleux* (4), *tannant* (20), *complexe* (20), *inquiétant* (20), *l'enfer d'aller chercher l'information* (4), *un bordel* (20), *un malaise* (4), *un défi supplémentaire* (20), *une espèce de bruit de fond* (20) qui *alourdi la tâche* (20); il lui faut la *décortiquer* (20), *surmonter les contraintes de l'interprète* (20); ils spécifient que *trop d'information ça m'étourdit* (20) et disent être *pris* avec l'interprète (4) qui *se confond avec la place du patient* (20), *être mal pris* (4); il y a le risque de *se perdre* (4), *de divaguer* (4), *de déramer* (4), *la peur de passer à côté de quelque chose* (20), et aussi que *le doute s'installe* (20).

Si L'INTERPRÈTE EST UN BATEAU et que LA TRADUCTION EST UN DÉPLACEMENT, nous pouvons aussi dire que LE MÉDECIN EST UN COMMANDANT DE PORT puisqu'il est perçu comme celui qui détient le pouvoir et dispose d'une autorité sur l'interprète. Un commandant de port est un terme militaire désignant un officier supérieur dont le grade se trouve au-dessus du capitaine et qui commande un ou plusieurs navires de guerre. Il implique une organisation hiérarchique qui confère au commandant une autorité, un pouvoir. Ainsi, le médecin se place comme l'expert qui a la responsabilité de prendre en charge la consultation, juger du travail de l'interprète, qui a des objectifs à atteindre et qui doit pouvoir avoir confiance en ses subordonnés pour accomplir son devoir. Par exemple, le médecin peut *faire taire la troisième personne* (4), *s'imposer* (9), *juger* (4, 9, 21), *prouver* (4), *mener l'entrevue* (4), *gérer les personnes ou la situation* (4, 20, 21), *diriger* (20), *mettre des limites* (2, 9), *prendre son rôle de leader* (4, 23), *recadrer le rôle de l'interprète* (9), *mettre au clair le plan de l'entrevue* (9), *laisser du « lousse » à l'interprète* (4), *utiliser l'interprète* (21), *(re)prendre le contrôle* (4, 20, 23) ou *être en contrôle* (2, 4, 23), *mettre l'interprète au pas de l'entrevue* (4), *juger si le travail a été bien fait* (20), *vérifier l'information* (20), *s'en faire passer* (23); il use de *stratégies parallèles* (4); il peut être *directif* (4), *avoir une ligne directrice* (2); il est celui qui *veut, qui sait, qui lead* (20), *qui réfléchit* (21), *le médecin juge examinateur* (4), *l'être intelligent qui a beaucoup de jugement* (2), qui a un *devoir* (2, 23), *des obligations* (23), *un champ d'expertise* (21), et est en *droit de se demander ce qui se passe* (2); il peut n'avoir *aucune confiance en l'interprète* (20), il peut avoir *le sentiment d'une mission pas tout à fait accomplie* (20). Pour les résidents spécifiquement, le médecin semble menacé de perdre son commandement en présence de l'interprète car il se trouve en zone inconnue, la perte de pouvoir modifiant son image de lui-même et limitant son action. Par exemple, le médecin peut se dire *je suis la langue* (2); il peut avoir l'impression de *paraître moins professionnel* (2); il peut *oublier l'aspect inquiétudes* en questionnant le patient (2), il se sent alors *en dehors de sa zone de contrôle* (2), *dérouté* (2) ou *freiné* (9).

Ensuite, il y a la métaphore LA CONSULTATION EST UNE OPÉRATION NAVALE qui rend compte du fait qu'elle se déroule comme une opération militaire, soit un ensemble de mouvements stratégiques exécutés en vue d'atteindre un objectif donné. Cette opération comprend des missions dont une personne est chargée par l'autorité de mener à bien pour atteindre le but déterminé. Ainsi, nous trouvons les exemples : *étape supplémentaire* (20), *tâche* (20), *orientation* (20), *procéder* (21), *intervenir* (4), *gérer* (4, 20, 21), *mener* (4), *stratégies parallèles* (4), *s'accaparer/s'approprier la consultation* (4), *être enligné* (4), *mettre/envoyer sur des pistes* (2, 4), *embarquer dans une affaire* (4), *mission pas tout à fait accomplie* (20), *faire face* (20), *prendre une tournure* (2), *dissimulation* (2), *avoir un but derrière* (2), *sentiment du devoir accompli* (2), *désorienter* (2), *déroutée* (2), *ligne directrice* (2), *aller dans des directions différentes* (9), *se laisser guider par le médecin* (9), *régler ça (la consultation)* (23), *devoir* (2, 23), *obligations* (23), *prise en charge globale* (23), *exclure de la consultation* (21), *voir l'interprète comme un obstacle* (21), *pas équipée* (21), *prise au piège* (21), *plan de*

*match (21), n'entravait pas le travail du médecin (21), allié (21), etc.*

Enfin, on trouve aussi la métaphore LA CULTURE EST UN TERRITOIRE pour exprimer l'idée que la culture est une étendue sur laquelle vit le patient. Elle a les propriétés de pouvoir être mesurée, localisée et on peut y accéder par le franchissement d'une frontière, d'une limite. Par exemple, la culture est vue comme une *dimension (4), un niveau (4)*; pour y accéder, il faut *nous plonger dans une affaire (4), rentrer dans le culturel (20), changer de terrain d'analyse (20), y avoir quelque chose derrière (4), ouvrir une porte (4, 21), embarquer dans la culture (4), continuer dans cette voie (4); qui nous dépasse (4)*. Pour les externes en particulier, la métaphore LA CULTURE EST UN ESPACE HERMÉTIQUE rend compte du fait qu'elle est particulièrement difficile à pénétrer et que le médecin peut s'y heurter (ex. *entrer dans la même sphère (21), capsule culturelle (21), ne pas arriver à percer (21), barrière invisible entre le médecin et le patient (21), confrontation (21), tension (21), fermeture du médecin (23), médecin prise au piège (21), etc.*). Pour les médecins seniors, la culture semble avoir un caractère fragile, témoignant de la délicatesse de situations dans lesquelles le médecin risque de commettre des impairs (ex. *passer avec nos bulldozers et tout défaire (4), ne pas les déranger en posant des questions (4), la culture directe (4), changer de terrain d'analyse (20), cliché des éléments (20), virer ça sur tous les bords (20), quoi qu'on en fasse (20), le problème des croyances personnelles (20), etc.*).

Tableau 3. Résumé des principales métaphores

Sujet	Métaphore	Propriétés
Information	Objet - objet précieux - marchandise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- caractère concret ou affecté(e) à un usage précis</li> <li>- être possédé(e) par quelqu'un</li> <li>- se transporter et se transformer</li> <li>- occuper une place dans l'espace</li> <li>- avoir une certaine valeur</li> </ul>
Traduction	Déplacement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faire changer de place</li> <li>- implique une locomotion, une action de passer d'un lieu à un autre, une opération de transfert de l'ensemble de l'information</li> <li>- sans altération</li> </ul>
Interprète	Navire - entouré de brouillard (outil)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- caractère instrumental (outil de déplacement élaboré, formé selon des normes pour transférer l'information)</li> <li>- destiné à véhiculer l'information</li> <li>- comme pour tout outil, il y a des limites à son utilisation</li> </ul>
Médecin	Commandant de port (autorité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- détient le pouvoir et dispose d'une autorité</li> <li>- dont le grade se trouve au-dessus du capitaine et qui commande un navire</li> <li>- implique une organisation hiérarchique</li> </ul>
Consultation	Opération navale (militaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se déroule comme une opération militaire, soit un ensemble de stratégies</li> <li>- vise l'atteinte d'un objectif donné</li> <li>- comprend des missions</li> </ul>
Culture	Territoire - espace hermétique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- étendue sur laquelle vit le patient</li> <li>- peut être mesurée et localisée</li> <li>- on y accède par le franchissement d'une frontière, d'une limite (parfois solide)</li> </ul>

## Analyse thématique

Dans l'ensemble, trois grands thèmes et quelques sous-thèmes ressortent comme consensuels en ce sens qu'ils ont été abordés dans chacun des six groupes de participants rencontrés, soit : la transparence (traduction intégrale, distance, invisibilité), le contrôle (initiative et création du lien) et le soutien (informations additionnelles, facilitation du lien). Je présenterai ici chacun de ces thèmes majeurs ainsi que chacun des sous-thèmes associés en les appuyant sur des exemples verbatim issus directement du corpus de données

avec, entre parenthèses, le numéro du groupe duquel l'extrait a été tiré (voir tableau 2, page 53).

*Transparence.* Selon l'ensemble des participants, l'interprète doit, dans un souci de transparence, tout rapporter au patient mais surtout au médecin (sans filtrer) et même traduire textuellement (machine) ce qui est dit de part et d'autre. Des participants résumant ce qu'ils attendent d'un interprète en disant « Moi aussi, je serais plus allée comme [elle nomme une autre participante], mot pour mot. » et « [...] qui va pas interpréter les paroles du patient mais qui va rapporter textuellement. » (2). Un autre qui parle de l'utilité de l'interprète dit que « [...] l'interprète va, euh, fidèlement rapporter ce que le patient dit et ce que le médecin dit va être rapporté de façon fidèle les paroles, je pense que dans cette mesure-là, c'est une aide. » (23) Ils rapportent d'ailleurs avoir couramment des doutes quant à l'exactitude la traduction d'un interprète. À ce sujet, un participant affirme que « [...] c'est très difficile de juger si le travail a été bien, a été fait ou non. On a l'impression qu'on a fait de notre mieux, mais au bout du compte, comment vérifier si les réponses que j'ai eues sont bonnes? » (20). Ils disent aussi qu'un interprète ne devrait pas bavarder avec le patient ni jouer au médecin en émettant son opinion ou son interprétation. Un participant parle de ce qu'est pour lui un bon interprète en disant « [...] qui va pas laisser apparaître ou transparaître une trace de jugement dans ce qui va se dire, dans les éléments qui vont être rapportés. » (23) Il doit au contraire rester neutre, conserver une distance avec le patient et même se faire invisible. Un résident parle de l'interprète d'une vignette qui « [...] avait un rôle très très près du patient puis il n'y avait pas cette espèce de neutralité qu'on doit rechercher initialement. Il y avait une trop grande proximité si on veut, avec le patient, puis des échanges si on veut, qui sont familiers. » (23). Une participante, en évoquant le problème du retrait du patient de la vignette, suggère que l'interprète se place elle-même en retrait : « [...] je sais pas si ça serait pas mieux qu'elle parle au « je » comme si que, elle rapporte vraiment ses paroles, je sais pas si ça serait plus personnel. Là, c'est comme s'il était encore plus en retrait. » (23). Une autre participante a apprécié la seconde vignette qu'elle a vue parce que l'interprète « [...] était moins familière aussi. Tu sais, y'avait pas, ils se sont pas échangé des banalités au début, puis tout ça. Tu sais, ça avait l'air un peu plus professionnel comme service, là. » (2).

*Contrôle.* Pour eux, c'est plutôt la responsabilité d'un médecin de prendre le contrôle de la consultation, entre autres en nommant les rôles de chacun et ses attentes envers l'interprète, comme l'affirme un participant : « [...] c'est peut-être aussi au médecin de rappeler à l'interprète c'est quoi son travail, avant que lui aussi commence à faire son travail. [...] c'est peut-être notre travail de rappeler à l'interprète ce qu'on attend de lui. » (23). C'est aussi au médecin d'assurer la qualité de son lien avec le patient, entre autres en s'impliquant activement dans la relation, comme le dit cette participante : « [...] le simple fait de ne pas être impliqué dans la conversation, de ne pas être adéquatement impliqué dans la conversation, ça va, ça implique pratiquement que l'on a une mauvaise relation avec le patient. » (23).

*Soutien.* Toujours selon l'ensemble des participants, l'interprète doit avoir un rôle de soutien, se faire l'allié du médecin mais dans certaines conditions seulement, comme le dit ce participant : « Quand c'est une barrière de langue, ben au moins avec l'interprète on peut avoir un allié qui va nous aider à trouver de l'information. » (2). Pour ce faire, il peut à l'occasion ajouter des informations culturelles mais dans un souci d'aider le médecin à faire son travail (informations utiles), comme en témoigne le discours d'un participant à propos des informations d'ordre socioculturel : « On les prend dans la mesure où ça peut donner des informations qui vont faire que l'on va mieux aider, traiter le patient. » (9). Une autre participante parle de la possibilité pour l'interprète d'ajouter des précisions reliées au contexte culturel mais dans un esprit de pallier aux lacunes du médecin : « C'est peut-être un rôle extrapolé, puis normalement les autres personnes (*médecins*) devraient avoir assez de curiosité pour aller poser la question qu'il faut. Mais moi je trouve ça vraiment bête que la personne, que l'interprète le fasse pas parce qu'il dit « c'est pas dans mon rôle » et que le patient reste incompris. » (2). De la même façon l'interprète peut favoriser le lien patient-médecin en créant un lien avec le patient « j'accepterais qu'au départ, il y ait des choses que je comprenne pas, que je me dis « c'est peut-être du social qui se fait » puis il faut qu'il y ait un lien de confiance qui se fait aussi entre l'interprète et le patient » (4) et en s'assurant que le patient est compris par le médecin : « [...] le rôle de l'interprète, c'est que le patient soit compris. Si moi j'ai l'impression que l'interprète *catch* de quoi que j'ai pas compris puis qu'il prend pas la peine de me l'expliquer, je trouve que c'est un manque. Tu sais, je pense que son rôle, c'est que le patient soit compris, en dehors de la textualité, là. » (2).

Enfin, tous s'entendent pour dire que la médecin des vignettes est incompétente car pas suffisamment proactive comme le dit ce participant : « [...] elle s'en tenait au minimum, alors qu'il aurait fallu aller plus loin, comprendre davantage ce qui se passait entre les deux oreilles du patient. » (9). Elle est aussi perçue comme se sentant exclue, mal à l'aise et désemparée, comme en témoignent ces extraits : « Le médecin est vraiment exclu [...] » (23), « Aussitôt que quelqu'un qui entre deux personnes, qui parlent une langue que l'on ne comprend pas, ça rend mal à l'aise. » (9). Également, le patient des vignettes est vu comme étant insatisfait : « Clairement, le patient ne sera pas satisfait puisque l'investigation ne sera pas optimale, je pense. » (21). Ils jugent enfin qu'il y a des lacunes dans la conception des vignettes : « Ça arrive-tu vraiment des affaires de même? » (23).

En résumé, l'ensemble des participants accordent une place importante à la transparence parmi les qualités attendues d'un interprète. Ils parlent d'une traduction intégrale, neutre, qui exclut le bavardage et l'ajout d'opinions ou informations non demandées. Ils parlent aussi de leur doute que l'interprète soit en train de filtrer le message du patient. S'ils parlent du rôle de soutien de l'interprète qui peut créer un lien avec le



patient et ajouter des informations culturelles pour le médecin, ce n'est que pour leur utilité médicale et à la seule condition que le médecin garde le contrôle de l'entrevue. Ils parlent d'ailleurs de leur devoir de prendre le contrôle en tant que médecins et d'assurer la qualité de leur relation avec le patient.

Ensuite, certains thèmes sont ressortis dans deux des catégories de participants, d'autres dans une seule catégorie. Je présenterai ici les thèmes qui ont été évoqué à la fois par les externes et les résidents, ceux qui l'ont été à la fois par les médecins et les externes, suivis des thèmes qui se sont révélés spécifiques à une seule catégorie.

*Discours commun aux externes et aux résidents.* Pour les résidents comme pour les externes, l'interprète des vignettes est tantôt adéquate, tantôt peu utile ou même nuisible à la relation patient-médecin car elle est trop centrée sur le patient : « si on revoit ses qualités médicales, l'interprète est vraiment centré sur le patient, là. Elle a vraiment du souci pour lui, ce qui est complètement inadéquat, je pense, de la part de l'interprète, là. » (2). Plusieurs ont aussi soulevé la frustration de la médecin des vignettes qui a tenté selon eux de faire son possible et le défaut du patient de ne pas avoir rapporté ses inquiétudes : « je pense qu'elle a demandé quand même au patient, tu sais il pensait que c'était quoi, puis tout. Tu sais si lui, il n'était pas à l'aise d'en parler ou s'il ne le savait pas, s'il avait des idées, mais il ne voulait pas les dire [...] Je pense qu'elle a fait ce qu'elle avait à faire » (21). Ils s'attendent aussi à ce que l'interprète s'assure de bien comprendre le médecin et qu'il favorise le lien patient-médecin : « Moi je pense que ça fait justement partie de son rôle que le patient puis que la personne soit comprise » (2).

*Discours commun aux médecins et aux résidents.* Les résidents comme les médecins expérimentés ont évoqué la nuisance à la relation patient-médecin d'un membre de la famille comme interprète : « moi je me dis que c'est peut-être mieux si c'est quelqu'un qui est en dehors de la famille, parce que tu sais, il y a peut-être [...] pas de subjectivité [...] tu as des biais puis même ça peut être dangereux [...] c'est certain qu'il est mêlé à l'histoire, indirectement tu sais. Il va filtrer l'information » (4). Ils ont jugé la médecin des vignettes adéquate lorsqu'elle regardait le patient mais inadéquate parce qu'elle n'était pas centrée sur lui : « ce n'était pas la médecin très centrée sur le patient, là » (9). Ils ont aussi affirmé qu'il est de la responsabilité du médecin de respecter la culture du patient : « il faut respecter aussi. Nous c'est pas du tout notre culture. Mais là, je suis pas sûr qu'il faut passer avec nos bulldozers et tout défaire. Il faut regarder l'importance de notre sujet [...] il y a quand même l'aspect « respect ». » (4). Ils ont enfin nommé leur désaccord lorsque l'interprète parle à la place du patient : « L'interprète, elle propose ça [que les attentes du patient soient d'aller vers des médecines alternatives], sans vraiment savoir. Ça fait qu'elle oriente peut-être en même temps le médecin vers une piste qui n'est pas la bonne, là » (2).

*Discours commun aux médecins et aux externes.* Les externes comme les médecins expérimentés ont évoqué des expériences positives où ils ont eu à communiquer sans interprète : « tout ce que je voulais savoir, c'est si elle avait mal. Je ne sais pas comment je mimais ça, mais je le mimais très bien puis elle me comprenait. Non mais tu sais, on pouvait quand même avoir cette espèce de contact-là [...] on était capable de communiquer malgré ça, sans l'interprète, juste elle et moi » (23). Ils ont aussi affirmé qu'il est de la responsabilité du médecin de prendre sa place face à l'interprète et aussi d'être sensible au patient et d'utiliser le non verbal avec lui : « ce que j'aurais fait là, j'aurais dit « pourriez-vous me dire ce qu'elle vient de vous raconter? » [...] pour essayer de reprendre ma place » (4), « je pense qu'il y a lieu pour le médecin d'expliquer la situation, de montrer une certaine sensibilité à ce que le patient peut vivre dans son contexte culturel à lui » (23). Ils ont également soulevé leur inquiétude face au fait que le patient peut leur mentir et ils ont dit qu'il est de la responsabilité de l'interprète de dire ce qui vient de lui ou du patient et d'apporter de l'information au médecin sur le non verbal du patient.

*Discours spécifique aux externes.* Les externes sont ceux qui ont montré le moins d'homogénéité dans leurs propos, puisqu'aucun thème ne s'est avéré avoir été évoqué à la fois par les deux groupes d'externes, mis à part les thèmes mentionnés plus haut. Toutefois, deux thèmes ont été évoqués spécifiquement par des externes, soit: la restriction (tension culturelle, obstacle) et la capacité de départager. Dans le premier groupe d'externes, des participants (21) ont dit sentir une restriction du fait qu'il y a une « barrière » entre le médecin et le patient, une tension dans la relation liée à la différence de cultures : « [...] on voit quand même la barrière entre les deux. C'est pas parfait, comme ça peut jamais vraiment l'être dans deux cultures différentes. On fait notre possible des deux côtés, c'est une barrière qui est invisible. » (21), « Il y avait une tension culturelle, d'ailleurs on avait l'impression qu'il y avait des choses qui étaient plus difficiles à aller chercher. » (21). Ils ont rapporté qu'« il est de la responsabilité du médecin de faire son travail malgré les croyances du patient » (21). Ils ont aussi noté que malgré son sentiment d'incompétence « [...] mais le médecin n'est pas équipée là, pour faire du vodou, pour entrer dans la même sphère. Tu sais, elle a son champ d'expertise à elle, elle pousse où est-ce qu'elle peut dans son champ d'expertise à elle. » (21), la médecin de la vignette a été adéquate et satisfaite : « Moi après cette entrevue-là, moi je ne me sentirais pas vraiment poche. [...] t'as quand même fait des tentatives. » (21), « Non mais moi je l'ai trouvée bonne la médecin. Moi je l'ai trouvée très bonne. C'est juste qu'à la fin, quand elle a vu que le patient a répondu « non, je ne suis pas médecin! C'est à vous de nous dire! », on dirait qu'elle se sentait un petit peu prise au piège, plus d'alternative. » (21). D'autres ont avoué se sentir moins à l'aise en présence d'un interprète « Ça nous rend mal à l'aise avec la relation triangulaire [...] on a tendance à établir une connexion avec comme, la troisième personne qui n'est pas la personne qui est malade. [...] Je trouve ça malaisant un peu » (23) et avoir

tendance à être moins proactifs « c'est vrai qu'avec une tierce personne, on a souvent tendance à poser beaucoup moins de questions. Le pourquoi de ça, je... » (23). Des étudiants ont dit que le médecin peut voir l'interprète comme un obstacle et tenter de l'ignorer : « On dirait qu'elle voyait plus comme un obstacle, elle regardait jamais l'interprète, elle regardait toujours le patient pour lui demander s'il n'y avait pas des informations de plus qui auraient été pertinentes » (21). D'autres ont soulevé le fait d'être forcés d'avoir une relation avec l'interprète : « en médecine on aime bien avoir le contact direct avec notre patient, puis avoir la rétroaction directe. Puis là, on est un peu obligés d'y aller via un intermédiaire » (23), « on a pas le choix d'avoir une relation avec l'interprète, on peut pas l'ignorer, au contraire. C'est essentiel! » (23). Ils trouvent que dans la vignette, il prend trop de place : « bien, l'interprète en prend vraiment large. Je trouvais que l'interprète en menait large » (23). Certains participants ont dit s'attendre à ce que l'interprète sache faire la différence entre la partie subjective de la partie objective de son propre discours : « qu'il soit capable d'identifier que c'est plutôt de l'interprétation versus quand est-ce que c'est vraiment des choses factuelles, rapportées par le patient. Donc je pense que de faire la différence entre les deux, ça peut vraiment être un atout » (21), « on disait que c'est important que l'on sépare la partie où on rapporte les paroles du patient puis où est-ce qu'il y a la capsule culturelle, puis là je pense qu'elle l'a bien fait [...] c'était facile de séparer les deux, la partie objective et la partie subjective » (21). Pour les externes, il semble y avoir une barrière liée aux différences culturelles et aussi à la présence de l'interprète qu'ils voient comme un obstacle entre le médecin et le patient. Ils ont trouvé la médecin de la vignette adéquate compte tenu de cette barrière. Ils ont aussi avoué avoir tendance à être moins proactifs car l'interprète prend trop de place.

*Discours spécifique aux résidents.* Trois thèmes ont été évoqués spécifiquement dans les deux groupes de résidents, soit le non-interventionnisme (retrait, invisibilité et incapacité), le choc de cultures et l'irréalisme de la vignette (incompétence du médecin et de l'interprète). Les résidents disent souhaiter que l'interprète n'intervienne tout simplement pas dans la consultation, sauf pour traduire les mots du patient et du médecin : « le moins il y a d'interprète, le mieux c'est les mots du patient qui sont importants pour nous » (2), « on s'attend à un rôle de traduction fidèle, là » (2). Ils rapportent aussi davantage d'expériences positives que négatives avec un interprète que les deux autres catégories de participants et attribuent le succès de ces expériences à la neutralité ou au retrait de l'interprète : « je l'ai vécu avec des sourds-muets [...] puis ça marchait bien, ça fait que j'imagine qu'avec des interprètes, on recherche l'équivalent » (2). Pour un des groupes de résidents, il est même manifeste que l'interprète doit passer inaperçu : « je veux pas être péjorative, je dis pas que l'interprète est une machine, là. Mais tu sais quand on regarde la télé puis que le petit carré dans le coin là, où est-ce que tu as quelqu'un qui fait ça puis qui fait les... C'est que ça coule, t'as pas l'impression que ça accroche. Puis c'est comme une voix qui... » (2). Ils affirment aussi que l'interprète doit rester émotionnellement neutre : « elle ne souriait pas [...] elle transmettait moins d'émotion [...] moins

expressive [pour expliquer pourquoi la qualité du lien patient-médecin était meilleure] » (2). Les informations culturelles qu'il risque d'ajouter ne sont pas souhaitées : « ce n'est pas des questions que le médecin voulait nécessairement » (9), « moi je vois l'interprète un peu comme le rôle du traducteur quand il traduit un livre, là. Je veux dire le traducteur qui va traduire un livre, il va pas essayer de modifier puis de dire « ah, je suis pas tout à fait d'accord avec ce que vous avez écrit dans votre livre. On pourrait peut-être dire ça d'une autre façon ». » (2) et ce, par la majorité des résidents. Et ils estiment qu'ajouter des informations culturelles: « c'est en dehors de son rôle professionnel [...] imagine la pression sur l'interprète s'il y a un changement de rôles également, là » (2). Les résidents semblent aussi attribuer davantage de caractéristiques négatives au médecin et à l'interprète des vignettes que les deux autres catégories de participants, en raison de l'incompétence du médecin et de l'usurpation de pouvoir de la part de l'interprète. Selon eux, même si la médecin a essayé d'aller chercher les attentes du patient, qu'elle a fait son possible et regardait le patient, elle a été confrontée à son incompétence culturelle : « peut-être qu'il s'est senti dérouté par le fait d'avoir une réponse comme ça de l'interprète : « ben là, tu cherches pas aux bons endroits. Ben nous, c'est parce qu'on a une médecine alternative en Haïti ». » (2), « c'est un choc culturel » (9). Ils parlent aussi du lien patient-médecin qu'ils qualifient de « froid » (9), « absent » (9), « mauvais » (2) et « nul » (2). Les résidents semblent souhaiter que l'interprète n'intervienne pas dans la consultation pour ajouter des informations culturelles et qu'il se tienne en retrait et émotionnellement neutre. Ils condamnent aussi le médecin et l'interprète pour l'échec de la consultation de la vignette.

*Discours spécifique aux médecins seniors.* Chez les médecins expérimentés, quatre thèmes sont ressortis de façon spécifique comparé aux deux autres catégories de participants, soit la complexité, les stratégies de réappropriation du pouvoir, l'encadrement (concision, bavardage, réserve) et la non réconciliation des cultures. L'ensemble des médecins *seniors* se caractérise par un discours sur la complexité des consultations avec un interprète (entre autres due à la longueur et la lourdeur accrue des consultations et à la réticence à poser des questions ouvertes qui en découle), laquelle diminue le sentiment de contrôle qu'ils ont en tant que médecins sur la consultation : « Mais encore là, on est avec une situation très simple, en apparence. Puis on voit que ça peut être assez complexe, imagine un cas un peu plus compliqué, psychosocial, euh... une maladie qui n'est pas très bien définie, ah là je suis fatiguée! On peut même penser que si tu veux prendre le contrôle, c'est pas toi qui lead! » (20), « c'est sûr que c'est un peu fastidieux parce que ça allonge beaucoup la consultation et on, c'est plus difficile d'avoir des précisions au niveau des informations que l'on veut aller chercher » (20), « Donc là, ça avait vraiment alourdi, parce que c'était une étape supplémentaire qui faisait juste filtrer davantage avec les teints personnels de l'interprète » (20). Certains participants ont même évoqué des expériences positives avec un interprète pour les sourds-muets comme un modèle à suivre: « je vois l'interprète comme vraiment un instrument, point. Qui est dénudé

de jugement. Puis moi j'ai vraiment vécu la différence entre l'interprète que j'avais eu pour le couple de malentendants que j'avais rencontré. J'ai complètement oublié que l'interprète était là [...] donc j'avais vraiment confiance dans le fait que la traduction était intégrale » (4).

Certains disent avoir développé des stratégies pour pallier aux inconvénients associés à la présence d'un interprète et reprendre le contrôle comme faire taire ou même exclure la tierce personne (surtout lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille), modifier leurs attentes en fonction du type d'interprète (*ad hoc* ou professionnel), prendre des détours pour aller chercher l'information, insister, poser les questions ouvertes à la fin, utiliser le non verbal, répéter ou trier les patients : « c'est un peu dans ce temps-là qu'on a besoin d'insister [...] des fois tu vas être obligé d'apporter comme des précisions parce que l'interprète va dire « non, il dit que ça fait pas mal ». Ça fait pas mal, ok. Lui avez-vous demandé s'il avait des brûlements après avoir mangé? « non ». Ok, pourriez-vous lui demander là, s'il a des brûlements après avoir mangé? » (4), « moi ce que je vais faire par exemple pour laisser quand même de la place aux questions ouvertes, je vais les amener à la fin » (4), « nous autres, on fait du triage de patients [...] habituellement, on les *scédule* mettons, la mère avec sa fille ou, tu sais dans la même journée. [...] puis le mari lui, il va être invité une autre journée. Fait que t'es sûre qu'il ne sera pas là. » (4), « parce que le temps que l'interprète parle au client, toi tu peux regarder le client puis tu peux regarder l'interprète aussi par moments si t'es pas sûre de ce que l'interprète fait » (4). Les médecins affirment également attendre de l'interprète une capacité à « cadrer » le patient, soit en sélectionnant l'information à transmettre au médecin ou en validant auprès du patient avant de transmettre l'information au médecin : « peut-être être plus concis. Parce que là, elle l'a laissé parler puis elle a traduit un moment donné. Puis après ça, c'est reparti! » (4), « des fois, ça fait une espèce de bruit de fond s'il en amène trop, puis que c'est non pertinent. Mais on peut supposer qu'ils sont capables de filtrer [...] un bon interprète aurait pour moi finalement une capacité à se retenir un petit peu » (20). Certains n'apprécient guère le fait que l'interprète bavarde avec le patient sur des sujets qui ne touchent pas directement à la consultation médicale : « des fois, ça divague carrément de la question qui a été posée » (4). Certains parlent aussi d'une réserve à conserver de la part de l'interprète : « quelqu'un qui va respecter l'intimité du patient [...] par son attitude » (20), « des fois avec une certaine pudeur, je veux dire les interprètes n'ont pas nécessairement à nous livrer une information à laquelle on ne demande pas d'avoir accès » (20). Enfin, les médecins seniors semblent avoir une vision de leur propre culture et de celle du patient comme de deux univers irréconciliables en ce qu'il faut nécessairement que l'un prime sur l'autre : « elle aurait peut-être juste pu continuer en expliquant sa théorie puis le pourquoi de son traitement » (20), « le problème des ses croyances personnelles » (20), « [l'interprète rend difficile le travail du médecin] en bloquant l'accès au patient! » (20), « je suis pas sûr qu'il faut passer avec nos bulldozers puis tout défaire (parlant de la culture médicale) » (4). Les médecins seniors ont parlé de la complexité des consultations avec un interprète, de leur sentiment de perte de contrôle et des stratégies

qu'ils ont développées pour le reprendre. Ils prennent pour modèle les interprètes pour les sourds-muets. Ils s'attendent aussi à ce que l'interprète soit capable de cadrer le patient et de respecter son intimité et ils semblent voir les différences de cultures comme incompatibles.

## **Triangulation des données**

Les métaphores ont été combinées aux thèmes obtenus afin de vérifier si ces thèmes les supportaient ou les infirmaient. Les principaux thèmes qui sont ressortis de l'analyse ainsi que les sous-thèmes qui y sont associés supportent de façon générale tous les groupes de concepts métaphoriques. D'abord, le thème de la transparence, avec ses aspects d'intégralité, de distance et d'invisibilité, nous amène à faire un rapprochement avec les métaphores L'INFORMATION EST UN OBJET et LA TRADUCTION EST UN DÉPLACEMENT car il mettent tous en évidence le caractère concret ou tangible de l'information qui, selon nos participants devrait être transportée par l'interprète sans être altérée.

Le thème du soutien avec ses dimensions d'ajout d'information et de facilitation du lien ainsi que celui du contrôle et ses dimensions d'initiative et de création du lien quant à eux, nous permettent de faire des liens avec les métaphores L'INTERPRÈTE EST UN NAVIRE, LE MÉDECIN EST UN COMMANDANT DE PORT et LA CONSULTATION EST UNE OPÉRATION NAVALE qui rendent tous compte de la fonction complémentaire et utilitaire de l'interprète dans le cadre d'une opération structurée dans laquelle la fonction de responsabilité et d'autorité revient au médecin.

Enfin, le thème du soutien nous amène à établir un parallèle avec la métaphore LA CULTURE EST UN TERRITOIRE car ils expriment tous deux l'idée que la culture est difficilement accessible sans devoir franchir une barrière ou avoir recours à un agent facilitant.

En résumé, les trois catégories de participants évoquent la difficulté de travailler en présence d'un interprète. Alors que les externes le voient comme un obstacle à la relation patient-médecin qui les rend moins compétents en tant que médecins, les médecins seniors se sentent en perte de contrôle en sa présence et semblent avoir développé des stratégies avec l'expérience pour reprendre le contrôle. Tous les groupes parlent aussi de leur vision d'un interprète idéal « effacé » qui semble devenir de plus en plus tranchée avec l'expérience. Les externes affirment qu'il ne doit pas prendre trop de place, les résidents qu'il ne doit pas intervenir mais plutôt se tenir en retrait et sans émotion, tandis que les médecins seniors le comparent carrément à un interprète pour les sourds-muets, le préférant invisible et sans personnalité propre. La

différence culturelle est perçue comme un facteur indésirable par tous les groupes, en particulier pour les externes qui la décrivent comme une barrière et pour les médecins seniors qui la perçoivent comme des univers irréconciliables. Enfin, les externes sont plus indulgents envers la médecin de la vignette qu'ils trouvent adéquate alors que les deux autres catégories de participants la jugent lourdement incompétente.

## **Discours engendré par les différentes vignettes**

*Discours engendré par la vignette 3 (l'interprète discute avec le patient).* Suite à la vignette dans laquelle l'interprète discute avec le patient, les participants ont évoqué les thèmes du contrôle (prise de pouvoir, exclusion), de la transparence envers le médecin, souci de compréhension), du lien de confiance (bavardage), de l'incompétence (irritation, ignorance), du bon patient et de la mauvaise vignette.

Plusieurs participants ont affirmé qu'un interprète ne devrait pas être centré sur le patient (c'est le médecin qui doit l'être), prendre trop de place (ni parler pour le patient) et prendre le contrôle. C'est le médecin qui a la responsabilité de prendre sa place : « je pense que la responsabilité imputée au médecin pareil de prendre le contrôle sur l'entrevue » (4). Ils font l'hypothèse que la médecin de la vignette se sent exclue et en perte de contrôle, ce qu'ils ont avoué ressentir eux-mêmes dans leur pratique : « [...] moi je suis désemparé devant une situation comme ça, parce que je perds le contrôle de mon entrevue. » (23). Certains ont d'ailleurs évoqué suite à cette vignette qu'un membre de la famille à titre d'interprète nuit à la relation patient-médecin.

Ils ont aussi dit que l'interprète devrait tout rapporter au médecin en plus de traduire à mesure et il devrait s'assurer de bien comprendre le médecin : « puis carrément, l'interprète a un problème elle aussi parce qu'elle n'a pas à garder toute cette information-là » (4). Certains affirment qu'il ne peut discuter avec le patient que dans le cas où il donne au médecin toute l'information pertinente. Le thème du bavardage est aussi plus présent dans cette vignette que dans l'autre, parfois de façon émotive : « il a mal à la gorge, on s'en sacre-tu de ses enfants?! » (4).

Des participants ont affirmé que c'est le médecin qui a la responsabilité de créer un lien de confiance aussi bien avec le patient qu'avec l'interprète. Ils ont avancé que la médecin de la vignette pouvait se sentir incompétente, irritée, avoir l'impression de ne pas avoir toute l'information et voir l'interprète comme un obstacle et l'ignorer : « elle semblait même irritée » (20), « moi en tout cas, avoir une consultation comme ça, moi je pense que je me sentirais un peu incompétente et tu sais, un peu exclue de la situation, pas vraiment investie! » (21).

Le patient de la vignette a été décrit comme un « bon patient » et il y a aussi davantage de sarcasmes dans cette vignette : « mais le médecin, c'est quoi ça? Elle faisait rien, elle dit « bon maintenant que vous avez fait le questionnaire vous-même, j'ai pas besoin de savoir ça. Ouvrez! », c'est un peu n'importe quoi! » (2), « c'était pas une entrevue médicale, ça c'est sûr! » (2), « tu sais, le médecin c'est un être intelligent, là. Je peux pas croire que... » (2), « [à la question « voyez-vous quelque chose de positif? »] non, absolument rien! C'est peut-être bien décoré! » (2).

*Discours engendré par la vignette 5 (l'interprète a un rôle d'informateur culturel).* Suite à la vignette dans laquelle l'interprète se fait l'informateur culturel pour le médecin, les participants ont évoqué les thèmes de la transparence envers le patient, de la distraction de leur devoir, de l'interventionnisme, de l'incompréhension de la culture et du mauvais patient.

Dans leur pratique, ils considèrent que le rôle de l'interprète est de traduire intégralement et de tout rapporter au patient, qu'il est un outil de communication : « comme une machine » (2). Dans la vignette, l'interprète est perçu comme neutre (pas de sourire, pas d'émotion, moins expressive) et c'est souhaitable. Selon eux, un bon interprète dit au médecin quand il sort de la neutralité, il dit notamment ce qui vient de lui et ce qui vient du patient et distingue la partie subjective de la partie objective de son discours. Dans leur pratique en présence d'un interprète, les médecins disent avoir tendance à être distraits de leur devoir, c'est-à-dire à s'adresser naturellement à l'interprète, à poser moins de questions et à être mal à l'aise. Selon eux, le médecin a le devoir d'expliquer sa pratique et de faire son travail malgré les croyances du patient, de poser plus de questions médicales et de valider l'information provenant de l'interprète auprès du patient.

Si l'interprète peut ajouter de l'information, il faut qu'elle ne soit « pas biaisée », les informations culturelles n'étant importantes que si elles aident au traitement. Sinon, il ne doit pas intervenir, le changement de rôle risquant de mettre trop de pression sur lui. Toutefois, certains participants considèrent que l'interprète de la vignette est une ressource puisqu'elle donne au médecin l'information culturelle qui lui échappe et l'aide à comprendre.

La situation de la vignette est perçue comme étant en dehors du champ d'expertise du médecin qui a essayé sans y parvenir d'aller chercher la compréhension du patient et n'a pas su comment utiliser les informations culturelles. Il y a une barrière dans la relation patient-médecin, tous deux allant dans des directions différentes. Les participants ont souligné le fait que le patient est désagréable car il n'exprime pas suffisamment ses attentes ou qu'il met en doute la médecine occidentale et qu'il nuit à sa relation avec le



médecin. Plusieurs ont aussi trouvé qu'il est incompris à la fois par le médecin et l'interprète. Enfin, cette vignette est décrite comme étant plus satisfaisante en général que l'autre.



## Synthèse-discussion

Il semble se dégager de ces analyses davantage de ressemblances que de différences dans le discours des six groupes de participants. Cette homogénéité n'est pas sans rappeler le fait que plusieurs auteurs ont montré comment les médecins développent leurs identités professionnelles en harmonie avec le discours dominant de la médecine (Apker & Eggly, 2004; Harter & Kirby, 2004). Comme Beagan (2000) l'a écrit, il semble y avoir des pressions à l'intérieur de la formation médicale vers la production de médecins socialement neutres : les influences intentionnelles et non intentionnelles qui incitent à l'homogénéité dans leur formation médicale contribueraient à neutraliser l'impact des différences sociales grandissantes parmi les étudiants en médecine. Les étudiants deviendraient ainsi plus similaires dans leurs perspectives qu'ils ne l'étaient avant de commencer le processus intense de formation. Toutefois, contrairement à ce qui était attendu dans les hypothèses, cette homogénéité ne s'est pas révélée plus grande à l'intérieur de chaque catégorie de participants qu'entre elles. Il est possible que ceci s'explique en partie par le nombre peu élevé de participants dans chaque groupe ainsi que de groupes dans chaque catégorie, rendant difficile la tâche de relever des ressemblances qui seraient manifestes au sein d'une catégorie mais suffisamment distinctes des deux autres. Une autre explication possible est l'homogénéité des groupes, puisque tous les participants sont des québécois francophones et majoritairement des femmes.

Pour l'ensemble des participants à cette étude, nous pouvons suggérer, à la lumière de ce qui s'est dégagé de leurs propos, que leur conception du travail avec un interprète est sous-tendue par une vision objectivante de l'information. À travers l'analyse métaphorique et thématique, nous avons vu que l'information-objet possède une existence en soi et par le fait-même, la propriété d'être objective. Elle pourrait être transférée du patient au médecin et vice-versa sans passer par la subjectivité de l'interprète. L'idée de rapporter textuellement les paroles de l'un dans la langue de l'autre implique que les mots sont des entités détachées de la culture et des individus. C'est aussi dire que la neutralité de l'interprète dont les participants font mention serait une attitude réaliste et accessible alors que la littérature existante sur le sujet révèle que cette prétendue neutralité est davantage un mythe qu'une réalité (Bot, 2003) et que dans la réalité, les interprètes sont appelés à jouer d'autres rôles. Kaufert et Koolage (1984) parlent des rôles d'informateur culturel, de médiateur culturel et d'avocat, tandis que Leanza (2005) parle de ceux d'agent du système, d'agent de la communauté, d'agent d'intégration et d'agent linguistique, pour ne nommer que ceux-là. De plus, le modèle de neutralité peut engendrer des conflits entre les interprètes et les cliniciens à propos de leur expertise et autorité respectives (Hsieh, 2010) et la conceptualisation du rôle de l'interprète comme un canal de transmission neutre sert plus souvent qu'autrement à maintenir les différences de pouvoir et la distance sociale entre les cliniciens et les patients (Hilfinger & al., 2009). Par la transparence qui est attendue de la

part de l'interprète chez les participants à cette étude, c'est comme si le médecin pouvait suivre des yeux l'information qui part du patient pour voyager par l'interprète et arriver jusqu'à lui. Cette transparence le rassure sur sa capacité à avoir le contrôle sur son entrevue et il peut à partir de ce sentiment d'être en contrôle, utiliser l'interprète pour obtenir des informations additionnelles et faciliter le lien avec le patient. Mais s'il perçoit une tentative d'usurpation de ce pouvoir de la part de l'interprète, il devient plus réticent à ce que l'interprète joue un rôle de soutien auprès de lui. Cette représentation interne va dans le sens des travaux d'Endrissat (2009) qui montre que les médecins se perçoivent comme une élite et entretiennent un mépris des valeurs et des approches autres que celles de leur discipline. Leur difficulté à se subordonner à des professionnels qui n'ont pas un bagage médical, leur sens élevé d'autonomie décisionnelle et leur perception d'eux-mêmes comme des experts, les rend probablement sensibles à toute forme de tentative de prise de pouvoir par l'interprète (réelle ou imaginée).

Dans cette vision de l'information comme un objet et de la traduction comme un voyage, l'interprète est perçu comme un objet lui aussi, un véhicule (navire) destiné à transporter l'information d'une rive à l'autre, c'est-à-dire du médecin au patient et vice-versa. Il est un outil qui doit faire preuve de fidélité, c'est-à-dire de constance dans la précision de son action. Lorsqu'ils qualifient le travail de l'interprète à l'aide de l'adjectif *professionnel*, ils font référence non pas à sa compétence globale ou au fait qu'il pratique l'interprétariat comme métier, mais plutôt au fait qu'il sache mettre une distance entre lui et le patient, se tenir en retrait et ne pas s'engager dans un effort destiné à créer un lien avec le patient. Mais l'interprète n'est pas seulement l'outil (le bateau), il est aussi la main qui le tient (l'équipage) et cela implique qu'il peut « mener en bateau » celui qui ne se méfie pas. À l'instar des relations sous surveillance qui caractérisent les relations patient-médecin dans l'étude de Real (2009), l'interprète pourrait être vu comme celui qui s'oppose, qui est dans une position pour défier et potentiellement nuire au médecin et miner la confiance entre le médecin et l'interprète. Le médecin quant à lui est le commandant de port, l'expert qui donne les consignes à l'interprète et a des attentes précises quant au rôle de soutien que l'interprète est appelé à jouer auprès de lui. Comme un commandant, c'est lui qui possède l'autorité et l'interprète lui doit obéissance et fidélité, son jugement ou son opinion n'étant pas bienvenus sans quoi il est coupable d'usurpation des droits ou du pouvoir du médecin (il joue au médecin). Le médecin est la tête pensante et le seul qui a les compétences pour décider de ce qui est pertinent ou non dans l'objectif d'accomplir la mission qui lui appartient. Ce sens du devoir qui apparaît dans le discours des participants se rapproche considérablement du thème *profession de médecin* de l'étude de Real (2009) qui implique qu'être un médecin est un élément central de leur concept de soi en ce qu'il évoque le caractère noble et l'autorité comme des éléments de la profession qui lui confèrent une signification spéciale.

L'analyse de la notion de culture telle qu'employée par les participants révèle une comparaison à un

territoire, un monde étranger sur lequel se tient le patient et qui est séparé du territoire du médecin par une étendue (d'eau) qui rend les deux terres irréciliables. En fait, l'interprète risque d'apporter un peu de matière provenant du sol sur lequel est le patient, mais cette matière est considérée comme entièrement détachée de l'information médicale qu'apporte l'interprète. Cette vision dichotomique des informations culturelles et médicales n'est d'ailleurs pas si loin du manque de réflexion des médecins à propos des implications culturelles de leur appartenance dont il est question dans les travaux de Beagan (2000). Les médecins étudiés par Beagan, en se croyant non affectés par leur sexe, leur âge, leur classe sociale, etc., interagissent avec les patients avec la perception d'être complètement dépourvus de tout biais social ou culturel. On pourrait penser que les participants de la présente étude partagent cette vision et qu'elle pourrait même s'étendre à leur vision des informations médicales fournies par les patients, lesquelles peuvent aisément selon eux, être prises de façon totalement indépendante des informations culturelles. Et que les informations culturelles ne sont à la limite qu'un bonus, un supplément dont ils ont le loisir de tenir compte ou pas dans leur thérapeutique. De plus, une telle vision réifiante de la culture rend compte de la représentation qu'il semble vain ou inutile pour les participants de tenter de pénétrer dans l'univers de l'Autre, une condition essentielle pour parvenir à une communication véritable en contexte interculturel (Cohen-Émerique, 1993).

Suite à ces analyses, il semble que la majorité d'entre eux aient pu développer ce que Coulehan et al. (2001) appellent un *professionnalisme non-réflexif*, cet aveu implicite qu'ils se soucient davantage de leurs patients s'ils les traitent comme des objets. Et il se pourrait qu'ils aient appliqué ce concept à ce qu'ils attendent d'un interprète, comme s'ils étaient convaincus que la façon la plus efficace d'aider un patient est de prendre une approche détachée et neutre. Ils semblent donc montrer une vision réifiante de l'interprète, ce qui suggère une ouverture à l'autre limitée.

Malgré l'homogénéité dans les représentations sociales sur le travail avec un interprète, les différences qui sont apparues entre les différentes catégories de participants et aussi suite aux deux vignettes présentées nous permettent néanmoins d'émettre certaines hypothèses intéressantes. Pour les externes d'abord, la culture semble représenter un espace davantage hermétique et difficilement accessible que pour les autres participants, par le choix de mots comme « barrière », « percer » ou « surnaturel », et aussi par le fait qu'ils semblent avoir trouvé que la médecin de la vignette a été adéquate car elle a fait son possible et que la culture est un obstacle tellement infranchissable qu'elle n'aurait pu faire mieux. On peut voir dans cette perception du médecin adéquat malgré l'insatisfaction manifeste du patient, la recherche d'identité et de valeurs fondamentales dont font preuve les étudiants en début d'internat de l'étude de Brady (2002) ou encore la représentation de soi s'articulant autour d'un héros-guérisseur des futurs médecins de l'étude de Marcus (2003). En effet, les externes semblent se contenter d'une pratique médicale dans laquelle le patient est

manifestement insatisfait, comme s'ils se nourrissaient davantage d'une image d'eux-mêmes d'un sauveur héroïque que d'une véritable rétroaction positive du patient. Également, les externes semblent percevoir l'interprète comme un contenant qui enferme dans son espace et sa capacité l'information que le médecin désire avoir et qui force par le fait même le médecin à transiger avec lui.

Pour les résidents, il semble que l'interprète ne doivent pas intervenir dans la consultation mais demeurer invisible, notamment émotionnellement. Pourtant, certaines situations appellent l'interprète à manifester de l'empathie comme lorsque ce dernier apprend le décès d'un proche du patient, par exemple. Et le modèle de neutralité évoqué par les participants ne lui permet pas de montrer de l'empathie envers le patient et le maintient dans une contradiction entre son identité sociale de membre de la communauté et son identité professionnelle de membre du système de santé (Rosenberg & al., 2007). Il semble être représenté comme un intrus qui dérange le médecin et l'atteint dans son image de lui-même, risquant même de le réduire à un objet, une partie accessoire de la relation. Les travaux sur les récits de Brady (2002) montrent d'ailleurs qu'en fin d'internat, les écrits des étudiants dévoilent une période de transition vers la désillusion et le désespoir. Ils montrent alors un détachement, leur idéalisme du départ ayant disparu. Marcus quant à lui parle du sentiment des étudiants d'être ignorants, inadéquats, idiots, mis à nu, embarrassés et mortifiés, des « victimes de la pédagogie » (2003). Pour les résidents, explorer les aspects culturels liés au monde du patient semble être la responsabilité du médecin et non de l'interprète qui ne possède pas les compétences nécessaires pour le faire. Il semble manifeste encore ici que les travaux d'Endrissat (2009) qui présente les médecins comme entretenant un mépris des valeurs et des approches autres que celles de leur discipline corroborent les présentes données.

Chez les médecins expérimentés, la présence de l'interprète semble être vue comme une nuisance à la consultation, un mal qui complique le travail du médecin et lui fait perdre du contrôle sur la consultation. Ils semblent aussi se représenter le lien avec l'interprète comme un rapport hiérarchique dans lequel le médecin est le supérieur et a le droit d'avoir recours à des manoeuvres pour reprendre le pouvoir s'il doute de la confiance qu'il a en l'interprète. En effet, plusieurs médecins participants font état de stratégies pour reprendre le contrôle en présence d'un interprète qui rappellent les façons de résister à leurs supérieurs des médecins de l'étude d'Endrissat, soit les critiques et le manque de respect, l'argumentation et la demande d'explications, l'ignorance et la dissociation (mettant l'accent sur le patient). En effet, si le médecin a des doutes concernant la capacité de l'interprète à être exact et fidèle dans sa traduction, il remet en cause sa compétence, le compare à une machine, critique vivement son travail, se permet de lui rappeler son rôle, se place en expert, l'ignore en se centrant sur le patient (regarde le patient, s'adresse à lui, exclut l'interprète, ...), etc. Dans le même ordre d'idées, la culture est dépeinte par les médecins *seniors* comme quelque chose qu'il faut

surmonter en s'en tenant à sa propre conception du monde (sa théorie), qu'on peut supposer qu'ils tiennent pour ayant davantage de valeur que celle de l'Autre. Encore une fois, cette représentation interne va dans le sens des travaux d'Endrissat (2009) qui présente les médecins comme se voyant comme l'élite et entretenant un mépris des valeurs et des approches autres que celles de leur discipline. S'ils semblent enfin tolérer que l'interprète bavarde avec le patient, ils veulent qu'il soit capable de conserver pour lui certaines informations qui ne seraient pas utiles pour le médecin ou qu'il n'aurait pas demandées, comme les discussions à propos de banalités ou encore les informations qui toucheraient à l'intimité du patient. Ils semblent donc favorables à ce que l'interprète soit une espèce de gardien qui ne rend au médecin que ce qu'il demande et lui fait épargner du temps et des préoccupations inutiles.

En résumé, les externes semblent avoir tendance à percevoir l'interprète comme celui qui détient l'information et bloque l'accès du médecin au patient, comme la culture semble être une chose difficile à saisir pour eux et empêchant elle aussi un accès au patient, ce qui va partiellement dans le sens de l'hypothèse d'une plus grande ouverture des médecins en début de parcours. En effet, les externes semblent avoir un désir d'être sensibles aux préoccupations des patients et voir dans la présence de l'interprète un obstacle à leur idéal de pratique centrée sur le patient. Toutefois, ils semblent avoir peu d'ouverture quant à la place de l'interprète dans la relation, ce qui démontre davantage une fermeture à l'apport que l'interprète pourrait avoir dans la consultation. Les résidents quant à eux, semblent se situer dans une conception où la neutralité de l'interprète est un idéal à atteindre puisque revient au médecin l'entière responsabilité d'explorer les différents aspects en jeu dans la relation patient-médecin et l'interprète semble être perçu comme un irritant qui risque d'entacher l'image du médecin, ce qui va davantage dans le sens de l'hypothèse d'une moins grande ouverture avec le temps. Les résidents semblent effectivement un peu moins ouverts que les externes (mais davantage que les *seniors*) à accueillir la contribution personnelle de l'interprète. Les médecins expérimentés semblent voir l'interprète comme une nuisance, se placer en position de supériorité par rapport à l'interprète et au patient, puisque que le médecin est l'expert, celui qui sait ce qu'il faut faire, tout en lui demandant de faire équipe avec lui pour gérer les aspects de moindre importance dans le discours du patient. Leur vision du travail avec un interprète semble s'être cristallisée au fil du temps et des expériences autour d'un rapport de force où ils ont l'impression de perdre leur pouvoir et tentent de le regagner au moyen de diverses manœuvres justifiées par leur supériorité hiérarchique, ce qui va dans le sens de l'hypothèse d'une moins grande ouverture à la différence avec le temps et l'avancement en carrière des médecins.

Finalement, le type de discours engendré par les deux vignettes est à même d'apporter un éclairage sur les représentations sociales qui sont susceptibles d'être activées suite à leur visionnement. Même si les deux consultations mises en scène dans les vignettes ont été qualifiées massivement d'insatisfaisantes, il

semble que ce soit suite à l'exposition à la vignette dans laquelle l'interprète discute avec le patient que se sont manifestées les réactions négatives les plus vives, notamment par la présence d'une plus grande quantité de sarcasmes et par la préférence générale de l'autre vignette par rapport à celle-ci. La vignette a été critiquée plus d'une fois pour son manque de réalisme et certains participants se sont même questionné à savoir si le médecin en était un dans la réalité, soulevant à maintes reprises son incompetence. Ils ont centré leurs propos davantage sur la performance du médecin que sur celle de l'interprète et ce, malgré l'orientation sur le travail de l'interprète donnée à la discussion par les questions de l'animateur. Les participants ont parlé du contrôle que l'interprète prend aux dépens du médecin et de leur sentiment de perdre confiance envers l'interprète lorsqu'il y a du « bavardage ».

Suite à la présentation de la vignette dans laquelle l'interprète a un rôle d'informateur culturel, les participants ont évoqué le sentiment d'être distraits de leur devoir par les interventions d'un interprète, ou simplement par sa présence. L'ajout d'informations culturelles semble donc avoir eu un effet déstabilisant pour le système de référence des médecins, aussi ont-ils parlé d'incompréhension de la culture. Suite à cette vignette, ils ont parlé du « mauvais patient », alors que suite à la vignette dans laquelle l'interprète discute avec le patient, ils ont parlé du « bon patient », comme si en apportant des informations sur la culture du patient, ce dernier devenait désagréable. Il faut néanmoins considérer la possibilité que cette réaction s'explique aussi par le fait que dans cette dernière vignette, le patient dit « je ne sais pas, je ne suis pas médecin », remettant ainsi la responsabilité au médecin de trouver une solution qui lui convienne. De la même façon, ils ont mentionné suite à la vignette de discussion avec le patient, l'importance que l'interprète soit transparent vis-à-vis du médecin, alors que suite à la vignette de l'informateur culturel, ils ont affirmé l'importance que l'interprète soit transparent vis-à-vis du patient.

Il apparaît pertinent de rappeler à ce moment-ci les effets néfastes sur la capacité à diagnostiquer des médecins, de leur manque de connaissance des effets de la culture sur la relation patient-médecin, sur les façons d'exprimer de la détresse et sur les effets potentiels des stressseurs reliés à l'immigration sur la santé (Papic et al., 2012). Comme ceux de Papic, les médecins de cette étude semblent peu conscients de l'importance des croyances culturelles et comportements vis-à-vis de la santé. Ils semblent croire que s'informer sur les identités culturelles de leurs patients serait intéressant mais non essentiel à leur tâche professionnelle.

Aussi, ils semblent avoir tendance à négliger l'importance de l'apport qu'un interprète pourrait avoir dans les cas où un médecin aurait avantage pour le salut de son patient, à mieux saisir l'impact de la culture sur la relation thérapeutique et sur le traitement lui-même. Un des principaux obstacles à ce manque



d'ouverture vis-à-vis de l'interprète semble être justement comme le dit Rosenberg (2006), le manque de connaissance sur les différentes façons dont la culture peut affecter les soins, mais il leur manque aussi un cadre de travail pour les guider dans l'exploration du lien culture-santé. Enfin, les médecins focalisent sur leur identité professionnelle pour protéger leur sentiment d'être reconnus pour leur compétence. Et l'usage qu'ils font de stéréotypes ethniques constitue une menace pour la reconnaissance de l'Autre en leur empêchant de connaître les nombreuses façons dont la culture peut affecter les soins. En général, les gens ont tendance à percevoir leur propre groupe culturel comme hétérogène, reconnaissant pleinement les différences individuelles qui existent dans ce groupe, alors qu'ils perçoivent les autres groupes culturels comme plus homogènes, leur conférant moins de diversité (Linville & Jones, 1980; Triandis, McCusker, & Hui, 1990). Et ils semblent aussi avoir une tendance naturelle à craindre les étrangers et ceux qui ne font pas partie du même groupe culturel qu'eux, ce qui pourrait être un facteur responsable de l'ethnocentrisme, des préjugés, de l'agression et même de la guerre (Buss, 2001). Les dangers d'une telle conception de l'Autre sont évidents dans un contexte de soins, d'où la nécessité d'informer les médecins sur ces questions. À la lumière des résultats de la présente étude, il apparaît évident que fournir aux médecins une formation en communication interculturelle est susceptible d'améliorer la qualité des soins aux immigrants et un volet au sujet du travail avec un interprète s'impose comme une plus-value tant pour les patients et les interprètes que pour les médecins.

Une importante quantité d'études se sont penchées sur les différentes compétences culturelles qui peuvent être réparties en trois catégories : les connaissances, les attitudes et les habiletés (Ogay, 2000). Notamment, la compétence interculturelle peut être conçue comme un trait de personnalité relativement stable dans le temps mais cette approche s'avère peu utile pour prédire le succès dans de réelles situations interculturelles (van de Vijver & Breugelmans, 2009), bien qu'elle puisse faciliter le développement d'habiletés spécifiques comme la régulation émotionnelle ou la pensée critique qui en retour sont des prédicteurs d'adaptation interculturelle (Matsumoto, Leroux, Robles, & Campos, 2007). Elle peut aussi être conçue comme un ensemble plus ou moins vaste d'habiletés nécessaires et qu'il est possible d'acquérir pour devenir plus compétent dans le contact et la communication interculturels. Toute une variété d'habiletés ont été proposées, allant de descriptions d'éléments que les gens perçoivent comme importants pour être compétent (Gibson & Zhong, 2005) à des examens systématiques de la structure factorielle d'une « efficacité interculturelle » (Cui & Van den Berg, 1991). Si la plupart des formations ciblent précisément ce type de compétences interculturelles, c'est sans doute parce qu'il est plus facile d'enseigner un concept basé sur des habiletés précises que sur des traits de personnalité, par exemple.

Mais il faut prendre garde de ne pas tomber dans le piège qui consiste à ne prendre en compte que

les compétences interculturelles en oubliant qu'elles sont imbriquées dans les autres compétences interpersonnelles et sociales et aussi que les personnes engagées l'interaction ont leurs propres groupes d'appartenance et contextes culturels qui leur ont transmis des représentations sociales au sujet de la culture de l'autre, représentations qui influencent certainement aussi l'interaction (Ogay, 2000). Pour Ogay, parler de compétence interculturelle comporte plusieurs problèmes : d'abord, cela revient à l'isoler du reste des phénomènes sociaux et la voir comme une « recette-miracle » à utiliser dans certaines circonstances. Ensuite, cela contribue à faire de l'acteur de la communication un être compétent ou incompétent, auquel cas il suffirait de le former, ce qui risque de négliger le rôle des contextes dans la communication. Pour elle, la dynamique interculturelle est beaucoup trop complexe et méconnue à ce jour pour pouvoir définir valablement quelles compétences un individu doit posséder pour communiquer dans un contexte interculturel (2000). Son intérêt de travailler avec des jeunes Romans qui ont choisi d'effectuer un échange en Suisse alémanique lui a permis de voir que :

même pour des personnes qui disent valoriser la rencontre de l'Autre et rejeter les préjugés négatifs, il est difficile de concevoir la différence culturelle. Les études de cas l'ont montré, le discours *interculturally correct* et les contradictions qu'il induit rendent difficile la réalisation de l'apprentissage interculturel parce qu'ils bloquent la pensée et la réflexion sur un sujet perçu comme dérangentant si ce n'est pas dangereux. De plus, toujours selon Ogay, la survalorisation d'un idéal de communication harmonieuse, sans conflits, peut être défavorable à l'apprentissage interculturel car elle peut conduire à une relation superficielle et une implication minimale dans la relation afin d'éviter tout désaccord qui impliquerait la constatation de différences. Au contraire, s'engager dans un processus d'apprentissage interculturel suppose de s'impliquer dans la relation à l'Autre, y compris dans ce qu'elle pourrait avoir de déstabilisant, et donc de prendre le risque d'une satisfaction à court terme moins grande que ne l'est la satisfaction de celui qui rentre de son échange soulagé de n'avoir rencontré « aucun problème ». (2000, p. 282)

Une partie des résultats de notre étude pourrait s'avérer utile pour guider le choix des outils d'intervention pouvant éventuellement être inclus dans une formation destinée à accroître les habiletés de communication interculturelle des médecins et futurs médecins, ce qui nous amène à formuler quelques recommandations pour l'élaboration d'une telle formation : (1) la méthode de présentation de vignettes cliniques impliquant la présence d'un interprète, qui semble être une avenue prometteuse en ce qu'elle suscite des réflexions sur des enjeux importants de la communication interculturelle; (2) la présentation de plus d'une vignette, qui semble permettre, par la possibilité de les comparer entre elles, une réflexion plus riche; (3) la possibilité pour les participants de partager leurs réactions, qui semble dans l'étude de Brady (2002) être un facteur déterminant dans l'acquisition d'une meilleure capacité à réfléchir sur ses propres expériences; (4) une présentation des recherches dans le domaine, qui semble avoir été appréciée par les participants de cette étude et enfin; (5) un apprentissage sur les domaines dans lesquels la culture peut avoir des effets :

comportements de communication, relation au temps et à l'espace, organisation sociale et familiale, signification du travail, croyances et pratiques à propos de la santé, signification de la nourriture, de la sexualité et de la reproduction, religion et spiritualité et mourir et mort, tel que suggéré par Brant & al. (1999), puisque les participants de notre étude semblent considérer la culture comme un univers étranger et difficile à saisir et qui engendre toute une panoplie de sentiments négatifs allant du sentiment d'incompétence au découragement. Peut-être faudrait-il les former à entrer dans l'univers de l'autre, comme l'écrit Cohen-Émerique, à travers un processus « de négociation [qui] aura pour but de dégager par la communication et la confrontation des interstices et des marges de liberté à l'intérieur desquels la coexistence est possible, soit en élaborant un compromis où chacun se reconnaît tout en tolérant l'autre, soit en créant de nouveaux modèles » (1993). Elle ajoute que l'analyse de comportements entre des personnes de groupes ethniques différents doit être effectuée à partir de la variable d'appartenance à un groupe et non de celle de la personnalité (1993), comme semblent le croire certains des participants de la présente étude.

Il y a fort à parier que le développement d'une meilleure capacité des médecins à travailler en contexte interculturel et en particulier avec un interprète risque d'avoir des conséquences positives sur la qualité des soins prodigués aux patients. Et pour faire suite aux métaphores évoquées par les participants de cette étude, le médecin, à défaut de savoir nager et traverser seul le fleuve qui le sépare du patient, pourrait apprendre à monter dans le bateau de l'interprète et naviguer avec lui pour aller rejoindre celui qui l'attend de l'autre côté.



## Limites

Les résultats de la présente étude devraient être envisagés avec prudence à la lumière de certaines limites, notamment quant à leur capacité à être généralisés à l'ensemble des médecins et futurs médecins du Québec, étant donné le nombre peu élevé de participants et aussi sachant que la population de la région de Québec compte très peu de personnes nécessitant les services d'interprétariat comparativement à d'autres comme la région de Montréal ou le Grand Nord. La plupart des participants à cette étude ont donc été relativement peu appelés à travailler avec un interprète dans leur parcours clinique, en plus d'avoir été exposés à peu de diversité culturelle et en ce sens, sont peut-être moins familiarisés avec les enjeux spécifiques à la communication interculturelle. Il est possible qu'ils aient montré moins d'ouverture à la différence davantage pour ces raisons que pour les raisons évoquées précédemment dans nos hypothèses. Aussi, ces participants possèdent pour la majorité un bagage socioculturel semblable, soit celui qui prédomine au Québec. Cette caractéristique pourrait aussi avoir eu un effet sur les résultats dans le même sens que leur manque d'expérience avec des interprètes.



## Conclusion

En plus des probables racines de la métaphore maritime dans le vocabulaire québécois, il y aussi notre propre ancrage socioculturel, à Isabelle Boivin et moi-même qui avons construit celles-ci. En fait, l'une de nous résidant sur la rive sud de Québec et l'autre sur la rive nord, nous avons eu recours à plusieurs reprises pour nous rencontrer au traversier qui unit les villes de Québec et Lévis. Il est donc possible que cette situation géographique ait guidé en partie notre analyse métaphorique. Cette constatation et la recherche documentaire qui en a découlé nous a également amenées à établir une comparaison avec la construction du pont de Québec, avant laquelle la seule façon de traverser de Québec à Lévis et vice-versa était de prendre un traversier, lequel était plutôt inconstant dans les départs et limitait beaucoup les activités quotidiennes de la population. La nécessité grandissante d'avoir un autre moyen de traverser avec l'agrandissement de la population et des échanges commerciaux ainsi que la longue durée de sa construction (14 ans), marquée par deux effondrements qui ont tué 89 personnes et blessé de nombreuses autres de cultures différentes (Québécois, États-uniens, Mohawks et possiblement Hurons-Wendat) nous a amenées à établir un parallèle avec l'interprétariat en soins médicaux. En effet, la diversification culturelle que nous connaissons depuis plusieurs années entraîne un besoin grandissant de se doter de moyens pour augmenter l'accès et la qualité des soins aux migrants. C'est comme si le « traversier de l'interprétariat », par le fait que les services d'interprète sont souvent incertains dans leur disponibilité et leur forme, ne suffisait plus à répondre aux besoins des médecins et de leurs patients. Et qu'un pont, une espèce de structure facilitant l'échange entre médecins et patients avec l'aide d'interprètes, peut-être la professionnalisation des interprètes, était devenu nécessaire.

Ensuite, nous avons appris que les deux effondrements du pont de Québec ont démontré, au Canada et dans plusieurs autres pays, les dangers de l'autorité absolue d'un ingénieur sur un projet, ce qui a finalement mené les groupes d'ingénieurs et le gouvernement à créer des ordres professionnels incluant l'Ordre des Ingénieurs du Québec (OIQ). Le rôle principal de l'OIQ étant la protection du public d'abord, et la préservation de la crédibilité des ingénieurs ensuite, les exigences de ce type d'ordre professionnel incluent un code de déontologie, une standardisation de la formation et un système de mentorat. Nous nous sommes demandé si cette expérience historique pouvait nous enseigner quelque chose à propos de l'interprétariat qui est perçu comme un service de traversier par les participants à cette étude. En fait, nous croyons qu'il pourrait être souhaitable à l'heure actuelle de se munir d'un cadre professionnel qui protège les patients et confère une crédibilité aux interprètes. En même temps, un tel cadre pourrait inclure un code de déontologie et une formation dont les médecins seraient informés, ce qui pourrait avoir pour effet d'augmenter leur sentiment de confiance en l'interprète.





## Références

- Abbot, A.D. (1988). *The system of professions : An essay on the division of expert labor*. Chicago : University of Chicago Press.
- Abdallah Pretceille, M., (1983). *Pédagogie Interculturelle Bilan et perspective*, L'Interculturel en éducation et sciences humaines, Publications Université Toulouse Le Mirail, Toulouse, 25-32.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2000). *Reflexive Methodology : New Vistas for Qualitative Research*. London : Sage.
- Apker, J., & Eggly, S. (2004). Communicating professional identity in medical socialization: Considering the ideological discourse of morning report. *Qualitative Health Research*, 14(3), 411-429.
- Armstrong, S.L., Smith Davis, H., & Paulson, E.J. (2011). The subjectivity problem : Improving triangulation approaches in metaphor analysis studies. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(2), 151-163.
- Ashforth, B.E. (2001). *Role transitions in organizational life. An identity-based perspective*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bancroft, M. (2005). *The Interpreter's World Tour: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters*. Ellicott City, Maryland: National Council on Interpreting in Health Care.
- Beagan, B.L. (2000). Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. *Social Science & Medicine*, 51, 1253-1265.
- Bellini, L.M., Baime, M., & Shea, J.A. (2002). Variation of mood and empathy during internship. *Journal of American Medical Association*, 287(23), 3143-3146.
- Bennet, G. (1998). The doctor's losses: ideals versus realities. *British Medical Journal*, 316, 1238-1240.
- Benveniste, G. (1987). *Professionalizing the organization. Reducing bureaucracy to enhance effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. London: Penguin.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302.
- Bezuidenhout, L., & Borry, P. (2009). Examining the role of informal interpretation in medical interviews. *Journal of Medical Ethics*, 35(3), 159-162.
- Bjorn, G. J. (2005). Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(6), 516-521.
- Blake, C. (2003). Ethical considerations in working with culturally diverse populations: the essential role of professional interpreters. *Bulletin de l'Association des psychiatres du Canada*, juin, 21-23.
- Bot, H. (2003). The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin & H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3* (pp. 27-35). Amsterdam: John Benjamins Publishing company.
- Brady, D.W., Corbie-Smith, G., & Branch, W.T. (2002). What's important to you?: The use of narratives to promote self-reflection and to understand the experiences of medical residents. *Annals of Internal Medicine*, 137(3), 220-223.
- Brant, J., Ishida, D., Itano, J., Kagawa-Singer, M., Palos, G., Phillips, J., & Tejada-Reyes, I. (1999). Oncology nursing society. In *Multicultural outcomes: guidelines for cultural competence*. USA: Oncology Nursing Press Inc.
- Buss, D.M. (2001). Human nature and culture: An evolutionary psychological perspective. *Journal of Personality*, 69, 955-978.
- Cameron, L., & Low, G. (1999). Metaphor. *Language Teaching*, 32, 77-96.
- Camilleri, C., & Cohen-Emerique, M. (1989). Chocs de culture : *Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : Éditions L'Harmattan.
- Carrasquillo, O., Orav, E. J., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine*, 14(2), 82-87.

- Chen, A. W., & Kazanjian, A. (2005). Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health, 96*(1), 49-51.
- Cheney, G., & Aschcraft, K.L. (2007). Considering “the professional” in communication studies: Implications for theory and research within and beyond the boundaries of organizational communication. *Communication Theory, 17*, 146-175.
- Cloud, D. (1994). The materiality of discourse as oxymoron: A challenge to critical rhetoric. *Western Journal of Communication, 58*, 141-153.
- Cohen-Émerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec, 18* (1), 71-92.
- Coulehan, J., & Williams, P.C. (2001). Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Academic Medicine, 76*(6), 598-605.
- Cui, G., & Van den Berg, S. A., (1991). Testing the construct validity of intercultural effectiveness. *International Journal of Intercultural Relations, 15*, 227-241.
- Czarniawska, B. (1997). *Narrating the organization. Dramas of institutional identity*. Chicago: Chicago University Press.
- David, R. A., & Rhee, M. (1998). The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *Mont Sinai Journal of Medicine, 65*(5-6), 393-397.
- Davies, B.E., Nelson, D.B., Sahler, O.J., McCurdy, F.A., Goldberg, R., & Greenberg, L.W. (2001). Do clerkship experiences affect medical students' attitudes toward chronically ill patients? *Academy of Medicine, 76*, 815-820.
- De Munck, V. C. (2001). In the Belly of the beast: two incomplete theories of culture and why they dominate the social sciences (part 1). *Cross-Cultural Psychology Bulletin, June*, 14-21.
- De Munck, V.C. (2001). In the belly of the beast: two incomplete theories of culture and why they dominate the social sciences (part 2). *Cross-cultural psychology bulletin, September*, 5-17.
- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International Journal of Quality in Health Care, 19*(2), 60-67.
- Dulong, G. (1970). L'influence du vocabulaire maritime sur le franco-canadien. *Phonétique et linguistique romanes. Mélanges offerts à M. Georges Straka*. Lyon-Strasbourg, Société de linguistique romane, t. 1, p. 331-338.
- Dysart-Gale, D. (2005). Communication Models, Professionalization, and the Work of Medical Interpreters. *Health Communication, 17*(1), 91-103.
- Endrissat, N., Spicer, A., & Kärreman, D. (2009). Identity work, the other, and potential conflicts: The case of Swiss physicians. *Leading Systems, 9*(3), 58-93.
- Engstrom, D. W., Roth, T., & Hollis, J. (2010). The use of interpreters by torture treatment providers. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work: Innovation in Theory, Research & Practice, 19*(1), 54-72.
- Ferguson, W.J., & Candib, L.M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Family Medicine, 34*, 353-361.
- Feudtner, C., Christakis, D.A., & Christakis, N.A. (1994). Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Academic Medicine, 69*, 670-679.
- Fiol, C.M. & O'Conner, E.J. (2006). Stuff matters : artifacts, social identity, and legitimacy in the U.S. medical profession. In A. Rafaeli & M.G. Pratt (Eds), *Artifacts and organizations. Beyond mere symbolism* (pp. 241-257). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gallagher, T.H., & Levinson, W. (2004). A prescription for protecting the doctor-patient relationship. *The American Journal of Managed Care, 10*, 61-68.
- Gandhi, T. K., Burstin, H. R., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Haas, J. S., Brennan, T. A.(2000). Drug complications in outpatients. *Journal of General Internal Medicine, 15*(3), 149-154.
- Gauvin, K. (2006). L'impact des mots du vocabulaire maritime sur l'environnement linguistique global du français acadien : l'exemple de haler. *Revue de l'Université de Moncton, 37*(2), 21-37.
- Gauvin, K. (2011). *L'élargissement sémantique des mots issus du vocabulaire maritime dans les français acadien et québécois*, thèse de doctorat, Université Laval (Québec).

- Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A., & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health & Social Care in the Community*, 12(5), 407-413.
- Gibson, D. W., & Zhong, M. (2005). Intercultural communication competence in the healthcare context. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(5), 621-634.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Griffith, C.H., & Wilson, J.F. (2001). The loss of student idealism in the third-year clinical clerkships. *Evaluation and the Health Professions*, 24, 61-71.
- Hafferty, F.W., Franks, R. (1994). *The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education*. *Academic Medicine*, 69, 861-871.
- Haffner, L. (1992). Translation is not enough. Interpreting in a medical setting. *The Western Journal Of Medicine*, 157(3), 255-259.
- Haidet, P., Dains, J.E., Paterniti, D.A., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J.C. (2001). Medical students' attitudes toward patient-centered care and standardized patients' perceptions of humanism: A link between attitudes and outcomes. *Academic Medicine*. 2001(76), S42-S44.
- Hall, R.H. (1968). Professionalization and bureaucratization. *American Sociological Review*, 33(1), 92-104.
- Harter, L.M., & Kirby, E. (2004). Socializing medical students in an era of managed care: The ideological significance of standardized and virtual patients. *Communication Studies*, 55 (1), 48-67.
- Hilfinger Messias, D. K., McDowell, L., & Estrada, R. D. (2009). Language interpreting as social justice work: Perspectives of formal and informal healthcare interpreters. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 128-143.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J. & al. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, 38, 934-941.
- Hsieh, E. (2006). Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science & Medicine*, 62(3), 721-730.
- Hsieh, E. (2007). Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine*, 64(4), 924-937.
- Hsieh, E. (2008). "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Research*, 18(10), 1367-1383.
- Hsieh, E. (2010). Provider-interpreter collaboration in bilingual health care: competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 154-159.
- Hsieh, E., Ju, H., & Kong, H. (2010). Dimensions of trust: the tensions and challenges in provider--interpreter trust. *Qualitative Health Research*, 20(2), 170-181.
- Hull, A. (1968). The origins of New World French phonology. *Word*, vol. 24, p. 255-267.
- Hull, A. (1994). Des origines du français dans le Nouveau-Monde. In R. Mougeon & É. Beniak (dir.), *Les origines du français québécois*. Sainte-Foy, QC, Presses de l'Université Laval, p.183-198.
- Institut de la statistique du Québec, 2006. *La situation démographique au Québec. Bilan 2006*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- John-Baptiste, A., Naglie, G., Tomlinson, G., Alibhai, S. M., Etchells, E., Cheung, A., et al. (2004). The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 221-228.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., & Ware, J.E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27, S110-S127.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754.
- Kaufert, J.M. & Koolage, W.W. (1984). Role conflict among 'culture brokers': The experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science and Medicine*, 18(3).
- Kitzinger, J., (1994). The methodology of focus groups : the importance of interactions between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1), p.103-121.
- Kitzinger, J., Marková, I., & Kalamalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups? *Bulletin de psychologie*,

- 57(3), 471, p.237-243.
- Kline, F., Acosta, F. X., Austin, W., & Johnson, R. G., Jr. (1980). The misunderstood Spanish-speaking patient. *American Journal of Psychiatry*, 137(12), 1530-1533.
- Kovecses, Z. (2002). *Metaphor: A practical introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Kreiner, G.E., Hollensbe, E.C., & Sheep, M.L. (2006). Where is the « me » among the « we »? Identity work and the search for optimal balance. *Academy of Management Journal*, 49(5), 1031-1057.
- Krupat, E., Pelletier, S., Alexander, E.K., Hirsh, D., Ogur, B., & Schwartzstein, R. (2009). Can changes in the principal clinical year prevent the erosion of students' patient-centered beliefs? *Academic Medicine*, 84(5), 582-585.
- Labun, E. (1999). Shared brokering: the development of a nurse/interpreter partnership. *Journal of Immigrant Health*, 1(4), 215-222.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1986). *Les Métaphores dans la vie quotidienne*. Éditions de Minuit.
- Lammers, J., & Barbour, J.B. (2006). An institutional theory of organizational communication. *Communication Theory*, 16, 356-377.
- Leanza, Y. (2005). *Roles of Community Interpreters in Pediatrics as Seen by Interpreters, Physicians and Researchers*. *Interpreting*, 7(2), 167-192.
- Leanza, Y. (2007). De l'imposition normative au traitement de la différence. In M. Cagnet & C. Montgomery (Eds.), *Ethique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux* (pp. 215-240). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Linville, P.W., & Jones, E.E. (1980). Polarized appraisals of out-group members. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 689-703.
- Low, G. (2003). Validating metaphoric models in applied linguistics. *Metaphor and Symbol*, 18, 239-254.
- Marcotte, D.B., & Held, J.P. (1978). A conceptual model for attitude assessment in all areas of medical education. *Journal of Medical Education*, 53, 31031-31034.
- Marcus, E. R. (2003). Medical student dreams about medical school: the unconscious developmental process of becoming a physician. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(Pt 2), 367-386.
- Marková, I., Linell, P., Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2007). *Dialogue in focus groups: exploring socially shared knowledge*. Equinox publishing.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969.
- Masson, N., & Lester, H. (2003). The attitudes of medical students towards homeless people: Does medical school make a difference? *Medical Education*, 37, 869-872.
- Matsumoto, D., Leroux, J.A., Robles, Y., & Campos, G. (2007). The Intercultural Adjustment Scale (ICAPS) predicts adjustment above and beyond personality and general intelligence. *International Journal of Intercultural Relations*, 31(6), 747-759.
- McCall, G.J., & Simmons, J.L. (1966). *Identities and interactions*. New York: The Free Press.
- McKerrow, R.E. (1998). Corporeality and cultural rhetoric: A site for rhetorics' future. *Southern Communication Journal*, 63, 315-328.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society. From the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Michelson, E. (1999). Carnival, paranoia and experiential learning. *Studies in the Education of Adults*, 31(2), 140-154.
- Morales, L. S., Cunningham, W. E., Brown, J. A., Liu, H., & Hays, R. D. (1999). Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? *Journal of General Internal Medicine*, 14(7), 409-417.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R.M. Farr and S. Moscovici, *Social representations* (p.3-69), Cambridge: Cambridge university press.
- Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H., Phillips, R. S., Greenfield, S., Massagli, M. P., Clarridge, B., et al. (2007). Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl 2), 324-330.
- Norris, W. M., Wenrich, M. D., Nielsen, E. L., Treece, P. D., Jackson, J. C., & Curtis, J. R. (2005). Communication about end-of-life care between language-discordant patients and clinicians: insights from medical interpreters. *Journal Of Palliative Medicine*, 8(5), 1016-1024.

- Office québécois de la langue française, 2005. *Les caractéristiques linguistiques de la population du Québec : profil et tendances 1991-2001*. Québec: Office québécois de la langue française.
- Ogay, T. (2000). *De la compétence à la dynamique interculturelles. Des théories de la communication interculturelle à l'épreuve d'un échange de jeunes entre Suisse romande et alémanique*. Berne: Peter Lang.
- Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., & Schlesinger, H. J. (1994). Ethnic differences in use of inpatient mental health services by blacks, whites, and Hispanics in a national insured population. *Health Services Research, 29*(2), 135-153.
- Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., & Schlesinger, H. J. (1994). Ethnicity and the use of outpatient mental health services in a national insured population. *American Journal of Public Health, 84*(2), 222-226.
- Pailé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Collin.
- Papic, O., Malak, Z., & Rosenberg, E. (2012). Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. *Patient Education and Counseling, 86*, 205-209.
- Poirier, C. (1980). Le lexique québécois: son évolution, ses composantes. In R. Coste (dir.), *Culture populaire et littératures au Québec*. Coll. Stanford French and Italian Studies, 19. Saratoga, AnmaLibri, p. 43-80.
- Poirier, C. (1983). Lintrication des mots régionaux et des mots du français général dans le discours québécois. *Langues et linguistique, 9*, p.45-67.
- Pololi, L., & Price, J. (2000). Validation and use of an instrument to measure the learning environment as perceived by medical students. *Teaching and Learning in Medicine, 12*, 201-207.
- Ponce, N. A., Hays, R. D., & Cunningham, W. E. (2006). Linguistic disparities in health care access and health status among older adults. *Journal of General Internal Medicine, 21*(7), 786-791.
- Pratt, M.G., Rockmann, K.W., & Kaufmann, J.B. (2006). Constructing professional identity : The rôle of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal, 49*(2), 235-262.
- Pugh, M. A., & Vetere, A. (2009). Lost in translation: An interpretative phenomenological analysis of mental health professional experiences of empathy in clinical work with an interpreter. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*(3), 305-321.
- Quinn, J.B., Anderson, P., & Finkelstein, S. (1996). Leveraging intellect. *Academy of Management Executive, 10*(3), 7-27.
- Rabow, M.W., Remen, R.N., Parmelee, D.X., & Inui, T.S. (2010). Professional Formation: Extending Medicine's Lineage of Service Into the Next Century. *Academic Medicine, 85*(2), 310-317.
- Ratcliff, B.G. & Suardi, F. (2006). L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies, 26*(1).
- Real, K., Bramson, R., & Poole, M.S. (2009). The Symbolic and Material Nature of Physician Identity : Implications for Physician-Patient Communication. *Health Communication, 24*, 575-587.
- Reddy, M. J. (1994). The conduit metaphor: a case of frame conflict in our language about language. In A. Ortony (Ed.), *Metaphor and thought* (pp. 164-201). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rennie, S.C., & Rudland, J.R. (2003). Differences in medical students' attitudes to academic misconduct and reported behavior across the years—A questionnaire study. *Journal of Medical Ethics, 29*, 97-102.
- Ribeiro, M.M., Krupat, E., & Amaral, C. (2007). Brazilian medical students' attitudes toward patient-centered care. *MedicalTeacher, 29*, 1-5.
- Robb, N., & Greenhalgh, T. (2006). "You have to cover up the words of the doctor": the mediation of trust in interpreted consultations in primary care. *Journal of Health Organization and Management, 20*(5), 434-455.
- Rosenberg, E., Leanza, Y., & Seller, R. (2007). Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling, 67*(3), 286-292.
- Rosenberg, E., Richard, C., Lussier, M.-T., & Abdool, S.N. (2006). Intercultural communication competence in

- family medicine: Lessons from the field. *Patient Education and Counseling*, 61, 236-245.
- Roter, D.L., & Hall, J.A. (1993). *Doctors talking to patients/patients talking to doctors*. Westport, CT: Auburn House.
- Saleh, M., Barlow-Stewart, K., Meiser, B., & Muchamore, I. (2009). Challenges faced by genetics service providers' practicing in a culturally and linguistically diverse population: an Australian experience. *Journal of Genetic Counseling*, 18(5), 436-446.
- Sarver, J., & Baker, D. W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of General Internal Medicine*, 15(4), 256-264.
- Schwartz, P.L., & Loten, E.G. (2004). Effect of year in school on medical students' perceptions evaluated with the Cognitive Behavior Survey, Attitudes Toward Social Issues in Medicine Survey, and Learning Environment Questionnaire. *Teaching and Learning in Medicine*, 16, 3333-3344.
- Seidler, V. (1994). *Unreasonable men: masculinity and social theory*. London: Routledge.
- Shankar, P.R., Dubey, A.K., Subish, P., & Deshpande, V.Y. (2006). Attitudes of first year medical students towards the doctor-patient relationship. *Journal of Nepal Medical Association*, 45, 196-203.
- Shapiro, M. (1987). *Getting doctored: Critical reflections on becoming a physician*. Toronto, Ontario: Between the lines.
- Shibutani, T. (1961). *Society and personality. An interactionist approach to social psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sinclair, S. (1998). *Making doctors*. Oxford: Berg.
- Singy, P. & Guex, P. (2005). The interpreter's role with immigrant patients: contrasted points of view. *Communication and Medicine*, 2(1).
- Sleed, M., Durrheim, K., Kriel, A., Solomon, V., & Baxter, V. (2002). The effectiveness of the vignette methodology: A comparison of written and video vignettes in eliciting responses about date rape. *South African Journal of Psychology*, 32(3), 21-28.
- Snow, D.A., & Anderson, L. (1987). Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1336-1371.
- Snowden, L. R., & Yamada, A. M. (2005). Cultural differences in access to care. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 143-166.
- Statistique Canada. (2003). *Enquête sur la diversité ethnique: portrait d'une société multiculturelle*. Ottawa: Statistique Canada.
- Steen, G.J., Dorst, A.G., Herrmann, J.B., Kaal, A.A., Krennmayer, T., & Pasma, T. (2010). *A method for linguistic metaphor identification : From MIP to MIPVU*. Amsterdam : John Benjamins Publishing.
- Stets, J.E., & Burke, P.J. (2003). A sociological approach to self and identity. In M.R. Leary & J.P. Tangney (Eds), *Handbook of self and identity* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.
- Street, R.L. (2001). Active patients as powerful communicators: In W.P. Robinson & H. Giles (Eds), *The new handbook of language and social psychology* (pp. 541-560). Chichester, UK: Wiley.
- Sveningsson, S., & Alvesson, M. (2003). Managing managerial identities: Organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations*, 56(10), 1163-1193.
- Triandis, H.C., McCusker, C., & Hui, C.H. (1990). Multimethod probes of individualism and collectivism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1006-1020.
- Tribe, R., & Lane, P. (2009). Working with interpreters across language and culture in mental health. *Journal of Mental Health*, 18(3), 233-241.
- Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Medical students' attitudes toward patient-centered care: A longitudinal survey. *Medical Education*, 41, 146-153.
- Ubel, P.A., Jepson, C., & Silver-Isenstadt, A. (2003). Don't ask, don't tell: A change in medical student attitudes after obstetrics/gynecology clerkships toward seeking consent for pelvic examinations on an anesthetized patient. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 188, 575-579.
- Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Adair, C., & Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: cross-

- provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 614-619.
- Vijver, F.J.R. van de, & Breugelmans, S.M. (2009). Research Foundations of Cultural Competency Training. In R.H. Dana & J. Allen (Eds), *Cultural competency training in a global society* (pp.117-133). New York: Springer.
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Morales, L. S., Spritzer, K., Marshall, G. N., & Hays, R. D. (2004). Health plan effects on patient assessments of Medicaid managed care among racial/ethnic minorities. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 136-145.
- Weech-Maldonado, R., Morales, L. S., Elliott, M., Spritzer, K., Marshall, G., & Hays, R. D. (2003). Race/ethnicity, language, and patients' assessments of care in Medicaid managed care. *Health Services Research*, 38(3), 789-808.
- West, L. (2003). Challenging gender: men, masculinities and lifelong learning. In B. Dybbroe & E. Olaguier (Eds), *Challenging gender in lifelong learning: european perspectives* (pp.79-95). Roskilde: Roskilde University Press.
- Wolf, T.M., Balson, P.M., Faucett, J.M., & Randall, M. (1989). A retrospective study of attitude change during medical school. *Medical Education*, 23, 19-23.
- Woloschuk, W., Harasym, P.H., & Temple, W. (2004). Attitude change during medical school: a cohort study. *Medical Education*, 38, 522-534.
- Woloshin, S., Bickell, N. A., Schwartz, L. M., Gany, F., & Welch, H. G. (1995). Language barriers in medicine in the United States. *JAMA*, 273(9), 724-728.
- Yarnold, P.R., Bryant, F.B., Nightingale, S.D., & Martin, G.J. (1996). Assessing physician empathy using the Interpersonal Reactivity Index : A measurement model and cross-sectional analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 207-221.





# Annexe

## Grille d'entretien pour les focus groupe de la recherche « vignettes » - FQRSC

### **Accueil**

Bonjour. Merci de prendre le temps de participer à ce projet. Mon nom est Yvan Leanza. Je suis professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval. Je vous présente Karine Laforest, étudiante au doctorat en psychologie qui m'assiste sur ce projet.

Je suis spécialiste des questions interculturelles en santé et aujourd'hui je vous propose de participer à une recherche que l'on peut qualifier de recherche-pédagogique puisqu'avec le procédé de recherche vous allez avoir l'occasion de réfléchir à une pratique particulière, le travail avec interprète.

La recherche a été approuvée par le comité d'éthique du CSSS et est subventionnée par le FQRSC. Elle consiste en répondre à un bref questionnaire et en environ 90 minutes de discussion à partir de vignettes vidéo conçues pour la recherche avec l'aide de médecins et d'autres collègues.

Que vous ayez ou non déjà travaillé avec un interprète n'est pas important, je souhaite que chacun ici puisse s'exprimer sur chaque question, même si personnellement vous n'avez pas cette expérience. Si ce n'est pas encore fait, vous allez certainement devoir le faire une fois ou l'autre dans votre carrière. C'est intéressant pour moi de connaître votre pratique et vos idées afin d'aider à concevoir des formations dans le futur et de faire avancer la science.

### **Administration des formulaires**

Je vous laisse prendre connaissance du formulaire de consentement et je suis disponible pour répondre à vos questions avant de commencer, si vous acceptez de participer.

### **« Consentement éclairé »**

Je vous remercie d'avoir accepté. Pour commencer je vous demande de bien vouloir remplir ce questionnaire.

### **« Questionnaire sociodémographique »**

### **Passation (début de l'enregistrement)**

- Je le répète, que vous ayez ou non déjà travaillé avec un interprète n'est pas important. Mon intérêt va à vos idées sur le travail avec interprète.
- Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse ou réaction à mes questions ou aux vignettes.
- Il ne s'agit pas d'un sondage. Je procéderai donc par questions ouvertes auxquelles vous êtes invités à réagir le plus spontanément possible. Tentez d'expliquer vos réponses en allant au-delà de oui ou non, et en expliquant vos perceptions, pensées, sentiments, ...
- Je ne cherche pas à obtenir un consensus de votre part. Chacun peut exprimer son opinion même si elle ne va pas dans le même sens que celles des autres. Soyez à l'aise de dire votre accord avec d'autres, d'ajouter votre grain de sel mais aussi pour dire votre désaccord, dans le respect évidemment.
- Je souhaite que toutes et tous s'expriment et cela le plus spontanément possible, mais pour éviter que tout le monde parle en même temps, je vous demanderai de me faire signe pour prendre la parole (on ne suit pas le code Morin, ne vous inquiétez pas !). Comme le temps est tout de même limité, soyez précis et

concis. Je ne vais forcer personne, mais je me permets d'aller chercher les opinions de certains et calmer les élans de ceux qui parlent beaucoup.

- Le respect de la confidentialité est essentiel pour assurer la liberté d'expression de chacun. Je vous demande de garder ici ce qui se passe ici.

### **Questions d'échauffement**

J'aimerais que chacun se présente brièvement par son prénom, ou si vous le souhaitez le code qui vous a été attribué, et de me dire si vous avez déjà travaillé avec un interprète et à quelle fréquence. Sans entrer dans les détails j'aimerais que vous me disiez si cette expérience était positive, négative ou mitigée.

Merci. [Synthèse].

Avant de vous montrer la première vignette, j'ai une question générale :

- A. Qu'est-ce qu'un bon interprète ?

### **« Présentation de la première vignette »**

#### **Question introductive**

- Perspective générale
  1. Quel est votre sentiment à propos de cette situation ?

#### **Questions clés**

2. Comment se sent le médecin ?
- Les relations
    3. Comment décririez-vous la qualité des liens patient-médecin ?
    4. Dans ce cas, comment améliorer la qualité de la relation à trois ? [Comment faire une place à l'interprète ?]
  - Les rôles de l'interprète
    5. Comment décririez-vous le rôle de l'interprète ?
    6. En quoi l'interprète facilite le travail ?
    7. En quoi que l'interprète rend difficile le travail ?  
[Les tâches de communication selon le Calgary-Cambridge Framework : Initier le dialogue/la session; récolter de l'information; l'examen physique; les explications et la planification; clore la consultation; construire la relation; fournir une structure].
    8. Que faire des informations non sollicitées, biomédicales ou non, (qui pourraient être) amenées par l'interprète ?

#### **Question de clôture**

9. Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette vignette ?

### **« Présentation de la seconde vignette »**

#### **Questions introductives**

- Perspective générale
  10. Qu'est-ce qui a changé par rapport à la première situation ?
  11. Quel est votre sentiment à propos de cette situation ?

#### **Questions clés**

12. Comment se sent le médecin ?
- Les relations
    13. Comment décririez-vous la qualité des liens patient-médecin ?
    14. Dans ce cas, comment améliorer la qualité de la relation à trois ? [Comment faire une place à

l'interprète ?]

- Les rôles de l'interprète
  15. Comment décririez-vous le rôle de l'interprète ?
  16. En quoi l'interprète facilite le travail ?
  17. En quoi que l'interprète rend difficile le travail ?
  18. Que faire des informations non sollicitées, biomédicales ou non, (qui pourraient être amenées) par l'interprète ?

#### **Question de clôture**

19. Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette vignette ?
20. Aimerez-vous mentionner un autre sujet qui n'a pas été abordé à propos des interprètes en général ?

#### **« Synthèse et questions de l'assistant(e) »**

#### **Présentation des conseils de l'ASSS de Montréal**

##### **Ressource ici à Québec :**

Comment faire appel à un interprète : on s'adresse à la Banque Régionale d'Interprète Linguistique et Culturel (BRILC) située au  
915, bvd René-Levesque Ouest #110  
(418) 688-5530 9h-12h et 13h-16h30

Tarif : 35\$ pour la première heure, 25\$ pour les suivantes.

Environ 50 langues, couvertes par 10 à 40 interprètes selon les périodes.

Service téléphonique

##### **Comment travailler avec un interprète**

La série de conseils de l'ASSS de Montréal est bien, surtout par le fait qu'elle donne le sens de ses conseils, mais ce n'est pas non plus la recette à appliquer à chaque fois. Il y a même certain point sur lesquels je suis en désaccord, selon le contexte, la situation de soins. Pour moi les points importants à retenir sont :

- Cadre de travail en trois temps : avant, pendant, après
- Que faire si l'interprète n'est pas un professionnel ?
  - Évaluer rapidement la situation (triage), si c'est un problème qui peut attendre, préférez de prendre un rdv ultérieur avec un interprète professionnel.
  - Pour patient chronique qui vient avec un proche, assurez-vous que régulièrement un interprète professionnel soit présent (pas chaque fois).
  - Évitez absolument les enfants en-dessous de 12-14 ans, les inconnus de la salle d'attente ou le serveur du restaurant Vietnamien d'en face.
- Que faire pendant l'entretien :
  - Présentez l'interprète au patient et demandez-lui son accord.
  - Demandez à ce que tout soit traduit si ce n'est pas fait.
  - Faites traduire les apartés que vous avez avec l'interprète.
- Pour ce qui est des questions culturelles, c'est à vous de juger à quel point ce genre d'information vous est utile et profitable pour le patient. Mais il est certain que de prendre en compte le contexte de la plainte peut avoir un effet bénéfique, encore faut-il savoir quoi faire de ces informations...