

Intégrer un interprète dans les consultations de médecine familiale : une analyse de discours assistée par ordinateur

Yvan Leanza

Université Laval

Yvan.leanza@psy.ulaval.ca

Élias Rizkallah

Université du Québec à Montréal

Rizkallah.elias@uqam.ca

Thomas Michaud Labonté

Université Laval

thomas.michaud-labonte.1@ulaval.ca

Resumen

Exploramos las representaciones del trabajo con intérpretes entre médicos de familia en Quebec. Se organizaron *focus groups* (FG) con estudiantes de tercer año de Medicina (6, N= 22), médicos residentes (4, N= 29) y médicos en ejercicio (5, N= 47). Preparamos tres vídeos con consultas médicas con intérprete. Se presentó a cada FG dos de los vídeos, que se comentaron de forma separada. Los resultados hacen explícitos distintos discursos. Los estudiantes parecen más preocupados por la relación médico-paciente, mientras que los médicos se concentran en la información. El discurso de los residentes señala cuestiones relacionadas con la formación de la identidad. Los resultados se analizaron a la luz de la teoría de la comunicación de Habermas.

Palabras clave: intérprete; minería de textos; relación paciente-médico; salud transcultural; formación médica; consulta médica.

Abstract

We set up a research to explore representations of working with interpreters among family physicians in Quebec City. *Focus-groups* (FGs) with third year medical students (6, N= 22), residents (4, N= 29) and senior physicians (5, N= 47) were conducted. We made three video vignettes of interpreted medical consultations. Each FG was presented two of them which were separately discussed. Results show that vignettes and status did elicit different discourses. Students seem more preoccupied with the physician-patient relationship whereas seniors discuss more about information. Residents' discourse point to identity formation issues. Results are discussed in light of Habermas' communication theory.

Key words: interpreter; text mining; patient-physician relationship; cross-cultural healthcare; medical training; medical consultation

0. Introduction

Ne pas parler la langue de son médecin nuit systématiquement au processus de soin. En effet, la différence de langue entraîne, entre autres, un taux plus bas de suivis (Sarver et Baker, 2000), moins de références adéquates, des investigations diagnostiques incomplètes et inappropriées (Hampers *et al.*, 1999), un taux plus bas d'interventions préventives (Woloshin *et al.*, 1997) et une mauvaise adhésion au traitement (Karter *et al.*, 2000). En tant que migrant au Canada, il vaut mieux maîtriser l'anglais ou le français, sous peine de voir son niveau de santé général baisser fortement dans les deux premières années après l'arrivée (Pottie *et al.*, 2008).

Bien qu'a priori évidentes, les conséquences néfastes de l'absence d'une communication orale adéquate n'ont été prises au sérieux que dans les deux dernières décennies par les communautés scientifique et de la santé, alors que les importants mouvements migratoires internationaux et le plurilinguisme qui les accompagnent ne datent pas des années 1990. Il est aujourd'hui reconnu que trouver les moyens pour surmonter la différence linguistique est une nécessité éthique pour tous les intervenants en santé. Faire appel à un interprète¹ devrait être le premier de ces moyens, ce qui n'est pas sans influencer la dynamique relationnelle et par là même les échanges et constructions de sens.

Un enjeu majeur caractérise la problématique de l'interprétariat communautaire en milieu de santé aujourd'hui. Il est lié à la pratique et il est contenu dans les questions suivantes : comment les professionnels envisagent le travail avec ces « nouveaux » collègues que sont les interprètes communautaires ? Quels types de relations (de pouvoir) envisagent-ils et dans quelles circonstances ? Quels rôles accordent-ils aux interprètes avant, pendant et après l'intervention ? Quelles conceptions de la communication émergent de ces représentations du travail avec interprète ? Mieux saisir ces représentations permettra de mettre en évidence les obstacles et les « bonnes pratiques » et, par là, de penser des formations qui conduiront à un partenariat et des soins de plus grande qualité. Il nous semble essentiel de différencier les représentations en fonction du niveau d'expérience des professionnels. C'est ainsi que nous avons développé un projet pour répondre à la question de recherche suivante : comment des intervenants en médecine de différents niveaux de formation et d'expérience (étudiants, résidents et médecins expérimentés) se représentent et discutent des interprètes communautaires selon trois rôles différents joués par ces derniers lors d'une même entrevue clinique ?

¹ Le terme « interprète » est utilisé au masculin afin d'alléger le texte, bien que nous reconnaissons que cette activité est menée en grande majorité par des femmes.

1. Les rôles de l'interprète

La littérature a montré la grande variabilité des rôles de l'interprète en milieu médical (Leanza, 2005 ; Rosenberg, Leanza et Seller, 2007 et 2008 ; Leanza, Boivin et Rosenberg, 2010). Non seulement l'interprète se doit de faire passer un discours d'une langue à une autre (les rôles linguistiques), mais il peut aussi ajouter, omettre ou transformer une partie de ce texte et ainsi se positionner comme expert du Monde vécu (en allemand *Lebenswelt*) ou expert du Système, les deux milieux d'action décrits dans la théorie de l'agir communicationnel de Jürgen Habermas (1987). Le Système est caractérisé par l'agir stratégique qui est régulé selon l'efficacité et les résultats visés (et obtenus). L'évolution du Système exclut toute discussion, qui est comprise comme un échange symétrique incluant les intérêts et jugements de chacun des acteurs en présence, et s'effectue indépendamment de la volonté de ces acteurs. Le Monde vécu est le lieu de l'interaction quotidienne où les acteurs s'accordent, par la discussion, sur les fins à poursuivre. Il est caractérisé par l'agir communicationnel dont l'objectif est d'interpréter collectivement une situation afin d'adhérer librement à une compréhension et une ligne d'action communes (Habermas, 1987 ; Scambler, 2001).

Comme représentant du Monde vécu, l'interprète est en mesure de transmettre des informations d'ordre socioculturel, d'intervenir comme médiateur si un conflit de valeur survient entre patient et intervenant ou encore de prendre fait et cause pour le patient et le défendre comme un avocat. Pour ce qui est des rôles du Système, l'interprète intervient en soutenant le discours de l'institution de santé. À ce titre, il peut renforcer ce qui a été dit par l'intervenant ou encore, avec ou sans l'assentiment de l'intervenant, prodiguer des conseils, expliquer des routines médicales ou poser des questions supplémentaires à propos de la santé du patient. Cantonner l'interprète dans un rôle « neutre » de « machine à traduire », une métaphore parfois employée pour le désigner, c'est nier non seulement qu'il est dans la position complexe d'intermédiaire linguistique qui nécessite une mobilité, une oscillation des rôles (Brisset, Leanza et Laforest, 2013), mais surtout qu'il est un être humain dans une relation et qu'il doit nécessairement faire des choix pour que le sens du discours passe d'une langue à l'autre, d'un monde à l'autre.

Il nous semble évident que l'intégration d'interprètes dans les processus de soin nécessite, outre du temps, des formations. Ces formations devraient être destinées aussi bien aux intervenants qu'aux interprètes pour les aider à construire une forme de collaboration fructueuse. Au Québec, bien qu'il existe un système chapeauté par les agences de santé régionale (gouvernement), les « banques régionales » pour faciliter l'accès aux interprètes, les formations sont rares ou inexistantes. Seuls les interprètes membres de ces banques doivent suivre quelques dizaines d'heures de cours (et sont testés seulement sur leurs compétences linguistiques), mais les intervenants n'ont pas, à notre connaissance, la possibilité de se former, seuls ou en collaboration

avec des interprètes. Or, avant de concevoir une formation *ex nihilo*, nous estimions nécessaire de comprendre comment à chaque étape de leur carrière, ces intervenants conçoivent le travail avec interprète.

2. Médecins-interprètes : ce que montre la recherche

2.1. Étudiants

Peu d'études portent spécifiquement sur les étudiants en médecine et leur expérience du travail avec interprète dans l'apprentissage de leur métier. L'article de Kai *et al.* (2001) rapporte les conceptions d'étudiants à propos de la diversité socioculturelle et leur formation à travailler dans ce contexte. Ces étudiants ont une certaine conscience de la diversité et expriment des besoins en matière de formation mais manquent, selon les auteurs, de profondeur dans leurs réflexions. En effet, ils souhaiteraient connaître plus de détails de type ethnographique sur différents groupes culturels ou développer leur habileté pour travailler avec des interprètes, mais négligent la (re)connaissance de leurs propres attitudes ou les effets du racisme.

On trouve ensuite quelques recherches sur l'enseignement du travail avec interprète dans les cours de base de la formation médicale. McEvoy *et al.* (2009) introduisent le travail avec interprète dans le curriculum d'étudiants en médecine et vérifient par auto-évaluation que cet enseignement a eu un effet positif sur les étudiants sept semaines après la séance. Lie et ses collègues (2007 ; 2009 ; 2010) ont développé des instruments d'évaluation de la relation médecin-interprète-patient dans le cadre de formations par patients standardisés². Ces instruments ont été introduits dans quelques cursus de médecine (Zabar *et al.*, 2006). Ils permettent au patient et à l'interprète « standardisés », ainsi qu'à un évaluateur externe, de noter la performance de l'étudiant (Lie *et al.*, 2007 ; 2009). Utilisant cette méthode d'évaluation deux fois sur les mêmes étudiants à un an d'intervalle, Lie *et al.* (2010) montrent que les étudiants s'auto-évaluent mieux au bout d'un an, alors que les évaluateurs externes (patients, interprète et évaluateur) voient plutôt un affaiblissement de leurs performances. Les chercheurs expliquent cette régression, qui correspond aux seules habiletés associées au travail avec interprète et non à l'ensemble des habiletés de communication, par le manque de pratique et d'enseignants-modèles adéquats. Pour leur part, Kalet *et al.* (2005) ont développé un module d'enseignement par Internet, incluant des vignettes vidéo. Bien que donnant des résultats intéressants, il semble qu'une fois encore les habiletés acquises par ce moyen ne se maintiennent pas dans le temps (Lie, Bereknyei, Kalet, *et al.*, 2009).

Les résultats des études citées montrent que des formations seraient bénéfiques pour améliorer les habiletés des étudiants liées au travail avec des interprètes.

² Il s'agit d'une technique employée fréquemment en médecine, aussi bien pour l'enseignement que pour l'évaluation. Patient et, dans ce cas, interprète sont des acteurs qui jouent selon un scénario préétabli (d'où le terme standardisé) et en fonction des réactions de l'étudiant.

Or l'utilisation d'évaluateurs externes et de mesures répétées dans le temps nuancent ces résultats optimistes.

2.2. Résidents

Les recherches qui concernent les résidents, c'est-à-dire les apprentis médecins ayant terminé leurs études universitaires et qui sont dans la pratique au quotidien sous la supervision d'un « patron » ou médecin expérimenté, montrent essentiellement que ces jeunes professionnels sous-emploient systématiquement les ressources linguistiques disponibles (Burbano O'Leary, Federico et Hampers, 2003 ; Lee *et al.*, 2006 ; Yawman *et al.*, 2006). Diamond *et al.* (2009) ont cherché à comprendre pourquoi une telle tendance est observée, même lorsqu'un service d'interprétariat professionnel est disponible dans l'institution. Il semble que les résidents préfèrent « se débrouiller » (*getting by*) en employant leur propre compétence dans une autre langue ou en employant un proche du patient comme interprète. Ils pèsent d'un côté les contraintes administratives et de temps et, de l'autre, la valeur de la communication dans une situation clinique. Le sous-emploi des interprètes professionnels se trouve normalisé alors même que les participants à l'étude reconnaissent que cela entraîne une différence de traitement potentiellement préjudiciable pour la santé. Cependant, le fait d'avoir un haut niveau d'expérience dans le travail avec des interprètes ou d'avoir eu des sessions de formation sur ce sujet serait associé à un haut niveau d'efficacité dans l'utilisation d'interprètes (Thompson *et al.*, 2013). Ce résultat est similaire à ceux trouvés chez les étudiants et comporte la même limite, à savoir qu'il s'agit de mesures auto-rapportées ne témoignant pas des habiletés réelles en la matière.

2.3. Médecins

Quelques études quantitatives éparses indiquent que les médecins expérimentés, à l'instar des résidents, tendent à faire plus appel à des proches des patients qu'à des interprètes professionnels, même lorsqu'ils connaissent les différents services disponibles (Hudelson et Vilpert, 2009 ; Rose *et al.*, 2010). Ils en arrivent même, en raison de diverses contraintes institutionnelles, à justifier l'emploi d'enfants mineurs dans le rôle d'interprète pour leurs propres parents, alors que par ailleurs ils estiment que ce n'est pas adéquat pour le bon développement de l'enfant (Cohen, Moran-Ellis et Smaje, 1999). Quelques autres études qualitatives et plus récentes cherchent à saisir les conceptions des médecins à propos du travail avec interprètes³. Rosenberg *et al.* (2007) montrent que les médecins ont des discours différenciés selon que les interprètes sont des professionnels ou des membres de la famille. Ils semblent considérer

³ Il faut noter que plusieurs recherches du même ordre incluent différents professionnels de la santé, comme par exemple les travaux de Hsieh (2010) ou de Singy et Guex (2005). Si nous ne mentionnons pas leurs résultats, c'est qu'il est difficile de faire la part de ce qui appartient aux médecins par rapport aux autres intervenants (infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, employés administratifs...).

que tous les interprètes qui sont des proches du patient sont aussi des aidants naturels et agissent en fonction de cette conception sans la vérifier auprès de l'interprète. Ces mêmes médecins attendent des interprètes professionnels qu'ils agissent parfois comme médiateurs culturels, mais ils ont surtout le sentiment de perdre le contrôle de la consultation, voire de se faire exclure de l'interaction. Pour leur part, les médecins interrogés par Fatahi *et al.* (2008) pensent que les interprètes se doivent de rester un « pont d'information stable et neutre » (*a stable neutral information bridge*) entre le patient et eux. D'autres analyses portant sur la communication effective (enregistrement et analyse de consultations) montrent que les médecins sont plus enclins à interrompre la voix du Monde vécu lorsqu'elle est transmise par un interprète professionnel (Leanza *et al.*, 2010). Les résultats de Davidson (2000) vont dans le même sens. Ce sociolinguiste, après avoir analysé un ensemble de consultations interprétées, est d'avis que l'interprète professionnel se positionne comme un vigile institutionnel (*an institutional gatekeeper*), soit un agent du Système, en utilisant son pouvoir pour maintenir la consultation dans le cadre biomédical.

Un premier constat suite à cet état des lieux serait que ce n'est pas avec « plus » d'informations qu'il est possible de réduire les difficultés de communication en contexte plurilingue, mais bien en conceptualisant la communication comme un échange de significations et de construction commune d'un sens. Or, concevoir l'interprète comme une « machine à traduire » va probablement de pair avec une conception de la communication comme étant seulement une transmission d'information (relation de type émetteur-récepteur). Cette brève revue de la littérature révèle aussi la pertinence d'approfondir les représentations des médecins de leur travail avec des interprètes tout au long de leur développement professionnel.

3. Méthode

3.1. Participants

Nous nous sommes intéressés aux médecins de famille étant donné leur rôle central dans le système de santé au Québec. La méthode d'échantillonnage employée est celle des volontaires (Beaud, 2009). En effet, c'est principalement la disponibilité concomitante de plusieurs personnes pour un *focus group*⁴ qui a déterminé l'inclusion dans l'échantillon⁵. L'échantillon final de l'étude est formé de 98 personnes, dont 22 étudiants, 29 résidents et 47 médecins séniors (en exercice depuis au

⁴ L'expression « *focus group* » est utilisée en anglais dans le texte étant donné qu'elle est très répandue en recherche qualitative.

⁵ Malgré les limites de ce type d'échantillonnage, il convient de préciser que l'étude est exploratoire et que les quelques résultats faisant appel à de l'inférence statistique le font via le cadre de l'inférence combinatoire (Rouanet, Bernard et Lecoutre, 1986; Rouanet et Bert, 1998) où l'ensemble de référence (la population) reste le corpus entier de l'étude (comparaisons intra-corpus) et non tout autre corpus du même type hors de l'étude, comme via une inférence fréquentiste.

moins un an). Soixante-quatre de ces participants sont bilingues français-anglais, 23 possèdent une autre langue, essentiellement l'espagnol (20) et trois participants connaissent une 4^e voire 5^e langue. Les trois autres langues parlées sont le portugais, le créole et l'italien. Pour les autres caractéristiques de l'échantillon, voici un tableau synthétique :

	N	Groupes	Femmes	Âge moyen
Étudiants	22	6	17	25 ans
Résidents	29	4	23	29 ans
Séniors	47	5	32	43 ans
TOTAL	98	15	72	

Tableau n° 1 : Nombre de groupes, sexe et âge des participants en fonction de leur statut

3.2. Vignettes vidéo

Afin de plonger les participants dans une situation réelle et d'optimiser le potentiel d'identification, nous avons opté pour l'emploi de projections vidéo (Sleed *et al.*, 2002). Ainsi, trois vignettes vidéo ont été construites pour représenter une même situation clinique (patient, médecin et interprète en interaction) avec une variation dans le rôle de l'interprète lors de l'entrevue :

1. L'interprète répond pour le patient (patient exclu) [RPP ou vignette 2]
2. L'interprète discute avec le patient (médecin exclu) [DAP ou vignette 3]
3. L'interprète devient informateur culturel [InfC ou vignette 5]

Le contenu des vignettes a été réalisé en collaboration avec des experts pour en assurer la crédibilité culturelle et clinique. Les variations du rôle de l'interprète ont été construites à partir de nos recherches antérieures et de la littérature. Nous avons ainsi choisi trois rôles fréquemment rapportés comme problématiques (lorsque l'interprète répond pour le patient et que ce dernier est exclu de l'interaction [RPP] ; lorsque l'interprète exclut le médecin en ayant de longs échanges avec le patient sans les traduire [DAP]) ou comme suscitant le débat (l'interprète comme informateur culturel, c'est-à-dire lorsqu'il ajoute du texte pour donner des explications d'ordre culturel [InfC]). Nous ne nous étendrons pas davantage sur le contenu des vignettes parce que dans le présent texte, les principales variables d'intérêt sont le statut du participant et sa production verbale indépendamment de la vignette à laquelle il est confronté. Il est tout de même important de savoir que chaque participant a été exposé à deux des trois vignettes et non aux trois et que la vignette InfC a toujours été présentée.

3.3 Déroulement

Pour la collecte de données via des *focus groups*, ont été présents un animateur et une assistante-animatrice. Pendant chaque groupe, les étapes ci-dessous ont été suivies :

Les participants remplissent un questionnaire de données sociodémographiques. Ensuite, chacun répond oralement aux deux questions introductives (expérience antérieure positive, négative ou mitigée ? ; qu'est-ce qu'un bon interprète ?). Par la suite, la collecte des données se fait sous forme d'entretien collectif. Après le visionnement de chaque vignette (InfC et RPP ou DAP), l'animateur lance et entretient la discussion de groupe avec des questions ouvertes (p. ex. quel est votre sentiment à propos de cette situation ?) et de relances (p. ex. en quoi l'interprète facilite le travail ?). À la fin l'animateur récapitule et résume les propos. Les entretiens ont été enregistrés en audio et transcrits en s'appuyant occasionnellement sur les observations notées par l'assistante. Quinze *focus groups* ont pu être réunis. Ils se distribuent, selon les variables statut et vignette, de la manière suivante :

	Méd. séniors	Résidents	Étudiants	TOTAL
RPP	2	2	3	7
DAP	3	2	3	8
InfC	5	4	6	15
TOTAL	10	8	12	30

Tableau n° 2 : Distribution des *focus groups* en fonction du statut et des vignettes visionnées

3.4. Plans de recherche et de comparaison

Nous avons choisi la textométrie ou les statistiques textuelles pour analyser le discours recueilli. Cette forme particulière d'analyse permet, grâce aux procédures automatiques effectuées par ordinateurs, d'inclure toutes les occurrences et co-occurrences de mots ou expressions, ce que la lecture humaine ne fait pas. Cela amène un éclairage précieux sur l'ensemble du corpus qui peut être ensuite complété par une analyse thématique, plus habituelle dans ce genre d'étude.

Comme l'approche privilégiée dans cette étude est purement exploratoire et appliquée sur du matériel textuel, le plan de la présente recherche est multiple. En effet, il dépend du plan de comparaison employé au moment de chaque opération d'analyse/exploration. L'ensemble des résultats est issu d'analyses uni- ou multidimensionnelles appliquées à l'un ou l'autre des plans de comparaisons (matrices) suivants : 1) le corpus de chaque *focus group* comparé aux unités lexicales (uniternes ou pluri-termes) de l'ensemble du corpus ; 2) les unités lexicales de l'ensemble du corpus comparées au statut des participants qui les ont employées. La principale variable à expliquer est la production verbale des participants dans les *focus groups*. Pour ce qui est des autres variables explicatives (statut, vignette, ordre d'exposition aux vignettes, etc.), elles joueront selon le plan de comparaison des rôles actifs ou illustratifs⁶. Par exemple, dans le second plan de comparaison, la variable statut des participants joue-

⁶ Selon les pratiques de l'école française d'analyse de données (Lebart, Piron, Morineau, 2006), on distingue, entre autres, deux sortes de variables : actives (VA), celles qui participent activement à la formation de l'espace des variables et des individus; illustratives (VI) celles qui sont projetées a posteriori dans l'espace précédent afin de faciliter son interprétation.

ra un rôle actif alors que dans le premier plan elle aura le même statut que le reste des variables. En somme, voici la liste des variables (peu importe leur statut) et leurs modalités :

- Statuts : Étudiant, Résident et Séniors.
- Vignettes : RPP(v2), DAP(v3), InfC(v5).
- Séquences de présentations des vignettes (variantes) : v2v5, v3v5, v5v2, v5v3.

3.5. Techniques et démarche d'analyses de données : justification et agencement

Dans cette section, nous indiquerons d'abord les caractéristiques générales du processus d'analyse, ensuite nous décrirons la chaîne de prétraitement pour finalement présenter brièvement les techniques de statistiques textuelles, autant celles bidimensionnelles que celles multidimensionnelles.

Les analyses de statistiques textuelles (textométrie) utilisées dans cette étude s'inscrivent dans le cadre des pratiques françaises d'analyse du discours (Lebart, Salem et Berry, 1998) et ce faisant ont entre autres les caractéristiques épistémologiques suivantes : elles sont exploratoires et non confirmatoires dans le sens qu'il n'y pas de modèle préalablement imposé sur les données ; le procédé est itératif entre les interprétations locales et les données ; les démarches décisionnelles (passage des résultats aux interprétations) privilégient les jugements compréhensifs à l'intérieur du corpus sur la robustesse des données et sa validité externe ; la variété des analyses sur les mêmes données vise à valider par triangulation les interprétations ; une place importante est donnée à la matérialité linguistique (son occurrence) où la parole des locuteurs puise dans la langue considérée comme ressource potentielle.

Après les uniformisations et les nettoyages initiaux, l'équipe a effectué sur le corpus deux autres types de procédures de prétraitement manuelles et automatiques : d'abord des substitutions ensuite des exclusions. Le premier type se ramène à la désambiguïsation (p. ex. démarquer les homonymes), à la lemmatisation soit ramener les unités lexicales à leur forme canonique (infinitif, masculin, singulier), et à la formation de segments répétés (p. ex. «toutletemps» au lieu de «tout le temps»). Les procédures de substitutions ont été effectuées par des membres maîtrisant la langue parlée québécoise. Pour ce qui est des exclusions, elles se limitaient à filtrer les mots vides⁷ à partir d'une liste basée sur les distributions du corpus. Les procédures de substitutions et d'exclusions sont fondées sur les critères de jugement suivants : 1) le contexte d'énonciation à l'aide des procédés de concordance ; 2) la fréquence à l'aide des tris à plat ; 3) la pertinence pour la question de recherche. Cette phase de prétraitements se termine par la fixation du seuil de fréquence minimale d'une unité lexicale.

Pour exposer les techniques d'analyse, nous les diviserons selon le nombre de dimensions (variables) et non leur ordre d'exécution. En premier lieu, les techniques bidimensionnelles, surtout employées en phase de premières explorations du corpus, soit au début de la chaîne des traitements analytiques, se ramènent à comparer la variabilité de distribution d'unités lexicales pertinentes selon les différentes conditions (statut, vignette, etc.) mis de l'avant par le devis. Dans ces cas, à l'aide des logiciels

⁷ Mots outils tellement communs et fréquents qu'ils ne modifient en rien le niveau production de sens poursuivi par la question de recherche.

Lexico et T-Lab, nous avons employé des analyses de cooccurrences (binaire) avec d'abord l'indice de Jaccard comme mesure de similarité et une mesure de spécificité⁸. La première analyse permet de déterminer quelles sont les unités lexicales qui s'associent le plus avec la situation (p. ex. Résident-DAP) alors que la seconde permet de déterminer lesquelles sont typiques de ladite situation par rapport aux autres situations.

En second lieu, les techniques multidimensionnelles représentent celles qui sont les plus sophistiquées du fait qu'elles traitent suivant une chaîne de plusieurs étapes d'analyse statistiques plusieurs unités lexicales à la fois, et ce avec une granularité variable de contexte (le mot vs la phrase par rapport au corpus ou la partition). Trois techniques ont été utilisées dans cette étude : la technique des poly-cooccurrences (Martinez, 2003) avec le logiciel CooCs, l'analyse des contextes élémentaires (Reinert, 1990) avec le logiciel Alceste et le thémascope (Lebart, 1989) avec le logiciel DTM. D'abord, l'analyse des poly-cooccurrences permet de détecter des réseaux d'unités lexicales jugées pertinentes qui cooccurrent⁹ dans une même situation à un niveau de granularité donné. Ensuite, l'analyse en contexte élémentaire procède en premier lieu par un découpage de chaque *focus group* en phrases (unité de contextes élémentaires, UCE) pour former une matrice croisant les UCE avec les différentes unités lexicales. En second lieu, sur cette matrice il s'agira d'appliquer un algorithme de classification descendante hiérarchique réorganisant la matrice en plusieurs classes d'UCE permettant ainsi des univers lexicaux. Enfin, le thémascope ou analyse structurale des données consiste en plusieurs étapes, commençant d'abord par une analyse factorielle des correspondances (AFC) appliquée sur une matrice lexicale ou autres¹⁰ afin de projeter simultanément les unités lexicales et des variables actives dans un espace multidimensionnel pour situer les points du nuage les uns par rapport aux autres. Ensuite, il s'agit de sectionner le nuage en un nombre de classes en appliquant une classification mixte (hiérarchique et K-means) sur les points. Le nombre de classes est déterminé par un choix des partitions (ensemble de n classes) les plus significatives et stables. Pour outiller l'interprétation de chaque classe, les modalités des variables illustratives (p. ex. la modalité étudiant de la variable statut) sont projetées dans l'espace déjà constitué. Dans toutes ces techniques, l'analyste reste le meilleur juge pour contre-valider les résultats.

4. Résultats

4.1. Une vue globale sur l'ensemble des discours produits

Deux analyses de l'ensemble des discours des 15 *focus groups* ont été effectuées. La première soumise à Alceste donne une solution en trois classes où 71 % des UCE ont été classés. Les deux premières classes (respectivement 46,28 % et 13,73 %

⁸ L'unité lexicale i est dite spécifique positive ou caractéristique de la partie j (p. ex. les *focus groups* des étudiants) si à un seuil donné sa sous-fréquence est « anormalement élevée » dans cette partie, et inversement pour la spécificité négative. Il s'agit d'une mesure probabiliste basée sur la loi hypergéométrique (Lafon, 1980).

⁹ La poly-cooccurrence est mesurée selon le même indice de spécificité.

¹⁰ S'il n'y a pas de variables actives spécifiées, il est commun de croiser les parties du corpus avec les unités lexicales, c'est ce qui est communément appelé une table lexicale ou *Document-Term Matrix*.

des UCE) opposent les discours associés à la vignette InfC à ceux associés aux deux autres vignettes. La troisième classe (10,64 % de la variance) oppose InfC à DAP. Il semble ainsi qu'InfC suscite un discours particulier nettement distinct et parfois opposé aux autres vignettes. L'analyse thémascope avec DTM, où l'AFC a été effectué sur une table lexicale où toutes les autres variables avaient un statut illustratif, permet de préciser ce résultat. Elle aboutit à une solution en quatre groupements où les seules modalités illustratives significatives sont les vignettes. En effet, les trois premiers groupements sont associés chacun à une des vignettes et à aucune autre, autrement dit chacune des vignettes suscite un discours particulier. Le dernier groupement n'est associé qu'à un seul *focus group* (de médecins séniors) et n'a aucune variable illustrative qui le décrit significativement, probablement un groupe au discours minoritaire et marginal.

L'analyse et l'interprétation des unités lexicales sur-représentées et sous-représentées dans chacun des groupements (répertoriés grâce à DTM) permettent de mettre en évidence ce que véhicule le discours associé à chacune des vignettes. À propos de la situation DAP, il est important pour les participants *de poser des questions*¹¹. Le contexte de la vignette favorise *l'exclusion, le retrait du médecin*. Il n'aide pas à *l'exploration des croyances culturelles et à l'élaboration du traitement*. Les réactions à RPP suscitent un questionnement sur le statut de l'interprète : *il semble connaître le patient. Ils doivent être de la même famille, ce qui induit un rapport de dépendance. L'interprète membre de la famille [est ou doit être] transparent*. Dans cette situation, il ne semble pas y avoir d'intérêt/d'ouverture vers la culture, les croyances ou d'autres explications. Les unités lexicales *culture, croyance, ouverture* et *intérêt* sont sous-représentées. Dans le rôle d'InfC, l'interprète permet *d'explorer, de comprendre, d'obtenir des explications ou de s'ouvrir sur les croyances culturelles et les traitements associés. Cela ne se fait pas sans frustration et malaise*. Dans ce cas, *il n'est plus nécessaire de poser des questions, mais personne n'est exclu de l'interaction*.

Cette première analyse montre que les vignettes font bien ce pourquoi elles ont été conçues, soit susciter des réactions et représentations différenciées en fonction des rôles (changeants) de l'interprète. L'ordre de présentation des vignettes ne semble pas influencer ce discours.

4.2. Les discours selon le niveau d'expérience

Cette première série de résultats indique aussi que le statut des participants, soit leur niveau d'expérience (étudiant, résident et sénior), a un effet sur les discours produits. Cela se voit avec les analyses d'Alceste qui montrent que le statut de sénior semble plus associé au discours de InfC et le statut d'étudiant plus associé au discours sur les deux autres vignettes. Nous suivons cette piste par une analyse sur une table croisant les unités lexicales avec la variable en mode actif et le reste des variables en

¹¹ Les termes en italiques indiquent qu'ils sont tirés des discours produits dans les *focus groups*.

mode illustratif. L’AFC à l’aide du logiciel T-Lab confirme que le niveau d’expérience suscite aussi des discours différenciés. Les trois groupements résultants permettent de distinguer les discours selon le statut, chacun des groupements étant associé à un seul statut. L’analyse des axes de cette AFC vient nuancer cette première impression : il y a effectivement des discours différenciés, mais pas systématiquement. Ces discours sont parfois associés entre statuts, parfois en opposition. Malgré cette nuance, il reste intéressant de caractériser les discours des participants selon leur statut parce que la classification automatique aurait pu amener des résultats moins contrastés.

Le tableau 3 expose les unités lexicales les plus représentées dans chacun des groupements. Ces unités lexicales sont organisées en fonction de l’importance de leur appartenance à chaque groupement¹².

Quartile	Groupement 1 : Étudiants	Groupement 2 : Résidents	Groupement 3 : Seniors
1	jepense pouvoir demand+ ¹³ juste_seul ¹⁴	Avoir	moi peutêtre ilya dela lä
2	prendre relation intera+ ¹⁵ situation travail+ ¹⁶ contexte trouver idée amyg+ ¹⁷	patient interprète médecin aller parceque parler vouloir affaire estceque	cultur+ ¹⁸ voir inform+ ¹⁹ ceque consul+ ²⁰ donner probl+ ²¹ cequi devoir

¹² Ne sont retenus pour l’interprétation que les unités lexicales se trouvant dans le premier quartile ou proche de celui-ci si cela aide à faire sens.

¹³ Contient «demande_nom» (dans le sens de faire une demande) au singulier comme au pluriel et «demander», ainsi que toutes ses conjugaisons.

¹⁴ Juste dans le sens de seulement.

¹⁵ Contient «interaction» au singulier comme au pluriel et «interagir», ainsi que toutes ses conjugaisons.

¹⁶ Contient «travail» au singulier comme au pluriel et «travailler», ainsi que toutes ses conjugaisons.

¹⁷ Contient «amygdale» et «amygdalite», au singulier comme au pluriel.

¹⁸ Contient «culture» et «culturel» au singulier comme au pluriel, ainsi que «culturellement».

¹⁹ Contient «information» au singulier comme au pluriel et «informer», ainsi que toutes ses conjugaisons.

²⁰ Contient «consultation» au singulier comme au pluriel et «consulter», ainsi que toutes ses conjugaisons.

²¹ Contient «problématique» et «problème» au singulier comme au pluriel.

Quartile	Groupement 1 : Étudiants	Groupement 2 : Résidents	Groupement 3 : Seniors
	pouvoirpas		aider
	cas		moment

Tableau n° 3 : Unités lexicales associées à chacun des groupements dans l'AFC produite par T-Lab

Une interprétation « globale » du contenu de chacun de ces groupements, en retournant au texte des groupes, nous amène à penser que pour les étudiants il y a tentative d'affirmation (unité lexicale *jepense*) et un enjeu autour de la prise de pouvoir dans la relation (unités lexicales *pouvoir*, *prendre*, *relation*, *intera+*). Cette tentative d'affirmation dans la relation pourrait se faire par la pratique de poser des questions (unité lexicale *demand+*). À l'inverse, les seniors affirment clairement leur position (unité lexicale *moi*) et semblent montrer un intérêt particulier pour l'information culturelle (unités lexicales *cultur+*, *inform+*) qui pourrait être utile en consultation (unités lexicales *consul+*, *aider*). L'utilité de cette information n'est pas claire. Il pourrait s'agir aussi bien d'une information utile au diagnostic différentiel qu'à une information plus symbolique sur la qualité de la relation. L'ensemble des unités lexicales les plus significatives dans le groupement des résidents ne se laisse pas facilement interpréter. À noter qu'ils sont les seuls à mentionner les trois acteurs de la situation de façon significative (unités lexicales *patient*, *interprète*, *médecin*).

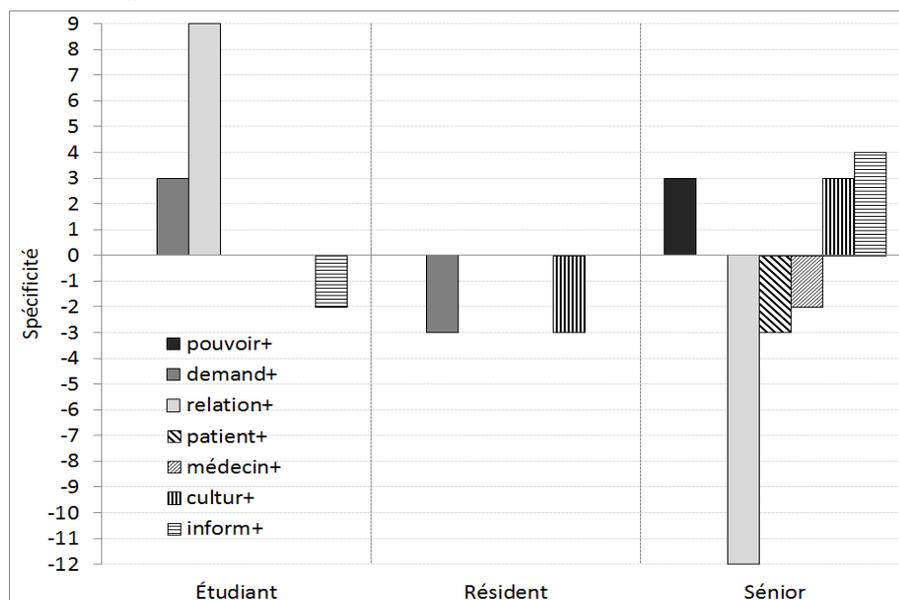
Cette première tentative d'interprétation indique qu'il y a des enjeux différents selon le statut des participants. Cependant, une analyse plus fine est nécessaire pour saisir les nuances de chacune de ces positions (et pour définir celle des résidents qui reste floue jusqu'ici). Les logiciels Lexico et Coocs sont mis ici à profit afin de préciser la distribution des unités lexicales dans les discours des trois statuts.

4.3. La spécificité des discours selon le niveau d'expérience

Le graphique 1 présente la sur- ou sous-représentation des unités lexicales choisies en fonction du statut. Les unités lexicales ont été choisies en fonction des résultats de l'AFC sur l'ensemble du corpus (effectuée avec T-Lab). Chacune des unités lexicales significatives obtenues avec cette AFC a été testée avec Lexico, groupement par groupement, afin d'en mesurer le degré de spécificité ou encore son pouvoir différenciateur entre les trois niveaux d'expérience. Le graphique 1 ne présente que les unités lexicales dont la spécificité permet de différencier le discours selon les statuts. Cette analyse est ensuite complétée avec la technique des poly-cooccurrences du logiciel Coocs qui permet de situer une unité lexicale par rapport à d'autres segments de texte, c'est-à-dire de le replacer dans son contexte tout en mesurant la distance qui le sépare d'autres unités lexicales. Pour cette analyse, les unités lexicales des deux premiers quartiles de chaque groupement sont considérées.

Le discours des étudiants est fortement marqué par les unités lexicales *relation* et *demander* et l'unité lexicale *information* en est particulièrement absente. Bien que *médecin* et *patient* n'apparaissent pas comme spécifiques au discours des étudiants,

ces deux unités lexicales sont très proches de *relation* dans les poly-cooccurrences. La relation médecin-patient est un thème important pour l'étape de formation à laquelle ils se trouvent. Ils semblent percevoir cet enjeu comme majeur dans les situations présentées, mais n'intègrent pas ou difficilement l'interprète dans cette représentation. En effet, cette unité lexicale, *interprète*, n'apparaît qu'une seule fois dans l'ensemble des poly-cooccurrences (N=75) associées à *relation*. Coocs montre aussi que l'unité lexicale *demander* est proche de *question*, *patient* et du verbe *pouvoir* (parfois au conditionnel, comme *aurait pu*) : le médecin se doit de questionner le patient, il en a la capacité (il peut le faire), mais ce n'est pas forcément pour obtenir de l'information, cela pourrait être pour établir et maintenir une certaine qualité de la relation. Ceci est le propre de toutes les professions du lien : on établit d'abord les principes pour maintenir et développer une relation de qualité avant d'intervenir dans cette relation. À nouveau l'interprète est absent de cette représentation, selon les analyses de Coocs. Il semble que pour les étudiants l'enjeu premier est la relation avec le patient. C'est cette relation qui détermine la qualité des soins et, pour améliorer cette relation, il faut questionner sans nécessairement chercher des informations.



Graphique n° 1 : Distribution des unités lexicales propres à chaque statut

Le discours des résidents est caractérisé par des absences : *demander* et *culture* sont remarquablement sous-représentés. Même si *patient*, *médecin* et *interprète* ressortaient comme associés au groupement des résidents dans l'AFC, ces unités lexicales ne ressortent pas significativement dans l'analyse Lexico²². Par contre, les poly-

²² En effet, la mesure de spécificité de Lexico compare la distribution d'une unité lexicale à travers les conditions, mais indépendamment des autres unités lexicales, ce qui n'est pas le cas avec les groupements sectionnés dans l'AFC.

cooccurrences sur *patient* et *médecin* montrent malgré tout qu'il y a une association importante entre ces unités lexicales, mais *relation* n'est plus très présent contrairement à ce qui s'observe pour les étudiants : il est davantage question d'un binôme médecin-patient que d'une relation médecin-patient. L'unité lexicale *interprète* n'apparaît pas dans ces analyses. Par contre, Coocs montre une grande proximité entre *interprète* et *rôle* et moins grande avec *demander* et *impression*. Le rôle de l'interprète est un thème probablement induit par les questions de relance de la discussion, mais il est intéressant de voir que c'est seulement chez les résidents qu'elle organise significativement le discours. La question du rôle d'un nouveau venu dans la consultation indiquerait un enjeu identitaire plus marqué : qui suis-je dans la consultation et quel est mon rôle et celui de ce nouveau joueur ? L'unité lexicale *impression* (*j'ai l'impression*) confirme le tâtonnement : ce n'est pas une certitude mais une tentative de construire du sens. L'enjeu majeur pour les résidents semble être la place de chacun dans la consultation. Cette dernière est pensée d'abord comme un binôme médecin-patient. Intégrer un interprète est délicat ou amène à se questionner sur son rôle.

Finalement, pour les médecins séniors *pouvoir* et *information* sont les enjeux. La *culture* semble importante à thématiser, mais il est a priori difficile de comprendre comment et pourquoi. Au contraire, *relation* et *patient* sont sous-employés, comme *médecin* : il semble que les protagonistes et leurs interactions sont secondaires, ce qui prime, c'est l'information obtenue. Cette unité lexicale, *information*, est associée à des verbes d'action comme chercher, donner, valider, ne pas avoir... Il y aurait agir stratégique, pour reprendre la notion habermassienne, cette forme de communication a un objectif précis : obtenir l'information nécessaire au diagnostic et au traitement. Coocs confirme l'association avec des verbes d'action tels que *donner* et *chercher*, mais aussi les verbes *aller* (je vais) et *vouloir* (je veux). L'adjectif *pertinente* (l'information) apparaît aussi. En fait, les médecins séniors veulent de l'information pertinente et vont la chercher ou font en sorte qu'elle soit donnée. Ils en ont grand besoin.

Une information pourrait être culturelle et pertinente, cela semble du moins un sujet de discussion pour les médecins expérimentés alors que les étudiants et les résidents ne le mentionnent pas. L'analyse de l'unité lexicale *culture* avec Coocs montre une proximité avec *même* et *autre*, mais pas dans les mêmes chaînes de poly-cooccurrences. *Autre* est aussi associé à *gens*, mais ces occurrences ne sont pas très fréquentes. L'interprète et le patient sont de la même culture qui est autre par rapport au médecin. Il y a constat de la différence et c'est l'autre qui est porteur de cette différence. Il y a peut-être là la marque d'une réification de la différence, qui est perçue chez l'autre et non dans le rapport à l'autre (comme une construction dans la relation). Mais cette hypothèse nécessite plus d'analyse pour être confirmée.

À noter aussi la grande fréquence de l'unité lexicale *peut-être* qui indique que les médecins séniors font beaucoup d'hypothèses explicatives, qu'ils tentent de trou-

ver des explications pour donner un sens aux situations présentées qui sont probablement éloignées de leur pratique (pour différentes raisons, comme le manque d'expérience avec un interprète).

En bref, l'enjeu pour les médecins seniors semble surtout être l'information. Cette information doit leur permettre de faire sens pour intervenir, une information pertinente. Elle est clairement manquante dans ce que présentent les vignettes. Il y a beaucoup d'énergie et d'intelligence (dans le sens général) déployées pour obtenir la bonne information. Le contrôle ou leadership dans la consultation est peut-être un autre enjeu, mais moins marqué ici : il faut garder ce contrôle. La culture est aussi un thème qui les distingue des autres statuts, mais ce n'est pas clair comment ou en quoi l'information culturelle est intéressante. Dans cette quête d'information, la relation médecin-patient et l'intégration de l'interprète dans cette relation semblent secondaires. L'interprète peut éventuellement devenir un fournisseur d'information, mais cela semble le seul rôle qu'il puisse tenir.

5. Discussion et conclusions

En résumé, il apparaît au terme de cette série d'analyses que l'enjeu premier pour les étudiants est la relation médecin-patient. Cependant, intégrer un interprète dans cette relation reste de l'ordre de l'impensé. Pour les résidents, l'enjeu majeur semble être la place de chacun dans la consultation. Intégrer un interprète amplifie un questionnement identitaire professionnel déjà prégnant. Les médecins seniors sont, pour leur part, en quête d'information. Cette information doit leur permettre de faire sens pour le diagnostic et le traitement. L'interprète pourrait aider à cette quête en tant que fournisseur d'information pertinente. Autrement dit, dans une perspective développementale, intégrer un interprète dans la consultation c'est aller à contre-courant de ce qui semble être une caractéristique majeure de la formation médicale : la transformation de la relation médecin-patient en une quête d'information et probablement une représentation de la communication comme une situation d'émission/captation d'information (et non de construction de sens). C'est la colonisation du Monde vécu par le Système, tel que Mishler (1984) l'a déjà décrit pour des consultations sans interprète. Cette hypothèse n'est pas nouvelle et d'autres travaux en attestent. Par exemple, pour Beagan (2000) non seulement la formation médicale « neutralise les différences » en supprimant symboliquement les ancrages socioculturels, de genre ou d'orientation sexuelle des futurs médecins pour les rendre tous uniformes dans un modèle identitaire « d'homme blanc hétérosexuel », mais encore la formation dispensée aux étudiants en médecine sur les questions sociales et culturelles ne donnerait aucun résultat probant dans la pratique (Beagan, 2003). D'autres, comme Coulehan et Williams (2001), estiment qu'il y a un curriculum caché dans la formation des médecins. Ce curriculum est empreint de valeurs opposées à la compassion, l'empathie et l'altruisme, les valeurs humanistes traditionnellement associées

à la médecine. Il serait très difficile de résister à la socialisation induite par ces valeurs implicites que sont l'objectivité, le détachement et l'égoïsme.

Cette hypothèse permettrait d'expliquer pourquoi les quelques études portant sur les résidents montrent un sous-emploi systématique des interprètes, même si un service d'interprétariat est présent dans l'institution. En présence d'un interprète, l'enjeu identitaire deviendrait trop important, d'où la préférence pour le « bricolage » communicationnel à l'aide du proche du patient ou de ses propres compétences linguistiques. Les étudiants sont aussi dans le processus de construction d'une identité professionnelle, ce qui inclut de saisir les subtilités de la relation médecin-patient. Dans ce processus, intégrer une autre personne que le patient à cette relation ajoute nécessairement de la complexité. Cette intégration ne peut se faire en un ou deux ateliers de formation avec des patients standardisés, d'où les résultats des études de suivi de cohortes d'étudiants. Le processus d'apprentissage devrait établir les balises nécessaires pour asseoir l'expertise médicale des futurs médecins, tout en faisant la place à une autre expertise dans la consultation. Chez les seniors la quête d'information expliquerait aussi les résultats précédents : en cas d'information non pertinente, le médecin interrompt la voix du Monde vécu. Parfois c'est l'inverse : il va établir une relation de collaboration si un proche interprétant est en mesure de lui fournir les informations pertinentes. Dans ce cas, le médecin perçoit la fonction d'interprète comme secondaire par rapport à celle d'aidant. Pour les seniors, la nécessité de garder le leadership et le contrôle se retrouve dans cette recherche, comme dans d'autres. L'enjeu identitaire se situerait plutôt dans l'affirmation d'une expertise. Pour l'exercice de cette expertise, il y a nécessité d'obtenir des informations et de garder le contrôle de l'interaction.

Outre ces enjeux autour de la place du médecin et de l'interprète, la culture et les « informations culturelles » semblent susciter un discours spécifique. À l'aune des analyses présentées dans cette contribution, il est difficile de tirer des conclusions claires à ce propos. Ce que l'on observe, c'est qu'elles semblent très présentes dans le discours des médecins expérimentés et particulièrement absentes chez les résidents. Il semble qu'une information culturelle puisse être pertinente, mais il reste à savoir en quoi. D'autres analyses du corpus sont nécessaires pour préciser comment ces thèmes sont compris et ce qu'ils suscitent comme représentations. Il s'agira de comprendre en quoi cet aspect particulier du Monde vécu peut avoir un intérêt pour les médecins et futurs médecins, et s'il y en a un, comment peut-on intégrer ce Monde vécu à la relation ? A priori, et pour aller dans le sens de l'hypothèse d'un processus de socialisation médicale excluant la différence, on peut estimer que l'intérêt pour cette information culturelle pertinente serait de l'ordre de la « recette » culturelle, qui permettrait une intervention technique prédéfinie pour un groupe culturel, plutôt qu'une information ouvrant sur le Monde vécu et permettant une nouvelle construction de sens. Mais cela reste évidemment à explorer.

Si travailler avec un interprète devient une réalité incontournable de l'intervention dans les institutions publiques des pays d'immigration, il est nécessaire de penser les activités de formation du personnel soignant, incluant les médecins, pour qu'elles amènent à l'intégration de l'interprète dans la relation sans qu'il soit perçu comme menaçant. Étant donné l'enjeu identitaire et la complexité de la dynamique communicationnelle qui résulte de la présence d'un tiers dans la consultation, ces formations ne peuvent être ponctuelles (une fois au cours du cursus des étudiants et résidents). Elles doivent être conçues dans la durée. Afin qu'elles permettent l'inclusion de l'interprète dans la représentation plutôt que son éviction, il serait souhaitable que des interprètes soient parties prenantes des formations. Par ailleurs, cette réflexion dépasse probablement le cadre du travail avec interprète. La relation d'aide, telle qu'elle est conçue sous de nombreuses formes dans les sociétés occidentales, est pensée comme un colloque singulier et clos entre un expert et un profane : tant qu'elle continuera à être pensée comme telle, il y aura problème, aussi bien avec des interprètes qu'avec des proches du « profane » ou d'autres professionnels. Toute intrusion dans ce monopole égocentrique sera perçue comme menaçante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BEAGAN, Brenda L. (2000) : « Neutralizing differences : producing neutral doctors for (almost) neutral patients ». *Social Science and Medicine* 51 (8), 1253-1265.
- BEAGAN, Brenda L. (2001) : « "Even if I don't know what I'm doing I can make it look like I know what I'm doing" : Becoming a doctor in the 1990s ». *The Canadian Review of Sociology and Anthropology* 38(3), 275-292.
- BEAGAN, Brenda L. (2003) : « Teaching social and cultural awareness to medical students : "it's all very nice to talk about it in theory, but ultimately it makes no difference" ». *Academic Medicine* 78(6), 605-614.
- BEAUD, Jean-Pierre (2009) : « L'échantillonnage », in B. Gauthier (éds.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 251-283.
- BRISSET, Camille, Yvan LEANZA et Karine LAFOREST (2013) : « Working with interpreters in health care, A systematic review and synthesis of qualitative literature ». *Patient Education and Counseling* 91(2), 131-140.
- BURBANO O'LEARY, Sonja C., Steven FEDERICO et Louis C. HAMPERS (2003) : « The truth about language barriers : one residency program's experience ». *Pediatrics* 111(5), 569-573.
- COHEN, Suzanne, Jo MORAN-ELLIS et Chris SMAJE (1999) : « Children as informal interpreters in GP consultations : pragmatics and ideology ». *Sociology of health and illness* 21(2), 163-186.
- COULEHAN, Jack et Peter C. WILLIAMS (2001) : « Vanquishing virtue : the impact of medical education ». *Academic Medicine* 76(6), 598-605.

- DAVIDSON, Brad (2000) : « The interpreter as institutional gatekeeper : the social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse ». *Journal of Sociolinguistics* 4(3), 379-405.
- DIAMOND, Lisa C., Yael SCHENKER, Leslie CURRY, Elizabeth H. BRADLEY et Alicia FERNANDEZ (2009) : « Getting by : underuse of interpreters by resident physicians ». *Journal of General Internal Medicine* 24(2), 256-262.
- FATAHI, Nabi, Mikael HELLSTROM, Carola SKOTT et Bengt MATTSSON (2008) : « General practitioners' views on consultations with interpreters : a triad situation with complex issues ». *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 26(1), 40-45.
- HABERMAS, Jürgen (1987) : *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris, Fayard.
- HAMPERS, Louis C., Susie CHA, David J. GUTGLASS, Helen J. BINNS et Steven E. KRUG (1999) : « Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department ». *Pediatrics* 103(6), 1253-1256.
- HATTON, Diane C. et Teresa WEBB (1993) : « Information transmission in bilingual, bicultural contexts : a field study of community health nurses and interpreters ». *Journal of Community Health Nursing* 10(3), 137-147.
- 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.
- HUDELSON, Patricia et Sarah VILPERT (2009) : « Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients : a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices ». *BioMed Central Health Services Research* 9(187) [en ligne : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-187.pdf> ; 28/12/2013].
- KAI, Joe, Ruth BRIDGEWATER et John SPENCER (2001) : « "Just think of TB and Asians, that's all I ever hear" : medical learners' views about training to work in an ethnically diverse society ». *Medical Education* 35(3), 250-256.
- KALET, Adina L., Debjani MUKHERJEE, Karla FELIX, Sarah E. STEINBERG, Martin NACHBAR, Amy LEE, Joytsna CHANGRANI et Francesca GANY (2005) : « Can a web-based curriculum improve students' knowledge of, and attitudes about, the interpreted medical interview ? ». *Journal of General Internal Medicine* 20(10), 929-934.
- KARTER, Andrew J., Assiamira FERRARA, Jeanne A. DARBINIAN, Lynn M. ACKERSON et Joe V. SELBY (2000) : « Self-monitoring of blood glucose : language and financial barriers in a managed care population with diabetes ». *Diabetes Care* 23(4), 477-483.
- LABUN, Evelyn (1999) : « Shared brokering : the development of a nurse/interpreter partnership ». *Journal of Immigrant Health* 1(4), 215-222.
- LAFON, Pierre (1980) : « Sur la variabilité de la fréquence des formes dans un corpus ». *Mots*, 1, 127-165.
- LEANZA, Yvan (2005) : « Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers ». *Interpreting* 7(2), 167-192.
- LEANZA, Yvan (2008) : « Community Interpreter's Power. The Hazards of a Disturbing Attribute ». *Curare* 31(2), 211-220.
- LEANZA, Yvan (2011) : *Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel. Une approche complémentariste du rapport institutionnalisé à l'Autre*. Genève, Georg éditeur.

- LEANZA, Yvan et Isabelle BOIVIN (2007) : « Interpréter n'est pas traduire. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire », in M. A. Broyon, *Actes en ligne du colloque international : L'éducation en contextes pluriculturels : la recherche entre bilan et prospectives* [en ligne : <http://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocSSRE/07%20GE/LeanzaY-BoivinI.pdf> ; 28/12/2013].
- LEANZA, Yvan, Isabelle BOIVIN et Ellen ROSENBERG (2010) : « Interruptions and resistance : A comparison of medical consultations with family and trained interpreters », *Social Science & Medicine* 70(12), 1888-1895.
- LEBART, Ludovic (1989) : « Stratégies du traitement des données d'enquêtes ». *La revue de Modulad* 3, 21-29.
- LEBART, Ludovic, André SALEM et Lisette BERRY (1998) : *Exploring textual data*. Dordrecht/Boston, Springer.
- LEE, Karen C., Jonathan P. WINICKOFF, Minah K. KIM, Eric G. CAMPBELL, Joseph R. BETANCOURT, Elyse R. PARK, Angela W. MAINA et Joel S. WEISSMAN (2006) : « Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters : a national survey ». *The Journal of American Medical Association* 296(9), 1050-1053.
- LIE, Désirée, Sylvia BEREKNEYI, Adina KALET et Clarence H. BRADDOCK (2009) : « Learning outcomes of a web module for teaching interpreter interaction skills to pre-clerkship students ». *Family Medicine* 1(4), 234-235.
- LIE, Désirée, Sylvia BEREKNEYI, Clarence H. BRADDOCK, Jennifer ENCINAS, Susan AHEARN et John R. BOKER (2009) : « Assessing medical students' skills in working with interpreters during patient encounters : a validation study of the Interpreter Scale ». *Academic Medicine*, 84(5), 643-650.
- LIE, Désirée, Sylvia BEREKNEYI et Charles P. VEGA (2010) : « Longitudinal development of medical students' communication skills in interpreted encounters ». *Education for Health (Abingdon)* 23(3), 466.
- LIE, Désirée, John BOKER, Sylvia BEREKNEYI, Susan AHEARN, Charlotte FESKO et Patricia LENAHAN (2007) : « Validating measures of third year medical students' use of interpreters by standardized patients and faculty observers ». *Journal of General Internal Medicine* 22(2), 336-340.
- MARTINEZ, William (2003) : « Contribution à une méthodologie de l'analyse des cooccurrences lexicales multiples dans les corpus textuels ». Mémoire de thèse sous la direction d'André Salem, Université de Sorbonne Nouvelle.
- MCEVOY, Mimi, Maria Teresa SANTOS, Maria MARZAN, Eric H. GREEN et Felise B. MILAN (2009) : « Teaching medical students how to use interpreters : a three year experience ». *Medical Education Online* 14(12). [en ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779621> ; 28/12/2013].
- MISHLER, Elliot George (1984) : *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood, Ablex Publishing Corporation.
- MONROE, Alicia D. et Taraneh SHIRAZIAN (2004) : « Challenging linguistic barriers to health care : Students as medical interpreters ». *Academic Medicine* 79(2), 118-122.
- POTTIE, Kevin, Edward Ng, Denise SPITZER, Alia MOHAMMED et Richard GLAZIER (2008) : « Language proficiency, gender and self-reported health : an analysis of the

- first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada ». *Canadian Journal of Public Health* 99(6), 505-510.
- PRATT, Michael G., Kevin W. ROCKMANN et Jeffrey B. KAUFMANN (2006) : « Constructing professional identity : The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents ». *Academy of Management Journal* 49, 235-262.
- REINERT, Max (1990) : « *Alceste*, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application : *Aurelia* de Gérard de Nerval ». *Bulletin de méthodologie sociologique* 26(1), 24-54.
- RODRIGUEZ, Fatima, Amy COHEN, Joseph R. BETANCOURT et Alexander R. GREEN (2011) : « Evaluation of medical student self-rated preparedness to care for limited English proficiency patients ». *BioMed Central Medical Education* 11(26). [en ligne : <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/26> ; 28/12/2013].
- ROSE, Danielle E., Diana M. TISNADO, Jennifer L. MALIN, May L. TAO, Melinda A. MAGGARD, John ADAMS, Patricia A. GANZ et Katherine L. KAHN (2010) : « Use of interpreters by physicians treating limited English proficient women with breast cancer : results from the provider survey of the Los Angeles Women's Health Study ». *Health Services Research* 45(1), 172-194.
- ROSENBERG, Ellen, Yvan LEANZA et Robbyn SELLER (2007) : « Doctor-patient communication in primary care with an interpreter : Physician perceptions of professional and family interpreters ». *Patient Education and Counseling* 67(3), 286-292.
- ROUANET, Henry, Jean-Marc BERNARD et Bruno LECOUTRE (1986) : « Nonprobabilistic Statistical Inference : A Set-Theoretic Approach ». *The American Statistician* 40(1), 60-65.
- ROUANET, Henry et Marie-Claude BERT (1998) : « Introduction to Combinatorial Inference », in H. Rouanet, J.-M. Bernard, M.-C. Bert, B. Lecoutre, M.-P. Lecoutre et B. L. Roux (éds.), *New ways in statistical methodology : from significance tests to Bayesian inference*. Bern/New York, Peter Lang, 97-122.
- SARVER, Joshua et David W. BAKER (2000) : « Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit ». *Journal of General Internal Medicine* 15(4), 256-64.
- SCAMBLER, Graham (2001) : *Habermas, critical theory and health*. London, Routledge.
- SINGY, Pascal et Patrice GUÉX (2005) : « The interpreter's role with immigrant patients: contrasted points of view ». *Communication & Medicine* 2(1), 45-51.
- SLEED, Michelle, Kevin DURRHEIM, Anita KRIEL, Vernon SOLOMON et Veronica BAXTER (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.
- THOMPSON, Darcy A., Raquel G. HERNANDEZ, John D. COWDEN, Stephen D. SISSON et Margaret MOON (2013) : « Caring for patients with limited English proficiency : are residents prepared to use medical interpreters? ». *Academic Medicine* 88(10), 1485-1492.

- WOLOSHIN, Steven, Lisa M. SCHWARTZ, Steven J. KATZ et H. Gilbert WELCH (1997) : « Is language a barrier to the use of preventive services ? ». *Journal of General Internal Medicine* 12(8), 472-477.
- YANG, Chwan-Fen et Ben GRAY (2008) : « Bilingual medical students as interpreters. What are the benefits and risks ? ». *New Zealand Medical Journal* 121(1282), 15-28.
- YAWMAN, Daniel, Scott MCINTOSH, Diana FERNANDEZ, Peggy AUINGER, Marjorie ALLAN et Michael WEITZMAN (2006) : « The use of Spanish by medical students and residents at one university hospital ». *Academic Medicine* 81(5), 468-473.
- ZABAR, Sondra, Kathleen HANLEY, Elizabeth KACHUR, David STEVENS, Mark D. SCHWARTZ, Ellen PEARLMAN, Jennifer ADAMS, Karla FELIX, Mack LIPKIN, Jr. et Adina KALET (2006) : « "Oh ! She doesn't speak English !" Assessing resident competence in managing linguistic and cultural barriers ». *Journal of General Internal Medicine* 21(5), 510-3.