

publications

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne

SÉRIE DE PUBLICATION
DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
NUMÉRO 12

LA COMMUNICATION AVEC INTERPRÈTE DANS L'INTERVENTION À DOMICILE

Louise Tremblay,
Michèle-Isis Brouillet,
Jacques Rhéaume
et Marie-Emmanuelle Laquerre

novembre 2006

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
CSSS DE LA MONTAGNE
5700, chemin de la côte-des-Neiges
Montréal, Québec
H3T 2A8

514 731-8531, poste 2340
crf_clsccdn@ssss.gouv.qc.ca

ISBN 2-922748-50-2
Dépôt légal - Bibliothèque du Canada, 2006
Dépôt légal - Bibliothèque du Québec, 2006
Conception graphique et mise en page: Jeanne-Marie Alexandre

©Tous droits réservés
Centre de recherche et de formation
CSSS de la Montagne

SÉRIE DE PUBLICATION DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION

Depuis juin 1999, le Centre de recherche et de formation publie une série intitulée «*Série de publication du Centre de recherche et de formation*» qui reprend les rapports de recherche, les comptes rendus de colloques ou autres textes extraits de travaux en lien avec sa thématique principale «Services de santé et services sociaux de première en contexte pluriethnique». Cette thématique soutient la pertinence à considérer la pluriethnicité du territoire comme milieu spécifique de l'intervention. Elle répond en priorité au souci d'utilité concrète pour les interventions sanitaires et sociales du CSSS de la Montagne et de ses partenaires compte tenu de la diversité des origines ethniques et culturelles de la population des quartiers qu'ils desservent et des questions qui lui sont inhérentes.

Série de publications du Centre de recherche et de formation :

- *Pratiques infirmières en milieu pluriethnique – volet 1 – Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique* – Marguerite Cognet, Jocelyne Bertot, Yves Couturier, Jacques Rhéaume, Barbara Fournier - **Numéro 11, septembre 2005.**
- *Empowerment et femmes immigrantes. Projet de diffusion des connaissances. Rapport* – Jacques Rhéaume, Ginette Berteau, Brigitte Côté, Danielle Durand - **Numéro 10, octobre 2003.**
- *Young refugees seeking asylum: the case of separated youth in Quebec* - Catherine Montgomery – **Numéro 9, 2003.**
- *Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes; l'excision et l'infibulation Situation actuelle et perspectives d'avenir* - Vissandjée Bilkis, Ndjeru Radegonde, Kantiébo Mireille - **Numéro 8, juillet 2001.**
- *La violence conjugale en contexte interculturel : facteurs liés à la persévérance des femmes des communautés ethnoculturelles dans l'intervention en service social* - My Huong Pham Thi - **Janvier 2001**
Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique. Bilan critique de recherche 1997 – 2000- Marguerite Cognet - **Numéro 7, mars 2001.**
- *La sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique* - Jacques Rhéaume, Robert Sévigny, Louise Tremblay - **Numéro 6, novembre 2000.**
- *Les enjeux pour l'intervention : La pauvreté dans un quartier multiethnique* – Catherine Montgomery, Christopher McAll, Andrea Seminario, Julie-Ann Tremblay - **Numéro 5, décembre 2000.**
- *Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux* - Deirdre Meintel, Marguerite Cognet, Annick Lenoir-Achdjian - **Numéro 4, avril 1999.**
- *La paternité aujourd'hui. Bilan et nouvelles recherches. Actes du Colloque, 66^e Congrès de l'ACFAS, Université Laval, Québec, 12 mai 1998* - Jean-François Saucier, Nathalie Dyke- **Numéro 3, mai 1998.**
- *Évaluation de l'implantation du projet Répit : quand des partenaires unissent leurs forces pour le mieux-être des familles de Côte-des-Neiges* - Pauline Carignan, Myra Piat, Bilkis Vissandjée, Denise Beaulieu, Louise Couture, Claudette Forest, Isa Iasenza, Nadia Merah, My-Huong Pham Thi, Johanne Archambault, Suzanne Descoteaux, Monique Lapointe, Michel Laporte - **Numéro 2, mars 1999.**
- *Impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigration récente et québécoise* - Vania Jimenez, Jean-François Saucier, Jacques Rhéaume
D. Marleau, Catherine Murphy, Antonio Ciampi, Brigitte Côté, Guo Tong- **Numéro 1, février 1999.**

LA COMMUNICATION AVEC INTERPRÈTE DANS L'INTERVENTION À DOMICILE

Louise Tremblay est professeure associée au département de communication sociale et publique, à l'Université du Québec à Montréal.

Michèle-Isis Brouillet est professeure au département de communication sociale et publique, à l'Université du Québec à Montréal.

Jacques Rhéaume est professeur au département de communication sociale et publique, à l'Université du Québec à Montréal, et directeur scientifique du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges.

Marie-Emmanuelle Laquerre est étudiante de troisième cycle au département de communication sociale et publique, à l'Université du Québec à Montréal.

AVANT-PROPOS

Cette recherche sur l'interprétariat en contexte de soins à domicile a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) (2001-2004). Le rapport qui suit présente ses principaux résultats.

Les auteurs tiennent à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à la recherche soit : les chefs de programme du maintien à domicile du CLSC Côte-des-Neiges, à Montréal, les intervenants qui ont accepté qu'on les accompagne, les clients visités et les membres de leur famille ainsi que les interprètes professionnels présents. Nous tenons aussi à remercier les intervenants du CLSC Nord-de-l'Île et les interprètes de la Banque interrégionale d'interprètes de l'Agence de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de Montréal, qui ont participé aux entrevues de groupe. Nous remercions, enfin, toutes les personnes qui ont traduit les lettres de consentement dans la langue des clients ainsi que les passages des interventions qui étaient dans une langue autre que le français et l'anglais.

Mots clés: Communication, communication interethnique, communication interculturelle, diversité culturelle, culture et migration, communautés ethnoculturelles, services de santé, services sociaux, intervention en milieu pluriethnique, soins à domicile, soins et services d'aide à domicile, maintien à domicile, aidants naturels, interprètes, interprètes culturels, interprètes informels, interprètes formels, interprètes professionnels.

AVANT-PROPOS	ii
INTRODUCTION.....	1
1. Problématique : définition du contexte de l'intervention et de l'interprétariat	3
1.1 Les soins à domicile	3
1.2 Les services de santé, les services sociaux et l'immigration.....	5
1.3 L'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux	6
1.4 Question de recherche: l'interprétation dans les soins à domicile	9
1.4.1 La traduction dans l'intervention	9
1.4.2 Modification de la pratique des intervenants	10
1.4.3 Relations et rôles de l'interprète dans l'intervention	10
2. Cadre méthodologique: de l'activité à la pratique	12
2.1 Contexte de l'étude.....	12
2.2 Démarche méthodologique	13
2.2.1 Position méthodologique.....	13
2.2.2 Observations sur le terrain.....	14
2.2.3 Entrevues post-observations.....	17
2.2.4 Entrevues de groupe	18
2.2.5 Dimensions abordées et analyse du matériel.....	19
2.2.6 Validation du matériel.....	20
3. Présentation des résultats	21
3.1 Analyse des observations sur le terrain. Description des cas.....	21
3.1.1 Cas I. L'intervention de type empathique, axée sur la relation.....	22
3.1.2 Cas II. L'intervention de type instrumental, axée sur l'utilisation et l'achat d'équipement.....	27
3.1.3 Cas III. L'intervention de type technique axée sur l'évaluation de l'état de santé de l'usagère	32
3.1.4 Cas IV. L'intervention de type technique axée sur le fils, aidant naturel	36
3.2 Analyse des interventions observées et constatations générales.....	42
3.2.1 Les caractéristiques générales	42
3.2.2 Rencontre interethnique, allophonie de l'usager et intervention à domicile.....	43
3.3 Perceptions et représentations des intervenants	49
3.3.1 L'intervention à domicile.....	49
3.3.2 L'intervention à domicile avec interprète	51
3.3.3 Rencontre interethnique, allophonie de l'usager et soins à domicile.....	52
3.4 Perceptions et représentations des interprètes.....	62
3.4.1 Les interprètes informels.....	63
3.4.2 Les interprètes professionnels	63
4. Synthèse	71
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	78

INTRODUCTION

D'après les données du recensement de 2001, près de 500 000 personnes vivant à Montréal sont nées à l'extérieur du Canada. Environ 10 % de ceux qui n'ont ni le français ni l'anglais comme langue maternelle ne peut soutenir une conversation dans aucune de ces deux langues. Ce 10 % représente près de 3 % de l'ensemble de la population montréalaise. Le territoire de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal comptait 42 140 personnes ne pouvant soutenir une conversation ni en français ni en anglais, soit 8,4 % de l'ensemble de la population du territoire.

En contexte pluriethnique, il arrive que les intervenants de la santé et des services sociaux soient confrontés à une barrière linguistique, puisqu'ils ne peuvent s'exprimer dans la langue de leurs « clients » et que ces derniers ne contrôlent pas les deux langues de travail du Québec, soit le français ou l'anglais. Pour arriver à communiquer avec ces personnes, les intervenants font parfois appel à un membre de la famille, un ami, un voisin ou à un interprète provenant de la Banque interrégionale d'interprètes. La présence de cette troisième personne modifie la dynamique de la rencontre, puisqu'elle transforme le modèle dyadique habituel intervenant/usager en modèle triadique intervenant/usager/interprète.

Cette recherche a pour objectif d'analyser le rôle de l'interprète dans la communication intervenant-usager dans le contexte des services de première ligne offerts à la population immigrante. Ces services sont étroitement liés au bien-être de cette population, lequel découle en partie de la réussite de leur intégration à la société québécoise et canadienne. Il importe donc d'analyser cette relation intervenant-usager pour mieux la comprendre.

Dans la littérature sur l'interprétariat, peu d'études réfèrent à l'intervention à domicile. C'est pourquoi nous nous y sommes particulièrement intéressés. Nous avons donc mené une recherche exploratoire sur l'interprétariat en contexte de soins à domicile dans le dessein de mieux comprendre le rôle de chacune des parties dans l'interaction. Nous visions plus spécifiquement à caractériser la dynamique relationnelle qui s'établit dans la communication intervenant-interprète-usager en identifiant les problèmes issus de la présence d'une troisième personne pendant l'entretien ainsi qu'à analyser les stratégies discursives. Nous visions également à

identifier les perceptions des intervenants et des interprètes à la suite de l'intervention. Comment se fait l'intervention avec interprète? Qu'est-ce qui caractérise cette communication à trois? Quels sont les rôles de chacun? Ce sont des questions auxquelles nous tenterons ici d'apporter des éléments de réponse.

Nous avons utilisé différentes techniques de type qualitatif, ce qui nous semblait fondamental pour saisir, d'une part, la dynamique relationnelle en contexte d'intervention et, d'autre part, pour sonder les perceptions et les représentations des différentes parties à la suite de cette intervention. Nous avons, pour réaliser notre étude, observé des interventions à domicile qui mettaient en scène des intervenants en santé et en service social, des personnes recevant des soins ou des services sociaux – des usagers ou des clients – et des interprètes. Nous avons ensuite procédé à des entrevues post-interventions avec les interprètes et les intervenants, ce qui nous a donné accès à leurs perceptions vis-à-vis de la communication qui venait d'avoir lieu et vis-à-vis de l'intervention avec interprète en général. Nous avons, par la suite, organisé deux entrevues de groupe, une avec des intervenants du programme de maintien à domicile et l'autre, avec des interprètes professionnels. Notre but était alors de cerner, d'une manière plus générale, les perceptions et les représentations de ces deux types de professionnels en ce qui a trait à leur propre rôle et au type de relations qui s'établissent entre les partenaires en situation d'intervention à domicile nécessitant un interprète.

Nous présentons, dans la première partie, le cadre théorique qui a servi de base à l'établissement de notre problématique. Comme nous nous sommes intéressés à l'interprétariat à domicile, nous nous penchons d'abord sur ce contexte bien particulier de l'intervention et sur le contexte pluriethnique de l'intervenant. Puis, nous abordons l'interprétariat proprement dit. Dans la deuxième partie, nous exposons le cadre méthodologique que nous avons employé. Puis nous présentons, par thème, l'analyse de nos résultats.

1. Problématique : définition du contexte de l'intervention et de l'interprétariat

Intervenir en cabinet ou dans le bureau d'un intervenant et intervenir au domicile de l'utilisateur sont deux choses différentes. C'est pourquoi, avant d'aborder notre objet proprement dit, soit l'interprétariat dans l'intervention médicale et psychosociale de première ligne¹, nous voulons situer le contexte plus global de l'intervention à domicile au Québec, puisque c'est ce lieu bien particulier de l'intervention qui nous intéresse. Puis, nous jetterons un coup d'œil sur le contexte plus spécifique des services de santé et des services sociaux en situation pluriethnique.

1.1 Les soins à domicile

Les services de soins à domicile existent officiellement au Québec depuis 1962, mais ce n'est qu'en 1971, parallèlement à la création des centres locaux de services communautaires (CLSC), qu'ils seront officiellement intégrés au réseau public de services de santé et de services sociaux. La structure et le fonctionnement de ces services se sont adaptés aux divers bouleversements politiques, sociaux et économiques qui ont transformé les paramètres des soins de santé et des services sociaux depuis les 40 dernières années. Ainsi, pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et pour pallier les politiques de désinstitutionnalisation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a, entre 1988 et 1992, fait en sorte que les CLSC offrent plus de services d'aide à domicile afin de permettre aux différentes clientèles, notamment aux personnes âgées, d'être assistées dans leurs gestes quotidiens et leurs soins d'hygiène. En 1993, le réseau des CLSC s'est vu transférer la totalité des services alors qu'auparavant, les départements de santé communautaire fournissaient les soins à domicile et les centres de services sociaux étaient responsables des services d'aide comme le ménage et les repas (Roy, 1991).

Ouverts à toutes les clientèles du réseau de la santé et des services sociaux, principalement des personnes âgées en perte d'autonomie, mais également des personnes handicapées, des personnes convalescentes, des personnes souffrant de maladies chroniques ou ayant des problèmes de santé mentale et des familles en difficulté, les services de soutien à domicile, tels qu'ils se présentent aujourd'hui, se caractérisent par la diversité et la combinaison des types d'aide qui sont apportés. Mentionnons, entre autres, l'aide et l'assistance physique dans l'entretien du domicile, la

préparation des repas et les soins personnels, les soins infirmiers et médicaux, la réadaptation, l'assistance psychosociale pour l'utilisateur et ses aidants naturels vivant des situations personnelles et sociales difficiles, la médiation et la liaison avec les ressources environnantes aussi bien institutionnelles que bénévoles.

Le programme des services à domicile peut être considéré comme un « champ éclaté » (Roy, 1991: 3) dans la mesure où les intervenants impliqués — infirmiers, médecins, auxiliaires familiaux et sociaux, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes et diététistes — rencontrent une clientèle très diversifiée présentant des problématiques multiples.

Cette hétérogénéité influence les pratiques et pose divers problèmes aux intervenants. Les professionnels sont parfois dépassés par l'ampleur et la complexité des cas. Ils se voient, en outre, dans l'impossibilité de desservir adéquatement certaines clientèles. Ainsi, selon Roy (1991 ; 2003), les intervenants se sentent souvent démunis et avouent ne pas posséder l'expertise nécessaire dans certaines situations. Roy affirme de plus que la portée de leur pratique est souvent réduite en raison de la diversité des conditions et des cultures des usagers et de leur famille, ce qui entraîne des conflits de valeurs entre les intervenants des CLSC et les clientèles.

S'il existe, à même la population francophone majoritaire, une diversité de conditions et de cultures qui rendent la tâche difficile aux intervenants en soins en domicile, certains de ces problèmes peuvent être accentués lorsque des professionnels de la santé et des services sociaux interviennent auprès de personnes d'origine autre que canadienne-française ou canadienne-anglaise. Le Conseil des communautés culturelles et de l'immigration² mentionnait d'ailleurs, à la fin des années 1980, que la formation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ne les habilitait pas à rendre des services ni à agir auprès des clientèles ayant des attitudes, des valeurs, des cultures et des comportements différents de l'ensemble de la population et nécessitant des interventions plus spécialisées (Guberman et Maheu, 1997; Legault, 1991 ; 2000).

¹ Les services de première ligne sont des services de premier niveau universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs (*cf.* Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2003 : 10).

² Maintenant le Conseil des relations interculturelles.

1.2 Les services de santé, les services sociaux et l'immigration

Plusieurs études et commissions d'enquête ont permis, depuis une dizaine d'années, de mettre en lumière les nombreuses difficultés vécues par les personnes immigrantes relatives à l'accessibilité aux services sociaux et de santé (voir entre autres: Bibeau, 1987; Cohen-Emerique, 2000; Gravel et Battaglini, 2000; Guberman et Maheu, 1997). Un fait ressort : cette catégorie de la population, plus spécialement les personnes âgées, ne bénéficie pas d'un accès égal à celui dont jouit la population majoritaire, puisque de nombreux services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux sont inadaptés aux besoins particuliers des membres des communautés ethnoculturelles. Les connaissances sur les services de soins à domicile qui s'adressent aux migrants, au Québec, sont faibles, puisque la majorité des recherches qui se sont penchées sur ces soins se sont concentrées sur les clientèles d'origine canadienne-française. Les rares ouvrages traitant du sujet soulignent que les soins à domicile apportés aux personnes immigrantes sont problématiques pour de nombreuses raisons. Cette clientèle démontre, entre autres, une méconnaissance des ressources disponibles, une méfiance à l'égard des étrangers et envers les services publics (Guberman et Maheu, 1997; Legault, 2000 ; Samaoli et coll., 2000 ; Conseil des aînés, 2001).

Par ailleurs, une étude menée par Harel et coll. (1987) démontre une forte tendance de la population immigrante à dépendre davantage de la famille proche et de leur réseau d'entraide personnel que des services publics. Ainsi, qu'il s'agisse de support informel (support émotionnel, assistance dans les soins personnels, ménage et entretien) ou formel (logement, transport, services sociaux et de santé), il semble que les personnes âgées des groupes ethnoculturels préfèrent recevoir l'aide de leur famille, ou encore d'organisations ethniques ou affiliées à une église (Harel et coll., 1987; Legault, 2000).

Les difficultés de communication reliées à la présence d'une barrière linguistique sont cependant les problèmes les plus souvent évoqués par les organismes communautaires, publics et parapublics en ce qui a trait à l'intervention auprès des immigrants âgés, puisque la majorité d'entre eux ne s'exprime que dans sa langue maternelle (Guberman et Maheu, 1997). Le recours à des interprètes est, dans plusieurs cas, nécessaire pour permettre la communication (Corsellis, 2000).

1.3 L'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux

Dans les services sociaux et de santé, il arrive que les intervenants aient recours à des interprètes qui leur permettent d'entrer en relation avec leur clientèle qui ne sait s'exprimer ni en anglais, ni en français ou dans une autre langue parlée par l'intervenant. Ces interprètes assurent la médiation linguistique entre les deux langues et agissent principalement comme intermédiaires dans l'accessibilité des institutions de services (Roberts, 1995). Ils répondent à un besoin social en informant à la fois les intervenants, sur la culture des usagers, réfugiés ou immigrants, qui ne connaissent pas la société d'accueil, et les usagers, sur le système de services. Par leur présence, les interprètes permettent de négocier les décisions en ce qui a trait aux soins et de discuter de l'implantation des services de la manière la plus appropriée pour les deux parties. Ils jouent ainsi le rôle de médiateur et agissent comme interprètes culturels.

Or, souligne Katan (1999), la culture comporte trois niveaux dont le médiateur doit constamment tenir compte : a) le niveau technique (la recherche d'équivalence d'une culture à l'autre); l'aspect formel (les conventions, les rituels et les traditions, les formes de socialisation); c) l'aspect informel (les identifications, les émotions). L'interprète, passerelle entre les individus et les cultures, permet à la communication de s'établir, de se maintenir et apporte les ajustements nécessaires pour maximiser la compréhension tant de la part de l'intervenant que de l'utilisateur.

Le travail de l'interprète s'actualise dans des « espaces » qui interfèrent dans le processus communicationnel et dans les stratégies utilisées lors de l'interaction (Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, 2000³). D'abord, l'environnement. Il y a en effet des facteurs externes à l'intervention qui influencent le processus de la communication. Ensuite, des facteurs comportementaux. Toute interaction verbale s'accompagne de comportements non verbaux (des gestes, des expressions, des postures, etc.). Enfin, l'interaction est fonction des capacités des interlocuteurs en présence, de leurs connaissances, de leurs stratégies et de leurs habiletés communicationnelles. Il y a en outre les croyances, valeurs, attitudes et normes sociales qui déterminent la communication et qui sont toujours à l'œuvre dans l'intervention.

Comme le dit Rechtman (1997), s'il est fondamental de bien connaître la culture du groupe auquel appartient l'utilisateur, celui-ci est avant tout un individu spécifique qui possède sa manière propre de négocier la culture. Mais parce que la pensée se construit dans une langue donnée et que la langue est un élément explicatif important de la culture, l'interprète, médiateur culturel, est aussi un médiateur linguistique, un traducteur. Parfois, la tâche de l'interprète est davantage axée sur le code linguistique, alors que, dans certaines occasions, son travail se concentre sur la médiation culturelle. Les responsabilités inhérentes de l'interprète diffèrent dans les deux cas. Dans le premier, la responsabilité de la compréhension entre les locuteurs incombe à l'intervenant et à l'utilisateur. Dans le second, l'interprète assure le passage d'une langue à l'autre, mais aussi d'une culture à l'autre. La communication et la compréhension des locuteurs sont alors sous sa responsabilité.

Si l'interprétariat dans le monde des affaires et de la diplomatie est exercé par des professionnels, on constate que, dans les institutions de services de santé, ce travail est couramment réalisé par des non-spécialistes tels des amis ou des membres de la famille de l'utilisateur, des employés de l'institution qui connaissent la langue de l'utilisateur ou des personnes appartenant à la communauté d'origine de l'utilisateur.

La littérature concernant l'interprétariat distingue en effet différents types d'interprètes qu'elle classe en deux catégories principales soit: les interprètes formels et les interprètes informels⁴ (Pym, 1997). Les interprètes formels sont des professionnels qui ont reçu une formation et qui ont passé des tests reconnaissant leurs compétences.⁵ Les interprètes linguistiques ont pour unique tâche de traduire les propos des participants à la communication. Ils traduisent de façon simultanée ou successive, en traduisant mot à mot ou en résumant l'idée principale. Les interprètes culturels⁶ ont, quant à eux, pour fonction principale, d'expliquer les pratiques

³ Devenue, en 2004, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal et, en janvier 2006, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

⁴ Dans le même ordre d'idée, Rhéaume, Sévigny et Tremblay (2000) ont opposé les « interprètes professionnels » aux « interprètes naturels ».

⁵ Cette formation, au Québec, couvre également la culture québécoise et le fonctionnement des institutions de même que les termes techniques et cliniques propres au domaine de la santé (cf. Banque interrégionale d'interprètes, 2004).

⁶ Aussi appelés « *communitary interpreter* » (dans les provinces anglophones du Canada), « médiateur culturel » (en France) ou « interprète interculturel ». Cependant, notons que les services de Paris (250 interprètes syndiqués, 120 000 heures d'interprétation par déplacement par an) parlent d'interprète — <http://www.ism-interpretariat.com/>.

culturelles et les comportements non familiaux. En plus d'être une passerelle entre les individus et les cultures, les interprètes permettent à la communication de s'établir et de se maintenir tout comme ils apportent les ajustements nécessaires pour maximiser la compréhension tant chez l'intervenant que chez l'utilisateur. Dans certaines situations, leur travail implique la notion d'assistance au même titre que le personnel des services de santé et des services sociaux, bien que leur rôle soit considérablement différent. Notons, toutefois, que, dans le contexte de l'intervention, la responsabilité de l'interprète ne peut jamais équivaloir ou surpasser celle de l'intervenant, qui garde constamment la charge légale et éthique à la fois de l'interprète et de l'entretien (Rechtman, 1997).

Il existe à Montréal, depuis 1993, une Banque interrégionale d'interprètes⁷ qui a pour mission de favoriser l'accès des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des diverses communautés ethnoculturelles qui ne maîtrisent pas adéquatement le français ou l'anglais ou la culture québécoise, dont le système de santé et de services sociaux est un élément (Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, 1996). L'interprète en milieu social,⁸ tel que défini par la Banque interrégionale d'interprètes, est :

un professionnel qualifié qui transmet toutes les données de la communication verbale et non verbale entre des personnes de langue et de culture différentes dans la plus grande confidentialité. Il aide le client et le professionnel à comprendre les valeurs, les concepts et les pratiques culturelles de l'autre, le tout en adoptant une position de neutralité et un niveau de langage adapté à ses interlocuteurs. Sa grande force réside non seulement dans sa connaissance des langues, mais aussi dans sa capacité à établir un pont entre deux cultures. (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004a).

Les interprètes informels, appelés *ad hoc interpreters* dans la littérature anglophone, sont, quant à eux, des volontaires qui n'ont pas reçu de formation pour faire de l'interprétariat. Il s'agit d'amis

⁷ Le mandat du système de santé canadien — et québécois — étant de fournir des services équivalents en termes d'accès et de qualité aux membres de toutes les communautés (Carr, 1995), le ministère de la Santé et des Services sociaux a adopté une politique d'adaptation des services afin de les rendre plus accessibles en mettant en place des programmes qui répondent aux besoins des immigrants.

⁸ D'« interprètes culturels » les interprètes professionnels sont devenus « interprètes en milieu social ». Ce changement de terminologie relatif à l'appellation des interprètes de la Banque s'explique par la volonté de s'aligner sur l'usage en Europe francophone. Ainsi, en Europe, on parle davantage d'interprétation en milieu social, le terme « social » référant à la société civile (en Belgique, cependant, le terme « médiation culturelle » est courant). L'appellation « interprète communautaire », traduction du terme courant en anglais « community interpreter », n'a pas été retenue à cause du sens du mot « communautaire », qui peut véhiculer l'idée de bénévolat (Isabelle Hemlin, chef de service par intérim, communication personnelle, 2004).

ou de membres de la famille des usagers, d'employés bilingues de l'institution ou de bénévoles de la communauté.

La majorité des écrits concernant l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux soulignent l'importance d'utiliser un interprète professionnel comparativement à un interprète informel. De l'avis général, l'utilisation de volontaires dans l'interprétation semble constituer un point délicat et comporter des risques parce qu'ils introduisent un biais en ce qui concerne le traitement même de l'information ou la relation intervenant-interprète-usager. L'utilisation d'un membre de la famille ou d'un ami pour la traduction n'est donc pas souhaitable, puisque qu'elle peut engendrer de nombreux problèmes soit: une traduction infidèle, un non-respect de la confidentialité, une mauvaise compréhension du rôle de chacun, des biais, des distorsions, de la partialité et des conflits d'intérêt (Rees, 1996; Baker, Hayers et Puebla Fortier, 1998). Pour l'interprète formel, l'impartialité, la confidentialité et le non-filtrage des informations sont des règles à respecter.

1.4 Question de recherche: l'interprétation dans les soins à domicile

1.4.1 La traduction dans l'intervention

Qu'elle soit faite par un interprète formel ou informel, la traduction est loin d'être un exercice passif de mise en évidence des équivalences linguistiques, puisqu'elle sert avant tout à éviter les malentendus. Prise dans un sens relationnel, elle constitue un acte d'adaptation et sa qualité dépend de tous les interlocuteurs ainsi que du contexte dans lequel se situe la communication. De fait, la production d'une traduction par l'interprète est déterminée par plusieurs facteurs qui concernent à la fois les décisions prises au moment de traduire, la traduction en soi et la compréhension de cette traduction.

Traduire n'est donc pas un acte simple, même pour l'interprète formel; il s'insère dans l'acte même de la communication. S'il assure le passage d'un code à l'autre, il s'immisce aussi dans une relation, dans l'intimité de cette relation parfois. Même si l'interprète n'a pour rôle que de traduire le discours de l'intervenant et de l'utilisateur, il exerce, par cette dimension relationnelle établie avec l'utilisateur, une influence sur la situation de communication et sur le contenu même de la communication. Lorsqu'il s'agit d'un interprète formel, cette relation est plus anonyme.

Lorsque cet interprète est informel, engagé dans une relation avec l'utilisateur, il est difficile d'en faire abstraction pendant la communication.

1.4.2 Modification de la pratique des intervenants

La présence d'un interprète, formel ou informel, influence aussi considérablement le contexte de pratique des intervenants qui doivent tenir compte de la présence d'une troisième personne dans l'interaction. L'interprétariat semble d'ailleurs correspondre à une véritable modification de leur pratique, car il met en cause certains aspects de la relation professionnelle établie entre l'intervenant et l'utilisateur (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000; McAll, Tremblay et Le Goff, 1997). Bien que, comme dans toute interaction intervenant-utilisateur, les différences sociales de classe, de sexe, d'âge, d'éducation, de religion jouent un rôle important dans l'interaction qui est établie, il importe de souligner que la présence d'un interprète modifie la dynamique relationnelle ou interactionnelle: à la relation intervenant-utilisateur s'ajoutent les relations intermédiaires intervenant-interprète et interprète-utilisateur également affectées par ces relations de domination (Rechtman, 1997).

1.4.3 Relations et rôles de l'interprète dans l'intervention

La relation intervenant-utilisateur est en effet une relation de pouvoir (Erzinger, 1991). Cette relation est déterminée, expliquent Kaufert et Putsch (1997), à la fois par les forces institutionnelles, professionnelles et structurelles (les politiques en matière de santé, les programmes de soins et de services mis de l'avant par les institutions de services, les ressources financières de ces institutions et l'interprétation au niveau administratif des programmes de soins) et par des forces externes qui imposent les valeurs du groupe ou de la classe dominante dans le processus même de l'intervention. L'interprète intervient donc dans une relation où le pouvoir est inégal entre les interlocuteurs. Hatton et Webb (1993), pour leur part, identifient trois rôles que peut jouer l'interprète dans une interaction: a) l'interprète traduit mot à mot et adopte un rôle neutre et totalement invisible (ce que les auteurs appellent « modèle de la boîte noire »); b) l'interprète est considéré comme un collaborateur et est intégré à l'équipe (« modèle du triangle »); et c) l'interprète établit le contact avec l'utilisateur et tend à mener l'entretien, ce qui isole l'intervenant hors de la relation.

Lebreton (1991) suggère que le fait de partager la même langue et a fortiori d'appartenir à la même culture crée souvent une attente de solidarité plus grande de la part de l'utilisateur, attente qui place l'interprète formel ou informel dans une position délicate, puisque c'est sa loyauté communautaire ou familiale qui est sollicitée. Hatton et Webb (1993), qui ont étudié la question de l'interprétariat chez des infirmières, ont constaté que la majorité d'entre elles semblaient tendre vers une solution intermédiaire: dans les cas requérant une intervention complexe et prolongée, elles considéraient la présence des interprètes professionnels comme souhaitable. Par contre, dans une situation ponctuelle et demandant peu d'approfondissement, des interprètes volontaires pouvaient suffire. En outre, plusieurs des intervenants psychosociaux interviewés par Rhéaume, Sévigny et Tremblay (2000) considéraient les interprètes professionnels comme plus fiables.

L'interprétariat semble assurer la compréhension des échanges. Mais sa présence introduit de facto un biais certain dans la relation intervenant-usager, tout comme il existe un risque de distorsion dans le processus d'interprétation. Par ailleurs, l'intervention avec interprète est plus longue, et, comme elle implique plus d'une personne, elle occasionne des démarches supplémentaires (pour fixer un rendez-vous, par exemple) (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000; McAll, Tremblay et Le Goff, 1997). De fait, l'introduction d'un interprète complique la tâche de l'intervenant. Il ne peut plus s'appuyer sur la spontanéité des échanges pour établir le contact. En outre, le fait de passer par une tierce personne affecte également sa capacité d'empathie. Enfin, la présence de l'interprète peut sembler menaçante pour l'intervenant soit parce qu'elle le place dans une situation de dépendance, soit parce qu'elle induit parfois une perte de contrôle de l'intervention ou soit parce que l'intervenant apprend d'une personne qu'il considère comme moins qualifiée que lui sur le plan professionnel. McAll, Tremblay et Le Goff (1997: 27) ont d'ailleurs rapporté la difficulté des intervenants à travailler avec des interprètes: plusieurs considéraient en effet comme incommode la présence d'un tiers au cours de l'échange.

1.4.4 L'interprète dans l'intervention : une lutte pour un espace de parole ?

En l'absence d'interprète, la relation est dominée par la vision de l'intervenant; en accordant un rôle pivot à l'interprète, c'est celui-ci qui impose sa propre vision des services à l'utilisateur. Dans

l'interaction, l'interprète est un écoutant actif qui doit avoir son propre espace de parole (Rechtman, 1997). Par ailleurs, cet espace est parfois difficile à occuper: l'utilisateur oublie parfois de laisser du temps à l'interprète pour traduire ses propos; l'intervenant pense avoir compris la réponse de l'utilisateur et prive l'interprète de son tour de parole. Ainsi, l'interprète, troisième participant à la communication, doit lutter pour son espace au même titre que les deux autres locuteurs et recourt par conséquent à diverses stratégies communicationnelles (il interrompt l'un ou l'autre des interlocuteurs ou saisit l'occasion de parler quand elle se présente, par exemple).

Comme l'explique Pym (1997), la traduction acquiert sa valeur uniquement si elle produit un bénéfice commun, bénéfice qui ne peut survenir sans l'effort conjugué des différents interlocuteurs: celui qui émet le message, celui qui le traduit ou l'interprète et celui qui le reçoit. La production d'une traduction par l'interprète est donc déterminée par plusieurs facteurs qui concernent à la fois les décisions prises au moment de traduire, la traduction en soi et la compréhension de cette traduction.

2. Cadre méthodologique: de l'activité à la pratique

2.1 Contexte de l'étude

Dans l'optique où la communication entre un intervenant, un interprète et une personne d'origine immigrante en contexte de soins à domicile a peu été abordée, il nous est apparu intéressant de nous interroger sur la dynamique relationnelle qui s'établit entre les acteurs impliqués dans ce contexte. Nos travaux antérieurs sur l'utilisation du langage et des langues dans l'intervention (McAll, Tremblay et Le Goff, 1997) ainsi que ceux portant sur la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000) nous ont démontré que la question de la communication et de l'interprétariat était centrale pour les intervenants.

Nous souhaitons décrire et comprendre la dynamique relationnelle qui s'établit entre un intervenant de la santé ou des services sociaux (médecin, infirmier-ère, ergothérapeute, travailleur-se social-e), un usager allophone et un interprète formel ou informel en contexte de soins à domicile. En donnant la priorité à la communication avec interprète, nous désirons observer ces différents professionnels de la santé et des services sociaux en action pour examiner

et comprendre le fonctionnement des situations de communication intervenant-usager-interprète. Nous cherchons à saisir le rôle des différents éléments qui sont à l'œuvre dans l'interaction. Nous voulons à la fois comprendre l'interaction du point de vue de l'intervenant et de l'interprète. L'originalité de notre recherche tient de sa capacité à rendre compte du rôle et des stratégies de chacun dans la communication ainsi que de leurs perceptions à la suite de cette communication.

2.2 Démarche méthodologique

2.2.1 Position méthodologique

Cette recherche, exploratoire, privilégie une méthodologie qualitative mixte qui repose sur une analyse clinique et inductive. Notre méthode est axée sur la pratique et fondée sur la praxéologie (St-Arnaud, 1995), démarche structurée visant à rendre l'action consciente, autonome et efficace. Elle s'inscrit dans la science-action, qui désigne respectivement : « un savoir issu de l'action et utilisable dans l'action, une interaction axée sur l'autodétermination et un mode de pensée scientifique dans l'action » (St-Arnaud, 1995). L'action est source de connaissance et toute action est intentionnelle. En ce qui a trait aux services sociaux, la science-action s'inscrit d'abord dans la relation entre les praticiens, sur le plan de la coopération dans la poursuite de buts communs, dans la reconnaissance des champs de compétence et dans l'équilibre du pouvoir. La science-action s'applique ainsi dans la relation constante entre la théorie et la pratique. Elle consiste, dans l'intervention professionnelle, à créer les conditions requises pour que les acteurs puissent réfléchir sur leur action, en évaluer l'efficacité, en découvrir les causes et inventer des stratégies plus efficaces (St-Arnaud, 1995).

Nous avons opérationnalisé notre démarche de recherche à partir de deux approches complémentaires, soit une analyse des interventions avec interprètes et une étude de la perception des intervenants, des usagers et des interprètes. Notre analyse s'est donc fondée sur des interventions de première ligne à domicile impliquant des interprètes formels et informels, qui ont été enregistrées sur cassettes audio. Les participants à la communication (intervenants, usagers et interprètes) ont ensuite été interviewés sur l'intervention qui venait d'avoir lieu. Tout de suite après l'intervention, les personnes interviewées pouvaient plus facilement y référer (*cf.* McAll, Montgomery, Tremblay et Teixeira, 1998 ; McAll, Tremblay et Le Goff, 1997). Dans ces

entrevues semi-dirigées, nous avons mis l'accent sur leur perception de l'interprétariat dans l'intervention et sur leur vision du rôle que chacune des parties avait pris dans la discussion. L'analyse de l'interaction nous a, quant à elle, permis de dégager le cadre de significations des locuteurs (pour évaluer la distance culturelle entre l'intervenant et l'utilisateur) et d'observer les différentes stratégies discursives et relationnelles des interlocuteurs. Nous avons pu, en outre, comparer les interventions avec interprètes formels et les interventions avec interprètes informels.

2.2.2 Observations sur le terrain

Les intervenants qui ont pris part à l'étude ont été sélectionnés au CLSC Côte-des-Neiges, un établissement dont la clientèle est pluriethnique.⁹ L'unique critère de sélection était qu'ils devaient intervenir à domicile. C'est pourquoi nous nous sommes particulièrement intéressés au programme de maintien à domicile.¹⁰ Les usagers sélectionnés devaient, quant à eux, être allophones ou posséder de très faibles compétences en anglais ou en français. Nous n'avons pas tenu compte, pour le ciblage de notre échantillon, de leur origine ethnique ou de la raison de l'intervention. Ce qui était important était, en fait, l'existence d'une barrière linguistique entre l'intervenant et l'utilisateur. Les interprètes étaient, quant à eux, soient formels ou informels et devaient participer à l'intervention pour assurer la communication entre l'intervenant et l'utilisateur. Il nous a fallu compter sur d'autres interprètes formels — ou traducteurs — pour traduire les lettres de consentement pour les usagers ainsi que le discours en langue étrangère sur les bandes audio.

⁹ Le CLSC Côte-des-Neiges, situé à Montréal, dans le quartier Côte-des-Neiges, dessert une population de près de 130 000 personnes. Quarante-huit pourcent (48 %) de sa clientèle est née à l'extérieur de l'Amérique du Nord. Cette diversité se retrouve également dans les langues maternelles de la clientèle (cf. Rapport annuel du CLSC Côte-des-Neiges, 2004).

¹⁰ Le programme de maintien à domicile du CLSC Côte-des-Neiges est important : il regroupe près de 200 intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, auxiliaires familiaux). Soixante-quinze pour cent (75 %) de la clientèle de ce programme sont des personnes âgées; 14 % environ de la clientèle sont des clients ambulatoires, c'est-à-dire qui ont besoin de soins à leur sortie de l'hôpital (à la suite d'une intervention chirurgicale, par exemple). La clientèle âgée est constituée de personnes, souvent arrivées au Québec depuis 20 ou 30 ans, et qui ont appris le français ou l'anglais. Une autre partie de la clientèle sont des personnes âgées d'immigration récente, venues s'installer au Québec, à la suite de l'immigration d'un de leurs enfants (réunion des familles) (Nicole Huneault, chef du programme de maintien à domicile, communication personnelle, 2002).

Le recrutement

Nous savions, dès le départ, que le terrain que nous avons choisi comporterait certaines difficultés relatives au recrutement des usagers. Après une discussion avec la chef de programme du maintien à domicile du CLSC Côte-des-Neiges, nous avons rencontré une équipe d'intervenants (6) qui a accepté de participer à notre recherche. Malgré certaines réticences de départ, les intervenants se sont dits prêts à collaborer avec nous. La clientèle du maintien à domicile semblait, pour plusieurs d'entre eux, ne pas être la clientèle « idéale » pour une recherche comme la nôtre, puisque les intervenants en maintien à domicile font peu de demandes d'interprètes de la Banque interrégionale d'interprètes comparativement à d'autres programmes du CLSC.¹¹ N'avoir qu'un usager à cibler et savoir que les interprètes informels faisaient aussi partie de notre recherche a facilité leur consentement.

La collaboration des intervenants à notre recherche s'est montrée essentielle. Nous avons établi avec eux qu'ils devaient cibler un usager allophone qui avait recours à un interprète formel ou informel et qui était susceptible d'accepter d'être observé, enregistré et interviewé sur l'intervention que nous allions observer. Pour faciliter le contact avec les usagers, nous avons convenu que les intervenants étaient ceux qui contacteraient l'utilisateur, l'informerait du projet et obtiendraient leur consentement lors d'une rencontre précédant l'intervention avec observatrice. Ils devaient de plus leur faire signer une lettre de consentement simple, traduite au préalable dans la langue de l'utilisateur.¹² Nous avons ensuite consulté la chef de programme du Maintien à domicile qui a accepté que les contacts se fassent de cette façon et était prête à assumer les coûts reliés au recours à des interprètes formels à cette étape, si nécessaire. Un protocole de recherche simplifié a été fourni aux intervenants afin qu'ils puissent informer adéquatement l'utilisateur.

Le recrutement des usagers n'a pas été facile en raison des difficultés qu'ont eues les intervenants à trouver des usagers susceptibles de participer à la recherche. Ils ont, entre autres, invoqué qu'ils

¹¹ Le budget du Maintien à domicile du CLSC Côte-des-Neiges en ce qui a trait à l'interprétariat est faible (vs les Services courants, qui recourent aux services de la Banque d'interprètes 10 fois plus). La chef du programme signe quelques demandes d'interprètes formels par mois — trois ou quatre selon elle (Communication personnelle, 2002). En 2005, cependant, les choses semblent changer, selon elle. De plus en plus d'intervenants font des demandes d'interprètes. La part d'interprètes informels est importante en maintien à domicile (la chef de programme ne peut chiffrer cette information). Il s'agit, le plus souvent, des enfants des personnes âgées qui agissent comme interprètes.

n'avaient pas, dans leurs dossiers, d'utilisateurs qui exigeaient des interprètes formels ou informels, qu'ils jugeaient que certains cas étaient trop lourds (démence, confusion)¹³ ou trop complexes pour qu'un observateur puisse assister à la rencontre ou que les utilisateurs approchés avaient refusé de participer à l'enquête par gêne ou malaise.

Description de notre échantillon

La difficulté de recrutement, ajoutée aux contraintes de temps — le temps mis par les intervenants à trouver un utilisateur susceptible de participer à la recherche — explique, en partie, le nombre peu élevé de nos observations. Nous avons donc pu réaliser, entre mai et août 2003, cinq (5) observations qui nous ont permis d'amasser un matériel fort intéressant, puisque, outre les enregistrements audio et les notes d'observation de ces cinq interventions, nous avons cinq entrevues avec les intervenants, trois entrevues avec des interprètes et deux entrevues avec des utilisateurs. Voici en bref, la description de l'échantillon des observations *in situ* :

1. Une intervention entre une infirmière d'origine roumaine et une patiente d'origine russe. Dans ce cas, la fille de la patiente faisait office d'interprète.
2. Une intervention entre une ergothérapeute d'origine québécoise francophone et une patiente d'origine russe. Une interprète professionnelle avait été mandatée.
3. Une intervention entre une ergothérapeute d'origine québécoise francophone et une patiente d'origine sri lankaise. Un interprète professionnel avait été mandaté.
4. Une intervention mettant en scène une travailleuse sociale d'origine québécoise francophone et une patiente d'origine vietnamienne. Le fils faisait ici office d'interprète.
5. Une intervention mettant en scène un travailleur social d'origine québécoise francophone et une patiente d'origine guatémaltèque. La fille faisait office d'interprète.

Le tableau suivant résume les caractéristiques des interventions que nous avons observées :

¹² La chef de programme du Maintien à domicile du CLSC nous a informé sur les principales langues parlées par les clientes qui sont autres que le français ou l'anglais. Nous avons donc, à la suite de cette discussion, fait traduire les lettres de consentement pour les clients en tamoul, en vietnamien, en russe et en espagnol.

¹³ Rappelons que la majorité de la clientèle du programme de Maintien à domicile est composée de personnes âgées.

TABLEAU I

Description des cinq observations *in situ*

	Objectifs de l'intervention	Intervenant(e)s	Origines de la personne visitée	Interprètes	Autres personnes présentes (à part l'observatrice)
Cas I	<ul style="list-style-type: none"> Suivi médical pour: pression, œdème inférieurs et respect de la prescription médicamenteuse 	infirmière	russe	informelle <ul style="list-style-type: none"> fille 	—
Cas II	<ul style="list-style-type: none"> installation d'une barre de bain installation de barres de lit installation d'un banc de bain 	ergothérapeute	russe	professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> conjoint fil
Cas III	<ul style="list-style-type: none"> évaluation des besoins après un accident cardiovasculaire 	ergothérapeute	sri lankaise	professionnel	<ul style="list-style-type: none"> fille petits-enfants
Cas IV	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation pour placement 	travailleuse sociale	vietnamienne	informel <ul style="list-style-type: none"> fil 	<ul style="list-style-type: none"> fille infirmière privée
Cas V	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation pour placement 	travailleur social	guatémaltèque	informelle <ul style="list-style-type: none"> fille 	—

2.2.3 Entrevues post-observations

Nous avons aussi conçu un guide d'entrevue pour chacun des sujets, soit pour l'intervenant, l'interprète et l'usager (voir 2.2.6). Nous avons laissé aux participants la liberté de s'exprimer tant qu'ils le voulaient. Bien que la durée de l'entrevue n'ait pas été limitée, celle-ci variait d'une heure à une heure trente.

Pour poser les questions aux usagers, nous avons d'abord pensé faire faire les entrevues par des interprètes professionnels pour favoriser l'expression des usagers dans leur langue maternelle. Des difficultés de terrain nous ont fait modifier notre approche et privilégier le contact établi avec l'observatrice. Celle-ci a donc dirigé les entrevues à la fin de l'intervention, ce qui lui permettait

de bénéficier de la présence de l'interprète et de l'utilisateur qui avaient participé à la communication.¹⁴ Nous avons de plus profité de l'occasion pour interviewer les interprètes informels. Ce changement de stratégie s'est en fait révélé très bénéfique, puisque l'intervieweuse, ayant aussi été l'observatrice de la rencontre, a pu se référer à l'observation pour adapter ses questions. Quant aux entrevues avec les intervenants et les interprètes professionnels, elles ont été réalisées dans la journée où ont eu lieu les observations.

Il nous a été difficile de procéder aux entrevues avec les usagers et avec les interprètes informels pour plusieurs raisons. Nous avons d'ailleurs dû, en cours de recherche, abandonner l'idée d'interviewer les usagers : d'une part, la première nous a signifié sa fatigue au départ de l'intervenante, ce qui nous a incités à procéder à une entrevue très rapide par respect pour le sujet. Nous avons pu, pour cette rencontre, obtenir les commentaires de l'interprète informel. Les deux autres usagères que nous avons interrogées ont répondu très brièvement aux questions en signifiant, à chaque réponse, leur gratitude envers les intervenants et le système médical. Leurs commentaires nous ont donc apporté peu d'informations relatives à l'observation. Nous avons enfin décidé de ne pas faire les entrevues avec les deux derniers usagers et interprètes informels que nous avons observés, puisque les thèmes des visites nous semblaient trop délicats.¹⁵

2.2.4 Entrevues de groupe

À la suite de nos observations, nous avons choisi d'organiser des entrevues de groupe pour valider nos découvertes et pour pousser en profondeur certains sujets. Deux séances de discussion ont donc été menées, l'une avec des intervenants du programme de maintien à domicile, en CLSC, et l'autre, avec des interprètes professionnels de la Banque interrégionale d'interprètes. Nous voulions, au départ, utiliser cette formule pour ouvrir notre terrain à d'autres intervenants. Toutefois, nous avons choisi de procéder aux entrevues de groupe après nos observations pour mettre en perspective certaines hypothèses qui émergeaient de notre analyse (validation des résultats), mais aussi dans le but de cibler plus en profondeur les perceptions et les représentations de chacun des groupes en ce qui a trait à l'interprétariat et au travail qu'ils

¹⁴ Ajoutons que cette stratégie a facilité les entrevues puisque, d'une part, le contact était déjà établi et que, d'autre part, nous n'avions pas à demander à la tierce personne et à l'utilisateur de prévoir une autre rencontre.

¹⁵ Rappelons qu'il s'agissait de demandes de placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) par les enfants des usagers.

effectuent. Ces rencontres nous auront donc permis de renforcer certains éléments qui avaient émergé des observations sur le terrain et des entrevues individuelles avec les intervenants et les interprètes.

2.2.5 Dimensions abordées et analyse du matériel

L'analyse de notre matériel a débuté dès que nous avons eu en mains les premiers éléments de notre enquête. Nous avons parallèlement procédé à la transcription intégrale des entrevues et des observations lorsque les extraits étaient en langue anglaise et française et avons ensuite fait appel à des traducteurs pour l'espagnol, le tamoul et le russe, afin d'avoir la traduction des séquences qui étaient dans la langue maternelle de l'utilisateur.¹⁶ Nous avons aussi fait les transcriptions intégrales des deux entrevues de groupe que nous avons menées. Nous avons, au total, assemblé un matériel de plus de 400 pages.

Pour les observations, nous avons, au préalable, dressé une grille d'observation. Nous avons ainsi utilisé six (6) dimensions¹⁷ pour analyser les observations *in situ*, les interventions sur bande audio et lors des entrevues individuelles que nous avons menées avec les participants à la communication:

- l'évaluation de l'efficacité;
- la structure de la relation entre les interlocuteurs;
- les techniques de communication;

¹⁶ Tout en ayant conscience que la traduction produite pouvait présenter un biais, celui du traducteur.

¹⁷ Ces six (6) dimensions comportaient quinze (15) sous-dimensions:

1. le contexte qui a donné lieu à l'observation;
2. le positionnement des parties dans l'espace;
3. les langues utilisées pendant l'entretien;
4. le degré de compétences linguistiques de chacun des acteurs en présence;
5. les différents temps de l'entrevue;
6. la dimension matérielle;
7. le langage corporel;
8. le toucher;
9. la structure de l'entretien;
10. l'élaboration de la relation;
11. la qualité de la relation;
12. les comportements interactionnels;
13. la présence ou l'absence d'incidents critiques;
14. les sources de dysfonctionnement;

- la gestion du processus de l'intervention;
- le changement en rapport avec les champs de compétences des interlocuteurs;
- le cadre d'analyse impliquant l'ensemble de normes et de valeurs à partir desquelles un jugement est porté.

Lors des entrevues individuelles, nous avons aussi fait ressortir, pour chaque participant:

- les attentes de chacun concernant les autres parties impliquées dans la communication, la durée de l'entretien, la structure de l'entretien ;
- les objectifs de la rencontre;
- le degré de satisfaction concernant leur attitude et celle des autres parties;
- les représentations concernant leur rôle et le rôle des autres parties;
- les représentations concernant l'interprétariat;
- les représentations concernant la relation entre les trois parties.

Nous inspirant de la théorie ancrée (Glaser et Strauss, 1967 ; Paillé, 1996; Strauss et Corbin, 1990), nous avons laissé notre matériel parler de lui-même. Nous avons ainsi fait émerger, à partir de chaque transcription, les thèmes, les catégories, les sous-catégories et les dimensions reliées aux éléments d'analyse. Nous avons ensuite fait l'analyse transversale de nos données.

2.2.6 Validation du matériel

Nous avons choisi d'utiliser une approche multiméthode pour valider nos résultats. Nous avons fait dialoguer sur les mêmes objets, soit l'interprétation et les modes de communication, nos observations sur le terrain, nos entrevues individuelles et nos entrevues de groupe et l'analyse de nos données. Nous avons ainsi fait parler directement nos objets par l'intermédiaire des observations d'entretiens et des entrevues individuelles qui avaient pour objectif de faire parler les acteurs sur l'intervention qui venait d'avoir lieu. Les entrevues de groupe ainsi que les entrevues avec les intervenants et les interprètes nous ont permis d'avoir accès à leurs perceptions sur l'encadrement de la rencontre, l'interprétariat et les modes de communication en général.

Des rencontres hebdomadaires réunissant la chercheuse principale et l'agente de recherche, ainsi qu'une rencontre mensuelle incluant tous les membres de l'équipe de recherche auront permis de confronter, en adoptant une position critique, les résultats de nos analyses.

3. Présentation des résultats

Dans le but de faire ressortir les particularités de chacune des observations, nous présenterons, dans un premier temps, les résultats qui ont émergé de nos cinq observations sur le terrain. Nous décrirons, pour chacune d'entre elles, le contexte de la rencontre, le déroulement, les relations entre les parties et la façon dont se sont déroulés l'interprétariat et l'encadrement de la relation. Nous présenterons, par la suite, les caractéristiques générales de l'intervention à domicile avec interprète. Nous traiterons, dans un deuxième temps, à partir des entrevues post-interventions et des entrevues de groupe, des perceptions et des représentations des intervenants, c'est-à-dire leur vision de l'interprète et de l'interprétariat, des modes de communication avec interprète et de l'intervention à domicile. Nous nous pencherons, enfin, de la même façon, sur les perceptions et les représentations des interprètes.

3.1 Analyse des observations sur le terrain. Description des cas

Dans cette partie, nous ferons ressortir, pour chacune des cinq interventions observées, des éléments d'ordre contextuel, relationnel et communicationnel. Sur le plan contextuel, nous évoquerons les raisons de la visite au domicile de l'utilisateur et la disposition spatio-temporelle des participants à la communication. Sur le plan relationnel, nous verrons la dynamique qui s'instaure entre l'intervenant, l'utilisateur et l'interprète. Enfin, sur le plan communicationnel, nous nous pencherons sur les modes de communication, sur la présence — ou l'absence — d'encadrement dans la rencontre et sur la façon des intervenants de travailler avec des interprètes. Certains commentaires des intervenants, des interprètes et des usagers, obtenus lors des entrevues individuelles à la suite des interventions, seront inclus dans cette partie lorsqu'ils éclaireront ou expliqueront un ou des éléments de l'observation.

3.1.1 Cas I. L'intervention de type empathique, axée sur la relation

Dans cette intervention, nous avons observé que la relation d'aide ressortait davantage que la relation de service. La relation prend en effet le dessus sur l'intervention. C'est donc en raison de la primauté accordée par l'intervenante à cette relation pendant la rencontre que nous l'avons considéré comme une intervention de type empathique, axée sur la relation.

Contexte de l'intervention

Cette intervention met en scène une infirmière¹⁸, une dame âgée d'origine russe demeurant seule dans un HLM pour personnes autonomes et indépendantes de la communauté juive et sa fille. Une brève discussion téléphonique avec l'infirmière, avant la rencontre, nous a permis de connaître les raisons de la visite, ainsi que l'historique de la relation entre les trois parties. L'infirmière, qui visite cette dame âgée depuis quelques années, devait se présenter à son domicile afin d'assurer un suivi médical (prise de la pression, vérification de l'évolution d'un œdème à un membre inférieur et de la prise d'un médicament). L'intervenante et la fille de la dame — qui est souvent présente pendant les entretiens puisqu'elle fait office de lien entre l'intervenante et la patiente, tant à titre d'aidante naturelle qu'à titre de traductrice — ont convenu, par téléphone, de l'heure et de la date du rendez-vous.

Déroulement de la rencontre, relations entre les parties et encadrement de l'intervention

À notre arrivée, nous (l'infirmière et l'observatrice) sommes accueillies par la fille de la dame qui s'adresse en anglais à l'intervenante. Il est possible de remarquer l'établissement d'un lien familial entre les deux femmes puisqu'elles s'appellent par leurs prénoms respectifs.

La fille nous conduit vers une table où se trouve déjà assise sa mère. Des salutations chaleureuses s'échangent entre la patiente et l'infirmière. L'intervenante s'adresse à elle en anglais, l'appelant « Mrs X », alors que celle-ci s'adresse à l'infirmière en russe, en l'appelant par son prénom, et en lui tenant les mains. Pendant que la fille de la patiente est allée nous chercher un verre d'eau dans la cuisine, l'infirmière s'adresse en anglais, directement à la patiente, en lui posant des questions qui sont en fait des commentaires de socialisation. La fille, qui est en mesure d'entendre, de la

cuisine, traduit à sa mère les propos de l’infirmière et fait de même pour l’infirmière lorsque sa mère prend la parole.

La fille nous rejoint et s’assoit entre sa mère et l’infirmière et, dès ce moment, introduit les problèmes de vision que connaît sa mère. Après avoir écouté ses propos, l’intervenante cherche à lancer son propre agenda d’intervention et tente une entrée en matière, débutant l’entretien en s’adressant directement à la fille: *How is Mrs X ?* Celle-ci, semblant fort au courant de l’état de santé de sa mère, ainsi que de son dossier médical, en revient à son propre agenda en abordant de nouveau les problèmes de vision. En utilisant des commentaires de socialisation tels: *So, Mrs X, did you have guests today ?*, l’infirmière tente d’amener la dame âgée dans la discussion. Cette stratégie fonctionne, puisque la dame affirme en riant qu’elle ira danser pour fêter la venue de tant de visiteurs. À la suite de cet échange, l’intervenante propose de prendre le pouls de la patiente. L’infirmière en est ici à sa troisième tentative de ramener la discussion à ses propres objectifs d’intervention. D’autres commentaires de socialisation, liés à la compréhension linguistique de la dame âgée de l’interaction en anglais, forceront l’intervenante à faire une quatrième tentative pour revenir à ses objectifs.

S’ensuit une discussion sur les résultats de la prise de pression. L’infirmière, qui cherche à savoir si la dame a des symptômes reliés à sa haute pression, doit répéter plusieurs fois la même question, puisque la patiente répond de façon évasive et ce, même si les questions traduites par sa fille sont claires et fidèles aux propos de l’infirmière. Après que la dame ait mentionné qu’elle se sentait faible, la fille ajoute que sa mère a très mal dormi la nuit d’avant. L’infirmière et la fille discutent alors des sensations de froid ressenties par la dame. Bien que l’intervenante exhorte la fille de demander à sa mère si elle dort avec des bas de laine et avec des couvertures chaudes, c’est la fille qui répond à la place de sa mère. L’intervenante doit insister à trois reprises pour que la question soit traduite par la fille à la mère et que la réponse vienne de la mère.

Cette brève description, qui couvre les dix premières minutes de l’entrevue — alors que celle-ci dure 50 minutes —, nous démontre les nombreux détours pris par les trois parties (la mère, la

¹⁸ Âgée d’une quarantaine d’années, cette infirmière est originaire des pays de l’Est, et peut s’exprimer en français, en roumain et possède un anglais de base. Ayant déjà travaillé en milieu hospitalier, celle-ci travaille aux soins à domicile depuis quelques années.

filles et l'intervenante) afin d'en arriver à leur objectif respectif et les divergences de cibles des interlocutrices. Pour l'infirmière, la trame de l'entrevue se tisse autour de deux logiques, soit la logique du bien-être et la logique médicale. Alors que celle-ci tente de respecter les objectifs de son intervention en utilisant diverses stratégies (répétitions, reformulations, commentaires de socialisation, etc.), la fille de la dame âgée cherche, quant à elle, à suivre son propre « agenda », lequel tourne majoritairement autour des problèmes de vision de sa mère et d'autres problématiques qui ne sont pas censées faire l'objet de la rencontre. En plus de lui faire part de ses inquiétudes reliées à l'état de santé de sa mère, elle abordera avec l'infirmière, les divers maux de sa mère et l'entreprendra des rendez-vous de celle-ci avec l'ophtalmologiste, l'urologue, le cardiologue et le médecin généraliste. On pourrait dire, d'une certaine façon, que c'est la fille qui mène l'entrevue, puisque l'infirmière ajuste son intervention aux propos de celle-ci. La mère a, pour sa part, tendance à répondre aux questions de sa fille et de l'intervenante par des commentaires de socialisation. Elle cesse cependant de s'animer et devient plus évasive lorsqu'elle doit donner des informations d'ordre biomédical. On remarque, pendant ces épisodes, que son regard se porte soit sur sa fille ou dans le vide. Elle regarde cependant directement l'infirmière lorsqu'il s'agit d'un sujet d'ordre affectif et relationnel. Notons d'ailleurs que pendant toute la durée de l'entrevue, la plupart des commentaires de la dame âgée se rapportent à la dimension relationnelle, puisqu'elle essaie d'établir une relation interpersonnelle avec l'infirmière. Cette dernière ne se montrera pas totalement fermée au cours de l'intervention,¹⁹ mais démontrera quand même une certaine résistance.²⁰

On notera toutefois que l'infirmière s'adresse à la fille plutôt qu'à la dame âgée pour obtenir les informations dont elle a besoin. L'utilisation de la troisième personne, dans son discours, sera d'ailleurs fréquente chez l'intervenante : on constate en effet un glissement fréquent du *she* au *you*. Dans cette optique, les questions de l'intervenante commencent majoritairement par : *Does she* ou *Ask her if* et les demandes adressées directement à la patiente, *do you*, se font très rares.

¹⁹ Des éléments observés en témoignent en ce qui a trait au toucher intervenante/cliente (professionnel, de politesse [poignée de main], amical, chaleureux) et de l'écoute (écoute active, empathique, tentative d'alliance en faisant référence à une origine culturelle semblable).

²⁰ Malgré la grande empathie de l'intervenante, on sent une volonté de revenir à ses objectifs d'intervention et de ne pas trop entrer dans la dimension relationnelle.

L'intervenante, quant à elle, aura tendance à développer sa relation avec l'interprète informelle, laissant ainsi de côté l'utilisateur. Comme l'a affirmé l'infirmière interrogée à la suite de l'intervention : « *On parle, on parle et, à la fin, je fais un petit résumé? [...] Je n'oublie pas de lui dire : « Dites à votre mère ça » parce qu'on avait tendance à oublier la mère (rire).* » (E1I-13)

Sur le plan des habiletés linguistiques de chacune des personnes en présence, on constate que la dame âgée comprend quelques mots d'anglais, même si elle ne peut que s'exprimer en russe. À deux reprises, cependant, elle prononcera un mot en anglais. Quant à la fille, elle possède, tout comme l'intervenante, des compétences en anglais qui ont permis qu'elles se comprennent malgré quelques imprécisions du vocabulaire, que cherchent à régler l'infirmière et la fille de la dame, en référant au dictionnaire. La référence à certains problèmes linguistiques sera d'ailleurs mentionnée par les trois parties.

Nous avons observé la façon dont l'intervenante interagissait avec la fille de la dame, qui tient lieu d'interprète. Dans son intervention, l'infirmière encadre peu la fille, sauf lorsqu'elle insiste pour avoir la traduction de certains échanges en russe qui ont eu lieu entre elle et sa mère ou lorsqu'elle demande à la fille de résumer ce qu'elle vient de dire à sa mère. Les demandes de traduction de l'infirmière se rapportent: 1. à un besoin, chez l'intervenante, d'obtenir l'information directement de la patiente; 2. à des conseils et des prescriptions qui visent à améliorer son bien-être; 3. à des commentaires de socialisation qui cherchent à créer une alliance.

La fille de la patiente n'a pas, dans cette intervention, qu'un rôle de traductrice. Elle donne aussi, à la demande de l'infirmière, des informations sur l'état de santé et le bien-être de sa mère. Elle joue un rôle d'informatrice :

Infirmière: *Ok. So I just take all my things. And how is Miss X?*

Fille: *Yesterday, she was not so well...*

Infirmière: *No?*

Fille: *Because of the sun.*

Infirmière: *The weather?*

Fille: *She feels better in cloudy day. Because the sun is not so good for her eyes. When it's very sunny nice day, she feels not good. In cloudy day she feels better. (Séquences E1-12 à E1-19)*

Cette fonction d'informatrice est présente tout au long de l'intervention. Elle résume ainsi à l'infirmière les résultats d'examens de sa mère auprès de spécialistes (ophtalmologiste, urologue, cardiologue) tout en lui faisant part de ses inquiétudes relativement à la santé de sa mère. L'infirmière apprécie que la fille lui donne ces informations. Dans l'entrevue post-intervention, elle dira, entre autres à cause de cela et du lien créé, préférer la présence de la fille à celle d'un interprète professionnel.²¹ Elle raconte :

Si j'avais le choix de travailler avec un interprète professionnel ou avec la fille, je choisirais la fille. C'est plus chaud, c'est plus chaleureux et, en même temps, elle est impliquée. Elle sait de quoi on a parlé, qu'est-ce qu'on a fait, soit parce qu'elle était là à la visite précédente, soit parce qu'on a parlé au téléphone. Parce que si je m'en vais avec l'interprète professionnel, il faut quand même que je l'appelle. Je pense que la présence de la fille est bénéfique pour la mère, du point de vue santé, parce que la mère voit que la fille est impliquée, et ça la rassure. La mère est anxieuse de parler avec un interprète. Je suis allée avec une interprète et la dynamique n'était pas la même. La mère était fermée, elle ne parlait pas. Ce n'était pas comme avec la fille. (E11-96)

La fille de la dame âgée reconnaît, elle aussi, l'importance du lien qui s'est établi entre elle et l'infirmière. En entrevue, elle nous fait part, par le fait même, de la façon dont elle perçoit son propre rôle, lequel consiste, selon elle, à assurer une meilleure communication entre l'intervenante et sa mère, pour « faciliter » (*do it easier*) la communication et l'intervention, la rencontre entre l'infirmière et la dame :

Usually, she [l'intervenante] calls me to know what is the condition of my mother. If it is the same or if there was some changes. She also asks to tell me she will visit my mom and to know if I can be there. I cannot always be there. It's also work, but usually I try to be here for better conversation. For better communication. To express what my mother wants to say, to explain what the nurse is asking and saying. To do it easier for my mom and for the nurse. (EIT-39)

Dans cette intervention, la présence de la fille est considérée comme un avantage par l'infirmière, la mère et que par la fille elle-même. La communication est possible grâce à la traduction de la fille, l'infirmière obtient les informations dont elle a besoin en questionnant la dame, mais, surtout, en s'informant et en validant auprès de la fille.

²¹ La mère, selon l'intervenante, s'exprime de façon plus ouverte en présence de sa fille que lorsqu'elle intervient avec un interprète professionnel.

3.1.2 Cas II. L'intervention de type instrumental, axée sur l'utilisation et l'achat d'équipement

Cette deuxième intervention observée, de type instrumental, est axée sur l'utilisation et l'achat éventuel d'une barre de lit et d'un banc de bain. Elle met en scène une ergothérapeute,²² une interprète professionnelle de la Banque d'interprètes, une dame âgée d'origine russe — unilingue russe — demeurant avec son mari dans un HLM construit pour personnes âgées juives, autonomes et indépendantes. Sont présents, lors de la rencontre, le mari de la personne visitée — qui ne parle que le russe — et le fils — lequel peut s'exprimer en russe, en français et en anglais (celui-ci arrive pendant la rencontre). Six personnes (incluant l'observatrice) étaient donc présentes.

L'ergothérapeute, qui rencontre cette dame âgée pour la deuxième fois, accompagnée d'une interprète professionnelle,²³ se présente au domicile dans le but de donner suite à la première visite qui avait consisté à évaluer les besoins de la dame. L'intervenante avait pour objectif de proposer une barre pour le lit qui facilitera le lever et le coucher, ainsi qu'un banc pour le bain qui rendra plus sécuritaire la prise de la douche. L'intervenante a fait appel à une interprète professionnelle parce qu'elle n'arrivait pas à communiquer avec la dame russe et qu'elle n'avait que le numéro de téléphone d'une voisine en qui elle n'avait pas vraiment confiance. Elle a donc fait appel à la Banque d'interprètes pour qu'un professionnel entre en contact avec la dame dans le but de confirmer leur rendez-vous.²⁴ C'est cette même interprète professionnelle qui l'accompagnera chez la dame.

Déroulement de la rencontre, relations entre les parties et encadrement de l'intervention

Le mari de la dame accueille l'ergothérapeute et l'interprète à leur arrivée. L'ergothérapeute salue le couple en français, en même temps que le conjoint de la patiente, d'un signe de la main,

²² Dans la trentaine, cette ergothérapeute d'origine québécoise francophone peut s'exprimer en français et en anglais. Elle en est à ses premières expériences en CLSC ; elle travaillait auparavant en milieu hospitalier.

²³ L'entrevue post-intervention avec l'intervenante nous a appris que l'interprète présente lors de l'entretien n'était pas l'interprète habituellement désignée lorsque d'autres travailleurs du CLSC vont chez cette cliente : « Cette dame est habituée à la même interprète. Moi, c'est seulement ma deuxième fois, je ne savais pas. J'ai demandé à une autre interprète. La dame semblait surprise » (E2I-52).

²⁴ L'ergothérapeute raconte en entrevue :

C'est l'interprète qui a fixé le rendez-vous avec la dame parce qu'elle ne parle que le russe. En fait, j'ai appelé la madame une fois, mais elle ne parlait que russe et moi que français ou anglais. J'ai dû raccrocher. J'avais le numéro d'une amie, voisine et je ne savais pas quel genre de relation cette voisine-là avait avec la dame. Je me

nous offre de nous asseoir à la table de la cuisine, laquelle se trouve dans le salon. L'ergothérapeute entre très rapidement en matière et s'adresse directement à la dame en français, alors que l'interprète traduit ses propos en russe. La dame s'adresse, quant à elle, directement à l'intervenante en russe, tout comme le mari qui interviendra à plusieurs reprises pendant la rencontre.

Pendant 45 minutes, l'entretien se déroule ainsi: un contact visuel fort, ainsi que de nombreux gestes et onomatopées permettent à l'ergothérapeute et à la dame russe, toutes deux de tempérament extraverti, ainsi qu'au mari de la patiente de se parler l'un à l'autre, directement dans leur langue respective, comme s'il n'y avait pas de barrière linguistique. L'interprète, quant à elle, placée en retrait, traduit les propos de chacun de façon simultanée. La place qu'elle occupe est donc très discrète, puisqu'en traduisant de façon simultanée, les acteurs de la rencontre ont tendance à faire abstraction de sa présence. Idem pour l'observatrice.

Une des caractéristiques de cet entretien est la cacophonie qui règne pendant les échanges, puisqu'il n'est pas rare que plus d'une personne parle en même temps. À cause du bruit dans la communication, il y a un certain manque d'écoute chez l'intervenante, la dame russe et son mari. Il en résulte un manque de clarté dans la discussion, lequel engendre de nombreuses répétitions chez l'ergothérapeute qui ne réussit pas à obtenir des réponses claires, entre autres, relativement à l'achat et au prix des équipements. L'intervenante reconnaît d'ailleurs la particularité de la dynamique entre les parties pendant cette rencontre:

Il y a eu plusieurs moments chaotiques. Mais, finalement, on arrivait à se comprendre. Une chose est certaine, il y avait de l'énergie dans l'air. Quatre personnes qui parlaient en même temps : Ouf! Et tu avais l'interprète qui essayait d'écouter le mari, la femme, tout le monde parlait! (E2I-60)

Les objectifs de la dame russe semblent s'adapter à ceux de l'ergothérapeute, puisque toutes deux sont concernées par les équipements qui favoriseront l'aisance des mouvements et la sécurité de la dame (plus particulièrement en ce qui a trait à la barre de lit). Ils diffèrent, cependant, lorsque vient le temps de parler de l'installation de la barre de bain ainsi que des coûts qui sont reliés à

sentais mal à l'aise de commencer à fixer un rendez-vous avec elle. C'est à ce moment que j'ai appelé l'interprète pour lui demander de confirmer le rendez-vous avec la dame. C'est elle qui a fait les premiers contacts. (E2I-88)

l'achat de ces équipements. Le mari de la dame russe, quant à lui, se préoccupe surtout des rendez-vous que doit prendre sa femme avec l'infirmière et le médecin du CLSC. Il s'anime aussi beaucoup lorsque vient le temps de discuter de l'achat de l'équipement.

Le fils, qui arrive à la fin de la rencontre, intervient dans la discussion afin de demander des explications sur les raisons qui rendent ses parents indécis quant à la décision d'acheter ou d'emprunter les équipements. L'ergothérapeute, qui a peu tenu compte de son arrivée, l'insère dans la discussion à partir du moment où il prend la parole. Elle lui propose, entre autres, de lui montrer, dans la salle de bains, quelles pourraient être les multiples utilités du banc de bain. Le fils fait finalement partie du processus décisionnel, puisque après avoir clarifié auprès de l'ergothérapeute les décisions prises par ses parents, il tranchera pour eux en confirmant à l'intervenante les choix qu'ils ont faits. C'est à partir de ce moment que l'ergothérapeute cessera d'en parler.

Bien qu'elle continue de s'adresser majoritairement à la dame âgée, et un peu à son mari, l'ergothérapeute s'allie aussi au fils à certains moments : elle lui démontre l'importance de mettre un antidérapant dans la baignoire; elle lui demande d'être présent lorsque le matériel sera livré chez sa mère ; elle lui demande son numéro de téléphone pour pouvoir le joindre. Préparant son départ, l'ergothérapeute résume ses propos en disant : « *Je vous rappelle pour vous dire les prix.* » (2-597) Elle fait aussi un retour sur les éléments que la dame et son mari avaient à cœur. Elle sera d'ailleurs, à ce moment, beaucoup plus centrée sur les demandes du couple que sur ses propres objectifs d'intervention : « *Je vais dire à l'infirmière de venir vous voir* », dit-elle. (2-599) La conclusion de l'intervention se fait très rapidement, après échange d'une poignée de mains très chaleureuse entre l'intervenante et la dame russe.

La présence du fils vient minimiser l'importance de la présence de l'interprète professionnelle, puisque l'intervenante lui demande, en français, si elle pourra le contacter pour lui donner des informations à transmettre par la suite à ses parents. Elle lui spécifie, entre autres, qu'elle préfère entrer en contact avec lui pour ne pas déranger l'interprète. Un commentaire qu'elle émet lors de l'entrevue post-intervention nous permet aussi de conclure que communiquer avec le fils est plus simple pour l'intervenante, puisque cela lui évite de faire certaines démarches:

J'ai rencontré le fils et on revient à faire un petit peu plus convenient. Si j'avais une demande plus ponctuelle, une petite affaire, je ne passerais pas par la Régie parce que c'est quand même des démarches : tu appelles à la Régie, tu laisses un message, tu rappelles. Si je peux passer par le fils pour savoir si sa mère a décidé de prendre tel ou tel équipement, c'est plus simple. Pour des trucs très précis où il n'y a pas d'affectif, pas de cognitif qui entre en ligne de compte, c'est beaucoup plus simple de passer par le fils. Ce matin, j'ai dit : « Je vais vous appeler pour vous dire les prix de l'équipement. » Je ne vais pas passer par l'interprète, c'est trop compliqué, je vais passer par le fils. (E2I-97)

L'attitude de l'intervenante à l'égard de l'interprète, lors de son départ, est significative : elle lui adresse un simple bonjour de convenance avant de fermer la porte. La relation entre l'intervenante et l'interprète professionnelle ne ressort d'ailleurs pas beaucoup dans cette intervention. On remarque, à l'attitude et aux propos de l'ergothérapeute pendant l'entrevue post-intervention, qu'elle la considère comme une aide technique plutôt que comme une alliée.

La façon de traduire de l'interprète, c'est-à-dire en traduction simultanée, ainsi que le caractère très expressif de l'usagère ont influencé la dynamique entre les acteurs. L'intervenante raconte à ce propos :

Je n'ai pas du tout eu l'impression de faire ma visite avec une interprète. C'était comme si j'avais un écouteur pour comprendre ce que la cliente me disait. Elle était tellement expressive qu'à la limite je comprenais certaines choses. Il y avait tellement de non-verbal dans sa façon de parler que, finalement, je comprenais une partie de ce qu'elle me disait, même si je n'avais pas une idée des mots qu'elle me disait. (E2I-23)

La façon de traduire de l'interprète a plu à l'intervenante, puisque celle-ci a eu l'impression de communiquer directement avec la dame russe, de vivre une situation d'intervention habituelle:

Avec cette façon-là de faire de la traduction, je pouvais parler directement à la cliente en la regardant dans les yeux et la cliente faisait la même chose ; elle me parlait à moi et me regardait au lieu de s'adresser à l'interprète. Je regardais tout le temps la dame pour avoir le contact. On sent très peu la présence de l'interprète dans une situation comme aujourd'hui. Des rencontres comme ça, je trouve que ça ressemble plus à une situation normale... (E2I-25)

L'ergothérapeute reconnaît toutefois que malgré l'établissement d'une relation directe avec la dame, elle n'aurait pu intervenir sans la présence d'un interprète, en raison de la barrière

linguistique : « *C'était vraiment très explicite, mais je ne pourrais pas sans interprète parce que, à part des expressions, je n'aurais pas pu donner ni obtenir l'information.*²⁵ » (E2I-29)

Les problèmes de communication observés dans cette rencontre n'ont donc pas été causés par la barrière linguistique. Ils sont une conséquence directe du manque de structure dans l'entretien. La cacophonie causée par le fait que plusieurs personnes parlaient en même temps ainsi que le manque d'écoute relatif à cette atmosphère ont obligé l'ergothérapeute à répéter les mêmes informations plusieurs fois. Ainsi, il est arrivé à trois reprises que l'interprète, qui se faisait pourtant très discrète, prenne position et mentionne à l'intervenante qu'il serait préférable qu'elle répète l'information qu'elle vient de transmettre parce que la dame russe ne semblait pas avoir compris : « *Ca serait mieux si vous répétiez, dit-elle. Je pense qu'elle n'a pas compris.* » (2-406) Elle sort ainsi de son rôle de traductrice et devient interprète de la situation (elle remplit alors une fonction métacommunicationnelle, de régulation). L'interprète explique, dans l'entrevue après l'intervention :

On intervient juste au moment quand on pense que ça va créer des problèmes d'interaction ou de compréhension. Quand tout le monde parle en même temps, ça peut causer des problèmes, les personnes ont de la difficulté à comprendre. C'est pour ça que j'ai arrêté. Parce que quand ça peut nuire à mon travail ou que je vois que l'intervenant ou que le client ne comprend pas bien, il m'arrive d'intervenir. (E2T-26)

Par ailleurs, l'entrevue post-intervention avec la dame russe, bien que très brève, a permis d'obtenir certaines informations qui démontrent, d'une part, la nécessité de la présence d'une personne qui assure la traduction et, d'autre part, sa préférence pour une interprète professionnelle à cause, entre autres, de sa compétence linguistique :

L'interprète permet la discussion, la conversation avec l'ergothérapeute. Sinon, je ne serais pas capable de poser aucune question et je ne serais pas capable de recevoir les informations. (E2C-109) [...] *Mon fils, il pourrait traduire, mais il ne peut pas venir chaque fois parce qu'il travaille et il doit laisser son travail pour venir* (E2C-86). [...] *Et l'interprète, elle connaît mieux la langue. Moi, je fais plus confiance à l'interprète. Mon fils, il ne parle pas la langue complètement parce que ça ne fait pas longtemps qu'il habite ici. Il a appris la langue, mais il ne parle pas tout à fait bien.* (E2C-97)

²⁵ Obtenir/donner de l'information est un élément clé dans la communication professionnelle (cf. Brouillet et Bujold, 2001).

3.1.3 Cas III. L'intervention de type technique axée sur l'évaluation de l'état de santé de l'usagère

Dans cette intervention, une ergothérapeute axe son intervention sur l'évaluation des besoins de d'une dame qui a subi un arrêt cardio-vasculaire. Celle-ci doit répondre aux nombreux items d'un questionnaire d'évaluation préétabli. L'entretien, d'une durée d'une heure et demie, met en scène une ergothérapeute,²⁶ une dame âgée ne parlant que le tamoul et un interprète professionnel de sexe masculin. Il est cependant important de noter que sont aussi présents dans cet appartement, la fille de la personne visitée (qui parle tamoul, mais semble comprendre l'anglais et le français) et six petits-enfants. L'ergothérapeute rencontre la dame âgée pour la première fois. Elle s'est cependant déplacée la veille de l'intervention afin de la rencontrer une première fois, mais celle-ci était absente. L'intervenante, qui était accompagnée du même interprète, avait alors discuté avec la fille de la dame âgée pour obtenir des informations sur l'état de santé de sa mère.

Cette rencontre illustre bien la particularité du contexte que peut prendre une visite à domicile. Pendant l'intervention, qui se déroulait dans le salon, six petits-enfants regardaient le téléviseur en même temps que la fille de la dame nourrissait un enfant et s'insérait parfois dans la conversation. C'est, selon l'intervenante, ce contexte qui faisait ressortir les traits culturels pendant l'entretien ; elle affirme que les éléments contextuels ont eu une influence sur le déroulement de l'intervention sans toutefois affecter l'objectif de la rencontre. Elle raconte:

La culture n'a pas été importante pour mon objectif d'intervention à moi. J'avais un questionnaire d'évaluation à compléter et la patiente a répondu à mes questions. Mais si on regarde l'environnement par exemple : il y a plein d'enfants autour qui parlent, qui se promènent, qui bougent en écoutant la télé. Personne ne dit rien! Les enfants sont hyper indisciplinés, je dis à un : « Pousse-toi » et non, non, il reste là! (Rire) Ouf! Et ce n'est pas grave. Personne n'intervient! (Rire) Le monde du CLSC est là, il n'y a rien là, on est dix dans le salon, ce n'est pas un problème. Dans ce sens-là, la culture était importante. (E31-22)

²⁶Il s'agit de la même intervenante que dans la deuxième intervention observée.

Déroulement de la rencontre, relations entre les parties et encadrement de l'intervention

C'est la fille de la dame âgée qui accueille l'ergothérapeute, l'interprète et l'agente de recherche. Elle les invite à passer au salon par signes et s'adresse à eux toujours par signes. La vieille dame que vient visiter l'ergothérapeute, une dame très réservée, est assise sur un canapé. Elle se lève pour saluer et sa fille invite l'intervenante, l'interprète et l'agente de recherche à s'asseoir. La patiente et sa fille s'expriment en tamoul et leur conversation est d'abord traduite en français par l'interprète. L'ergothérapeute entre rapidement en matière. Elle s'adresse directement en français puis en anglais à la patiente et alterne du français à l'anglais lorsqu'elle s'adresse à l'interprète. L'interprète s'adresse quant à lui en tamoul dans sa traduction à la patiente et alterne du français à l'anglais lorsqu'il traduit à l'intervenante. L'interprète traduit consécutivement (phrase par phrase) et attend que l'intervenante ou la dame âgée ait fini de parler pour traduire. Ce type de traduction a donné un caractère formel à la rencontre, puisque la relation entre l'ergothérapeute et la dame âgée ne passait que par l'interprète. Cette façon d'interagir a amené l'ergothérapeute, qui avait commencé son intervention en s'adressant à la dame âgée, à diriger ses questions plutôt vers l'interprète, puisque la patiente, pour y répondre, s'adressait directement à l'interprète.

La présence de plusieurs personnes dans le salon, le bruit engendré par la télévision, l'objectif de la visite (l'ergothérapeute pose des questions précises à partir d'un questionnaire), la façon de traduire de l'interprète, la discrétion de la dame (elle regarde soit dans le vide, soit l'interprète, jamais l'intervenante), ainsi que la position des personnes dans le salon ont nuit à l'efficacité de la communication. La disposition des personnes dans l'espace n'a, entre autres, pas favorisé la communication : l'ergothérapeute, la dame âgée et l'interprète étaient tous assis l'un à côté de l'autre.²⁷ l'interprète, sur une chaise à côté de la dame, assise sur le canapé, et l'intervenante, sur le canapé, de l'autre côté de la dame. L'intervenante reconnaît d'ailleurs que le positionnement des parties n'a pas favorisé la communication entre elle et la dame âgée :

Du point de vue de la communication, la manière dont on était placés était étrange. Hier chez la dame russe, on était arrangés autrement : il y avait moi, puis l'interprète et la fille était devant nous. Ça faisait plus normal comme conversation. Aujourd'hui, la façon dont était arrangés, ce n'était pas l'idéal. C'était moi, la madame et l'interprète en rang d'oignon! (Rire). Moi, je parlais à la dame et la dame parlait à l'interprète. Ça ne faisait pas naturel. (E3I-4)

²⁷ Cependant, lorsque des déplacements ont lieu dans l'appartement, les trois parties prennent une position triangulaire, ce qui, à ce moment, facilite l'interaction.

Elle reconnaît cependant que l'encadrement spatio-temporel, notamment la position triangulaire, favorise l'échange et facilite la dynamique de l'entretien :²⁸

Peut-être qu'une autre fois, j'insisterais plus pour placer les gens d'une autre manière parce que j'ai trouvé que ce n'était pas facile, la façon dont on était organisés. J'aurais peut-être plus insisté pour que l'on s'organise autrement dans l'espace. Je n'ai pas eu de réaction quand tout le monde s'est placé et je me suis aperçue que ça faisait un peu bizarre que la cliente soit assise avec moi dans le divan et que l'interprète professionnel soit sur une chaise à côté de la cliente. C'est une des raisons pour lesquelles la cliente s'adressait seulement à l'interprète. Par contre, quand la fille se mettait en face de moi, je lui parlais directement et le traducteur traduisait et, comparativement à la cliente, la fille, elle me reparlait à moi. (E3I-32)

Bien que la fille de la dame ne se soit pas directement impliquée dans la conversation, et qu'elle ait plutôt été présente à titre d'observatrice, l'ergothérapeute et l'interprète l'ont intégrée à l'intervention. Ils font, entre autres, appel à elle pour avoir des réponses à certaines de leurs questions, pour voir les médicaments de sa mère et pour savoir si le fait de s'occuper de sa mère est une charge trop lourde pour elle. Une certaine relation s'établit donc entre l'interprète, l'ergothérapeute et la fille de la dame. L'interprète s'adapte, quant à lui, à cette dynamique et regarde lui aussi les deux femmes lorsqu'il fait la traduction.

L'intervenante reconnaît la nécessité d'avoir recours à un interprète professionnel dans cette situation, en raison de la barrière linguistique : « *Ça aurait été impossible d'obtenir des informations de la patiente ou de la fille. Je n'aurais pas pu faire quoi que ce soit. Et ce questionnaire, il est très long. Il y a beaucoup de questions. Sans interprète, la cliente n'aurait pu répondre à aucune des questions.* » (E3I-26)

La présence de l'interprète professionnel semble avoir réglé la question de la barrière linguistique, bien que certaines phrases échangées entre le traducteur et la dame ne soient pas traduites à l'ergothérapeute. Comparativement à l'intervention précédente (cas II), l'interprète professionnel semble, dans cette intervention, prendre une place beaucoup plus grande, puisqu'il remplit diverses fonctions et intervient parfois de son propre chef. En plus de faire office de lien entre l'ergothérapeute et la dame, il aide aussi l'intervenante à lire les étiquettes sur les pots de

²⁸ L'agente de recherche était, pour sa part, assise en retrait sur une chaise que lui avait offerte la fille de la dame.

pilules et n'hésite pas à demander soit à l'ergothérapeute, soit à la dame de répéter la question s'il ne l'a pas comprise. Par ailleurs, l'interprète professionnel donne des explications pour aider l'intervenante à obtenir des réponses à ses questions.²⁹ En voici un exemple:

Intervenante: *No problem with your pills? No side effects?*

Interprète professionnel, s'adressant à la dame: *Des fois, lorsque l'on prend des médicaments, on se sent mieux, mais d'autres effets comme des étourdissements, des vomissements, la perte d'appétit ou la constipation se manifestent. Vous ressentez ça?*

Parfois, il dépasse sa fonction de traduction.³⁰ Quant à la manière de traduire de l'interprète, l'intervenante convient que cette façon de fonctionner ne favorise pas l'interaction intervenant-usager malgré le fait que cette méthode donne un aspect plus structuré à la rencontre :

Du point de vue de la communication, dit-elle, c'était très organisé: Je parle, il traduit, elle parle, il traduit. Ce n'est pas comme d'autres fois où c'est très peu structuré. (E3I-12) [...] Mais il y a une chose : pendant que l'interprète traduit tu n'as pas rien d'autre à faire que de regarder autre chose parce que tu ne comprends strictement rien de ce qui se dit entre les deux personnes. I don't have a clue de ce qui se passe. C'est la même chose quand la cliente parle à l'interprète. En ce qui a trait à la relation avec la cliente, ça ne crée pas grand-chose de fonctionner comme ça. (E3I-58)

L'ergothérapeute reconnaît toutefois qu'il n'existe pas de façon idéale de travailler avec un interprète et qu'il est important de s'adapter à la réalité culturelle de chaque usager :

Je pense qu'il n'existe pas de façon idéale de travailler avec un interprète. Il faut s'adapter à chaque culture. Je regarde comment l'interprète russe était avec la patiente russe et comment l'interprète sri lankais était avec la patiente sri lankaise : ils ont une façon d'interpréter qui va avec la culture dont ils sont issus. Je ne vois pas du tout l'interprète sri lankais avec ma patiente russe et je ne vois pas l'interprète

²⁹ Il est aussi possible que le terme « side effects » n'ait pas d'équivalent dans la langue de la dame.

³⁰ Par exemple, pour préciser une information demandée par l'intervenante, l'interprète pose lui-même des questions supplémentaires. Voici l'échange :

Intervenante : Problems to go to the toilet ? Pain, anything like that? Urine?

Interprète (à la dame) : OK. Pendant l'évacuation de l'urine, avez-vous des brûlures ou avez-vous des problèmes de constipation ou d'autres problèmes comme ça?

Dame : Non, je n'ai pas éprouvé un problème tel quel, mais oui, j'ai senti des brûlures. Donc, en raison de cela, j'ai bu beaucoup d'eau. Puis maintenant, ça va mieux.

Interprète : C'était pendant l'évacuation de l'urine?

Dame : Oui. Mais à part cela, tout était normal.

Interprète : OK. C'était quand?

Dame : Il y a deux ou trois jours.

Interprète (à l'intervenante): Two-three days back, I had burning sensations.

russe avec ma patiente sri lankaise. L'interprète russe n'avait pas de problème à faire de la traduction simultanée, mais je ne suis pas certaine que l'interprète sri lankais aurait enduré cette façon de fonctionner. Lui, il n'hésitait pas à arrêter la patiente quand il voulait traduire et elle, elle se contentait de dire : " OK, j'arrête ". La cliente russe, ça aurait été impossible de l'arrêter de parler. (E3I-20)

3.1.4 Cas IV. L'intervention de type technique axée sur le fils, aidant naturel

Dans cette intervention, l'intervenante adopte une attitude technique et instrumentale. L'intervenante, une travailleuse sociale, donne la primauté aux informations fournies par le fils, ainsi qu'aux besoins de ce dernier.

Contexte de la rencontre

Cette rencontre, d'une durée de 50 minutes, met en scène une travailleuse sociale³¹, une dame âgée d'origine vietnamienne ne s'exprimant que dans sa langue maternelle, le fils et la fille de la dame, aidants naturels qui agissent comme interprètes, ainsi qu'une infirmière privée, embauchée par la famille afin qu'elle s'occupe de leur mère.³² La dame âgée, qui habite seule dans un appartement situé au-dessus de chez sa fille, souffre de surdité et d'un début de démence. L'intervenante s'est déplacée, à la demande du fils, qui souhaite que sa mère soit placée en centre d'hébergement en raison de la lourdeur de son cas. La visite consiste donc à faire une première évaluation de l'état de santé de sa mère.³³

Déroulement de la rencontre, relations entre les parties et encadrement de l'intervention

Le fils de la dame nous ouvre la porte et nous accueille de façon très polie. Les présentations faites, l'homme nous invite à nous asseoir dans le salon en attendant que sa mère revienne du parc où elle était allée se promener avec son aide privée. La travailleuse sociale commence à poser des questions au fils qui lui fait part du fardeau moral, physique et financier que sa mère représente en raison de son  tat. Il n'existe donc aucune barrière linguistique entre l'homme et la travailleuse sociale, puisque les deux s'expriment dans un très bon français.

³¹ De sexe féminin, dans la vingtaine et d'origine québécoise francophone, cette travailleuse sociale parle aussi anglais.

³² Cette infirmière est en retrait tout au long de l'intervention et n'intervient jamais.

³³ La travailleuse sociale rencontre la dame et sa famille pour la première fois. Elle a cependant eu, au préalable, quelques discussions téléphoniques avec le fils et la fille.

Lorsque la dame âgée arrive, accompagnée de son aide privée, nous sommes invitées à nous déplacer dans la cuisine où s'installent, autour de la table, la dame, son fils, sa fille et la travailleuse sociale.³⁴ L'aide privée se met en retrait. L'intervenante pose alors des questions à la dame, lesquelles sont traduites en vietnamien par sa fille, qui doit répéter les questions à plusieurs reprises en raison de la surdité de sa mère. Une fois que la travailleuse sociale a terminé de poser les questions à la dame, la fille se retire pour nous offrir un verre de jus, laissant la place au fils qui prend les commandes de la rencontre. À partir de ce moment, l'intervenante ne parle qu'avec le fils, malgré le fait que la dame soit toujours assise à la table.³⁵ Il est à noter qu'aucune phrase ne sera traduite à la dame par son fils. La triade intervenante-fils-mère n'a pas été mise à profit pour la traduction dans cette intervention. La travailleuse sociale, par ailleurs, ne tente pas d'entrer en contact relationnel avec la patiente.

L'intervention a un caractère très formel et la travailleuse sociale a choisi de discuter majoritairement avec le fils de la dame. La raison de la visite, l'évaluation de l'état cognitif de sa mère, a influencé le type de relation qui s'est établi entre les parties, puisque les demandes de placement sont habituellement faites par les enfants des personnes âgées. Il est donc normal que les enfants soient parties prenantes de la discussion : ils sont directement impliqués. Le fils fait donc davantage office d'usager dans cette rencontre. Comme l'affirme la travailleuse sociale lors de l'entrevue post-intervention: « *Je répondais à la demande du fils qui m'avait appelée pour me dire qu'il projetait un éventuel placement pour sa mère qui souffrait de pertes cognitives.* »

La relation entre la travailleuse sociale et le fils est donc au centre de la rencontre : c'est avec l'homme que l'intervenante établit des liens. Après avoir questionné l'intervenante sur la dynamique presque exclusive qui s'est créée entre le fils de la dame et elle, celle-ci nous a fourni des réponses pour la plupart en rapport avec des explications de type culturel. Outre le fait que le fils ait été la première personne avec qui elle a été en contact, elle affirme, entre autres, avoir

³⁴ L'agente de recherche est, elle aussi, assise à la table. Bien que l'intervenante ait mentionné au fils de la dame qu'elle ne soit là que pour observer, celui-ci l'inclut dans l'intervention. Du début à la fin, il parlera à l'intervenante et à l'observatrice, ce qui a pour résultat que celle-ci doit s'impliquer minimalement.

³⁵ On voit que la dame ne comprend rien de ce qui se dit entre l'intervenante et son fils. Celle-ci jette des regards à l'agente de recherche qui finit par établir une relation visuelle avec elle. À la fin de la rencontre, au moment du départ, l'agente fait un geste de la tête, comme le font les Asiatiques, pour saluer la dame qui lui répond par un grand sourire. La poignée de mains de départ qu'elles échangent à la fin de l'intervention est chaleureuse, plus qu'avec l'intervenante : la dame âgée prend la main de l'agente entre ses deux mains.

remarqué que ce sont les hommes qui, dans la culture vietnamienne, prennent en charge le type de problématique pour laquelle elle intervenait : « *Dans cette communauté, dit-elle, je me suis rendu compte que, souvent, ce sont les hommes qui prennent en charge la coordination, la direction des choses dans des cas comme aujourd'hui.* (EI4-3)

Elle constate, cependant, que c'est la fille de la dame qui prend la relève lorsque vient le temps de lui poser des questions et que c'est elle qui fait office d'interprète :

Mais je me suis rendu compte que c'était surtout la femme qui traduisait lorsque je posais des questions à la cliente parce que c'était, en ce qui a trait aux questions, une interaction plus personnelle, plus intime avec sa mère. Le fils, j'avais l'impression que c'était lui qui restait « in charge » de ce qui se passait au niveau de l'interaction ; c'était beaucoup plus la fille qui faisait la traduction avec madame. Ça fait une grosse différence parce que, dans cette culture-là, ce sont les hommes qui prennent les décisions et, pour les soins plus personnels, de la communication plus personnelle, ce sont les femmes. C'est comme ça que ça se passe habituellement. (EI4-4)

La barrière linguistique et la surdité de la dame sont des obstacles majeurs dans l'intervention, selon la travailleuse sociale. Ces obstacles ont empêché l'atteinte de son objectif d'intervention : elle n'a pu obtenir les informations directement de la patiente qui lui aurait permis d'évaluer l'état de la dame. La présence du fils ou de la fille était essentielle :

C'est plus difficile quand la personne ne parle ni français ni anglais de déterminer jusqu'à quel point il y a des pertes. Je ne lui ai pas posé des questions très pointues parce que c'est une première évaluation et parce qu'en plus, elle avait des problèmes d'audition. Donc ça aussi c'était difficile pour la communication de savoir jusqu'à quel point elle a des problèmes de jugement. C'est vraiment l'observation du fils qui me permet de savoir si la dame a des pertes cognitives. Je ne pense pas que madame aurait été capable de me le dire. (EI4-5)

Elle ajoute :

J'ai encore un ou deux petits points d'interrogations : il y a des éléments que je n'ai pas vraiment pu vérifier. C'est difficile de cerner les pertes cognitives seulement à partir de ce que le fils et la fille peuvent me traduire, sans parler à madame directement, je trouve ça difficile de poser des questions. Je trouvais que la dame répondait seulement par : " oh " ou par des phrases très courtes. Elle ne se mettait pas à parler d'elle-même. Habituellement, si ça avait été une dame anglophone, ça aurait été plus facile de la faire parler pour moi. C'est le fait que je ne parlais pas sa langue qui a été difficile. EI4-48

La compétence linguistique de l'intervenante joue sur les relations qu'elle entretient par la suite avec le fils ou la fille de la dame. Ainsi, elle dit que c'est avec le fils qu'elle gardera contact, puisqu'il s'exprime mieux en français : « *C'est le fils que je vais rappeler, dit-elle, parce que c'est lui qui parle le mieux français.* » (EI4-83) Par ailleurs, l'intervenante explique par un facteur culturel le fait que la dame âgée n'ait pas parlé pendant l'intervention. « *Souvent, dit-elle, les personnes asiatiques sont timides, la première fois qu'elles rencontrent quelqu'un.* » (EI4-54)

Dans l'intervention, la travailleuse sociale rassure le fils, qui exprime des inquiétudes relatives à l'endroit où sa mère sera placée. Il insiste pour que sa mère demeure dans un endroit où la nourriture, la langue et le personnel ne seront pas étrangers à sa mère. L'intervenante accueille ses propos et affirme : « *Relativement au placement, les personnes âgées ont besoin d'être dans leur communauté, elles ont besoin d'être avec des gens qui ont la même religion, la même nourriture, la même façon de voir les choses.* » (EI4-91)

La traduction, dans cette intervention, n'est pas un élément très présent. Le fils n'agit pas comme interprète, et la fille, peu. Le fils y fait au contraire office de « client ou usager principal ». C'est lui qui fait part de ses inquiétudes, qui parle de l'état de sa mère et de l'impossibilité pour la famille de continuer de la prendre en charge à temps plein.

3.1.5 Cas V. L'intervention de type professionnel axée sur la fille

Cette intervention se caractérise par le temps qu'accorde l'intervenant à écouter les besoins, les inquiétudes et la détresse de la fille d'une dame âgée. La fille agit comme cliente principale.

Contexte de la rencontre

Cette rencontre met en scène un travailleur social,³⁶ une dame âgée d'origine guatémaltèque demeurant chez sa fille et son gendre ainsi que la fille de la dame, aidante naturelle qui fait office d'interprète. La dame, qui ne parle que l'espagnol, a de graves problèmes de vision, d'audition et souffre d'un début de démence.

Le travailleur social, dans cette visite, vise à faire un suivi pour une demande de placement. Il doit faire une évaluation de l'état de la patiente. Le travailleur social connaît assez bien la dame et sa fille, puisqu'il en est à sa troisième visite et qu'il a régulièrement des discussions téléphoniques avec la fille de la dame.

Déroulement de la rencontre, relations entre les parties et encadrement de l'intervention

L'introduction de l'intervention se fait rapidement. L'accueil est cependant très chaleureux et « familial » : la fille de la dame salue le travailleur social en l'appelant par son prénom. Ils se parleront tous deux, au cours de l'intervention, en anglais. Une fois dans la maison, l'intervenant aperçoit la dame qui est assise dans un fauteuil, au salon. Il se dirige vers elle en lui parlant en espagnol pour prendre de ses nouvelles. Après avoir indiqué où le travailleur social et l'observatrice pouvaient s'asseoir (dans un canapé, près de la dame), la fille s'assoit sur une chaise qu'elle place en face de l'intervenant et près de sa mère. La position triangulaire est parfaite.

C'est la fille de la dame qui, dès le début de l'entretien, introduit ce qui la préoccupe. L'intervenant répond à ses questions, mais amène, par la suite, les éléments qui lui permettront d'atteindre ses objectifs d'intervention. Il demande ainsi à la fille de traduire à sa mère les questions qu'il lui posera. Un long moment sera consacré au questionnaire que doit remplir le travailleur social. Pendant ce temps, il y a une bonne interaction entre les trois parties. Il arrive

³⁶ D'origine québécoise francophone, ce travailleur social, âgé d'une trentaine d'années est bilingue anglais-français et possède de bonnes bases en espagnol. Il travaille aux soins à domicile depuis peu de temps.

cependant que la fille réponde aux questions du travailleur social à la place de la dame, sans que celui-ci insiste pour que les réponses viennent directement de la mère. La fille, qui agit comme interprète, n'hésite toutefois pas à poser les questions directement à sa mère lorsqu'elle ne connaît pas les réponses. À quelques occasions, elle traduit à sa mère les propos du travailleur social. Par ailleurs, le travailleur social s'adresse à quelques reprises directement à la dame dans sa langue maternelle. La majorité des questions qu'il pose s'adresse toutefois à la fille de la dame. Dans ses questions, il utilise la troisième personne du singulier pour parler de sa mère : *Does she?*

La fille de la dame, interprète informelle, lorsqu'elle interprète, fait une traduction intégrale des propos du travailleur social. Par exemple :

Intervenant : *Can you ask her how are her legs right now?*

Fille (en espagnol) : IL DEMANDE COMMENT SONT VOS JAMBES MAINTENANT?

Usagère (en espagnol) : ELLES ME FONT MAL QUAND JE SUIS NERVEUSE.

Fille: *She's saying her legs are hurting when she is nervous...* (5-22 à 5-25)

Une fois le questionnaire terminé, la fille de la dame parle de ses préoccupations, de ses inquiétudes et du sentiment d'impuissance qu'elle éprouve par rapport à l'état de sa mère. Elle est une « cliente » pendant cette partie de l'intervention. À ce moment, sa mère, toujours assise dans son fauteuil, est exclue de la discussion entre le travailleur social et la fille, jusqu'à ce que l'intervenant soit prêt à partir.

Malgré les compétences de base en espagnol du travailleur social, il y a une barrière linguistique qui le sépare de la dame âgée. Il atteint les objectifs de sa visite (remplir le questionnaire), mais ne peut pousser plus loin et entrer en relation avec la dame. Les nombreux commentaires de la fille, ainsi que certains commentaires de la dame traduisent une détresse psychologique qu'il n'a pu soulager. Le travailleur social avoue qu'il n'a pas abordé cette dimension de façon poussée :

J'aurais aimé aller plus loin avec la patiente, mais ce n'était pas pour cette raison que j'allais faire ma visite. Elle semble, par exemple, avoir de l'anxiété face à sa situation de santé. Elle en a elle-même parlé et sa fille en a parlé aussi. Elle ne semble pas être en paix avec le fait qu'elle vieillit, que sa santé se dégrade. Ce sont des thèmes qui sont importants à aborder avec les personnes âgées. Ils ont besoin de

support, des fois. Mais commencer à faire du counseling en espagnol, ça devient un peu plus lourd, ça me demande trop d'efforts et ça prend beaucoup plus de temps. Puis, pour l'avoir déjà vécu, faire du counseling à travers un interprète, ce n'est pas ce qu'il y a de mieux. (E15-60)

Le travailleur social considère que la barrière linguistique modifie son intervention. Il ne peut offrir la même intervention que lorsqu'il y a partage de la langue.

Il y a des objectifs que je mettrais dans un plan d'intervention que je ne peux pas vraiment mettre à cause de la barrière linguistique. On voit que cette patiente, elle a des besoins. Il y a des choses au moins que j'offrirais. Quand je lui demande: « Qu'est-ce que vous faites de vos journées? » et qu'elle me répond qu'elle ne peut rien faire parce qu'elle ne voit pas, je pourrais faire un certain travail avec elle. Il y a le fait qu'elle a peur de mourir aussi. Là aussi je pourrais intervenir. Normalement avec des gens qui parlent anglais ou français, je pourrais aborder la question parce que je pense que ce sont des objectifs qui sont essentiels à leur bien-être. Mais avec cette dame, même si je parle espagnol assez bien, je ne veux pas me lancer dans une consultation psychosociologique en espagnol, parce qu'il y a quand même des mots que je ne connais pas. (E15-70)

3.2 Analyse des interventions observées et constatations générales

Nous avons présenté, dans la partie précédente, les cinq interventions observées (cas I à V). Dans cette partie, nous en verrons les traits communs ainsi que les différences.

3.2.1 Les caractéristiques générales

Quand les règles d'accueil sont celles de l'usager

Intervenir à domicile, rappelons-le, signifie intervenir selon certaines règles, des normes autres que celles ayant cours en cabinet de consultation ou dans le bureau de l'intervenant, puisque le contexte de la rencontre a lieu chez la personne, sur son propre « territoire ». Ainsi, c'est la personne, « l'usager » ou l'aidant naturel qui accueille l'intervenant. Il décide de l'endroit où se fera l'intervention (la cuisine, le salon), indique à l'intervenant la place que celui-ci occupera (un canapé, une chaise). Il offre un verre de jus ou un café, indice de l'importance de l'établissement d'un lien social.

Un contexte d'intervention varié

L'intervenant est, pendant l'entretien, tributaire du contexte physique et des bruits. L'entretien peut en effet avoir lieu, selon l'intervention, dans différents espaces : le salon, la cuisine, la chambre à coucher, la salle de bain, etc. Quant aux bruits, il n'est pas rare que le téléphone sonne, que la télévision soit ouverte, que d'autres personnes soient présentes : les enfants, les petits-enfants, le conjoint ou des amis entrent et sortent de la pièce ou vaquent à leurs activités en même temps qu'a lieu l'intervention. Les intervenants reconnaissent que, dans la plupart des cas, ils se moulent aux différents contextes et adaptent leur intervention en conséquence. Il est d'ailleurs rare qu'ils interviennent pour modifier le contexte, on l'a vu dans nos observations, même si celui-ci rend l'entretien plus difficile.

Une intervention axée sur la famille

Les interventions observées ainsi que les entrevues post-interventions avec les intervenants révèlent la place importante accordée aux membres de la famille dans l'intervention à domicile.³⁷ Aucune des interventions observées ne s'est déroulée sans la présence du conjoint ou d'un enfant de la personne visitée ou du « client » ou de « l'utilisateur ». Ceux-ci sont en effet des acteurs dans l'intervention, ils y jouent un rôle actif, certains étant parfois eux-mêmes des clients (*cf.* cas IV et V). À côté de l'utilisateur principal, l'aidant agit donc aussi comme second utilisateur. Dans les interventions observées, les intervenants établissent une relation avec l'aidant et l'utilisateur (dans le cas I, par exemple). Dans certaines, la relation s'établit davantage avec l'aidant (*cf.* cas V). L'aidant est un participant actif dans la communication : plusieurs questions ou renseignements sont amenés par celui-ci.

3.2.2 Rencontre interethnique, allophonie de l'utilisateur et intervention à domicile

Le contexte

Nous avons pu dégager, à partir des interventions observées et des entrevues post-interventions, six situations d'intervention à domicile auprès d'une personne allophone, « l'utilisateur »:

- l'intervenant est seul avec l'utilisateur (intervenant-utilisateur);

³⁷ Mégie (2005) définit le contexte de l'intervention à domicile comme un « dialogue à plusieurs voix ».

- l'intervenant est avec l'utilisateur et un aidant naturel, souvent un membre de la famille (intervenant-utilisateur-aidant naturel);
- l'intervenant est avec l'utilisateur, l'aidant naturel et une ou plusieurs autres personnes (intervenant-utilisateur-aidant naturel-autre(s) personne(s));
- l'intervenant, accompagné d'un interprète professionnel, est avec l'utilisateur (intervenant-utilisateur-interprète professionnel);
- l'intervenant, avec un interprète professionnel, est avec l'utilisateur et un aidant naturel (intervenant-utilisateur-interprète professionnel-aidant naturel);
- l'intervenant avec un interprète professionnel est avec un aidant naturel et une ou plusieurs autres personnes (intervenant-utilisateur-interprète professionnel-aidant naturel-autre(s) personne(s)).

Nos observations ont permis de constater que la triade intervenant-utilisateur-interprète est peu fréquente. Ainsi, dans les interventions observées, seule la première intervention (cas I) présente une triade (l'infirmière, la dame âgée et sa fille agissant comme interprète formant fréquemment un triangle). Dans les autres interventions, des aidants et, parfois, d'autres membres de la famille, s'ajoutent à l'intervention (c'est le cas de l'intervention de l'ergothérapeute avec la dame russe [cas II], et de celle avec la dame d'origine sri lankaise [cas III]). Les personnes présentes font partie de l'intervention. Certaines y prennent une part active, s'impliquent, discutent, écoutent et posent des questions. D'autres, plus passives, jouent davantage un rôle de figurant, qui influence tout de même le contexte global de la communication.

Rôles ou fonctions des acteurs dans l'intervention

Les rôles des acteurs, dans l'intervention à domicile, varient d'une situation à une autre en fonction des raisons de la visite, du type d'interprète et du type d'interprétariat, du nombre de personnes présentes et, enfin, de la personnalité de chaque participant à la communication. Ainsi, dans l'intervention de l'infirmière auprès de la dame âgée d'origine russe (cas I), la fille, aidante naturelle, agit comme interprète. Elle a pour fonction de traduire le message de l'infirmière à sa mère et celui de sa mère à l'infirmière. Mais elle remplit surtout une fonction d'informatrice sur l'état de santé de sa mère.³⁸ Enfin, elle est aussi, à l'occasion, dans l'intervention, elle-même « usagère » ou « cliente » : « *What can I do?* », dit-elle à l'infirmière au sujet de sa mère.

³⁸ Par exemple, elle raconte à l'infirmière la visite de sa mère chez son médecin.

Dans la deuxième intervention observée (cas II), la dame âgée, russe elle aussi, accueille une ergothérapeute accompagnée d'une interprète professionnelle. Son mari et son fils interviennent à certaines occasions pour poser des questions, clarifier une information, mais gardent leur fonction d'aidant. Ils ne deviennent pas « clients auxiliaires ». Dans la troisième intervention (cas III), la dame âgée d'origine sri lankaise, reçoit la même ergothérapeute, accompagnée d'un interprète professionnel. Sa fille participe peu à l'entrevue.

Enfin, dans les dernières interventions observées (cas IV et V), les aidants tendent à remplir la fonction de « client » : impliqués émotionnellement par le placement de leur mère, ils occupent cette fonction en lieu et place de leur mère, mise de côté pendant les discussions intervenant-aidant.³⁹ La place de « l'utilisateur » ou du « client » dans l'intervention se secondarise, donc, dans certaines interventions.

Nous avons observé, dans les interventions, que les personnes âgées visitées par les intervenants conservaient leur fonction de « client » en présence d'un interprète professionnel (soit dans l'intervention de l'infirmière auprès d'une dame âgée russe (cas I) et de l'intervention 3 de l'ergothérapeute venue faire l'évaluation de l'état de santé d'une dame sri lankaise). La présence de l'interprète rendait possible l'établissement d'une relation entre la personne âgée et l'intervenante. Dans les interventions du travailleur social (cas IV et V), cette relation semblait difficile à établir pour l'intervenant, qui a orienté davantage ses interventions sur les aidants. On peut se demander si la présence d'un interprète professionnel aurait facilité le contact avec la personne âgée.

Le type d'interprète et leurs fonctions

Dans les interventions que nous avons observées, le type d'interprète, informel vs professionnel, influence le contact entre l'intervenant et la personne âgée « cliente ». Ainsi, l'aidant naturel est amené à remplir plusieurs fonctions dans l'intervention. Il devient même, dans certaines situations, on l'a vu, « client ». L'interprète professionnel a pour fonction principale, dans nos interventions observées, de traduire les messages dans la communication, d'assurer le passage

³⁹ Dans les deux interventions observées, les intervenants et les aidants se parlent l'un à l'autre sans regarder la cliente ; les aidants ne traduisent pas les propos de leur mère.

d'une langue à l'autre. En outre, moins impliqué dans l'intervention qu'un membre de la famille, il axe davantage l'intervention sur l'utilisateur, alors que l'interprète informel axe davantage la relation entre lui, l'aidant, et l'intervenant.

Les fonctions remplies par les interprètes varient donc selon les interventions. Le tableau suivant présente ces fonctions que nous avons observées dans les interventions selon le type d'interprète :

TABLEAU II
Principales fonctions de l'interprète informel et de l'interprète professionnel
dans les interventions observées (cas I à V)

Interprète informel	Interprète professionnel
Informateur	---
Traducteur	Traducteur
Client auxiliaire (second client ou usager)	Intervenant auxiliaire

Dans les interventions observées, la fonction de traducteur, chez l'interprète informel, est présente, mais secondaire. Avant tout aidant, il agit bien plus comme un informateur dans l'intervention. Par ailleurs, en entrevue post-intervention, si les interprètes reconnaissent que leur présence permet à leur parent et à l'intervenant de communiquer, ils se perçoivent surtout comme des aidants. De leur côté, les deux personnes âgées « usagères » interviewées après l'intervention (cas I et II) reconnaissent cette fonction de traducteur remplie par leur fille ou leur fils. Cette fonction, essentielle, a permis la compréhension et la communication :

Habituellement, je peux demander à mon fils de venir ici s'il n'est pas au travail. C'est souvent lui qui vient pour aider à ce qu'on se comprenne. C'est très utile quand il est là, sinon on ne se comprendrait pas. (E2C-86)

Sans ma fille, je n'aurais rien compris. Elle vient ici parce qu'elle aide à communiquer. Elle pose les questions à l'infirmière et elle me pose les questions de l'infirmière. Sans elle, il n'y aurait pas eu de conversation du tout. (E1C-42)

Les aidants naturels, dans les interventions observées, agissent comme des informateurs. Ils donnent de l'information sur l'état de santé de leur parent. Les intervenants les considèrent ainsi et les impliquent dans l'intervention. Ils leur posent des questions, leur demandent des

informations. Les intervenants en soins à domicile accordent une place fondamentale à la fonction d'informateur de l'aidant naturel (cf. section 3.3 sur les perceptions et les représentations des intervenants).

Les aidants deviennent aussi parfois « second client » (ou client auxiliaire). Cela advient lorsque leur « agenda » prend le dessus sur celui de l'utilisateur et de l'intervenant. Informateur, il est aussi en quête d'informations ou d'explications. Actif, il pose des questions à l'intervenant, souvent plus que la personne « usagère », la « cliente » lui-même. Il est aussi amené à exprimer ses craintes, ses inquiétudes, ses difficultés. Plusieurs des questions et commentaires des aidants portent, ainsi, sur son impuissance : « *Tell me what can I do to help her?* » (cas I); « *I'm afraid because she cannot cook by herself anymore and I cannot always be there with her* » (cas IV); « *It's too hard for me to take care of her. I need help* » (cas V). Les aidants expriment leurs sentiments, leur besoin d'aide. Ils ne donnent plus seulement de l'information sur leur parent malade, mais sur leur état propre. Ils deviennent à leur tour « client » de l'intervenant.

Quant aux interprètes professionnels, leur fonction principale, dans les interventions que nous avons observées (cas II et III), est de traduire les propos des interlocuteurs.⁴⁰ Ils interviennent, à l'occasion, dans le discours, pour donner de l'information relative à la situation (par exemple, pour dire à l'intervenante de répéter parce que la personne n'a pas compris), pour donner des explications à la personne visitée. Il ne remplit cependant pas une fonction d'informateur au même titre que l'aidant-interprète naturel. Dans aucune des interventions, l'interprète professionnel n'est informateur culturel. Il n'informe jamais l'intervenant ou ne lui donne d'explication sur un élément de la culture de la personne visitée.

Par ailleurs, l'interprète professionnel, on l'a observé dans la troisième intervention (cas III : ergothérapeute en visite chez une dame d'origine sri lankaise), remplit une autre fonction, celle d'« intervenant auxiliaire ». Ainsi, au cours de l'intervention, l'interprète tamoul va plus loin que la traduction. Par certains de ces propos, il dépasse en effet cette fonction et pose des questions à l'utilisateur comme le ferait l'intervenant.

Enfin, les fonctions des interprètes semblent varier selon le type d'intervention. Ainsi, une intervention médicale simple, comme le changement d'un pansement ou la prise de la pression, n'exige pas une utilisation professionnelle du langage⁴¹ élaborée entre l'intervenant et l'utilisateur.⁴² Le rôle de l'interprétariat et de l'interprète peut être moins important. Une demande de placement prendra par contre des dimensions communicationnelles, relationnelles et émotionnelles d'une toute autre ampleur, puisque le contenu de la communication, l'expression des émotions, les valeurs, les normes et les habitudes socioculturelles doivent passer à travers le filtre de la traduction. La fonction de l'interprète peut alors devenir cruciale.

L'encadrement de l'intervention

Un fait ressort de nos observations : l'intervention à domicile avec interprète informel ou professionnel suscite, pour l'intervenant, des problèmes dans l'encadrement de l'intervention. Les intervenants, dans les interventions observées, ne définissent en effet pas le cadre de leur intervention à trois (intervenant-interprète-utilisateur) en début d'intervention, ni ne précisent le rôle de chacun. Cette absence d'encadrement peut engendrer de la confusion dans la situation, soulever des obstacles à l'efficacité désirée et créer des difficultés de compréhension. Par ce manque d'encadrement, l'intervenant, dans certains cas, perd le contrôle de la situation, de la gestion du processus de communication et de la structure de la rencontre.⁴³

Dans les entrevues post-interventions, les intervenants disent n'avoir pas développé l'habitude d'instaurer un cadre en début d'intervention. Ils reconnaissent cependant que certaines manières de fonctionner favorisent le déroulement de la rencontre avec interprète et facilitent la communication. Ils admettent, entre autres, que l'encadrement spatio-temporel, notamment la position triangulaire, favorise l'échange et facilite la dynamique de l'entretien.⁴⁴

⁴⁰ Rappelons les deux types de traduction observées : la traduction simultanée et la traduction consécutive. Ces deux types de traduction, on l'a vu, engendrent des dynamiques différentes. L'intervenante dans les interventions 2 et 3 l'a bien perçu.

⁴¹ Rappelons la distinction analytique entre l'utilisation professionnelle du langage, dans le processus de travail lui-même, et l'utilisation sociale du langage, qui se fait en dehors de ce processus (McAll et coll. 1994 ; 1997).

⁴² L'utilisation sociale du langage peut elle, par contre, être importante (cf. McAll, Tremblay et Le Goff, 1997).

⁴³ C'est le cas, notamment, dans l'intervention de l'ergothérapeute chez la dame d'origine sri lankaise (cf. cas III). L'ergothérapeute répète souvent et perd le contrôle de son intervention. Par ailleurs, la position des personnes ne favorise pas la communication.

⁴⁴ Cette position triangulaire n'était en effet observable que dans une intervention observée sur cinq (cas I).

3.3 Perceptions et représentations des intervenants

Dans cette partie, nous présentons les résultats des analyses des entrevues que nous avons effectuées avec les intervenants après les cinq interventions observées (entrevues post-interventions). Nous référerons aussi à ce que d'autres intervenants ont dit dans l'entrevue de groupe sur l'intervention à domicile et sur l'intervention avec interprète.

3.3.1 L'intervention à domicile

Pour les intervenants, dans les entrevues post-interventions et en entrevue de groupe, l'intervention à domicile a un caractère bien particulier.

Une intervention à tendance plus humaine et plus sociale

Les intervenants soutiennent que la place attribuée à la famille ainsi que l'importance accordée aux dimensions humaines, sociales et psychologiques sont des caractéristiques de l'intervention à domicile. Écouter, rassurer et développer une relation de confiance sont souvent des conditions fondamentales de la pratique à domicile. La majorité de la clientèle des soins à domicile étant composée de personnes âgées, le support correspond environ, selon l'infirmière, en entrevue après l'observation (cas I), à 75 % de l'intervention, alors que le traitement prend souvent une importance secondaire. L'infirmière raconte :

Le côté humain est plus présent aux soins à domicile. Plus que le côté médical. Dans mon secteur, je n'ai pas beaucoup de technique. Il y a quelques pansements, quelques injections, mais pas de grandes techniques comme à l'hôpital. [...] C'est le côté psychologique qui prime. Le côté écoute, le fait de les rassurer, de développer une relation de confiance. (E11-43)

Dans l'intervention observée, cependant, si l'infirmière ne prodigue pas de soins proprement dit, la communication est centrée sur l'état de santé de la dame.

Une intervention centrée sur la famille : l'inclusion de l'aidant naturel

La présence d'aidants naturels est considérée, par les intervenants, en entrevue, comme une des caractéristiques fondamentales de l'intervention à domicile. Un travailleur social, en entrevue post-intervention, parle de l'inclusion de la famille et de l'implication de ses membres dans l'intervention à domicile :

La famille est tout le temps impliquée. Ce n'est quasiment même pas une option. La personne âgée, souvent, a des aidants naturels et la famille, c'est autant nos clients parce que ça représente le réseau de la personne âgée. C'est un peu ça, notre rôle, en tant que travailleur social : s'assurer que les ressources autour restent stables, que le réseau reste solide. Et la famille fait partie de ça. Il y a des questions quand on fait nos évaluations, nos suivis, qui s'adressent seulement aux aidants naturels, seulement à la famille. (E15-24)

Cette intervention, centrée sur la famille, se fait avec ses membres.⁴⁵ L'implication des membres, des aidants, particulièrement, favorise leur travail, selon les intervenants : ils leur sont une source précieuse d'informations sur la personne visitée. Ils peuvent en outre valider les informations fournies par la personne visitée. Les intervenants disent se rendre d'ailleurs souvent à domicile pour valider des informations obtenues au téléphone.

L'infirmière, en entrevue post-intervention, mentionne l'importance d'entretenir des liens avec les membres de la famille de l'usager. Comme aidants, ce sont eux qui suivent l'évolution de l'état de santé de leur parent ou de leur conjoint. Informer les aidants naturels sur la condition du patient, les rassurer, les aider à trouver des ressources font donc partie des tâches des intervenants, ce qui vient d'après eux modifier la dynamique de la rencontre et complexifier l'intervention. Cette infirmière raconte ce qu'elle appelle « la double intervention » :

Il faut que je m'occupe de mon client et que je m'occupe des membres de la famille parce qu'ils me posent des questions. Ils veulent savoir telle ou telle chose ; d'habitude, les enfants posent plus de questions que les patients. [...] Ils posent des questions spécifiques : « Ce médicament, pourquoi maman le prend ? J'ai lu que ce n'est pas bon » ou « Ils ont dit, à la télévision ça, ça, ça ». On intervient dans deux angles : avec le malade, le patient, et, en même temps, il faut que tu t'occupes de la famille. Mais c'est différent ce que tu fais avec le client et ce que tu fais avec la famille. Quand tu es avec le client, tu t'occupes du client. Quand il y a l'enfant ou le conjoint, il faut que tu t'en occupes aussi. Il faut que tu leur expliques ce que tu fais. J'aime les rassurer et j'aime beaucoup leur donner un feed-back. [...] C'est comme une double intervention, c'est comme s'occuper de cas différents. (E11-85)

Ainsi, l'infirmière, dans l'intervention observée (cas I) ne fait pas que vérifier l'état de santé de la dame (pression, vision, respiration, œdème à la jambe, etc.), elle répond aussi aux questions de sa fille, concernée par l'état de santé de sa mère (« *What can I do ?* ») et apaise ses inquiétudes.

Un contexte riche en informations

L'intervention à domicile permet à l'intervenant d'avoir un accès direct au milieu de vie de l'utilisateur. Plusieurs intervenants ont mentionné, en entrevue post-intervention, que le fait de se rendre chez la personne leur permet d'obtenir des informations qu'ils ne pourraient avoir autrement. Elle permet, entre autres, comme le dit une travailleuse sociale dans le groupe de discussion, de saisir la dynamique réelle qui existe entre les membres de la famille et l'utilisateur, tout comme elle lui permet de s'assurer de la solidité du réseau.

3.3.2 L'intervention à domicile avec interprète

Comment les intervenants perçoivent-ils l'intervention à domicile avec interprète ? Comment la caractérisent-ils ? Est-ce que la culture de la personne visitée influence leur intervention ?

L'influence de la culture de l'utilisateur dans l'intervention

Pour les intervenants, la culture des personnes qu'ils visitent à leur domicile est prégnante. L'environnement physique, les objets décoratifs, la présence de plusieurs personnes qui assistent à l'intervention et se mêlent parfois à la conversation sont des éléments culturels qu'ils ont relevés. Le contexte de l'intervention, le domicile de l'utilisateur est lui-même un élément de culture. L'ergothérapeute, dans la troisième intervention observée (cas III) parle, après l'intervention, de la « mise en place » de son intervention :

Cette mise en place ne serait pas la même dans une autre culture : la mère qui couche chez la voisine d'en haut et qui vient passer ses journées chez la fille. [...] Par ailleurs, le fait qu'ils n'ont pas besoin d'aide du CLSC est en grande partie à cause de la culture : la fille fait tout pour sa mère, l'autre en haut s'en occupe. Puis il y a cinq enfants autour, puis ça bouge, et la télé. Le monde du CLSC est là, il n'y a rien là, on est huit dans le salon, ce n'est pas un problème. Dans ce sens-là, la culture était importante. (E3I-22)

Cependant, malgré ces éléments d'ordre culturel, les intervenants, dans les entrevues post-interventions, disent ne pas avoir modifié leur intervention. En entrevue de groupe, les intervenants accordent toutefois une importance aux différences culturelles entre eux et les personnes qu'ils visitent. « *Je ne pense pas qu'on peut les aider si on n'a pas une grande*

⁴⁵ Ce qui favorise l'implication des membres aidant dans l'intervention et leur fonction d'informateur (voir plus haut).

ouverture à leur culture et à leur façon de vivre », dit l'infirmière en entrevue post-intervention. Certains disent que ces différences les forcent à modifier leur pratique. D'autres considèrent que la plus grande barrière entre eux et les personnes d'origine autre que la leur est linguistique.

Les intervenants, tant en entrevue post-intervention qu'en entrevue de groupe, considèrent cependant, que les interventions avec interprète sont plus longues. Ce qui s'explique, selon eux, par le temps de la traduction. Des intervenants considèrent certaines de ces rencontres plus épuisantes en raison du degré de concentration qu'ils doivent constamment entretenir. L'écoute active dont ils doivent faire preuve leur demande une grande dépense d'énergie. Ainsi, poser plus de questions, travailler sur l'établissement d'un lien de confiance solide, faire preuve d'écoute, de patience, de compréhension et d'empathie sont des attitudes fondamentales de toute intervention, mais qui, selon les intervenants, contribuent à favoriser la relation avec les usagers d'origine immigrante.

3.3.3 Rencontre interethnique, allophonie de l'utilisateur et soins à domicile

Les intervenants à domicile, en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, disent intervenir peu en présence d'un interprète. Leur clientèle allophone est rare.⁴⁶ Les intervenants affirment que, dans la plupart des cas, ils sont en mesure de communiquer par quelques mots ou par des gestes avec les usagers qui ne peuvent s'exprimer en anglais ou en français (ou toute autre langue parlée par l'intervenant). Certaines interventions, cependant, nécessitent, selon eux, la présence d'un interprète informel ou professionnel. Que ce soit pour une première rencontre, un questionnaire à remplir, une évaluation de l'état de santé de la personne, l'intervenant recourt à une tierce personne lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité d'obtenir l'information désirée directement de l'utilisateur.

Les intervenants mentionnent toutefois que lorsque leur usager est allophone, ils comptent sur la présence d'un aidant naturel qui assurera la traduction. Ainsi, en entrevue de groupe, un intervenant raconte :

⁴⁶ Rappelons que la clientèle allophone des intervenants rencontrés (en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe) ne représente que 10 % de leur clientèle. Ainsi, dans la plupart des cas, les personnes qu'ils visitent à domicile se débrouillent en anglais ou en français. Dans nos interventions observées, cependant, les clients ne parlaient ni anglais ni français.

On est habituellement avertis lorsque la personne ne parle ni anglais ni français. Comme on voit les gens à domicile, il faut prendre rendez-vous. Alors, on a toujours le nom d'une tierce personne avec qui on peut communiquer, qui s'engage à être présente à la maison. C'est rare que j'arrive devant quelqu'un qui ne parle pas et qui ne s'est pas arrangé pour faire venir un de ses enfants ou un voisin. (GDI-59)

Il arrive cependant que l'intervenant, comptant sur la présence d'un interprète informel, se présente au domicile de la personne et ne l'y trouve pas. L'intervenant doit alors trouver lui-même une solution. La règle, c'est la débrouillardise, dit un intervenant.

Les intervenants interviewés préfèrent recourir à l'aidant naturel qui fait office d'interprète (interprète informel) plutôt qu'à un interprète professionnel. La fonction d'informateur de l'aidant est, pour eux, un atout dans l'intervention à domicile. Ils évitent aussi la « paperasse » administrative que nécessite le recours à un interprète professionnel.⁴⁷ Ainsi, l'infirmière, dans l'entrevue post-intervention (cas I) considère que l'interprète informelle, la fille de la dame visitée, facilite son travail, puisqu'elle a établi des liens avec celle-ci. Elle explique :

Pour moi, c'est plus facile parce que je suis plus à l'aise quand il faut que je téléphone à la fille de la dame et que je la connais. C'est beaucoup plus facile. Et je suis plus à l'aise parce que, quand on a une relation fréquente, ça va très bien. Les interventions vont mieux et sont beaucoup plus faciles avec les gens que l'on connaît qu'avec ceux avec qui on n'a pas de relation ou si on ne se parle qu'une fois ou deux fois par année. (E11-132)

L'aidant naturel est un allié de l'intervenant dans l'intervention à domicile : sa présence ou son implication dans l'intervention en fait partie intégrante. En raison des fonctions de contact (c'est lui qui permet en effet la prise de contact entre l'intervenant et l'utilisateur) et d'informateur qu'il remplit, les intervenants lui confient aussi celle de la traduction.

L'aidant naturel est donc le lien entre l'utilisateur et l'intervenant. Il devient même un interlocuteur important. « On communique beaucoup avec l'aidant, souvent plus qu'avec le client », dit une intervenante en entrevue de groupe. L'aidant agit en outre, on a pu l'observer, comme un informateur. Il permet à l'intervenant de valider les informations sur l'état de santé de la personne

⁴⁷ L'ergothérapeute, en entrevue post-intervention, dit à ce propos : « Utiliser l'interprète de la famille est souvent plus simple. Un interprète de la Banque, c'est plus compliqué parce que tu dois fixer un rendez-vous et tu n'as pas besoins de lui dans trois jours, mais maintenant. Il faut faire une demande, remplir des papiers, parfois contacter

allophone visitée. C'est ce que les intervenants ont fait ressortir tant dans les entrevues post-interventions que dans l'entrevue de groupe. « *Il faut qu'on passe par cette personne-là pour avoir des informations sur la personne* », dit une intervenante. « *C'est souvent avec l'aidant qu'on va avoir les réponses à nos questions. Dans notre pratique, c'est souvent l'aidant qui répond, même si la personne n'est pas nécessairement atteinte de problèmes cognitifs* », dit une autre. La présence de l'aidant naturel permet aussi à l'intervenant de s'assurer de la solidité du réseau : « *On n'a pas le choix d'interagir avec le réseau, de poser des questions, de vérifier l'information* », conclut une intervenante en entrevue post-intervention.

L'aidant, pour les intervenants, est d'abord un informateur.⁴⁸ Sa fonction de traducteur, reconnue comme essentielle, est néanmoins secondaire. Un intervenant, en entrevue post-intervention, dit à ce propos :

La présence de l'aidant est essentielle pour la traduction, si je dois parler avec le patient ou la patiente. Mais sa présence est importante pour avoir les informations que l'on ne pourrait pas avoir. Des fois, la personne âgée va minimiser certaines affaires, elle va dire que sa condition est bonne. C'est pour ça que c'est toujours bon d'avoir les deux points de vue. (EI5-24)

Les intervenants disent entretenir un lien régulier avec les aidants, même s'ils ne sont pas présents lors de la visite à domicile. Ils communiquent avec eux pour avoir des informations supplémentaires, pour valider leur diagnostic ou pour les tenir au courant de l'état de santé du patient. L'établissement de ce lien ou de cette relation est une des raisons pour lesquelles les intervenants préfèrent intervenir avec l'aidant qui agit, entre autres, comme interprète informel.

Les intervenants, en entrevue post intervention et en entrevue de groupe, à domicile, préfèrent l'aidant naturel comme traducteur.⁴⁹ Le travailleur social (cas IV) explique en entrevue que le réseau de la personne détermine le type d'interprète auquel il recourt :

Lorsque je demande à un interprète de m'accompagner, il s'agit surtout de personnes (lucides) qui n'ont pas beaucoup de réseau. Lorsque les personnes ont un réseau, on trouve toujours quelqu'un dans leur communauté pour faire la traduction. C'est sûr

l'interprète pour savoir s'il a joint le client. Tu es bien contente quand le fils ou la fille est là et que tu n'as pas à faire toutes ces démarches-là. (E2I-39) »

⁴⁸ Il pose en outre « plus de questions que les patients », dit l'infirmière en entrevue post-intervention (cas I).

⁴⁹ Par opposition aux intervenants interrogés par Mesa (1997), qui ont exprimé leur préférence pour les interprètes professionnels. Notons, cependant, qu'ils s'exprimaient sur les services d'interprétation de façon générale, et non sur l'interprétation dans l'intervention à domicile en particulier, comme c'est le cas ici.

que c'est plus facile dans les cas où il y a des réseaux pour l'intervention : il y a plus de gens qui observent, plus de gens qui peuvent aider, plus de gens qui peuvent nous donner l'information qu'on veut obtenir. Si on est rendu à utiliser un interprète, c'est que la personne est plutôt isolée. On l'utilise souvent en dernier recours. (EI4-32)

Si les intervenants à domicile privilégient le réseau de la personne pour l'interprétariat, ils reconnaissent toutefois que les aidants ne sont pas des interprètes professionnels et qu'ils ont des limites comme traducteurs. Ils n'ont en effet pas toujours la compétence linguistique nécessaire. La qualité de la traduction du message et de sa transmission peut s'en ressentir. Mais les intervenants ne peuvent s'assurer de la validité de la traduction ou de la façon dont les informations ont été transmises. L'ergothérapeute venue visiter une dame russe âgée (cas II) traduit bien, en entrevue post-intervention, son incapacité à juger de la qualité de la transmission de son message : « *Tu ne sais jamais ce qui est traduit et ce qui ne l'est pas. Tu ne sais pas non plus jusqu'à quel point ils aident, et sur quel point. Ça crée une sorte d'impuissance devant la situation.* » (E2I-33)

Certains, en groupe de discussion, relèvent la possibilité que l'aidant naturel filtre certaines informations et ne traduise pas tout ce que dit l'intervenant. Un intervenant l'explique par des facteurs d'ordre culturel :

Le fait qu'il ne traduise pas, je crois que ça touche à des sujets délicats. Peut-être, dans d'autres cultures, on ne parle pas avec la même aisance de certaines choses, comme les émotions. Au Québec on est habitués à exprimer nos émotions, mais il y a d'autres cultures pour lesquelles ce n'est pas habituel. Il y a une réserve. On s'en tient plutôt à des choses concrètes. (GDI-173)

Par ailleurs, les intervenants, en entrevue de groupe, reconnaissent qu'une interprétation faite par un membre de la famille laisse souvent peu de place à la personne visitée. L'intervention est alors dominée par l'aidant. « *Les aidants, dit une travailleuse sociale, ont tendance à répondre à la place de la personne. Ça peut venir d'une habitude : ils sont tout le temps amenés à répondre pour elle dans toutes les choses de la vie quotidienne parce qu'elle ne parle pas la langue. Ils se sont habitués à toujours répondre à sa place.* (GDI-98)

Malgré les difficultés liées aux fonctions de l'aidant et à la qualité de la transmission de leur message, à domicile, les intervenants disent, en entrevue de groupe, recourir peu à un interprète professionnel. Ce recours est déterminé, selon eux, au type d'intervention. Une physiothérapeute,

par exemple, lie l'interprétariat à l'anxiété et au besoin d'exprimer des émotions, ce qu'elle ne voit pas dans sa pratique : « *Je pense, dit-elle, que c'est moins pertinent parce que je donne des soins physiques, ce qui apporte peu d'anxiété aux clients. Je n'ai pas non plus trop de manipulation à faire vis-à-vis de l'émotif. Ce n'est pas la même chose que des cas de placements ou de violence. Ma fonction n'exige pas la présence d'un interprète professionnel.* » (GDI-220)

Le recours à un interprète professionnel modifierait l'intervention, selon les intervenants, en entrevue de groupe. Ils expriment des réticences : ils ont peur de brimer la vie privée de l'utilisateur et de déplaire à l'aidant. Par ailleurs, selon eux, les usagers ont tendance à établir un lien plus fort avec l'interprète qu'avec l'intervenant. Certains expriment la crainte de se faire juger par un tiers. Cette crainte s'atténue après être intervenu auprès d'un usager avec un interprète. Une intervenante raconte son expérience en entrevue de groupe :

Avant d'avoir fait l'expérience d'intervenir avec un interprète, dit-elle, j'avais peur d'avoir une timidité dans mon intervention et de sentir le regard de l'autre sur moi. J'ai compris que l'interprète pouvait être un instrument, ça m'a enlevé un stress : il n'est pas là pour me juger, il a un travail à faire. Le fait de l'avoir expérimenté, ça m'a rassurée au point de dire que ça valait la peine. GDI-377

La méconnaissance du travail de l'interprète professionnel et la confiance à bâtir avec celui-ci expliquent donc aussi le recours peu fréquent à ces services. Perception erronée du rôle de l'interprète professionnel. Considéré comme un instrument, l'interprète professionnel peut être utile dans l'intervention. Il ne se substitue pas à l'intervenant. Sa fonction principale est de traduire. « *L'interprète est un instrument, renchérit une intervenante en entrevue de groupe. Il est formé pour ça. Il n'a même pas à avoir d'état d'âme, il doit traduire mot pour mot* », résume une intervenante.

Les intervenants, en entrevue, disent faire appel aux interprètes professionnels lorsqu'ils veulent écarter le réseau de la personne dans leur intervention, lorsque celle-ci touche l'affectif et le cognitif, par exemple.⁵⁰ L'ergothérapeute qui visite une dame âgée russe, dans nos interventions observées (cas II) est accompagnée d'une interprète. Elle raconte à ce propos :

⁵⁰ Les raisons d'écarter le réseau de la personne sont nombreuses : tensions familiales; violence; négligence ou abus. Par ailleurs, ce peut être dans le but d'obtenir une information objective; quand des tentatives avec la famille ont échoué (cf. entrevue de groupe, 2004).

J'ai l'impression qu'il faut absolument un interprète dès que tu veux travailler au niveau affectif ou cognitif. Quand on veut seulement savoir si l'usager peut ou ne peut pas monter les escaliers, la famille, ça peut aller. Mais dès que tu tombes dans du plus cognitif, tu ne peux pas avoir la famille, c'est impossible parce que c'est trop biaisé. Il y a trop d'implication émotive quand il y a une problématique cognitive ou affective pour que la famille puisse agir comme interprète. (E2I-33)

L'infirmière venue rencontrer une patiente russe (cas I) et sa fille parle, quant à elle, de l'objectivité de l'interprète professionnel.

J'aime avoir une interprète de la Banque d'interprètes qui est plus objective, dit-elle. Quand c'est la famille et qu'il y a des complications au niveau de la dynamique familiale, comme du déni ou de la difficulté à accepter la maladie du parent, je trouve ça plus difficile parce qu'ils ont tendance à répondre pour leur parent, à le surprotéger. À ce moment-là, l'information, elle se perd un petit peu. C'est moins objectif avec la famille. Mais c'est souvent ça qui va arriver avec les enfants, en règle générale, français, anglais, toutes langues confondues. Mais si on ne comprend pas la langue, on est perdus, on n'a pas d'indices et, là, l'information peut être biaisée sans que l'on puisse s'en rendre compte. (EI4-20)

L'établissement d'un lien intervenant-usager est, selon des intervenants en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, favorisé par la présence d'un interprète professionnel. L'intervenant met l'accent, dans son intervention, sur sa relation avec l'usager. Les fonctions de chacun sont bien définies. L'ergothérapeute, après sa rencontre avec une dame russe en présence d'une interprète professionnelle (cas II), est de cet avis :

Avec un interprète professionnel, tu établis plus facilement une communication avec le client que quand c'est un membre de la famille qui traduit. Avec un interprète, c'est clair, il est là pour traduire. Quand c'est un membre de la famille, tu établis plus une relation avec le membre de la famille qu'avec la personne avec qui tu voudrais avoir un contact. L'interprète permet peut-être d'établir un meilleur contact avec le client. Quand tu as ton patient, la famille, elle fait partie du patient. C'est son environnement social, tu ne peux pas juste faire comme si ça n'existait pas. Souvent, tu veux parler avec le patient et, dans le fond, tu parles avec la famille, c'est le fils qui te donne son impression sur ce qui est difficile pour son père et ce qui est difficile pour lui, pour sa femme, pour ses enfants. Finalement, la relation qui s'établit, c'est avec la famille plus qu'avec le patient. (E2I-103)

Parler de l'interprète professionnel amène l'ergothérapeute à parler de l'intervention de type familial, qui implique les membres de la famille. Elle en souligne un désavantage : celui d'isoler la personne. L'interprète professionnel permettrait de redonner à la personne sa place comme interlocutrice active dans la communication et l'intervention. L'ergothérapeute poursuit :

J'ai beaucoup d'expérience avec des aidants naturels comme interprètes et très peu avec les interprètes de la Banque, mais je trouve qu'il y a beaucoup moins d'obstacles quand on travaille avec les professionnels. Il y a une démarche bureaucratique plus compliquée pour les joindre (pour organiser les rendez-vous), mais la qualité de la relation que tu établis avec la personne est meilleure, vraiment meilleure. (E2I-107)

Le travailleur social, en entrevue post-intervention, dit préférer travailler avec un interprète de la Banque quand la personne visitée est lucide. L'interprète professionnel est en mesure, dit-il, de lui donner le ton de l'entrevue:

Règle générale, je préfère travailler avec un interprète de la Banque parce que, souvent ce qui arrive, c'est que les personnes avec qui j'ai eu affaire jusqu'à maintenant étaient lucides, donc, elles pouvaient répondre elles-mêmes. Puis l'interprète peut me donner une meilleure idée du ton de l'entrevue. Si madame est anxieuse, si le monsieur semble cacher des choses. EI4-18

Interprète informel vs interprète professionnel

Nous avons vu que les intervenants en soins à domicile préfèrent travailler avec les aidants naturels plutôt qu'avec les interprètes professionnels. Ils considèrent comme un atout le fait que l'aidant naturel connaisse bien le patient et soit émotivement impliqué dans la situation. En entrevue de groupe, les intervenants étaient d'accord : « *Des fois, la famille, c'est mieux parce qu'on a accès au contexte. Tu comprends toute la dynamique familiale. C'est plus intéressant que d'avoir un interprète qui ne fait que traduire.* » GDI-380

Ainsi, pour les intervenants, la traduction (ou l'interprétariat) est l'unique fonction de l'interprète. Cette fonction de traduction chez l'aidant est, on l'a vu, secondaire : les intervenants considèrent très peu cette fonction. Est plus prégnant chez eux le fait que l'intervention les implique, mais davantage comme informateur et comme membre à part entière de l'intervention. L'ergothérapeute, en entrevue, après l'intervention avec la dame russe, raconte comment son intervention, de façon générale, concerne à la fois la personne qu'elle visite et l'aidant : « *Les aidants naturels, des fois, ils trouvent ça dur de devoir s'occuper de leur parent ou de leur conjoint. Alors, finalement, tu intervies pour lui plutôt que pour ton patient. Ça peut changer la dynamique de l'intervention. Contrairement à l'interprète qui est plutôt direct.* » (E2I-105)

Comment alors les intervenants disent agir avec les aidants qui font office d'interprète ? Et avec l'interprète de la Banque ? En entrevue post-intervention, cet intervenant répond :

Je vais tenter le plus possible de leur demander de laisser leur parent répondre, de ne pas trop influencer les questions. Quand il y a des déficits cognitifs, on prépare un peu les enfants à ce qu'on va demander. L'interprète de la Banque, il ne pose pas de questions. Si on veut savoir la date, il va dire : « Quelle date on est ? » Alors que les enfants ont tendance à répondre : « Oui, oui, souviens-toi là. » EI4-28

Chaque situation d'intervention exigeant de la traduction à cause d'une barrière linguistique doit, selon les intervenants en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, être considérée en fonction de l'importance de la traduction. L'intervention nécessite-t-elle un interprète professionnel ou un aidant pourra faire la traduction ? Dans ce dernier cas, sa traduction causera-t-elle un préjudice à l'intervention ? Un travailleur social, en entrevue post-intervention, résume :

Ça dépend du cas. Des fois, je vais préférer une interprète de la Banque et d'autres fois, je me dis: « J'aimerais avoir un membre de la famille qui puisse me traduire et me dire ce qui se passe. » Parce que les clients ne vont pas tout révéler à un interprète qu'ils ne connaissent pas. Mais quand on retourne souvent avec le même interprète, ça crée un lien, et, à ce moment-là, ils se mettent à raconter leur vie. Quand le lien est créé, ça revient au même, dans le fond. (EI4-42)

« Quand le lien est créé, ça revient au même, dans le fond. » Cette phrase résume bien l'essentiel : la création d'un lien. Ce lien entre l'intervenant et l'usager, si important pour la réussite de son intervention. Interprète informel ou interprète professionnel, le tiers contribue à créer ce lien lorsqu'il y a barrière linguistique. Il faut y mettre parfois le temps.

Le travail de l'interprète professionnel perçu par les intervenants

Les intervenants, en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, distinguent, dans le travail de l'interprète, la traduction simultanée et la traduction consécutive. Ceux qui ont travaillé avec plusieurs interprètes professionnels font le constat d'une différence dans leur façon de traduire qu'ils attribuent à leur culture. Ainsi, l'ergothérapeute, après son intervention auprès de la dame d'origine sri lankaise, compare cette situation avec interprète avec celle de la veille, avec une interprète russe :

C'est la culture qui fait qu'il y a une certaine façon de faire de l'interprétariat. La culture de l'interprète modèle sa façon d'interpréter et, de la même façon, la culture des clients modèle leur façon de réagir à la présence de l'interprète. Il y a une

énorme différence entre ma patiente russe qui me parle en russe et qui ne tient pas compte de la présence de l'interprète et qui a juste l'air de penser qu'elle est là pour faire son travail et l'interprète sri lankais qui avait une façon de fonctionner très « british ». (E3I-37)

Dans une intervention avec interprète, les intervenants s'attendent, de façon générale, à ce que leurs propos soient traduits intégralement, particulièrement lorsque des dimensions affectives, psychologiques ou cognitives seront abordées. Cependant, ils n'ont pas d'objection à ce que les interprètes professionnels résumant les propos des usagers lorsque la situation le permet (vs une traduction mot à mot). Dans les interventions que nous avons observées, les intervenants n'ont pas les mêmes exigences. Ainsi, le travailleur social préfère la traduction mot à mot, alors que l'ergothérapeute accepte plus facilement que l'interprète résume ou synthétise ses propos et ceux des autres participants à la communication. L'ergothérapeute parle de son expérience de la journée avec l'usagère visitée et l'interprète tamoul :

J'ai l'impression que c'est une synthèse qui m'a été dite. Dans mon travail, ça a peu d'implication : je ne fais pas de la psychanalyse ou de la psychothérapie. Le mot à mot m'est plus ou moins important. J'ai besoin d'avoir les grandes lignes de ce qui est dit. À moins qu'il y ait, dans mon intervention, une problématique cognitive. Aujourd'hui, c'était facile. C'était une évaluation de la situation et des besoins de la dame. Les questions étaient écrites, je les lisais et, quand j'avais fini, l'interprète les traduisait à la cliente et elle répondait. Si ça avait été une évaluation cognitive, il aurait fallu que l'interprète me traduise exactement par le mot à mot. Un résumé de l'idée, ça n'aurait pas été assez. E3I-41

Si des intervenants disent, en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, que les usagers se sentent plus à l'aise lorsque c'est un de leurs enfants ou leur conjoint qui fait la traduction, d'autres intervenants sont d'avis que, dans certaines situations, les personnes qu'ils visitent à domicile préfèrent l'interprète professionnel par l'intermédiaire de qui ils peuvent aborder des sujets intimes ou délicats. Quant à la relation triadique, la relation à trois intervenant-interprète-usager est peu mise en relief par les intervenants. Ils parlent davantage des relations dyadiques entre eux et la personne visitée, eux et les interprètes, et entre les usagers et les interprètes. En entrevue post-intervention, par exemple, l'intervenant, sur la construction de ces relations, dit : « Personnellement, j'ai tendance à faire alliance avec l'interprète, mais dans mon intervention, je vais laisser de la place pour qu'il y ait un lien qui se fasse entre l'interprète et le client ou la cliente. » (E14-24)

La triade s'actualise dans des dyades. L'ergothérapeute, en entrevue post-intervention, note cependant une différence dans la relation qui s'établit entre les trois parties selon le type d'interprète présent. Elle compare cette triade avec interprète à cette autre triade en soins à domicile, intervenant-aidant-usager, et met l'accent sur la relation :

La relation à trois avec un aidant naturel québécois d'origine ressemble à la relation à trois avec un aidant naturel qui interprète. Ce n'est pas la même chose avec un interprète professionnel. Ça m'est arrivé très souvent d'avoir, par exemple, une patiente anglophone et sa fille : je n'ai pas besoin d'interprète, mais l'entrevue se faisait beaucoup avec la fille et, finalement, juste avec la fille. Le fait d'interpréter change peu, c'est le fait d'avoir une relation avec le client qui se modifie. (E2I-112)

La relation aidant-usager est prégnante, même en situation d'interprétariat : les intervenants, en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, mentionnent fréquemment ce lien qui unit l'aidant naturel à l'utilisateur. Les intervenants reconnaissent, par ailleurs, qu'ils ont tendance à établir une relation plus soutenue avec l'aidant plutôt qu'avec la personne visitée, notamment si celle-ci est allophone. Certains aidants qui agissent comme interprètes ont, selon eux, tendance à prendre trop de place dans l'intervention. Ils répondent, disent-ils à la place de l'utilisateur. En entrevue de groupe, une intervenante résume :

La relation avec le membre de la famille dépend toujours de la dynamique. Il y a des aidants qui parlent beaucoup pour les autres. Si, en plus, ils font les interprètes, ça finit que j'ai tendance à établir ma relation uniquement avec eux et que la cliente est laissée de côté. Même si ce n'est pas ça que je veux faire. J'essaie toujours de regarder le client et de vérifier avec lui : « C'est bien ça, c'est ce que vous voulez dire? » Ou je lui repose la question si c'est l'enfant qui a répondu. C'est assez épuisant lorsque les aidants parlent beaucoup pour le client. (GDI-302)

En présence d'un interprète professionnel, les relations entre les participants de la triade sont perçues différemment. Cette relation semble moins claire dans l'esprit des intervenants. Certains intervenants affirment que les utilisateurs ont tendance à établir un lien plus fort avec l'interprète professionnel qu'avec l'intervenant. En entrevue post-intervention, un travailleur social dit à ce propos : « *Quand c'est un interprète de la Banque, le client développe un lien avec cette personne-là. Ils développent un lien entre eux et se mettent à parler ensemble. Pas avec la travailleuse sociale qui parle juste français et anglais.* » (EI4-14) À l'opposé, d'autres considèrent que la relation se fait plus directement entre l'utilisateur et l'intervenant lorsqu'un interprète professionnel assure la traduction et la transmission des messages. Peu parlent de la

relation intervenant-interprète, comme s'il n'y avait pas de relation à construire entre eux.⁵¹ Les points de vue ne convergent pas tous. La perception de la relation entre l'intervenant, l'interprète et l'usager dépend de l'expérience de chacun relativement à l'intervention avec interprète.

La barrière linguistique et le recours à un interprète modifient l'intervention, selon les intervenants en entrevue. Principalement, ils disent avoir de la difficulté à aborder les émotions avec les usagers en présence d'un interprète informel ou professionnel, ce qui les conduit à évacuer certaines questions ou à abandonner des aspects, comme le psychosocial. L'ergothérapeute, en entrevue après son intervention auprès de la dame sri lankaise (cas III) dit avoir volontairement omis de poser des questions sur les comportements sexuels de la dame.⁵² En fait, ils s'en tiennent à l'objectif initial de la rencontre et ne poussent pas leur entretien en profondeur en présence d'une tierce personne. Le travailleur social en entrevue post-intervention (cas V) résume :

Avec des gens qui parlent anglais ou français et qui démontrent des craintes, de l'anxiété ou des signes de détresse psychologique, on peut offrir certaines choses. On peut au moins aborder la question. C'est ça, notre travail, aux soins à domicile, faire du psychosocial. Mais un patient qui ne parle pas la langue, avec qui en plus je dois passer par un intermédiaire pour ces choses-là... Je laisse tomber si ces objectifs ne sont pas essentiels à son bien-être. Il y a des choses que je pourrais offrir que je n'offre pas. (EI5-70)

La barrière linguistique, qui empêche le contact direct entre l'intervenant et la personne visitée, reste donc difficile à franchir et a des conséquences sur l'intervention, même lorsqu'il y a un interprète.

3.4 Perceptions et représentations des interprètes

Dans cette partie, nous nous intéresserons aux perceptions et représentations des interprètes informels et professionnels. Comment les aidants perçoivent-ils leur fonction de traduction ? Et leur relation avec l'intervenant ? Et les interprètes professionnels ? Comment voient-ils l'intervention à domicile ? Les relations entre eux et les personnes visitées ? Entre eux et

⁵¹ Rappelons à ce propos que l'interprète est perçu, par plusieurs intervenants, en entrevue de groupe, comme un instrument.

⁵² Notons que l'âge de la dame joue aussi un rôle dans cette omission, pas seulement la barrière linguistique.

l'intervenant ? Autant de questions que les entrevues post-interventions et l'entrevue de groupe avec des interprètes de la Banque nous ont permis d'aborder.

3.4.1 Les interprètes informels

En entrevue post-intervention, les aidants qui ont agi comme interprète dans l'intervention (cas I, IV et V), les interprètes informels, apprécient le travail des intervenants ainsi que l'attention qu'ils accordent à leur parent ou à leur conjoint. Dans cet ordre d'idée, la patience, la chaleur, la disponibilité ainsi que l'attention que les intervenants accordent à la personne visitée sont mentionnés par les aidants comme des éléments importants, pour eux, de l'intervention. Les dimensions relationnelles et émotives sont donc ressorties davantage que la dimension physique des soins en entrevue post-intervention.⁵³ Par ailleurs, les aidants accordent moins d'importance à leur fonction de traducteur dans l'intervention qu'à leur fonction d'« informateur ». Leur fonction consiste d'abord et avant tout, disent-ils, à informer l'intervenant sur la condition de leur parent ou de leur conjoint. Certains, comme la fille de la dame russe, dans la première intervention observée (cas I) prennent cependant cette fonction de traduction au sérieux. Ainsi, elle cherche le « bon » terme, consulte le dictionnaire, soumet sa traduction à l'intervenante. Elle est présente lors de l'intervention, dit-elle, pour assurer « *a better communication* »; « *to express what my mother wants to say, to explain what the nurse says, to do it easier for my mom and the nurse* ».

3.4.2 Les interprètes professionnels

Les interprètes professionnels interviennent relativement peu à domicile (*cf.* entrevue de groupe, 2004).⁵⁴ La situation d'interprétation dans l'intervention de soins à domicile est jugée moins formelle que dans d'autres types d'intervention (comparativement à une intervention à domicile pour la protection de la jeunesse, par exemple). Selon les interprètes, en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, l'interprétation en soins à domicile est aussi moins formelle que l'interprétation en milieu hospitalier, ce qui a pour effet que les personnes allophones sont souvent plus à l'aise. L'interprète interviewée après l'intervention auprès de la dame russe (cas II) raconte à ce propos :

⁵³ « [The nurse] knows my mom for a long time, she comes regularly and she gives lot of attention », dit la fille de la dame russe (cas I).

À l'hôpital, c'est plus officiel qu'une visite à domicile. Quand c'est le médecin, le temps est limité et il y a des questions spécifiques qui doivent être posées. Ici [dans l'intervention à domicile], la rencontre est plus informelle et le client peut poser toutes ses questions. L'ambiance est plus décontractée que dans un CLSC où c'est beaucoup plus formel. Au domicile, ils sont plus à l'aise, ils sont très confortables. La visite au bureau, c'est très énervant. (E2T-12)

Les interprètes, en entrevue de groupe, affirment cependant préférer interpréter dans le bureau du professionnel de la santé plutôt qu'au domicile de la personne. Le degré plus formel du contexte institutionnel leur assure un cadre qui définit plus clairement la situation et les relations entre les personnes. Ainsi, des interprètes, en situation d'intervention à domicile, disent s'être parfois sentis mal à l'aise. La personne qui reçoit l'intervenant et l'interprète chez elle instaure un cadre moins formel, donc une certaine familiarité dans la relation. Des interprètes expliquent :

Les gens sont beaucoup plus à l'aise s'ils sont chez eux. Ils savent quoi faire. Alors que dans un bureau, c'est un peu la panique. Mais moi, aller au domicile des gens, je n'aime pas ça à cause des codes culturels. Je sais qu'ils vont me donner le thé, par exemple. Ce qui n'est pas vraiment nécessaire. Il y a beaucoup de choses comme ça, mais au domicile, on est obligés d'ajouter tout ça. Je préfère travailler dans un bureau, c'est évident. (GDT-120)

Pour certaines cultures, recevoir quelqu'un dans la maison, c'est très personnel. On entre dans la maison, il y a déjà une relation qui est en train de s'établir. C'est très difficile de rester juste professionnel. Parfois, les membres de la famille insistent qu'on reste après, parce qu'ils veulent parler. (GDT-132)

Les interprètes reconnaissent toutefois les avantages de l'intervention à domicile pour les intervenants. « *L'intervenant, dit une interprète, comprend comment les gens sont, quelle est la situation de la famille.* » (GDT-238) Mais certains interprètes professionnels considèrent que les visites à domicile créent un malaise, même chez les intervenants, puisque qu'ils se retrouvent dans un contexte qui n'est pas le leur. Ainsi, une interprète dit : « *Il y a des intervenants qui sont beaucoup moins à l'aise quand ils vont au domicile de quelqu'un parce que c'est évident que c'est eux qui entrent dans une culture différente. Ils ne sont pas dans leur contexte.* » (GDT-120)

La situation moins formelle d'intervention appelle une certaine convivialité ou l'établissement d'une relation entre la personne allophone et l'interprète. Ce qui, selon des interprètes en entrevue de groupe, cause une certaine méfiance chez les intervenants :

⁵⁴ Lorsqu'ils le font, c'est en majorité pour des interventions liées à la protection de la jeunesse (cas d'abus, de violence, etc.).

Parfois, je me fais demander : « Vous êtes certain que vous ne connaissez pas cette famille-là ? », raconte une interprète. C'est sûr que c'est un peu plus relax, plus amical. Et les gens offrent de la nourriture, du jus. C'est pour ça que les travailleurs sociaux sont un peu méfiants. À domicile, ce n'est pas le même contexte que dans un bureau. Parfois, je vois du coin de l'œil la travailleuse sociale qui se dit : « Mon Dieu, ils sont vraiment amicaux ». Elle est un peu méfiante. Mais si je suis trop réservée, les patients sont insultés. (GDT-117)

Les perceptions des interprètes professionnels

Comment les interprètes voient-ils leur rôle dans la communication ? Et dans l'intervention à domicile en particulier ? Comment perçoivent-ils leurs interlocuteurs ? En entrevue individuelle post-intervention et en entrevue de groupe, les interprètes professionnels ont parlé de leur travail. D'emblée, ils se définissent d'abord, en entrevue de groupe, comme des « interprètes communautaires » qui ne font pas seulement que traduire : ils remplissent une fonction d'informateurs culturels auprès des intervenants.

Il faut situer les professionnels avec qui on travaille, dit une interprète en entrevue de groupe. Parfois, ils veulent en savoir davantage : ils ne veulent pas simplement savoir ce que la personne a dit. Ils veulent aussi comprendre un petit peu le milieu socioculturel. On peut traduire pour une personne et, selon son âge, son milieu culturel, religieux, il y a plein de facteurs qui sont très importants.

Cette fonction socioculturelle, par laquelle les interprètes se définissent en entrevue de groupe, n'est cependant pas prégnante dans les interventions observées. Cependant, les interprètes, en entrevue, soulignent l'importance d'interpréter, pour ses interlocuteurs, les éléments de culture qui le nécessitent. L'interprète russe (cas II), rappelle que, dans son travail, « *il faut toujours prendre en considération qu'on parle avec des gens d'une autre culture et qu'il y a toujours des différences qu'il faut aussi prendre en considération.* » L'interprète intervient lorsqu'il faut expliquer ces différences. Elle poursuit, à propos de l'intervention de l'ergothérapeute : « *Pendant la rencontre, aujourd'hui, il n'y a pas eu d'indice qui a nécessité une explication culturelle. Il n'y avait rien de spécifique à porter à l'attention de l'intervenant. Je n'ai pas travaillé comme interprète culturel, juste comme interprète.* »⁵⁵

⁵⁵ L'interprète de la troisième intervention observée (cas III) dit lui aussi n'être pas intervenu sur le plan de la culture. Mais il lui est arrivé de donner des explications à la dame d'origine sri lankaise au sujet de la façon dont elle devait s'y prendre pour appeler au CLSC, donc, de « traduire » des éléments de la culture québécoise : « Au CLSC, il y a des interprètes. Puis, si jamais vous appelez là-bas et qu'on vous demande ce que vous voulez, dit-il, vous n'avez qu'à dire que vous voulez parler avec [l'intervenante] et, si elle n'est pas là, vous pouvez laisser votre numéro de téléphone sur le répondeur. »

En entrevue de groupe, des interprètes notent des éléments qu'ils considèrent relever de la culture et qu'ils indiquent aux intervenants lors d'interventions à domicile. Ils leur conseillent d'enlever leurs chaussures, rappellent l'importance de la poignée de mains ou d'accepter le verre de jus ou le café qu'on leur offre.

Ça fait partie de la culture, explique une interprète. Quand quelqu'un est invité à l'appartement d'une personne, la cliente ou la patiente, automatiquement, ça fait partie de leur culture d'offrir quelque chose et d'insister. C'est mal vu de refuser. Souvent, l'intervenante refuse. Elle dit: « Non, non, je ne bois pas de café, je ne bois pas de jus. »

Les intervenants sont des invités, selon les interprètes. « *Et ce n'est pas seulement par politesse ou par estime qu'on vous offre quelque chose à manger ou à boire* », concluent-elles.

Un autre élément culturel traduit par les interprètes concerne la famille de la personne visitée et sa famille. Pour l'intervenant, la confidentialité est primordiale ; la présence de membres de la famille au cours de l'intervention (comme dans le cas de celle de l'ergothérapeute avec la dame d'origine sri lankaise) peut rendre cette confidentialité difficile à réaliser. Une interprète en entrevue de groupe raconte à ce propos : « *Ici, la confidentialité est importante, mais, dans certaines cultures, c'est partagé par toute la famille. Alors l'intervenant va dire: « Non, on ne veut pas que l'oncle, la tante ou les grands-parents viennent. Mais, pour eux, c'est la famille, il n'y a pas de confidentialité. »* Le support familial prime, dans ce cas, sur la confidentialité. La culture professionnelle de l'intervenant se heurte donc parfois à celle des personnes qu'il visite.⁵⁶ Lorsque l'intervenant insiste, la méfiance s'installe, selon les interprètes.

La fonction de traduction, dominante dans nos observations, est aussi fort importante pour les interprètes. Car leur travail consiste, selon eux, à faciliter la compréhension entre l'intervenant et la personne visitée en traduisant tout ce que disent les interlocuteurs. L'interprète russe qui accompagne l'ergothérapeute voit ainsi son travail : « *La fonction que j'ai, c'est de faciliter la compréhension ; je suis la compréhension entre l'intervenante et le client. »*

⁵⁶ La référence à la culture peut venir de l'intervenant. Par exemple, dans le cas I, l'infirmière, originaire des pays de l'Est, tente un rapprochement culturel : « Je suis près de la culture russe », dit-elle. La fille de la dame traduit : « Elle vient d'un pays ressemblant par sa culture à la Russie. Elle nous comprend, aussi vos relations sont-elles très bonnes ». Ce à quoi la dame russe répond, en russe : « Non, tout dépend de la personnalité. Ce qui importe, c'est de rester humain. »

L'interprète traduit tout. Mais comment ? C'est souvent ce que se demandent les intervenants en situation d'interprétariat. Il y a, d'après les interprètes, différentes façons de traduire ou d'interpréter. *« Je traduis tout ce qui se dit, autant l'intervenante que toutes les personnes présentes. Ça rend le travail plus difficile »*, dit une interprète en entrevue de groupe. D'autres insistent davantage sur la transposition du sens, des concepts, des idées d'une langue d'origine à une langue d'arrivée, et synthétise ce qui se dit : *« On doit faire une synthèse, raconte une interprète professionnelle en entrevue de groupe. Moi, c'est ce que je leur dis : « Écoutez, ce n'est pas du mot à mot, c'est une synthèse parce que je n'ai pas le choix. Parce que les gens sont en train de se défouler, de me raconter tellement de choses, c'est tellement rapide. »*

Dans les interventions que nous avons observées, les deux interprètes professionnels ne traduisaient pas de la même façon. La première, par exemple, une interprète russe, traduisait de façon simultanée (cf. cas II) :

Avec le temps, j'ai acquis plus d'expérience, raconte-t-elle. Avant, je ne savais pas comment réagir quand tout le monde parlait en même temps. Maintenant, j'interprète chaque phrase qui est dite sans même demander d'arrêter ou bien je leur dis de ralentir. J'enregistre tout dans ma mémoire. Quand j'écoute un intervenant, j'écoute en même temps tout le monde.

Elle réfère à son interprétariat avec la dame russe (cas II) :

Compte tenu que c'est une personne âgée et très souvent distraite, elle ne portait pas beaucoup attention à ma présence. Elle s'exprimait, elle parlait des choses dont elle a besoin, elle parlait avec son mari en même temps. Moi, je devais rattraper toutes ces phrases en même temps pour ne pas manquer rien parce que tout ce qui est parlé moi je suis obligée de l'interpréter. Je ne peux pas juste faire un résumé.

Par contre, sa traduction simultanée ne s'est pas faite mot à mot : *« Je transmets le sens, dit-elle, mais je dois interpréter chaque phrase, le sens de chaque phrase, car si je considère que quelque chose n'est pas important, pour l'intervenant, ça peut l'être. Mon rôle n'est pas seulement d'interpréter, mais aussi d'aider l'intervenant à comprendre les besoins de leurs clients. »* En outre, dans sa traduction, l'interprète doit non seulement traduire des mots, mais aussi des concepts, parfois inexistant dans la langue d'arrivée. L'explication d'une expression comme « être bien dans sa peau », qui n'existe pas dans certaines cultures asiatiques, par exemple, nécessite du temps. Ce qui mène parfois à l'incompréhension des intervenants, dit une intervenante en entrevue de groupe.

Dans ma langue, pendjabi et hindi, il y a des mots qui n'existent pas. Si l'intervenante ou le médecin utilisent des mots d'ici, il faut que j'explique, et ça prend du temps. Les intervenants me disent: « Pourquoi ça prend du temps? J'ai posé une courte question et ça vous a pris une minute pour le dire? »

Une autre explication :

D'une longue litanie de problèmes, on résume et on sort l'idée générale pour la transmettre à l'intervenant. Et, parfois, l'intervenant est tellement fatigué d'attendre qu'il verbalise son malaise et dit: « Je suis un peu mal à l'aise parce que j'arrive pas à avoir le message brut. Comment ça se fait que, de ce long message, vous traduisez en quelques phrases ? »

Les interprètes, intermédiaires entre l'intervenant et l'utilisateur allophone, doivent s'adapter à chaque situation, aux interlocuteurs et être neutres, impartiaux, disent les interprètes. Ils doivent se fondre au contexte.⁵⁷ Ils peuvent parfois intervenir de leur propre chef pour donner des informations particulières à l'intervenant ou à l'utilisateur, poser des questions pour clarifier le message ou la situation. Une interprète dit, en entrevue de groupe : « *Quand la communication ne passe pas, moi, j'interviens. Il y a des choses à clarifier.* » Mais, comme tierce personne dans la communication, son action est subordonnée à celle de l'intervenant et de l'utilisateur, c'est pour et par eux qu'elle existe dans la communication. « *Nous sommes des perroquets qui répètent d'une langue à l'autre,* dit l'interprète russe en entrevue post-intervention (cas II). Elle ajoute : *On ne peut pas prendre de décisions. [...] On intervient juste au moment où on pense qu'il y a un problème dans l'interaction.* Intervenir dans la communication exige du tact, selon une interprète. « *Il ne faut pas imposer. Il faut simplement demander si on peut ajouter quelque chose pour clarifier la situation.* » Par exemple, dit l'interprète russe, lorsqu'une différence culturelle entre en ligne de compte, elle l'indique à l'intervenant. Même pour un détail, dit-elle, « *parce que chaque détail n'est pas un petit détail, c'est un gros problème.* Elle conclut : « *Je crois que tout le monde doit être au courant de ces différences. Surtout quand elles concernent la vie d'une personne, la santé, la vie.* » Cependant, comme le note cette autre interprète, en entrevue de

⁵⁷Cette neutralité n'est cependant pas perçue par les interlocuteurs. Une interprète, en entrevue de groupe, raconte :

Il faut dire aux gens que nous sommes neutres. Souvent, le médecin, la travailleuse sociale ou la directrice d'école me dit: « Vous êtes un ami de la famille ? » Je dis: « Non. Je suis interprète. » Ou c'est l'inverse, le client ou le patient pense qu'on travaille pour l'intervenant. C'est pour ça que je commence presque toutes mes interprétations en disant: « Je suis ici pour interpréter, je suis absolument neutre. » Dernièrement, à l'hôpital, je me suis fait poser la même question: « Vous êtes un ami de la famille? Vous êtes son frère, son ami? » et je dis: « Non, pas du tout je ne le connais pas, c'est professionnel, c'est tout. »

groupe, il n'est pas toujours facile d'intervenir dans la communication : *« On n'est pas sûrs si vraiment on doit donner nos opinions sur certaines choses, les expliquer ou attendre que quelqu'un nous le demande. »*

Les interprètes considèrent qu'ils doivent faire preuve de diplomatie dans leurs relations avec leurs interlocuteurs. L'interprète russe, en entrevue post-intervention, en parle en ces termes : *« Nous sommes comme des diplomates : on essaie d'aider, de faciliter la communication et de diminuer les tensions. Trouver le meilleur moyen pour faciliter la communication »* Aider, faciliter la communication, deux fonctions mentionnées fréquemment par les interprètes. Les interprètes ne voient donc pas leur rôle dans l'intervention lié seulement à la traduction du message, mais aussi à l'établissement du lien ou de la relation entre les interlocuteurs. Pour cela, les interprètes considèrent qu'ils doivent traduire et transmettre non seulement le message de la personne allophone, mais aussi ses sentiments et si nécessaire les éléments de la culture de la personne qui donnent un sens au message. Bref, il sensibilise l'intervenant à tous les éléments du contexte qui permettent cette relation. *« Le médecin et l'intervenante, dit une interprète en entrevue de groupe, veulent vraiment savoir, ils ont des questions à poser : ils veulent bien comprendre leur patient ou la personne qui est devant eux. »* Et faire comprendre la personne, c'est aussi, pour cette autre interprète, *« faire comprendre une communauté »*.

La profession d'interprète est méconnue, ou pas toujours reconnue, selon les interprètes en entrevue de groupe. *« J'espère, note l'une d'elles, que le rôle de l'interprète, avec le temps, prendra beaucoup plus d'importance, notamment les fonctions d'interprètes culturels. »* Les interprètes expriment leur désir de reconnaissance de leurs compétences professionnelles. *« Souvent, les intervenants pensent que si une personne parle la langue de leur client, c'est suffisant »*, dit une interprète.

Comme pour les intervenants, établir une confiance avec les usagers demeure un des objectifs fondamentaux des interprètes. Il est cependant difficile, pour les interprètes, de conserver une distance professionnelle avec eux. Surtout à domicile, disent-ils en entrevue de groupe. En fait, l'interprète doit toujours se définir par rapport à l'utilisateur. Celui-ci, à cause de la proximité du langage, cherche parfois à aller plus loin que la traduction de l'intervention, puisqu'ils associent l'interprète à l'institution (l'hôpital ou le CLSC, par exemple). C'est pourquoi, racontent les

interprètes, ils doivent utiliser certaines stratégies d'évitement (arriver juste à l'heure du rendez-vous ; prétexter un appel à faire ; parler de la pluie et du beau temps ; partir avec l'intervenant lorsque la rencontre se passe à domicile), tout cela afin de garder une distance entre eux et les usagers. *« Il y a des gens qui ne comprennent pas le rôle de l'interprète »,* dit une interprète en entrevue de groupe. *Il faut faire très attention. Moi, j'évite toujours d'être dans la maison seule avec les clients. Ça devient vite très personnel. »*

L'interprète professionnel se situe, dans la triade, entre les deux interlocuteurs, l'intervenant et la personne qu'il visite. Cette position fait parfois de lui, disent certains intervenants en entrevue de groupe, un « bouc émissaire », qui porte le blâme s'il y a un pépin dans l'intervention. Pour éviter ces pépins ou ces difficultés, la préparation et l'encadrement de la rencontre sont nécessaires. Cependant, les intervenants ne communiquent pas toujours avec les interprètes avant la visite à domicile pour leur faire part des objectifs de l'intervention. L'interprète tamoul (cas III), en entrevue post-intervention, dit apprécier le fait que l'ergothérapeute l'ait appelé avant pour lui parler de la situation de la dame âgée qu'ils vont visiter : *« Au téléphone, elle m'a décrit ce qu'elle allait faire, le but de l'intervention, de la visite. J'apprécie beaucoup. »* L'interprète russe, quant à elle, raconte :

Quand on fixe un rendez-vous avec l'intervenant, on lui demande la nature de son intervention. Il faut être bien préparé : savoir qui on va rencontrer et, selon le caractère, le problème que ce client a, on essaie de s'adapter pour que l'intervention ne soit pas interrompue, que tout le monde soit à l'aise et qu'aucun problème n'arrive pendant l'intervention.

En entrevue de groupe, les interprètes soulignent l'importance de préciser la fonction ou le rôle de l'interprète dans l'intervention, une fonction qui est souvent incomprise par la personne visitée. Une interprète raconte :

Il y a une intervenante, chaque fois que je vais avec elle à domicile, au début de son intervention, elle dit: « Écoutez, d'abord je vais vous expliquer le rôle de madame Unetelle, elle est interprète... » Ça aide parce que, tout de suite, le client se rend compte de ce que nous faisons. Et c'est très important.

Elle poursuit :

C'est important quand c'est l'intervenant qui nous présente. Sinon, c'est à nous de dire: « Bon, écoutez, un petit instant, je voudrais quand même me présenter et vous expliquer mon rôle. » Parce que sinon, ce n'est pas compris.

L'encadrement de l'intervention et la définition des fonctions sont des éléments qui incombent à l'intervenant et favorisent le bon déroulement de l'intervention, selon les interprètes.

Les interprètes professionnels considèrent que la qualité de la traduction passe par le recours à leurs services. « On a des années d'expériences, on est familiers avec le milieu, avec des règles, et on sait comment il faut vraiment faire un bon interprétariat », dit l'interprète russe (cas II) en entrevue post-intervention. Les membres de la famille, appelés à jouer le rôle d'interprète, mais n'ont pas, dit-elle, la compétence nécessaire. « Ils essaient de traduire les mots, mais, très souvent, ils ne traduisent pas le sens juste. Il y a des idiomes, des expressions qui sont très difficiles à interpréter. Les gens qui ne sont pas familiers avec le domaine de la santé, par exemple, ne peuvent pas donner une interprétation adéquate. La normalité, c'est qu'on pense que si quelqu'un parle la langue, c'est suffisant pour interpréter. Ce n'est pas le cas. » Ce point de vue exprimé par l'interprète russe, tous les interprètes en entrevue de groupe le partagent. C'est une question de compétence linguistique de la langue de départ et de la langue d'arrivée (« On peut parler une langue et ne pas connaître ses subtilités »), mais aussi de neutralité, disent-ils en entrevue de groupe. Les membres de la famille, impliqués, ont tendance à répondre à la place de la personne. Les interprètes ne considèrent pas la fonction d'informateur jugée si importante par les intervenants. Ils mettent davantage l'accent sur la qualité du message et de la traduction. Alors que les intervenants, en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, mettaient en relief la fonction d'information jouée par les membres de la famille de l'utilisateur.

4. Synthèse

Dans notre recherche, nous avons exploré la communication avec interprète en situation d'intervention à domicile. Cette situation se caractérise par le fait que, sur le territoire de la personne que visite l'intervenant, ce sont ses règles qui définissent en partie la communication⁵⁸ et l'espace de l'intervention : le salon, la cuisine, la chambre à coucher. C'est aussi ce territoire qui définit comment sont placés les interlocuteurs (le triangle favorisant la communication à trois n'est pas, on l'a vu, toujours facile à réaliser). Et plusieurs personnes peuvent en outre être

⁵⁸ Un intervenant a évoqué d'ailleurs, en entrevue, une belle image : « *On rencontre la personne, dit-il, dans son royaume, et on doit se plier à ses règles.* » Lofaso (2000) a écrit que le patient était « maître chez lui ».

présentes. L'intervention de l'ergothérapeute auprès de la dame sri lankaise (cas III) l'illustre bien : dans le salon, les interlocuteurs n'étaient pas en position triangulaire ; plusieurs personnes étaient aussi au salon pendant l'intervention. Par ailleurs, le contexte de l'intervention varie d'un territoire à l'autre. Il n'y a pas de contexte fixe, comme celui du cabinet ou du bureau, par exemple. Les interlocuteurs de la communication en triade doivent donc se modeler au contexte de l'intervention, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas agir sur ce contexte pour favoriser la communication, au contraire. Pour les intervenants et les interprètes, en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, le territoire instaure aussi un cadre plus familier, de proximité, qui appelle l'établissement d'une relation.

La barrière linguistique entre les interlocuteurs, l'intervenant et l'utilisateur nécessite la présence d'un tiers, qui traduit les messages de l'un et de l'autre et qui assure la réalisation de l'intervention. Passerelle entre les interlocuteurs, cette troisième personne, interprète professionnel mandaté pour traduire ou aidant qui assure la traduction, participe à la communication et joue un rôle actif. Nos observations, entrevues post-interventions et entrevues de groupe nous ont permis d'aborder cet enjeu de la communication triadique intervenant-interprète-utilisateur et ont révélé sa complexité.

Le membre de la famille est un acteur très présent dans l'intervention à domicile. Surtout lorsqu'il s'agit d'interventions auprès de personnes âgées. Dans nos cinq observations, il y a toujours des membres de la famille : la fille de la dame visitée par l'infirmière, dans la première intervention ; le conjoint et, plus tard, le fils de la dame visitée par l'ergothérapeute, dans la deuxième ; la fille et les petits-enfants de la dame visitée par l'ergothérapeute, dans la troisième. Le membre de la famille est inclus dans l'intervention, il y joue un rôle d'informateur important, disent les intervenants en entrevue de groupe. Et c'est ce qu'on a pu constater dans les observations (dans les cas I et II, notamment). Un lien s'établit souvent, au cours des interventions, entre l'intervenant et le membre de la famille. Il devient parfois même utilisateur, au même titre que son parent visité (c'est le cas de l'intervention des travailleurs sociaux observés – cas IV et V). Le membre de la famille, l'aidant, informateur, parfois utilisateur (ou « moi auxiliaire » de l'utilisateur [cf. Cohen-Emerique (2000)]) est aussi fréquemment appelé, selon les interprètes (et on l'a observé dans trois interventions sur cinq), à remplir la fonction de traducteur ou d'interprète.

En entrevue de groupe et en entrevue post-intervention, les intervenants privilégient la fonction d'informateur du membre de la famille : il est un acteur essentiel de leur intervention, de type familial. Cet acteur peut jouer le rôle de traducteur, selon eux, lorsque l'intervention est factuelle et ne touche pas aux dimensions affectives ou cognitives. Dans nos observations, l'intervention de l'infirmière auprès de la dame russe (cas I) ne touchait pas, par exemple, cette dimension directement, ni les interventions de l'ergothérapeute (cas II et III) ; dans l'intervention des travailleurs sociaux (cas IV et V) dont l'objectif était de discuter du placement des deux dames (l'une vietnamienne et l'autre espagnole), cette dimension était importante, mais orientée sur les enfants des patientes visitées. Les enfants ont peu rempli la fonction d'interprète dans ces interventions.⁵⁹

L'interprète professionnel, lorsqu'il est présent, est aussi un acteur important dans l'intervention. Il assure la communication entre l'intervenant et la personne visitée, entre l'intervenant et le(s) membre(s) de la famille. Nous avons observé deux interprètes professionnels (cas II et III). Dans les deux cas, ils permettaient le passage de l'information entre les interlocuteurs. L'interprète professionnel, moins impliqué sur le plan des émotions, est jugé plus neutre que le membre de la famille en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe. Sa fonction principale est de traduire, d'assurer la compréhension du message, même s'il arrive, comme dans l'intervention de l'ergothérapeute auprès de la dame sri lankaise, qu'il en sorte parfois pour agir à la manière d'un intervenant.

L'interprète professionnel peut aussi agir comme informateur ou médiateur culturel : son rôle consiste alors à aider l'usager et l'intervenant à comprendre les valeurs, les concepts et les pratiques culturelles de l'autre. Nous n'avons cependant pas observé cette fonction dans nos deux observations avec interprète professionnel. Dans les entrevues post-interventions et les entrevues de groupe, les intervenants, au contraire des interprètes pour qui elle est très prégnante, n'ont pas abordé cette fonction (une seule a mentionné qu'une interprète professionnelle lui avait fourni, dans un contexte informel, des informations relevant de la culture de l'usagère). Pour les intervenants, les interprètes sont d'abord des traducteurs.

⁵⁹ La présence d'un interprète professionnel aurait peut-être davantage orienté l'intervention sur la dame âgée.

S'ils favorisent les interprètes informels, les intervenants recourent aussi, dans l'intervention à domicile aux interprètes professionnels. Mais quels sont les avantages et les désavantages du recours à l'un et à l'autre ? Les interventions observées, les entrevues post-interventions et les entrevues de groupe nous ont permis de les mettre en lumière. Le tableau qui suit les présente.

TABLEAU III

Interprète informel et interprète professionnel dans l'intervention à domicile : avantages et désavantages observés

	Interprète informel	Interprète professionnel
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - informateur riche - acteur systémique (prend part à l'intervention) - peut faciliter les rapports intervenant-usager - traduction 	<ul style="list-style-type: none"> - spécialiste de la traduction - neutralité - centration sur l'utilisateur - rôle plus clair
Désavantages*	<ul style="list-style-type: none"> - Conflit de rôles - Peut mal traduire (fidélité de la traduction) - Peut empêcher la centration sur l'utilisateur principal 	<ul style="list-style-type: none"> - N'est pas en mesure de valider les informations fournies par l'utilisateur.

** Ces désavantages se corrigent par l'encadrement ou le cadrage de l'intervention.*

Interprète professionnel et interprète informel présentent tous deux des avantages et des désavantages dans l'intervention à domicile. Ainsi, l'interprète informel, par sa fonction d'informateur et son rôle dans l'intervention de type familial, est un allié pour l'intervenant. De façon secondaire, lorsque sa compétence linguistique le permet, il agit comme interprète et traduit les messages échangés par les interlocuteurs. L'intervenant compte alors sur la même personne pour l'informer de l'état de santé de la personne qu'il visite et pour traduire. La proximité de l'interprète informel et de l'utilisateur, s'ils facilitent les rapports intervenant-usager, peut cependant nuire à la fidélité de la traduction. Moins neutres, les interprètes informels sont susceptibles, par leur implication personnelle, d'outrepasser cette fonction et d'intervenir dans le discours. Ils peuvent aussi empêcher la centration sur l'utilisateur. Les interprètes professionnels ont un rôle

beaucoup plus clair, qui est de traduire les messages des interlocuteurs, d'assurer le passage d'une langue à l'autre et la compréhension des interlocuteurs. Plus neutres (même si parfois, à domicile, les interprètes disent sentir un désir de solidarisation chez l'utilisateur), ils assurent une plus grande fidélité du message dans leur traduction. S'ils peuvent remplir aussi une fonction d'informateur (sur la culture de l'utilisateur),⁶⁰ ils ne sont pas en mesure de valider les informations fournies par l'utilisateur, comme un aidant naturel pourrait le faire. Cependant, l'interprète professionnel, lorsque l'intervention est axée sur le message et l'utilisateur, servira davantage l'intervenant que l'interprète informel.

Les avantages et les désavantages du recours à un interprète informel ou professionnel font ressortir l'importance de l'encadrement de l'intervention par l'intervenant. Nous avons observé, dans les interventions, que les intervenants ne définissent pas le cadre de leur intervention à trois en début d'entrevue, par exemple. Ce qui peut engendrer de la confusion dans la situation et soulever des obstacles à l'efficacité désirée. Et, dans certains cas, une perte de contrôle de la situation. Ainsi, dans aucune des interventions observées, l'intervenant ne présente le cadre de son intervention, au début de celle-ci, ni ne précise les rôles ou les fonctions de chacun. Ce qui parfois cause des difficultés de compréhension (la discussion sur la façon de se procurer la barre de bain, dans la troisième intervention observée, par exemple). Par ce manque d'encadrement, l'intervenant peut perdre le contrôle de la situation, de la gestion du processus de communication, de la structure de la rencontre. L'intervenant peut agir sur la situation pour l'orienter en fonction de ses objectifs.

Intervenants et interprètes sont appelés à travailler ensemble. Les entrevues post-interventions et les entrevues de groupe ont permis de voir les perceptions de chacun. L'interprète que nous appelons informel pour les fins de notre recherche n'est pas perçu comme un interprète par les intervenants. Il est d'abord un aidant, un membre de la famille qui fait partie de l'intervention. Secondairement, il agit comme interprète. L'interprète de la Banque d'interprètes est un professionnel qui a reçu une formation. Il s'ajoute à l'intervention en tant que professionnel. L'intervenant est souvent méfiant devant ce second professionnel, auquel il doit faire une place et

⁶⁰ Cette fonction d'informateur culturel n'a cependant pas été observée dans nos cinq interventions observées. C'est pourquoi nous ne l'avons pas incluse dans notre tableau.

apprendre à lui faire confiance, car c'est par lui qu'il pourra communiquer avec l'utilisateur. Déstabilisé, il n'est plus le seul maître de la situation ; sa compréhension dépend d'un autre. La confiance doit être bâtie. Ce qui se fait au fur et à mesure que les deux professionnels travaillent ensemble et se parlent de l'intervention, de l'interprétariat, de ce qu'ils signifient pour l'un et l'autre. Peu à peu, l'intervenant découvre comment l'interprète traduit, ce qu'il peut lui apporter, et qu'il est un acteur de l'intervention, pas simplement un « poteau de téléphone », comme un interprète nous l'a dit en entrevue post-intervention.

CONCLUSION

Dans notre recherche, nous avons soulevé des pistes, qu'il reste à explorer davantage. Ainsi, intervenir en présence d'un tiers, un interprète professionnel ou informel, ne va pas nécessairement de soi. Le fait d'intervenir à domicile ajoute à la complexité de la situation comparativement à la rencontre traditionnelle en cabinet. Nous retiendrons, en conclusion, trois éléments :

- on peut penser que le recours à un interprète professionnel est la meilleure solution pour franchir la barrière linguistique dans l'intervention à domicile. Mais l'interprète informel, membre de la famille, joue des rôles essentiels qui ne peuvent être joués par un interprète professionnel. Il est un informateur riche, donne des renseignements utiles sur la situation, peut assurer une familiarité dans les rapports. Il est impliqué: il peut faire partie du problème et de la solution. Si l'ambiguïté de ses rôles est bien clarifiée, il est une richesse pour l'intervenant. Il faut tenir compte du recours fréquent au membre de la famille comme interprète;
- l'interprète professionnel est une ressource pour l'intervenant. Celui-ci doit apprendre à le connaître et à travailler avec lui. À domicile, l'interprète professionnel est d'une aide certaine lorsque la centration sur l'utilisateur et le message sont importants dans la communication;
- l'encadrement, dans l'intervention à domicile avec interprète, est important : celui-ci ne se fait pas de manière automatique. De plus, même dans l'approche familiale ou systémique, ce qui est rarement prévu, c'est la présence même de l'interprète, qui remet en cause la

rencontre dyadique traditionnelle. Donner des règles en début d'intervention pour bien s'entendre peut permettre d'éviter des problèmes dans la communication.

Dans notre recherche, nous avons observé cinq situations d'intervention à domicile, ce qui est peu, pour généraliser à l'ensemble. Mais assez pour mieux connaître ce type d'intervention, spécifiquement lorsqu'un interprète professionnel accompagne l'intervenant ou qu'un membre de la famille tient lieu d'interprète. Défi pour les chercheurs sur le plan méthodologique, nous avons réussi à observer des interventions et à interviewer, après l'intervention, les participants à la communication. D'autres observations sont nécessaires, pour pousser plus loin les connaissances de l'intervention à domicile avec interprète. Des observations d'interventions avec interprète, mais aussi sans ! Pour en faire ressortir les spécificités.

Par ailleurs, notre recherche a soulevé des questions d'ordre plus général sur les influences réciproques entre le cadre organisationnel et institutionnel de la pratique et l'intervention concrète, quotidienne, dans la vie courante. La pratique de l'interprétariat est le résultat d'un « accommodement » reconnu des services à une population qui ne maîtrise ni le français ni l'anglais. Une banque publique d'interprètes professionnels est disponible dans la région de Montréal. Mais délais et disponibilités financières sont des contraintes d'utilisation importantes.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (2004). *Banque interrégionale d'interprète. Communiquer efficacement pour soigner sans distinction de langue ou de culture*, Gouvernement du Québec.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (2004a). *Rapport annuel 2003-2004. Banque interrégionale d'interprètes*, Gouvernement du Québec.
- ANGELELLI, Claudia V. (2005). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BAKER, David W., HAYES Risa et Julia PUEBLA FORTIER (1998). « Interpreter Use and Satisfaction With Interpersonal Aspects of Care for Spanish-Speaking Patients ». *Medical Care*, vol. 36, no 10, 1461-1470.
- BIBEAU, G. (1987). *À la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé, synthèse critique*. Québec, Commission d'enquête sur les services sociaux et de santé.
- BROUILLET, Michèle-Isis et Marie-Yolande BUJOLD (2001). « Analyse des stratégies de communication utilisées par le médecin et coopération dans 12 consultations médicales de routine ». *Interactions*, Vol. 4, no 2.
- CARR, Silvana E. (1995). « A Three-Tiered Health Care Interpreter System », in CARR, Silvana E. et coll. (sous la direction de), *The Critical Link: Interpreters in the Community*, Philadelphia, John Benjamins Publishing Company, 271-276.
- COHEN-EMERIQUE, Margalit (1989). « Travailleurs sociaux et migrants. La reconnaissance identitaire dans le processus d'aide ». In *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. CAMILLERI, Carmel et COHEN-EMERIQUE, Margalit (sous la direction de) Paris, L'Harmattan, coll. Espaces interculturels, 77-115.
- COHEN-EMERIQUE, Margalit (2000). « L'approche interculturelle auprès des migrants ». in Gisèle LEGAULT (sous la direction de). *L'intervention interculturelle*. Montréal, Gaétan Morin, 161-184.
- CONSEIL DES AÎNÉS (2001). *La réalité des aînés québécois*. Québec, Les Publications du Québec.
- CORSELLIS, A. (2000). « Turning Good Intentions into Good Practice. Enabling the Public System to Fulfill their Responsibilities ». in Roda P. ROBERTS, Silvana E. CARR,

Diana ABRAHAM et Aideen DUFOUR (sous la direction de). *The Critical Link 2 : Interpreters in the Community : Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Services Settings*, Vancouver, 19-23 mai 1998. Amsterdam & Philadelphia, John Benjamins : 89-102.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (2003). *Statistiques, Caractéristiques de la population*, novembre, [http : //www.santepublique.mtl.qc.ca](http://www.santepublique.mtl.qc.ca).

DIMITROVA, B.E. (1995). « Degree of interpreter responsibility in the interaction process in community interpreting », in S. E. CARR, R. P. ROBERTS et D. STEYN (sous la direction de) *The Critical Link : interpreters in the community*, Philadelphie, John Benjamins, 147-164.

ERZINGER, S. (1991). « Communication between Spanish-Speaking Patients and their Doctors in Medical Encounters », *Culture, Medicine and Psychiatry* 15, 91-110.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. FCRSS, 44 p.

GLASER, Barney et Anselm STRAUSS (1967). *The discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. New York : de Gruyter.

GRAVEL, Sylvie et BATTAGLINI, Alex (sous la direction de) (2000). *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste*. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal Centre.

GUBERMAN, N. et MAHEU, P. (1997). *Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne*. Montréal, Éditions du Remue-Ménage.

HATTON, D. et T. WEBB (1993). « Information transmission in Bilingual, bicultural contexts : a field study of community Health Nurses and Interpreters ». *Journal of Community Health Nursing* vol. 10, no 3, 137-147.

HEMLIN, I. Et A.-M. MESA (1996). *Des voix pour l'avenir. La Banque interrégionale d'interprètes (1993-1996). Bilan d'une expérience réussie*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 24 p.

KATAN, David (1999). *Translating cultures : an introduction for translators, interpreters and mediator*. Manchester, St-Jerome Publishing.

KAUFERT, J. M. et R. W. PUTSCH (1997). « Communication through interpreters in Healthcare : Ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language and power ». *The Journal of Clinical Ethics* 8, no 1, 71-87.

- LEBRETON, D. (1991). « Hôpital et interculturel: les aléas de la relation thérapeutique ». in LAVALLÉE, M., F. OUELLET et F. LAROSE, *Identité, culture et changement social*, Paris, L'Harmattan.
- LEGAULT, Gisèle (1991). « Formation à une pratique interculturelle ». *Revue de service social*. Vol 8, no 2.
- LEGAULT Gisèle (sous la direction de) (2000). *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaétan Morin, coll. Pratiques professionnelles, 364 p.
- LEGAULT, Gisèle et Ghislaine ROY (2000). « Les difficultés des intervenants sociaux auprès des clientèles d'immigration récente ». In *L'intervention interculturelle*". Gisèle LEGAULT (sous la direction de) Montréal, Gaétan Morin, 185-202.
- LOFASO, V. (2000). « The doctor-patient relationship in the home », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 16, no 1, 83-93.
- McALL, Christopher, MONTGOMERY, Catherine, TREMBLAY, Louise et Carl TEIXEIRA (1998). *La conquête de l'espace : langues et territoires dans l'industrie aérospatiale montréalaise*. Rapport de recherche, département de sociologie, Université de Montréal.
- McALL, Christopher, TREMBLAY, Louise et Frédérique LE GOFF (1997). *Proximité et distance. Les défis de la communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*. Montréal, éditions Saint-Martin.
- McALL, Christopher, MONTGOMERY, Catherine, TREMBLAY, Louise (1994). « Utilisation du langage et des langues au travail: la reconstruction de la journée de travail et la cartographie sociolinguistique d'entreprise ». *Terminogramme* 74, 1-7.
- MÉGIE, Marie-Françoise (2005). « La communication en soins à domicile ». in RICHARD, Claude et Marie-Thérèse LUSSIER (sous la direction de). *La communication professionnelle en santé*, Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 763-788.
- MESA, Anne-Marie (1997). *L'interprète culturel : un professionnel apprécié. Étude sur les services d'interprétation : le point de vue des clients, des intervenants et des interprètes*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 67 p.
- PAILLÉ, P. (1996). « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, no 23, 147-181.
- PYM, A. (1997). *Pour une éthique du traducteur*, Arras, Artois Presses Université.
- RECHTMAN, Richard (1997). « Transcultural psychotherapy with Cambodian Refugees in Paris ». *Transcultural psychiatry*, vol. 34, no 3, 359-375.
- REES, Anneke (1996). « Working With Language Interpreters ». *Journal SOGC*, no 18, 1045-1050.

- RHÉAUME, Jacques, SÉVIGNY, Robert et Louise TREMBLAY (2000). *La sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique*. Rapport de recherche présenté au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Série de publications du Centre de recherche et de formation, no 6, CLSC Côte-des-Neiges. 170 p.
- RICHARD, Claude et Marie-Thérèse LUSSIER (sous la direction de) (2005). *La communication professionnelle en santé*. Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 840 p.
- ROBERTS, R. (1995). « Community Interpreting Today and Tomorrow », in CARR, S., R. ROBERTS, A., DUFOUR et D. STEYN. *The Critical Link: Interpreters in the Community*, Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 7-26.
- ROSENBERG, Ellen (2005). « Les patients accompagnés », in RICHARD, Claude et Marie-Thérèse LUSSIER (sous la direction de). *La communication professionnelle en santé*, Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 503-528.
- ROY, Ghislaine et Anjali KAPOOR-KOHLI (2004). « Intervenir avec un interprète : rencontre malgré les interférences », *Intervention*. Le travail social et les pratiques interculturelles, no 120, 35-46.
- ROY, Ghislaine (2003). *Pratique sociale interculturelle à SARIMM*, Publication du CLSC Côte-des-Neiges, 103 p.
- ROY, Ghislaine (2000). « Les modèles de pratique ». in *L'intervention interculturelle*. Gisèle LEGAULT (sous la direction de). Montréal, Gaétan Morin, 2000, 131-145.
- ROY, Ghislaine (1991). *Pratiques interculturelles sous l'angle de la modernité*. Mémoire de maîtrise, département de service social, Université de Montréal.
- SAMAOLI, O., LINBLAD, P., AMSTRUP, K., PATEL, N., et MIRZA, N. R. (2000). *Vieillesse, démence et immigration. Pour une prise en charge des personnes âgées migrantes en France, au Danemark et au Royaume-Uni*. Paris, L'Harmattan.
- ST-ARNAUD, Yves (1995). *L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 223 p.
- STRAUSS, A. L. et CORBIN, J. (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Sage.

BON DE COMMANDE / publication CRF

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (Tous frais inclus)	TOTAL
	La communication avec interprète dans l'intervention à domicile	\$17 00	\$

NUMÉRO D'ISBN OU ISSN

2 – 922748 – 50 – 2

DESTINATAIRE

NOM

ORGANISME

ADRESSE

No

Rue

Apt.

Ville

Code postal

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

ADRESSE

ÉLECTRONIQUE

MODALITÉS DE PAIEMENT :

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de :

Centre de recherche et de formation, CSSS de la Montagne

Pour information : 514 731-8531, Centre de recherche et de formation, poste 2340.

RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION

CLSC CÔTE-DES-NEIGES

5700, CHEMIN DE LA CÔTE-DES-NEIGES

MONTRÉAL (QUÉBEC)

H3T 2A8



Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne



CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À L'UNIVERSITÉ MCGILL

Ce document est disponible sur commande au
Centre de recherche du CSSS de la Montagne
Tél. : 514 731-8531, poste 2340

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne



CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À L'UNIVERSITÉ MCGILL

Ce document est disponible sur commande au
Centre de recherche du CSSS de la Montagne
Tél. : 514 731-8531, poste 2340