



L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées

Betty Goguikian Ratcliff, Francesca Suardi

DANS **PSYCHOTHÉRAPIES** 2006/1 Vol. 26 , PAGES 37 À 49

ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0251-737X

DOI 10.3917/psys.061.0037

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psychotherapies-2006-1-page-37?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

L'INTERPRÈTE DANS UNE CONSULTATION THÉRAPEUTIQUE: CONCEPTIONS DE SON RÔLE ET DIFFICULTÉS ÉPROUVÉES

Betty GOGUIKIAN RATCLIFF¹ et Francesca SUARDI²

Résumé

Les professionnels de la santé reconnaissent de manière croissante la nécessité de rencontrer les patients migrants allophones avec un interprète, pour améliorer la communication et l'alliance thérapeutique. Toutefois, le recours à un interprète requiert un aménagement de la technique d'entretien et du cadre thérapeutique et demande un ajustement important entre clinicien et interprète, aspects qui ont fait jusqu'ici l'objet de peu d'études empiriques. L'objectif de cet article est de mieux cerner certains processus à l'œuvre dans le travail thérapeutique avec un interprète, à savoir les représentations du rôle de l'interprète et les difficultés éprouvées de part et d'autre dans ce partenariat. L'enquête a confronté les opinions d'un groupe d'interprètes (N = 5) à celles d'un groupe de cliniciens (N = 8). Les résultats montrent une grande hétérogénéité intragroupe et intergroupe dans la perception du rôle d'interprète. Alors que les cliniciens sollicitent une forte implication émotionnelle des interprètes, ceux-ci tentent de garder une certaine neutralité et de se limiter à faciliter la communication. Ce conflit est discuté en termes d'acculturation des interprètes et de formation à la médiation interculturelle.

Summary

Professionals working with migrant populations in western healing institutions acknowledge increasingly the necessity and interest of using an interpreter, as a mean to improve communication and to build a better therapeutic alliance. The presence of an interpreter modifies the therapeutic process and requires a great amount of accuracy between clinician and interpreter. The aim of this study is to investigate the expectations of clinicians towards the interpreters' role during a clinical interview, as compared to the interpreters' conception of their own role. The enquiry confronted the opinions of an interpreters group (N = 5) and a clinicians group (N = 8). Results showed an important degree of intragroup and intergroup heterogeneity in the conception of interpreter's role. While the clinicians seeked personal implication from interpreters, the interpreters tried to remain neutral in facilitating mutual understanding. This conflict is discussed in terms of interpreters' training and degree of acculturation.

Mots-clés

Interprétariat – Entretien thérapeutique – Médiation interculturelle – Ethnopsychiatrie.

Key-words

Interpreters – Transcultural mediation – Clinical interview – Ethnopsychiatry.

INTRODUCTION

Depuis les années 1990, on assiste en Europe à une diversification des flux migratoires. Comme ses voisins, la Suisse se caractérise par une migration récente pluri-ethnique où la majorité des immigrants sont des réfugiés qui ignorent souvent tout de la langue et des valeurs sociétales en vigueur dans leur pays d'accueil. Alors même que ces personnes sont fragilisées autant sur le plan somatique que psychique, elles se trouvent dans une position défavorable lorsqu'il s'agit de tirer profit des structures de soin, du fait de leurs moindres compétences linguistiques. Pour mieux faire face à cet important problème de santé publique, le Fonds National de la Recherche Scientifique Suisse a récemment financé une recherche interdisciplinaire comparant l'accueil des migrants dans plusieurs institutions médico-sociales (Guex et coll., 2000). Il a été ainsi démontré que les structures existantes en Suisse Romande sont peu aptes à répondre aux besoins de la population d'immigrés qui les fréquente, en particulier pour des raisons d'ordre linguistique. En effet, plus de 70 langues ont été recensées au sein de la population consultante, alors que les soignants, eux, ne parlent que des langues européennes (français, anglais, allemand). Dans ce contexte, on constate depuis quelques années un recours accru à des interprètes de la part des soignants. Cette évolution semble témoigner de la sensibilisation des professionnels de la santé à la

¹ Docteur en psychologie, Maître d'Enseignement et de Recherche, Université de Genève.

² Psychologue clinicienne, Genève.

nécessité d'offrir aux patients la possibilité d'être mieux entendus et compris.

L'ENTRETIEN THÉRAPEUTIQUE AVEC UN INTERPRÈTE

La nécessité de faire appel à un interprète répond à deux sortes de motivations, d'une part pour des questions de compréhension, et d'autre part pour accéder aux représentations culturelles, c'est-à-dire à l'univers référentiel du patient. Bien plus qu'une simple traduction de mot à mot, où l'information transiterait par un « tiers transparent », des voix s'élèvent de plus en plus et surtout dans les pays francophones, pour que l'interprète soit considéré comme un agent ou un acteur dans la création d'un univers cognitif commun patient-clinicien-interprète (Kleinman, 1980 ; Métraux, 2002 ; Moro et de Pury, 1994 ; Nathan, 1994 ; Wadensjö, 1998).

L'effet du passage d'une interaction dyadique à une interaction triadique a été discuté sur le plan théorique (Wadensjö, 1998 ; de Pury, 1998 ; Jalbert, 1998 ; Métraux et Alvir, 1999), mais il a fait jusqu'ici l'objet de peu d'études empiriques. En effet, si le recours à un interprète augmente la qualité et la justesse de la communication, il modifie les pratiques des professionnels de la santé et implique de nouvelles difficultés dans le déroulement du processus thérapeutique (Bot, 2003 ; Bolton, 2002 ; Goguikian Ratcliff et Changkakoti, 2004 ; Weiss et Stucker, 1998 ; Wadensjö, 1998). A cet égard, l'importance de la formation des interprètes à leur rôle a été largement discutée (Métraux et Alvir, 1999 ; Weiss et Stucker, 1998), mais celle de former les soignants à travailler avec un interprète a été jusqu'ici moins relevée et fait moins souvent l'objet d'une réflexion institutionnelle (Bischoff *et al.*, 2001 ; Leanza, 2003).

Le présent article se propose, en comparant les réponses d'un groupe de soignants pratiquant l'ethnopsychiatrie et d'un groupe d'interprètes, de mieux cerner certains processus à l'œuvre dans le travail thérapeutique avec un interprète. L'étude a cherché à déceler : 1) le degré de concordance entre les attentes des soignants et les représentations des interprètes quant à leur rôle, et 2) les difficultés inhérentes à ce type de setting thérapeutique.

La Consultation d'ethnopsychiatrie³ (C.E.) est une consultation de 2^e recours qui s'inspire du modèle

théorique de T. Nathan (1988). Les patients, essentiellement des migrants de première génération, suivis dans différentes structures médico-sociales, y sont adressés au cours d'une impasse thérapeutique, dans laquelle l'hypothèse d'une dimension culturelle conflictuelle entravant le travail thérapeutique est formulée. Le setting est celui d'une thérapie en groupe, articulée autour de trois pôles : le patient, l'interprète et un groupe de co-thérapeutes (*voir infra*).

Les représentations du rôle de l'interprète

La représentation que les soignants ont du rôle de l'interprète ne fait pas l'unanimité. Elle peut aller d'un rôle purement instrumental de traduction mot à mot, où l'interprète reste en retrait, à celui d'un rôle nettement plus actif où l'interprète fait état de ses connaissances culturelles, voire de son expérience personnelle de migrant. Autrement dit, les soignants divergent quant à l'étendue du domaine de compétences devant être réservé à ce tiers, étendue variant d'un rôle axé sur les compétences linguistiques à un rôle axé sur les compétences culturelles⁴, allant même parfois jusqu'à le placer dans une position de co-thérapeute (Nathan, 1994). Or, cette prise de position de chaque soignant par rapport au rôle attendu de l'interprète est rarement explicitée, comme nous allons le voir.

De leur côté, les interprètes au bénéfice d'une formation⁵ interrogés par Guex et collaborateurs (2000) s'opposent à une conception réifiante de leur rôle qui les cantonne à faire de la « pure » traduction et revendiquent une place de sujet à part entière dans la consultation. Ils se définissent comme des « spécialistes des mentalités et des coutumes » et se désignent comme des interprètes-médiateurs culturels (Métraux et Alvir, 1995).

Les choses semblent se compliquer lorsque les attentes du clinicien vont au-delà du rôle d'informateur culturel. En effet, l'idée normative que l'interprète a de son rôle comporte un idéal de distance et de neutralité qui peut entrer en conflit avec l'idée d'une

³ Consultation d'ethnopsychiatrie de Genève, médecin responsable, Dr F. James.

⁴ Notons au passage, sans développer ce point, que la notion de « culture » et l'étendue de ce qu'elle recouvre sont, elles aussi, loin de faire l'unanimité.

⁵ Formation à la médiation interculturelle de 120 heures, existant en Suisse depuis 1996 et proposée par Appartenances-Vaud.

implication plus personnelle attendue par le clinicien (Bot, 2003 ; Wadensjö, 1998). Dans le même ordre d'idées, Weiss et Stuker (1998) relèvent que des « *conflits de rôles* » pourraient intervenir lorsqu'il est demandé à l'interprète d'endosser alternativement différents rôles, entraînant des conflits et des confusions dans la compréhension de ceux-ci. Kaufert et Koolage (1984, cités par Weiss et Stuker, 1998) soulignent également que les attentes parallèles et divergentes quant au rôle de l'interprète soumettent celui-ci à une pression et à un stress considérables. Les conflits découleraient d'une part du flou lié au statut institutionnel de l'interprète, et d'autre part de la dissonance de ces différents rôles pour l'interprète lui-même.

Si l'opposition entre les deux versants du rôle de l'interprète (discret vs impliqué) est largement débattue dans la littérature, la question de l'ajustement de l'interprète aux conceptions et attentes – réelles ou supposées – du clinicien est souvent passée sous silence. Or, cet ajustement joue un rôle crucial dans l'acte de traduction. A quelles stratégies cognitives l'interprète a-t-il recours pour parvenir à cet ajustement ?

On a souvent relevé le fait que l'interprète crée un « pont » entre l'univers référentiel du patient et celui du soignant occidental. Dans une analyse détaillée d'un entretien ethnopsychiatrique, Moro et de Pury (1994) montrent comment l'interprète module sa traduction selon la représentation qu'il se fait de la distance culturelle entre patient et soignant et de la possibilité de « passage entre les deux langues ». Elles avancent l'idée que « lorsque les cultures sont très éloignées, la traduction butte sur des difficultés d'ordre à la fois linguistique et culturel. [...] Se pose alors la question de la traductibilité d'un énoncé relatant des faits, en l'absence du contexte culturel dans lequel ils s'inscrivent » (Moro et de Pury, 1994, p. 65). L'interprète peut alors être tenté, pour faciliter l'intercompréhension, d'avoir recours à une stratégie cognitive que les auteurs proposent d'appeler « *traduction acculturante* », consistant à minimiser ou à évacuer la différence culturelle, ou encore à tenter une mise en équivalence des deux cultures.

Abordant cette question sous un angle différent, Blanchet (1998) rappelle que le contexte de l'interaction influence le discours produit par les différents protagonistes. En clinique, le dispositif formel du cadre thérapeutique est en lien avec la théorie implicite qui le sous-tend. Dans le cas de l'ethnopsychiatrie, le dis-

positif met en scène la rencontre de plusieurs univers ou groupes d'appartenance : le patient (accompagné parfois d'un ou plusieurs membres de sa famille), le référent extérieur (représentant de la médecine occidentale), l'interprète de même origine culturelle que le patient (la C.E. se déroule toujours dans la langue maternelle des patients), le groupe de co-thérapeutes de différentes origines (connaissant des langues et des systèmes de soins traditionnels divers) et le thérapeute principal. Tous ces participants sont installés en cercle. Les points théoriques matérialisés par ce cadre sont : la réaffiliation au groupe culturel d'origine, la médiation entre deux cultures et la prise en compte des modes traditionnels de thérapie.

Pour effectuer ce travail de trait d'union entre des univers différents, l'interprète se livre donc à un double travail de décodage ou *d'attribution de significations* : il doit, d'une part, rendre les propos du patient intelligibles pour le (ou les) (co)thérapeute(s), en fonction d'une évaluation des connaissances culturelles de ce(s) dernier(s), et d'autre part, donner un sens aux propos du (ou des) (co)thérapeute(s), en fonction de leur inscription dans un contexte donné. Ce travail d'interprétation « dans les deux sens » est rendu possible grâce à sa double appartenance culturelle, position d'entre-deux qui entraîne toutefois un certain nombre de difficultés et de conflits. Nous allons d'abord passer en revue les « résistances » exprimées par les thérapeutes, puis les difficultés rencontrées chez les interprètes.

Les difficultés et conflits éprouvés

Nul doute que l'introduction d'un tiers complexifie les échanges. Dans un setting thérapeutique triadique, les craintes exprimées par les cliniciens concernent essentiellement la difficulté d'instaurer une relation privilégiée avec le patient, la perte de contrôle de la situation lorsque la signification d'une partie des échanges verbaux et non verbaux leur échappe, la perte d'information résultant des omissions, distorsions, déformations, banalisation de propos teintés affectivement, et de la normalisation de propos incohérents (Weiss et Stucker, 1998).

Les difficultés des interprètes sont d'une tout autre nature. Elles concernent d'une part la gestion de leur implication émotionnelle, et d'autre part leur « marge de manœuvre » dans la négociation des éventuels conflits culturels.

La question de l'implication émotionnelle des interprètes lors de leur travail a été maintes fois soulevée (Weiss et Stuker, 1998 ; Jalbert, 1998 ; Métraux et Alvir, 1995, 1999 ; Tribe, 1999 ; Westermeyer, 1990). L'identification possible avec le patient et le partage de l'expérience migratoire exposent les interprètes à entrer fortement en résonance avec les récits de leurs compatriotes. Il s'agit alors de ne pas être submergés par leurs émotions pendant la séance, à défaut de quoi « l'interprète se retrouvera occupé à combattre ses propres tendances internes de désintégration tout en essayant de maintenir sa neutralité » (Lindbom-Jakobson, 1992, cité par Weiss et Stuker, 1998). Il s'agit également, après la séance, de disposer d'un espace-temps pour élaborer ce vécu affectif avec le clinicien (Métraux, 2002 ; Tribe, 1999), faute de quoi on peut assister à des « effets pervers » sous forme de sentiments de solitude, de somatisations, de désordres émotionnels ou d'abus d'alcool (Baistow, 1999).

La médiation interculturelle

Bien que les interprètes soient formés, en théorie, à jouer le rôle de médiateurs culturels, en s'appuyant sur leur expérience personnelle de migration et d'acculturation, ce rôle semble être difficile à camper dans la pratique. Dans une étude empirique récente, Leanza (2003) met en évidence que la grande majorité des interventions des interprètes concernent la traduction et, dans une moindre mesure, les informations culturelles. Autrement dit, sur un corpus de plus de 100 entretiens dans un contexte hospitalier, les interprètes n'ont *jamais* été observés dans le rôle de médiateurs. L'auteur conclut que l'initiative de la négociation semble être laissée au médecin, mais que celle-ci n'a finalement jamais lieu, chacun des interlocuteurs évitant de conflictualiser la relation.

A cet égard, Goguikian Ratcliff et Changkakoti (2004) proposent que la négociation de la différence culturelle soit une tâche qui n'incombe pas uniquement à l'interprète, mais également au clinicien. Comme dans tout entretien clinique, le thérapeute devrait guider les échanges dans un mouvement oscillant entre ajustement et conflictualisation. Alors que l'ajustement du clinicien au patient est un concept très développé dans les travaux sur l'alliance thérapeutique, la conflictualisation a fait jusqu'ici l'objet de

moins d'intérêt, tout en étant considérée comme un aspect central du processus thérapeutique (de Roten, Stigler *et al.*, 2004). Or, l'analyse d'un entretien ethnopsychiatrique montre comment, lors d'un conflit culturel apparaissant en séance, l'interprète est parfois déstabilisé dans ses repères identitaires et son positionnement interculturel de migrant. Goguikian Ratcliff et Changkakoti (2004) suggèrent que ces moments de flottement ou de tiraillement en séance, qui parasitent à la fois la traduction et le processus thérapeutique, soient non seulement repérés mais exploités par le thérapeute. Comme le préconise de Pury (1998) pour le malentendu, il s'agirait ici pour le thérapeute de conflictualiser la traduction pour aboutir à une négociation de la différence culturelle.

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Le point de départ de cette recherche est le sentiment maintes fois exprimé par le groupe de co-thérapeutes de la C.E. d'un manque d'adéquation de certains interprètes, alors que d'autres étaient jugés excellents. Nous nous sommes alors posé la question suivante : quelles sont les qualités d'un « bon interprète » ? Il nous a d'emblée paru évident qu'il ne s'agissait pas de qualités personnelles, mais de sa manière de « camper son rôle avec justesse », c'est-à-dire de manière ajustée par rapport aux attentes du groupe. Cette formulation du problème a donné lieu à une série de questions de recherche.

Quelle est la représentation que les interprètes ont de leur rôle ? Comment interprètent-ils la consigne qui leur est donnée au départ ? Quelle représentation du rôle de l'interprète ont les cliniciens ? Quel est le degré de concordance entre la conception que les interprètes ont de leur rôle et les attentes du groupe ? Quelles difficultés éprouvent les uns et les autres dans ce partenariat ?

MÉTHODE

Population

La population comporte 5 interprètes ayant travaillé pour la C.E. durant l'année 2002-2003 et 8 thérapeutes prenant tous part à cette même consultation.

Le groupe des interprètes est composé de cinq hommes âgés de 23 à 52 ans. Ils sont tous originaires d'Afrique francophone, l'un d'entre eux récemment immigré (5 mois), deux autres en Suisse depuis 3 ans, et les deux derniers depuis près de 20 ans. Ils ont tous un niveau d'études universitaire. Deux d'entre eux ont suivi une formation d'interprète à l'École de Traduction et d'Interprétation de Genève, mais un seul [5] a suivi une formation d'interprétariat communautaire davantage axée sur la médiation interculturelle. La plupart d'entre eux en sont à leur premier suivi thérapeutique dans le cadre de la C.E. (Tableau I). La thérapeute principale s'entretient avec l'interprète avant la 1^{re} séance, lui explique le setting groupal dans lequel se dérouleront les séances et lui demande d'intervenir dans deux directions : la traduction et les références culturelles, en particulier dans le domaine des représentations traditionnelles de la maladie et des soins.

Le groupe des thérapeutes interrogés est formé de 8 personnes, 7 femmes et 1 homme. La thérapeute principale est de nationalité suisse, mais les co-thérapeutes sont tous d'origines diverses et souvent métissées, bien qu'installés en Suisse depuis plus de 20 ans. Il s'agit pour la plupart de professionnels de la santé mentale (1 psychiatre, 4 psychologues, 2 infirmiers en psychiatrie, 1 ethnologue), participant à la C.E. depuis plus de 5 ans.

Instruments et procédure

Deux questionnaires destinés à évaluer la représentation du rôle de l'interprète ont été élaborés. A partir d'une série d'affirmations, les sujets doivent indiquer d'une croix sur une ligne de 10 cm allant de « pas du tout » à « tout à fait », dans quelle mesure ils sont d'ac-

cord avec chacun de ces énoncés. La réponse est mesurée manuellement en centimètres, au dixième près, l'extrémité « pas du tout » étant considérée comme la valeur zéro. On obtient pour chaque item un score allant de 0 à 100.

- Q1 : questionnaire « Représentation du rôle de l'interprète, version interprètes » rempli en présence des enquêteurs⁶. Les deux dernières questions sont des questions ouvertes. Il y est demandé de trouver 4 adjectifs qui illustrent les satisfactions/difficultés de l'expérience d'interprète à la C.E. (annexe 1). Le questionnaire est suivi d'une enquête où l'on offre aux sujets l'occasion de justifier leurs réponses.
- Q2 : questionnaire « Représentation du rôle de l'interprète, version thérapeutes » rempli individuellement de manière anonyme (annexe 2).

La variable indépendante est le groupe d'appartenance professionnelle (thérapeutes vs interprètes). Les variables dépendantes, mesurées au moyen d'échelles continues, sont a) les représentations du rôle de l'interprète, et b) des difficultés éprouvées dans ce setting thérapeutique. Enfin, une variable dépendante de type qualitatif permet aux sujets de qualifier leur expérience d'interprète dans ses aspects positifs et négatifs.

Les variables contrôlées sont le sexe, l'origine culturelle, le niveau d'études et la consigne donnée aux interprètes avant la première séance. Il aurait été judicieux de contrôler également le nombre d'années en Suisse,

⁶ L'enquête a été menée sur le terrain par Francesca Suardi et Judith Kopitz, dans le cadre de leur stage à la consultation d'ethnopsychiatrie et de leur recherche de licence à la FPSE, Université de Genève.

Tableau I : Données sociodémographiques des interprètes.

| Interprète | Sexe | Tranche d'âge | Origine culturelle | Nombre d'années en Suisse | Niveau d'études | Formation interprète | Patients suivis | Nombre de séances à la C.E. |
|------------|------|---------------|-------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|-----------------------------|
| 1 | M | 40/50 | Afrique (Ethiopie) | 19 | Universitaire | Oui | 3 | > 10 |
| 2 | M | 30/40 | Afrique (Algérie) | 3 | Universitaire | Oui | 1 | < 10 |
| 3 | M | 40/50 | Afrique (Maroc) | 24 | Universitaire | Non | 1 | > 20 |
| 4 | M | 20/30 | Afrique (Côte-d'Ivoire) | 5 mois | Universitaire | Non | 1 | < 10 |
| 5 | M | 50/60 | Afrique (Congo-Zaire) | 28 | Universitaire | Oui | 10 | > 30 |

ainsi que la formation d'interprète, mais cela n'a pas été possible dans le cadre de cette étude.

RÉSULTATS

Représentation du rôle de l'interprète

Pour chaque groupe, des moyennes par item ont été calculées. Nous avons ensuite procédé à la comparaison de celles-ci entre le groupe des thérapeutes et celui des interprètes. Nous exposons ci-dessous les résultats des analyses descriptives⁷.

Relevons tout d'abord la très grande variabilité intra-groupe, essentiellement chez les interprètes. A la plupart des questions, aucune tendance générale ne peut être observée et les moyennes sont peu représentatives.

Les interprètes se reconnaissent dans deux fonctions, celle de référents culturels ($m = 64.3$) et celle de traducteurs ($m = 54.4$), mais se définissent moins comme médiateurs culturels ou co-thérapeutes ($m = 31$). En règle générale, ils se sentent fortement intégrés dans le groupe ($m = 69.5$).

Quant aux cliniciens, ils perçoivent les interprètes essentiellement comme référents culturels ($m = 95.3$), mais aussi comme traducteurs ($m = 69$) ou médiateurs ($m = 52.1$), et dans une moindre mesure comme co-thérapeutes ($m = 32.2$) faisant partie intégrante du groupe ($m = 39.3$) (Tableau I).

⁷ Faute de sujets en nombre suffisant, nous n'avons pas pu entreprendre des analyses de signification statistique.

Une analyse par sujet du groupe des interprètes montre, de manière surprenante, que les rôles de traducteur et de référent culturel semblent parfois vécus de manière antagoniste (fig. 1). L'interprète 1 se sent essentiellement traducteur (97.8) et dans une moindre mesure référent culturel (24.7). Ce sujet est étudiant à l'école de Traduction et d'Interprétation de Genève et se destine donc à faire de la traduction son métier. A l'inverse, les interprètes 3 et 4 se désignent essentiellement comme référents culturels (resp. 100 et 78.4) et beaucoup moins comme traducteurs (resp. 12.9 et 19.3). Ces deux sujets n'ont reçu aucune formation d'interprète. Les interprètes 2 et 5, enfin, considèrent ces rôles comme allant de pair. Ces deux interprètes ont des profils différents : l'interprète N° 5 a la plus grande expérience de l'interprétariat dans un contexte thérapeutique. Il a reçu une formation par la Croix-Rouge, alors que le N° 2 étudie la traduction à l'Université et en est à son premier suivi thérapeutique. Du côté des cliniciens, le questionnaire étant rempli de manière anonyme, il est difficile de procéder à une analyse par sujet.

Comparaison des 2 groupes

De manière générale, on observe chez les interprètes des valeurs plus modérées que chez les thérapeutes, quant à la perception de leur rôle.

Les deux groupes convergent à deux items. D'une part en ce qui concerne la clarté des consignes reçues ou des attentes ($m = 50.7$, pour les interprètes, et $m = 51.9$, pour les thérapeutes) qui semblent être considérées comme suffisamment précises de part et d'autre.

Tableau II : Scores par question des deux groupes exprimés en moyennes et en écart-types.

| Interprètes | | | Thérapeutes | | |
|-----------------------------|------|------|-----------------------------|------|------|
| | Moy. | sd | | Moy. | sd |
| Perception du rôle | | | Perception du rôle | | |
| Rôle de traducteur | 54.4 | 37 | Rôle de traducteur | 69 | 41.4 |
| Rôle de référent culturel | 64.3 | 28.3 | Rôle de référent culturel | 95.3 | 9.2 |
| Rôle de médiateur | 31 | 21.1 | Rôle de médiateur | 52.1 | 43.4 |
| Rôle de co-thérapeute | 31 | 12.8 | Rôle de co-thérapeute | 32.2 | 30.1 |
| Attentes groupe claires | 50.7 | 30 | Consignes groupe claires | 51.9 | 21.5 |
| Interprète membre du groupe | 69.5 | 20.2 | Interprète membre du groupe | 39.3 | 30.5 |

Ce résultat est à prendre avec prudence, car cette moyenne cache des positions extrêmes du côté des interprètes : pour deux interprètes [1,4] les consignes ne semblent pas claires (respectivement 21.5 et 22.5). Or, ces deux sujets ont la plus courte expérience au sein de la C. E. (< 10 séances).

D'autre part, interprètes et cliniciens convergent dans le fait de ne pas se considérer comme co-thérapeutes c'est-à-dire des partenaires à égalité de statut (m = 31, pour les interprètes vs m = 32.2, pour les thérapeutes). En effet, il ressort à l'enquête que les interprètes expriment clairement un idéal de neutralité.

Figure 1 : Scores intragroupe (interprètes) par sujet pour chacun des rôles de l'interprète et positionnement face au groupe clinique.

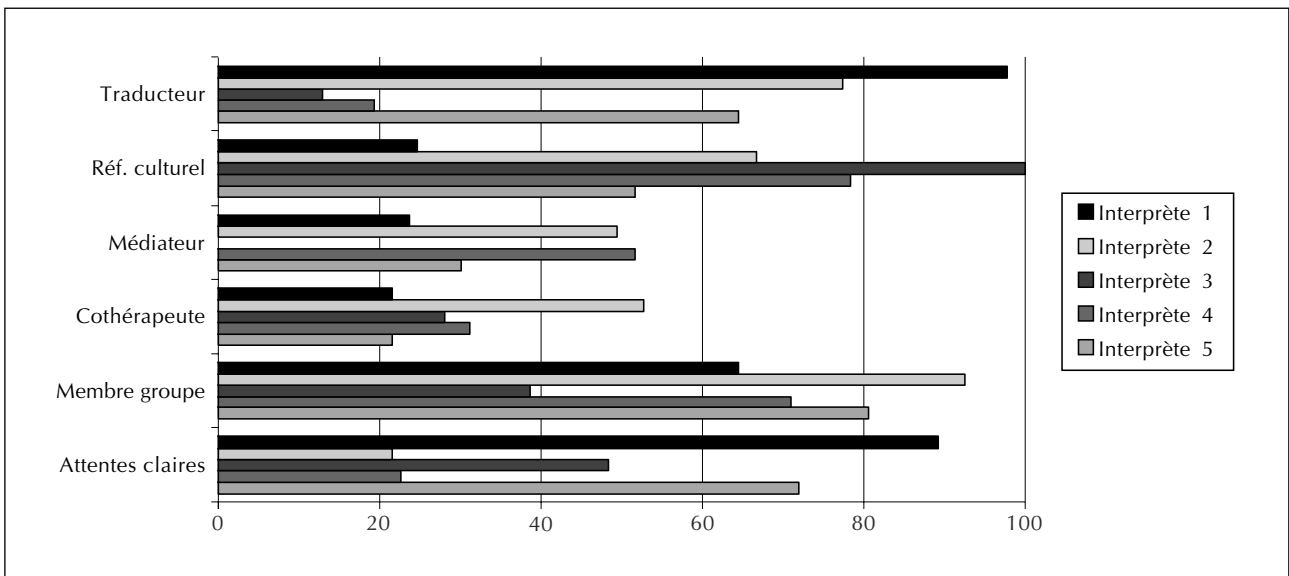
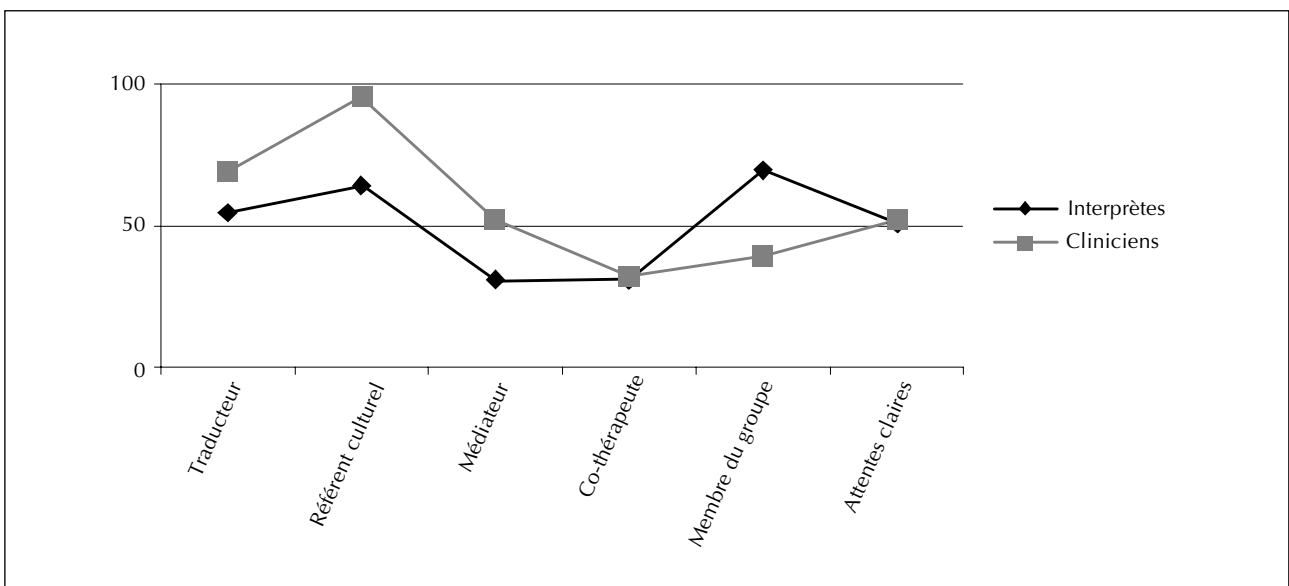


Figure 2 : Rôle de l'interprète : comparaison des scores moyens du groupe des interprètes et du groupe des cliniciens.



Cela étant, les interprètes se sentent plus fortement faire partie du groupe que les thérapeutes ne l'estiment ($m = 69.5$, pour les interprètes vs $m = 39.3$, pour les thérapeutes).

A noter enfin que la perception du rôle de l'interprète réside prioritairement pour les deux groupes dans une fonction de référent culturel, ce qui correspond en partie au mandat explicite véhiculé par la consigne, bien que ce rôle soit évoqué dans une plus forte mesure par les thérapeutes ($m = 95.3$, pour les thérapeutes vs $m = 64.3$, pour les interprètes).

Difficultés éprouvées

Du côté des interprètes

La plupart des interprètes ont fait état d'une forte implication émotionnelle (4/5 présentant des valeurs supérieures à 50), s'identifiant fortement au patient ou retrouvant des éléments de leur propre parcours migratoire : « Vous avez pensé : ça peut m'arriver ? » ($m = 69.1$). Le seul interprète ayant répondu par la négative à cette question s'est justifié en disant : « Ça m'est déjà arrivé, donc ça ne m'arrivera plus ». Bien que le groupe soit ressenti comme très soutenant ($m = 80.9$), 3 interprètes sur 5 auraient souhaité pouvoir élaborer avec le groupe leur vécu émotionnel mobilisé en séance ($m = 65.4$). A l'enquête, auprès des deux interprètes n'éprouvant pas un tel besoin, il s'avère que l'un connaissait le réseau social du patient et éprouvait des problèmes de confidentialité, et l'autre craignait d'être débordé par l'expression de ses émotions. Certains interprètes [1,2] déclarent avoir vécu de manière très conflictuelle l'implication personnelle qui était attendue de leur part. Cette prise de position était perçue comme allant à l'encontre du principe de neutralité considéré comme faisant partie de la déontologie de l'interprète. Rappelons que ces deux interprètes se destinent à la profession de traducteur.

Sur un plan plus cognitif, aux questions concernant l'accord avec les représentations étiologiques traditionnelles de la maladie et des soins véhiculées par le groupe, les réponses des sujets sont mitigées et varient considérablement d'un sujet à un autre (respectivement $m = 47.7$, et $m = 52.9$). A l'enquête, il ressort que certains interprètes [4,5] adhèrent aux hypothèses étiologiques traditionnelles élaborées par le groupe, mais ne sont pas convaincus par les remèdes propo-

sés, et à l'inverse, certains [2,3] ne sont que moyennement d'accord avec la cause supposée du trouble, mais croient fortement aux remèdes traditionnels. Enfin, un des interprètes [1] n'adhère ni à la représentation traditionnelle de la maladie, ni à celle des soins. Ces résultats ne s'expliquent pas par le nombre d'années passées en Suisse. En revanche, à l'enquête, il s'avère qu'ils sont liés aux croyances religieuses et à l'antagonisme religion/tradition.

Sur un plan plus culturel, aux questions ouvertes deux interprètes relèvent qu'il leur a été difficile de traduire certains propos abstraits ou métaphoriques du groupe qu'ils ne comprenaient pas ou qu'ils trouvaient « plaqués » « sortis des livres d'anthropologie » ou « tirés par les cheveux ». La plupart des interprètes relèvent l'opposition entre les remèdes traditionnels animistes (sorcellerie, maraboutage, possession, etc.) relayés par le groupe et la religion monothéiste dans laquelle eux-mêmes ou les patients ont été élevés. A ce conflit de nature religieuse, vient s'ajouter l'antagonisme modernité vs. tradition ; science vs croyance. D'autre part, certains interprètes [2,5] trouvent que la conception de la culture traditionnelle que véhicule le groupe a quelque chose de figé, alors que les pratiques au pays, et notamment dans les grands centres urbains, sont déjà métissées, voire occidentalises. Les pratiques de soin traditionnelles continuent à exister en parallèle certes, mais sont inquiétantes et on n'en parle pas ouvertement. En effet, un interprète [5] nous a également rendus attentifs au fait que les pratiques animistes évoquées en séance sont potentiellement dangereuses, et qu'on en parle au pays de manière très prudente.

Du côté des thérapeutes

Pour les membres du groupe, les avantages associés à la présence de l'interprète semblent être perçus comme nettement supérieurs aux inconvénients. En effet, le groupe déclare de manière quasiment unanime que la présence de l'interprète est nécessaire au bon fonctionnement de la C. E. ($m = 92.2$). En dépit de cette forte homogénéité, l'évaluation des écueils relatifs à la présence de l'interprète se caractérise par une grande variabilité intra et interindividuelle. A la question « l'interprète génère un risque de malentendu supplémentaire » l'évaluation du risque est de faible amplitude ($m = 26.6$), seuls 3 sujets sur 8 évaluant ce risque supérieur à 50. La valeur moyenne reste prati-

quement identique pour la question « ne pas pouvoir contrôler l'exactitude de la traduction vous pose problème ? ». Cette fois-ci, la variance est nettement plus élevée ($m = 26.9$, $sd = 35$), deux thérapeutes trouvant que ce manque de contrôle est vraiment problématique (> 70). A la question « il est important de pouvoir contrôler les interventions spontanées de l'interprète », le groupe dans son ensemble répond plutôt par l'affirmative ($m = 44.4$), mais de nouveau, il existe une forte variabilité intragroupe à cette question : deux thérapeutes trouvent ce contrôle primordial (> 90), alors que trois autres ne le trouvent pas indispensable (< 25). A noter enfin que seule la moitié des thérapeutes présente une cohérence dans leurs réponses à ces 3 questions. Il est utile de rappeler que le groupe est hétérogène car formé de professionnels en provenance de différents horizons, qui malgré leurs connaissances théoriques de l'ethnopsychiatrie ne semblent pas encore avoir tout à fait acquis une « culture de groupe » dans leur pratique.

A la question « l'interprète doit adhérer aux représentations étiologiques traditionnelles de la maladie et des soins », le groupe considère en majorité qu'une telle adhésion serait souhaitable ($m = 62.4$). Cependant, un des thérapeutes estime que cette adhésion n'est absolument pas nécessaire ($m = 3.23$).

Le groupe estime de manière homogène et très élevée qu'il est nécessaire de soutenir émotionnellement les interprètes ($m = 92.3$). Toutefois, les membres du groupe ne sont pas aussi unanimes lorsqu'il s'agit d'évaluer le soutien réel apporté aux interprètes ($m = 59.9$) (question 11). Il est intéressant de relever que les interprètes évaluent plus positivement le soutien du groupe que les membres du groupe eux-mêmes ($m = 80.9$).

DISCUSSION

Le résultat le plus surprenant de cette étude mène à constater que l'hétérogénéité intra-groupe est plus importante que l'hétérogénéité intergroupes. Si les deux groupes se disent globalement satisfaits de la clarté des consignes données et reçues, les attentes du groupe de cliniciens à l'égard des interprètes semblent se clarifier pour ces derniers au fil des séances. Cela tend à montrer qu'il existe, au-delà des consignes explicites données à l'interprète, un mandat plus vaste qui serait attribué de manière implicite par les cliniciens et décodé

« à la longue » par l'interprète. Ainsi, la variable la plus pertinente pour expliquer l'*ajustement* interprète-clinicien ne semble pas être la clarté des consignes, mais la longueur de l'expérience à la C.E. Il se créerait donc à force de travailler ensemble des représentations communes de la prise en charge entre thérapeutes et interprètes.

Le deuxième résultat à retenir est la concordance sur le fait que l'interprète est là surtout pour camper les rôles de traducteur et de référent culturel, et non comme médiateur culturel ou co-thérapeute. Toutefois, les deux rôles de traducteur et référent culturel semblent être vécus, en particulier chez les interprètes, davantage dans un antagonisme que dans une complémentarité. En effet, il ressort à l'enquête que les interprètes, et spécialement ceux qui souhaitent professionnaliser leur pratique (études de traduction), expriment clairement un idéal de neutralité. Or, tout se passe comme si le rôle de référent culturel faisait trop appel à l'identité personnelle et culturelle de migrant au détriment de l'identité professionnelle, plus occidentalisée et encore fragile. Ce conflit placerait l'interprète face à une menace identitaire (Cohen Emerique, 2002) en rapport avec ses différentes appartenances actuelles et passées.

Toujours à propos des différentes appartenances des interprètes, il est curieux de constater que ces derniers estiment, davantage que les cliniciens, faire partie du groupe de soignants, ce qui met en lumière une tension entre neutralité et participation à la réflexion du groupe autour d'une situation clinique. Cette participation semble être un enjeu important puisqu'elle permettrait à l'interprète de se positionner de façon professionnelle vis-à-vis du patient, se désengageant ainsi de l'identification trop massive à celui-ci, en raison de la communauté de leur vécu de migrants (Weiss et Stuker, 1998). A souligner également la position paradoxale du groupe de cliniciens voulant à la fois considérer l'interprète comme le pivot central du processus thérapeutique et à la fois fonctionner en huis clos après la séance sans inviter l'interprète à sa réflexion clinique. La vision assez idéalisée du travail avec un interprète serait donc sous-tendue par une attitude plus ambivalente quant à intégrer ce dernier dans le travail clinique. Ce « protectionnisme » des cliniciens peut également être attribué à un sentiment de menace identitaire ou de difficulté de communication des thérapeutes, face à l'interprète qui incarnerait un autre corps de métier.

Quant aux difficultés éprouvées, il ressort que ce qui semble difficile c'est d'abord l'implication émotionnelle au sein de l'interaction thérapeutique, comme cela a été relevé plusieurs fois dans la littérature. L'étude montre que la position de l'interprète est conflictuelle et inconfortable. L'interprète ne parvient pas à rester « extérieur à l'action », et se trouve face à une intense mobilisation interne, sur les plans affectif, cognitif et culturel. Il s'agit bien dès lors d'une médiation non nommée, qui fait l'objet d'un mandat implicite. Une telle position ne fait pas seulement intervenir les différentes appartenances du traducteur, « nous » interprète et patient appartenant à la même culture, « nous » interprète et thérapeute(s) appartenant au système de soin du pays d'accueil, mais elle fait également appel au « je » de l'interprète, ce qui paraît plus délicat. En effet, la mise en branle de ces différents niveaux de construction identitaire, à la fois individuels et collectifs, ainsi que la sollicitation d'une large gamme de mécanismes affectivo-cognitifs (allant de l'identification à l'ajustement, en passant par l'attribution de significations), provoque inévitablement chez l'interprète une intense mobilisation émotionnelle qui peut, encore une fois, entrer en conflit avec l'idéal de neutralité véhiculé par l'identité professionnelle.

Mais au-delà de l'implication émotionnelle, il ressort que les interprètes sont aussi aux prises avec un conflit d'ordre cognitif et culturel. Il s'avère en effet que dans le cadre de la C.E. l'interprète se trouve face à un groupe de thérapeutes qui campe des positions plus traditionnelles que le patient ou que lui-même, pourtant représentants de leur groupe culturel. Les rôles sont ainsi inversés : les soignants formés en Occident évoquent des hypothèses étiologiques et des remèdes traditionnels, alors que patient et interprète se retrouvent à penser la maladie de manière plus occidentalisée. On peut se demander dans quelle mesure ce positionnement contre-intuitif ne déstabilise pas les interprètes. En outre, s'ils n'adhèrent pas à la vision traditionnelle de la maladie et des soins, ils se sentent contraints à traduire au patient des propos avec lesquels ils sont en désaccord, et au contraire, s'ils adhèrent à cette vision traditionnelle, ils entrent en dissonance cognitive avec leur processus d'acculturation. Il serait intéressant, dans le cadre d'une étude ultérieure, de tenir compte des stratégies mises en place par les interprètes pour faire face à ces conflits d'ordre cognitif et culturel.

Bibliographie

- BAISTOW K. (1999) : *Outcome of European Trauma Research*. « Babi-lea », Conférence, novembre 1999, Vienne.
- BISCHOFF A., LOUTAN L., STALDER H. (2001) : Barrières linguistiques et communication dans une policlinique de médecine. *Bulletin Suisse de Linguistique Appliquée*, 74 : 193-207.
- BLANCHET A. (1998) : L'interaction thérapeutique, in : Nathan T., Blanchet A., Ionescu S., Zajde N. : *Psychothérapies* (pp. 97-163). Paris, Odile Jacob.
- BOLTON J. (2002) : The third presence : a psychiatrist's experience of working with non-english speaking patients and interpreters. *Transcult. Psychiat.*, 39/1 : 97-114.
- BOT H. (2003) : The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three person psychology, in : Brunette L., Bastin G., Hemlin I, Clarke H. (eds.) : *The Critical Link 3* (pp. 27-35). Amsterdam, John Benjamin Publishing Company.
- COHEN EMERIQUE M. (2002) : Menace à l'identité personnelle chez les professionnels en situation interculturelle, in : Sabatier C., Malewska-Peyre H., Tanon F. (eds.) : *Identités, acculturation et altérité* (pp. 199-228). Paris, L'Harmattan.
- GOGUIKIAN RATCLIFF B., CHANGKAKOTI N. (2004) : Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 5/2 : 255-264.
- GUÉP P. et coll. (2000) : *Migrants et réseaux de soins : pour une adaptation interculturelle*. Rapport final, requête FNS N° 4039-44832.
- GUÉP P., WEBER O., SINGY P. (2001) : Les migrants face au système de soins : l'exemple lausannois, in : *Les migrants et la Suisse*. Résultats du programme national de recherche Migrations et relations interculturelles (pp. 528-247). Zurich, Seismo.
- JALBERT M. (1998) : Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique. *P.R.I.S.M.E*, 8 : 94-111.
- KLEINMAN A. (1980) : *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- KOPITZ J., SUARDI F. (2002) : *Représentations du rôle de l'interprète en ethnopsychiatrie*. Mémoire de recherche de licence, sous la direction de B. Goguikian Ratcliff. FPSE, Université de Genève.
- LEANZA Y. (2003) : *Education, pédiatrie et cultures*. Thèse de doctorat N° 319. Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education.
- MÉTRAUX J.-C. (2002) : L'interprète, ce nouvel acteur. *Cahiers Psychiatriques*, 29 : 115-135.
- MÉTRAUX J.-C., ALVIR S. (1995) : L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. *Interdialogos*, 2 : 22-26.
- MÉTRAUX J.-C., ALVIR S. (1999) : Complémentarité entre thérapeute de famille et interprète dans les interventions transculturelles. Les architectes de Babel. *Rev. Franç. Thé. Fam.*, 17 : 46-50.
- MORO M.R., PURY-TOUMI S. DE (1994) : Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 25/26 : 47-85.
- NATHAN T. (1988) : *Le sperme du diable*. Paris, PUF.
- NATHAN T. (1994) : Eléments de psychothérapie, in : Nathan T., Blanchet A., Ionescu S., Zajde N. (eds) : *Psychothérapies* (pp. 11-96). Paris, Odile Jacob.

- PURY S. DE (1998) : *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*. Paris, Synthélabo, Les Empêcheurs de penser en rond.
- ROTEN Y. DE, STIGLER M., DESPLAND J-N., DRAPEAU M. (2004) : Yet another look at CCRT : the relation between Core Conflictual Relationship. Theme and defensive functioning. *Psychother. Res.*, 14/2 : 252-260.
- SINGY P. (2001) : Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction. *Bulletin Suisse de Linguistique Appliquée*, 74 : 175-192.
- TRIBE R. (1999) : Bridging the gap or damming the flow ? Some observations on using interpreters/bicultural workers when working with refugee clients, many of whom have been tortured. *Brit. J. Med. Psychol.*, 72 : 567-576.
- WADENSJÖ C. (1998) : *Interpreting as Interaction*. Londres, Longman.
- WEISS R, STUKER R. (1998) : *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins*. Neuchâtel : rapport de recherche N° 11, Forum suisse pour l'étude des Migrations.
- WESTERMEYER J. (1990) : Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 178/12 : 745-749.

REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier Mme le Prof. C. Robert-Tissot et la Dresse F. James pour leurs lectures et commentaires d'une première version de ce manuscrit.

Adresse du premier auteur :

Betty Goguikian Ratcliff
Université de Genève – FPSE
40, Bd du Pont-d'Arve
CH-1205 Genève
E-mail : betty.goguikian@pse.unige.ch

ANNEXE 1: Q1-QUESTIONNAIRE VERSION INTERPRÈTE

| | |
|---|---|
| <p>1. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti dans un rôle de :</p> <p>interprète</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> <p>réfèrent culturel</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> <p>médiateur</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> <p>co-thérapeute</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> | <p>7. Vous avez rencontré des problèmes de confidentialité par rapport au patient</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> |
| <p>2. Vous avez trouvé claires les attentes du groupe à votre égard</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> | <p>8. Vous vous êtes senti soutenu par le groupe</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> |
| <p>3. Vous-vous êtes senti membre du groupe pendant les séances</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> | <p>9. Vous auriez souhaité des moments avec le groupe pour parler des émotions ressenties en séance</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> |
| <p>4a. Le groupe s'appuie sur des représentations culturelles traditionnelles</p> <p>Vous étiez en accord avec ces représentations culturelles lorsqu'elles décrivaient la maladie</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> | <p>10. En voyant la situation du patient, vous avez pensé « ça peut m'arriver »</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> |
| <p>4b. Vous étiez en accord avec les représentations évoquées comme remède à la maladie</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> | <p>11. Veuillez mentionner 4 adjectifs qui illustrent les satisfactions de votre expérience « ethnopsychiatrique »</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>5. Vous avez trouvé le contenu des séances difficile à gérer</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> | <p>12. Veuillez mentionner 4 adjectifs qui illustrent les difficultés de votre expérience « ethnopsychiatrique »</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>6. Vous vous êtes senti mal à l'aise en prenant connaissance de la vie privée d'un membre de votre communauté</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">pas du tout tout à fait</p> | |

ANNEXE 2: Q2-QUESTIONNAIRE VERSION THÉRAPEUTES

| | |
|--|--|
| <p>1. Vous pensez que le rôle de l'interprète est d'être :</p> <p>interprète</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> <p>réfèrent culturel</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> <p>médiateur</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> <p>co-thérapeute</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> | <p>8. L'interprète apporte du soutien au patient</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> <p>9. Dans le cadre d'une prise en charge en ethnopsychiatrie la présence d'un interprète est toujours nécessaire</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> <p>10. L'interprète se sent soutenu par le groupe</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> <p>11. Le groupe doit se montrer en mesure de contenir la mobilisation émotionnelle de l'interprète</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> |
| <p>2. Les consignes du groupe vis-à-vis de l'interprète sont suffisamment claires</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> | <p>12. Veuillez mentionner 4 adjectifs (max.) qui illustrent les aspects positifs d'un travail avec un interprète</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>3. L'interprète fait partie du groupe au même titre que les thérapeutes</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> | <p>13. Veuillez mentionner 4 adjectifs (max.) qui illustrent les difficultés éventuelles d'un travail avec un interprète</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>4. L'interprète doit adhérer aux représentations étiologiques traditionnelles de la maladie et des soins</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> | |
| <p>5. L'interprète génère un risque de malentendu supplémentaire</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> | |
| <p>6. Le fait de ne pas pouvoir contrôler l'exactitude de la traduction vous pose problème</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> | |
| <p>7. Il est important de pouvoir contrôler les interventions spontanées de l'interprète</p> <p>_____</p> <p>pas du tout tout à fait</p> | |