

Monografías de



nº 4

otoño de 2014

ISSN: 1699-4949

<http://cedille.webs.ull.es>

Cédille, revista de estudios franceses es una publicación electrónica de libre acceso que edita la Asociación de Francesistas de la Universidad Española (hasta mayo de 2014, Asociación de Profesores de Francés de la Universidad Española) con la colaboración de la Universidad de La Laguna y de la Embajada de Francia en España.

Cédille da la bienvenida a cualquier propuesta original –ya sea en forma de monografía, artículo o nota de lectura– relacionada con los distintos ámbitos que abarcan los estudios franceses y francófonos (lengua y lingüística, literaturas, traducción, estudios comparados, metodología y didáctica, cultura y civilización, etc.). Las contribuciones recibidas serán sometidas al arbitraje científico de al menos dos especialistas en la materia (*double-blind peer-review*) y su aceptación o rechazo se comunicará oportunamente a los autores. El Consejo Editorial se reserva el derecho de desestimar aquellos trabajos que no se ajusten al ámbito de la revista, que no alcancen la calidad mínima requerida o que no hayan sido redactados conforme a las normas de edición que se detallan en su web.

URL: <http://cedille.webs.ull.es>

Contacto: revista.cedille@gmail.com

Dirección postal:

José M. Oliver Frade

Facultad de Filología

Campus de Guajara / Universidad de La Laguna

E-38200 La Laguna

Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias) España

Teléfono: [+34] 922317692 Fax: [+34] 922317611

© Asociación de Francesistas de la Universidad Española.

© Los originales publicados en *Cédille, revista de estudios franceses* son propiedad de sus respectivos autores, quienes conceden a la revista el derecho de primera publicación de los textos y su alojamiento en otros portales web con el fin de garantizar su preservación y una mayor difusión. Se permite el uso para fines docentes e investigadores de los artículos, datos e informaciones contenidos en la misma. Se exige, sin embargo, permiso de los autores o del editor para publicarlos en cualquier otro soporte, así como para utilizarlos, distribuirlos o incluirlos en otros contextos accesibles a terceras personas. En todo caso, es necesario citar la procedencia en cualquier reproducción parcial o total.

CONSEJO EDITORIAL

Director

José M. Oliver Frade (Universidad de La Laguna)

Consejo de Redacción

Marina Aragón Cobo (Universitat d'Alacant)

Dolores Bermúdez Medina (Universidad de Cádiz)

Manuel Bruña Cuevas (Universidad de Sevilla)

María Luisa Donaire Fernández (Universidad de Oviedo)

Tomás Gonzalo Santos (Universidad de Salamanca)

Julián Muela Ezquerro (Universidad de Zaragoza)

Ignacio Ramos Gay (Universitat de València)

Comité Científico Asesor

María Hermínia Amado Laurel (Universidade de Aveiro)

Philippe Caron (Université de Poitiers)

Bernard Cerquiglini (Université de Paris VII - INALF)

Inmaculada Díaz Narbona (Universidad de Cádiz)

Francisco Lafarga Maduell (Universitat de Barcelona)

Yves-Charles Morin (Université de Montréal)

François Moureau (Université Paris-Sorbonne, Paris IV)

André Thibault (Université Paris-Sorbonne, Paris IV)

Àngels Santa Bañeres (Universitat de Lleida)

Mercè Tricás Preckler (Universitat Pompeu Fabra)

Alicia Yllera Fernández (UNED)

Cédille se encuentra inscrita, indexada, resumida o clasificada en el Directory of Open Access Journal, en Dialnet, en Latindex, en el Zeitschriftendatenbank, en Google Académico, en REDALyC, en el IEDCYT-CSIC, en DICE, en e-revist@s, en IN-RECH, en la Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur, en Regesta Imperii, en Open Science Directory, en Scopus, en EBSCO, en Excellence in Research for Australia, en Ulrich's Periodicals Directory, en MIAR, en SCImago, en CIRC, en Academic Journals Database, en Mir@bel, en RESH, en ERIH (ESF), en MLA Directory of Periodicals, en Carhus Plus, en WorldCat, en Scientific Commons, en Journal Table of Contents, en Journal Base y en Sciencegate. Asimismo, *Cédille* figura en los catálogos de las más importantes bibliotecas universitarias europeas, americanas, asiáticas y australianas.

*Principes, présences et structures
de l'interprétation en milieu social
dans les pays francophones*

Juan Jiménez-Salcedo
(editor científico)

TABLE DES MATIÈRES

TABLE OF CONTENTS

Juan Jiménez-Salcedo	5
Présentation: Pour un discours francophone autour de l'interprétation en milieu social Presentation: advocating francophone views on community interpreting	
Yvan Leanza, Élias Rizkallah & Thomas Michaud Labonté	9
Intégrer un interprète dans les consultations de médecine familiale : une analyse de discours assistée par ordinateur Working with interpreters in family physicians' consultations : a computer-assisted analysis	
Murielle Rondeau-Lutz, Liliana Saban & Jean-Christophe Weber	31
Le médecin et l'interprète, de la méconnaissance à la délégation. À propos d'une expérience française The physician and the interpreter, from ignorance to delegation. A French experience	
Isabel Fierro-Mühlemann, Isabel Eíriz Martín & Katy François	49
Quelle formation pour les interprètes communautaires ? Le dispositif mis en œuvre en Suisse romande What sort of training for community interpreters? The system implemented in French-speaking Switzerland	
Olga Lucia Boss-Prieto	63
L'interprétation en Suisse francophone : le cas de la communauté hispano-américaine Interpreting in French-speaking Switzerland: the case of the Hispanic community	
Haytham Safar & Abderrahim Hmami	77
L'interprétation en milieu social, profil et mission en Belgique francophone Community interpreting: profile and mission in French-speaking Belgium	
José Yuste Frías	91
Interculturalité, multiculturalité et transculturalité dans la Traduction et l'Interprétation en Milieu Social Interculturalism, multiculturalism and transculturalism in community translation and interpreting	

Gholamreza Shokrani	113
Interprétariat, entre pratiques et théories de traduction Interpreting, between practices and translation theories	
Juan Jiménez-Salcedo	131
Politiques linguistiques et interprétation en milieu social au Canada : des droits linguistiques aux droits d'accès aux services publics Language policies and community interpreting in Canada: from linguistic rights to access to public services rights	

Pour un discours francophone autour de l'interprétation en milieu social

Juan Jiménez-Salcedo

Universidad Pablo de Olavide

jimsal@upo.es

La mondialisation et la consécration de l'économie de marché, mais aussi les conflits politiques, les guerres et les famines produisent jour après jour des mouvements de populations du Sud vers le Nord. À l'heure où des tendances contradictoires se produisent entre la globalisation et un sentiment de repli identitaire que l'on croyait pourtant dépassé, se pose le problème – nous semble-t-il essentiel – du dialogue entre le migrant, lorsque celui-ci est allophone, et la culture d'accueil. Ce dialogue ne peut aucunement s'établir en faisant abstraction de sa dimension linguistique, car le migrant est allophone justement parce qu'il n'est pas capable de comprendre ou de s'exprimer dans la langue de la culture d'arrivée. C'est dans ce contexte que naît l'interprétation en milieu social (IMS)¹, champ spécifique de la pratique orale translative dont l'objectif est de permettre à ces populations d'avoir accès aux services proposés par l'Administration, notamment la santé, les services sociaux et la justice.

Nous sommes conscient du fait que la question du dialogue entre le migrant allophone et la culture d'accueil est bien plus complexe, et que la médiation translative de l'interprète en milieu social ne résout que partiellement le problème. Cela dit, dans ce dialogue la question linguistique ne peut être aucunement transcendée car c'est la langue qui véhicule la culture et c'est par le biais de la langue que le migrant active et exprime son vécu, que ce soit dans un contexte migratoire de type économique ou dans celui beaucoup plus délicat du refuge politique. Il n'y aurait pas un au-delà culturel qui prendrait toute la place une fois que la frontière linguistique est dépassée, car la langue ne peut jamais se retirer de l'interaction : elle est tout simplement incontournable en tant que plateforme et véhicule des représentations.

¹ Le terme « interprétation en milieu social » cohabite en contexte francophone avec d'autres termes, comme « interprétation-médiation » et « interprétariat communautaire ». Ils ne sont à notre avis que des manières différentes de décliner un même concept.

L'IMS contribue non seulement à l'intégration des migrants dans la culture d'accueil : elle interroge les intervenants² en milieu social (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, enseignants, opérateurs judiciaires) sur leur pratique quotidienne et leur façon de contribuer à un accès égal de tous les citoyens aux services publics. L'IMS s'inscrit dans une démarche de gouvernance qui passe par l'élimination des barrières linguistiques dans l'accès à des services considérés comme essentiels pour la population. Les articles de cette monographie présentent un aperçu de ces pratiques d'interprétation, telles qu'elles sont développées dans plusieurs pays francophones, ainsi que les principes théoriques qui les sous-tendent. Nous pouvons parler d'un développement de l'IMS qui est propre aux pays francophones et qui la rend différente de celle qui est pratiquée dans les pays anglo-saxons ou du nord de l'Europe, d'où provient une grande partie de la littérature scientifique en la matière ou au moins la plus connue. Le but de cette monographie est de présenter un état de la question sur la recherche menée en français autour de ce sujet, ainsi que démontrer que des synergies et des points de rencontre sont possibles entre les chercheurs et les professionnels œuvrant dans ce domaine partout dans les territoires francophones.

Nous estimons qu'il existe bel et bien un discours francophone sur l'interprétation en milieu social, qui se décline par le biais de différentes stratégies, que ce soit la gestion des interprètes – l'association Appartenances en Suisse romande ou les services d'interprétation fournis par des structures comme ISM Interprétariat à Paris, ou encore l'exemple de la Banque interrégionale d'interprètes à Montréal –, ou les efforts dans le domaine de la formation et de la professionnalisation, comme le démontrent diverses manifestations telles que la tenue du congrès du *Critical Link 3* à Montréal en 2001, l'existence d'un diplôme universitaire Interprète-Médiateur (DUIM) et d'un master universitaire Médiation-Interprétation sociale et commerciale (MISC) à l'Université de Paris 7, la signature à Strasbourg en 2012 de la Charte de l'interprétariat médical ou social professionnel en France, ou encore les efforts de formation et d'habilitation des interprètes engagés en Suisse romande, en Belgique francophone et au Québec, aussi bien au niveau universitaire que dans le tissu associatif impliqué directement dans la gestion de l'IMS.

Les contributions publiées dans cette monographie montrent bien que les questions translatives, en l'occurrence l'interprétation mais aussi la traduction, ces deux disciplines étant difficilement séparables en milieu social, sont également au cœur des études francisantes, non seulement de par leur nature – l'inscription francophone des recherches publiées dans ce numéro –, mais aussi de par les sujets qu'elles expriment et qui s'inscrivent parfaitement dans les perspectives adoptées par la philologie, la linguistique et les études littéraires : l'analyse de l'ancrage culturel des langues

² Le masculin est employé dans cet article, et partout dans les numéros de cette monographie, pour faire référence aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Nous tenons à faire cette remarque d'autant plus que le métier d'interprète en milieu social est majoritairement exercé par des femmes.

et des représentations qu'elles produisent, la perception de l'Autre et la reconnaissance de sa langue comme objet d'étude, la comparaison entre les différentes réalités auxquelles renvoient les langues..., autant de sujets liés aux thèmes exploités dans les articles parus dans la revue *Çédille* depuis son premier numéro en 2005.

Les contributions de cette monographie abordent différents aspects de l'IMS. Si notre contribution (« Politiques linguistiques et interprétation en milieu social au Canada : des droits linguistiques aux droits d'accès aux services publics ») se veut une réflexion théorique sur la reconnaissance du droit à l'intervention d'un interprète, différent des droits linguistiques tels qu'ils sont consacrés par la jurisprudence de la Cour suprême du Canada, dans l'article « Interculturalité, multiculturalité et transculturalité dans la traduction et l'interprétation en milieu social », José Yuste Frías expose une autre approche conceptuelle sur laquelle pourrait s'appuyer la pratique de l'IMS, un discours qui prône l'approche transculturelle comme dépassement de la dichotomie interculturalité-multiculturalisme et qui s'interroge sur la place de l'interprète, voire du traducteur, notamment dans le parcours de soins médicaux. C'est justement de l'intervention de l'interprète dans le contexte médical que traite l'article de Murielle Rondeau-Lutz, Liliane Saban et Jean-Christophe Weber (« Le médecin et l'interprète, de la méconnaissance à la délégation ») : dans cette contribution il est question non seulement des perceptions des médecins à l'égard des interprètes, mais aussi de la place que le système public de santé en France consacre à l'interprète et qui relève d'une politique linguistique particulière. Il en est de même de l'article d'Yvan Leanza, Éliás Rizkallah et Thomas Michaud-Labonté (« Intégrer un interprète dans les consultations de médecine familiale : une analyse de discours assistée par ordinateur »), où ces mêmes perceptions sont étudiées du point de vue de l'analyse du discours, en l'occurrence dans le contexte médical québécois.

Le recueil d'articles de cette monographie montre bien comment les travaux autour de l'IMS ont porté un intérêt spécial au rôle joué par l'interprète en contexte de psychothérapie – c'est le cas de la contribution de Gholamreza Shokrani (« Interprétariat, entre pratiques et théories de traduction ») –, ainsi qu'aux problématiques liées à l'organisation des structures d'IMS et à la formation des interprètes, exposées par Isabel Fierro-Mühlemann, Isabel Eíriz Martín et Katy François dans leur article « Quelle formation pour les interprètes communautaires ? Le dispositif mis en œuvre en Suisse romande ». Ce panorama est complété par les analyses de cas circonscrits à une aire géographique – comme c'est le cas de la contribution de Haytham Safar et Abderrahim Hmami (« L'interprétariat en milieu social : profil et mission en Belgique francophone ») – et à une communauté allophone spécifique, en l'occurrence la communauté hispanophone de la ville de Lausanne, telle qu'elle est décrite par Olga-Lucía Boss-Prieto dans son article « L'interprétation en Suisse francophone : le cas de la communauté hispano-américaine ».

Ce recueil n'est donc qu'un point de départ et n'épuise nullement les perspectives de la recherche sur la question en contexte francophone. D'autres voies devront être empruntées, parmi lesquelles une analyse des structures d'IMS en France et en Belgique, assumées très majoritairement par le milieu associatif, ou la question de l'habilitation des interprètes et la création d'un cadre commun d'évaluation des compétences pour la professionnalisation des interprètes travaillant depuis ou vers le français, aussi bien dans le domaine médical et social que dans celui de la justice³. D'un point de vue plus théorique, il sera également intéressant de creuser d'autres sujets, tels que les relations à établir entre la mise en place de structures d'IMS et les différentes politiques linguistiques des pays concernés, celles-ci relevant d'une conception spécifique de l'identité nationale et linguistique des peuples et pouvant aider justement à fournir des arguments en faveur de l'accès aux services publics par le biais de l'interprétation. Nous ne voyons dans cette monographie qu'une porte ouverte vers d'autres sujets à développer dans les années à venir.

Pendant le processus de préparation de ce numéro, nous avons tous été frappés par la disparition de notre chère collègue Isabel Eíriz Martín, co-auteure de l'une des contributions de cette monographie. Elle, migrante espagnole en Suisse romande, militante du dialogue et de l'altérité, savait bien que le chemin pour arriver à la reconnaissance et à la professionnalisation de l'IMS était semé d'embûches, mais qu'il existait bel et bien des moyens pour y parvenir. Nous tenons à ce que cette monographie, sur un sujet qui lui tenait tellement à cœur, lui soit entièrement dédiée.

³ À cet égard, l'adoption de la Directive 2010/64/UE relative au droit à l'interprétation et à la traduction dans le cadre des procédures pénales, en plein processus de transposition dans les droits nationaux des pays de l'Union, pourrait faire de l'Europe un référent dans ce domaine.

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

Yvan Leanza

Université Laval

Yvan.leanza@psy.ulaval.ca

Élias Rizkallah

Université du Québec à Montréal

Rizkallah.elias@uqam.ca

Thomas Michaud Labonté

Université Laval

thomas.michaud-labonte.1@ulaval.ca

Resumen

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

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

Abstract

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

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

0. Introduction

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

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

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

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

1. Les rôles de l'interprète

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

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

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

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

2. Médecins-interprètes : ce que montre la recherche

2.1. Étudiants

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

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

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

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

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

2.2. Résidents

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

2.3. Médecins

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

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

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

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

3. Méthode

3.1. Participants

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

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

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

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

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

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

3.2. Vignettes vidéo

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

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

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

3.3 Déroulement

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

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

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

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

3.4. Plans de recherche et de comparaison

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Résultats

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2. Les discours selon le niveau d'expérience

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

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

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

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

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

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

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

¹⁴ Juste dans le sens de seulement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

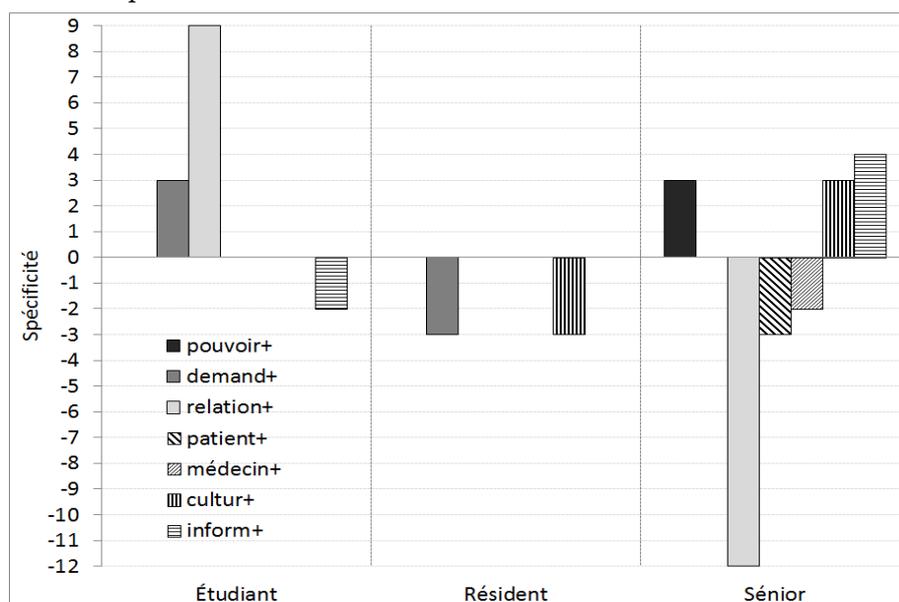
Cette première tentative d'interprétation indique qu'il y a des enjeux différents selon le statut des participants. Cependant, une analyse plus fine est nécessaire pour saisir les nuances de chacune de ces positions (et pour définir celle des résidents qui reste floue jusqu'ici). Les logiciels Lexico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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Discussion et conclusions

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

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

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

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

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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

- DAVIDSON, Brad (2000) : « The interpreter as institutional gatekeeper : the social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse ». *Journal of Sociolinguistics* 4(3), 379-405.
- DIAMOND, Lisa C., Yael SCHENKER, Leslie CURRY, Elizabeth H. BRADLEY et Alicia FERNANDEZ (2009) : « Getting by : underuse of interpreters by resident physicians ». *Journal of General Internal Medicine* 24(2), 256-262.
- FATAHI, Nabi, Mikael HELLSTROM, Carola SKOTT et Bengt MATTSSON (2008) : « General practitioners' views on consultations with interpreters : a triad situation with complex issues ». *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 26(1), 40-45.
- HABERMAS, Jürgen (1987) : *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris, Fayard.
- HAMPERS, Louis C., Susie CHA, David J. GUTGLASS, Helen J. BINNS et Steven E. KRUG (1999) : « Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department ». *Pediatrics* 103(6), 1253-1256.
- HATTON, Diane C. et Teresa WEBB (1993) : « Information transmission in bilingual, bicultural contexts : a field study of community health nurses and interpreters ». *Journal of Community Health Nursing* 10(3), 137-147.
- HSIEH, E. (2010) : « Provider-interpreter collaboration in bilingual health care : Competitions of control over interpreter-mediated interactions ». *Patient Education and Counseling* 78(2), 154-159.
- HUDELSON, Patricia et Sarah VILPERT (2009) : « Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients : a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices ». *BioMed Central Health Services Research* 9(187) [en ligne : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-187.pdf> ; 28/12/2013].
- KAI, Joe, Ruth BRIDGEWATER et John SPENCER (2001) : « "Just think of TB and Asians, that's all I ever hear" : medical learners' views about training to work in an ethnically diverse society ». *Medical Education* 35(3), 250-256.
- KALET, Adina L., Debjani MUKHERJEE, Karla FELIX, Sarah E. STEINBERG, Martin NACHBAR, Amy LEE, Joytsna CHANGRANI et Francesca GANY (2005) : « Can a web-based curriculum improve students' knowledge of, and attitudes about, the interpreted medical interview ? ». *Journal of General Internal Medicine* 20(10), 929-934.
- KARTER, Andrew J., Assiamira FERRARA, Jeanne A. DARBINIAN, Lynn M. ACKERSON et Joe V. SELBY (2000) : « Self-monitoring of blood glucose : language and financial barriers in a managed care population with diabetes ». *Diabetes Care* 23(4), 477-483.
- LABUN, Evelyn (1999) : « Shared brokering : the development of a nurse/interpreter partnership ». *Journal of Immigrant Health* 1(4), 215-222.
- LAFON, Pierre (1980) : « Sur la variabilité de la fréquence des formes dans un corpus ». *Mots*, 1, 127-165.
- LEANZA, Yvan (2005) : « Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers ». *Interpreting* 7(2), 167-192.
- LEANZA, Yvan (2008) : « Community Interpreter's Power. The Hazards of a Disturbing Attribute ». *Curare* 31(2), 211-220.
- LEANZA, Yvan (2011) : *Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel. Une approche complémentariste du rapport institutionnalisé à l'Autre*. Genève, Georg éditeur.

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

- first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada ». *Canadian Journal of Public Health* 99(6), 505-510.
- PRATT, Michael G., Kevin W. ROCKMANN et Jeffrey B. KAUFMANN (2006) : « Constructing professional identity : The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents ». *Academy of Management Journal* 49, 235-262.
- REINERT, Max (1990) : « *Alceste*, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application : *Aurelia* de Gérard de Nerval ». *Bulletin de méthodologie sociologique* 26(1), 24-54.
- RODRIGUEZ, Fatima, Amy COHEN, Joseph R. BETANCOURT et Alexander R. GREEN (2011) : « Evaluation of medical student self-rated preparedness to care for limited English proficiency patients ». *BioMed Central Medical Education* 11(26). [en ligne : <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/26> ; 28/12/2013].
- ROSE, Danielle E., Diana M. TISNADO, Jennifer L. MALIN, May L. TAO, Melinda A. MAGGARD, John ADAMS, Patricia A. GANZ et Katherine L. KAHN (2010) : « Use of interpreters by physicians treating limited English proficient women with breast cancer : results from the provider survey of the Los Angeles Women's Health Study ». *Health Services Research* 45(1), 172-194.
- ROSENBERG, Ellen, Yvan LEANZA et Robbyn SELLER (2007) : « Doctor-patient communication in primary care with an interpreter : Physician perceptions of professional and family interpreters ». *Patient Education and Counseling* 67(3), 286-292.
- ROUANET, Henry, Jean-Marc BERNARD et Bruno LECOUTRE (1986) : « Nonprobabilistic Statistical Inference : A Set-Theoretic Approach ». *The American Statistician* 40(1), 60-65.
- ROUANET, Henry et Marie-Claude BERT (1998) : « Introduction to Combinatorial Inference », in H. Rouanet, J.-M. Bernard, M.-C. Bert, B. Lecoutre, M.-P. Lecoutre et B. L. Roux (éds.), *New ways in statistical methodology : from significance tests to Bayesian inference*. Bern/New York, Peter Lang, 97-122.
- SARVER, Joshua et David W. BAKER (2000) : « Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit ». *Journal of General Internal Medicine* 15(4), 256-64.
- SCAMBLER, Graham (2001) : *Habermas, critical theory and health*. London, Routledge.
- SINGY, Pascal et Patrice GUEx (2005) : « The interpreter's role with immigrant patients: contrasted points of view ». *Communication & Medicine* 2(1), 45-51.
- SLEED, Michelle, Kevin DURRHEIM, Anita KRIEL, Vernon SOLOMON et Veronica BAXTER (2002) : « The effectiveness of the vignette methodology : A comparison of written and video vignettes in eliciting responses about date rape ». *South African Journal of Psychology* 32(3), 21-28.
- THOMPSON, Darcy A., Raquel G. HERNANDEZ, John D. COWDEN, Stephen D. SISSON et Margaret MOON (2013) : « Caring for patients with limited English proficiency : are residents prepared to use medical interpreters? ». *Academic Medicine* 88(10), 1485-1492.

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

**Le médecin et l'interprète,
de la méconnaissance à la délégation.
A propos d'une expérience française**

Murielle Rondeau-Lutz

Université de Strasbourg

murielle.rondeau@chru-strasbourg.fr

Liliana Saban

Migrations Santé Alsace

l.saban@migrationsante.org

Jean-Christophe Weber

Université de Strasbourg

jcweber@unistra.fr

Resumen

La mayoría de los médicos en Francia conoce poco la interpretación profesional y comparte la preocupación general de que hablar una lengua extranjera representa una amenaza para la cohesión nacional. Pese al creciente reconocimiento de los derechos de los pacientes, se les niega el tiempo necesario para escucharlos. Resulta poco usual recurrir a intérpretes profesionales. Esta situación refleja también la cuestión de la acogida de migrantes en una República indivisible y monolingüe. Trabajar con un intérprete profesional representa no solo una cuestión deontológica y clínica, sino también una acción coherente en vista de la Constitución francesa: se deben proporcionar intérpretes profesionales precisamente porque la República Francesa es indivisible y porque el francés es su lengua oficial.

Palabras clave: intérpretes; relación médico-paciente; inmigrantes; servicios sanita-

Abstract

In France, most doctors have a poor knowledge of professional interpretation, and share the general concern that speaking a foreign language threatens national cohesion. The time needed to listen to patients is denied, despite increased recognition of patients' rights. Recourse to professional interpreters is unusual. This situation also reflects the issue of welcoming migrants in an indivisible and monolingual Republic. Working with a professional interpreter is not only a deontological and clinical issue, but also a coherent action in view of the French constitution: patients must be provided with professional interpreters because the French Republic is indivisible and because French is its official language.

Key words: interpreters; patient-physician relationship; immigrants; healthcare services; language; new public management.

rios; lengua; nuevas prácticas públicas.

0. Introduction

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques, la proportion d'étrangers en France est stable depuis 15 ans, de l'ordre de 8 % (INSEE, 2014). Au cours du dernier quart du XX^e siècle, cette population était essentiellement alimentée par une immigration de travail, en provenance d'Afrique du Nord et d'Europe du Sud. Ces dernières années, l'immigration de travail s'est réduite et l'éventail des nationalités d'origine s'est élargi. Cette diversité de la population se reflète évidemment dans le public bénéficiaire des institutions de la santé, qu'elles soient hospitalières ou communautaires¹, publiques ou privées. Beaucoup de personnes d'origine étrangère, récemment arrivées en France ou non, ne maîtrisent pas ou peu la langue française. Si l'on exclut les questions de couverture sociale, la première difficulté d'accès aux soins avancée par ces patients est la barrière linguistique (Observatoire Régional de la Santé Alsace, 2010). De façon surprenante, pourtant, au cours de leur formation, les médecins ne sont pas sensibilisés aux problèmes que doivent affronter ces populations lorsqu'elles ont besoin de soins, et notamment aux conséquences de ces barrières linguistiques et des modalités choisies pour les contourner. Ils semblent ne pas ressentir la nécessité d'un interprétariat professionnalisé, peut-être d'autant plus que cette profession n'est pas reconnue en France dans les structures de santé. Pour mieux comprendre cette ignorance, voire cette résistance des médecins, dans un premier temps, il est intéressant de rappeler le contexte politique d'aujourd'hui, en ce qui concerne la vision de l'étranger et la valeur symbolique de la langue en France. Dans un deuxième temps, il s'agit d'approfondir le contexte d'exercice des médecins, notamment à l'hôpital public, pour comprendre ce qui peut empêcher ou favoriser l'utilisation d'un interprète professionnel et comprendre aussi les tentations d'imposer à l'interprète des tâches qui ne relèvent pas de son métier. Outre le contexte institutionnel, il est aussi intéressant de relever ce qui se passe dans la consultation bilingue. Finalement, l'intérêt porté à la question de l'interprétariat peut être appréhendé comme un symptôme révélateur d'un entrecroisement de nombreux enjeux.

1. Vision de l'Étranger en France

1.1. Une contradiction fondatrice dans les valeurs républicaines

Comme le fait remarquer Gerard Noiriel (Association Cette France-là, 2011), les grandes lignes du «modèle républicain» se rapportent à une contradiction fonda-

¹ L'expression de santé communautaire est peu employée en France, où l'on oppose plutôt médecine hospitalière et médecine de ville.

trice dans la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. En effet, l'article 1^{er} affirme que les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Par contre, la plupart des autres articles de cette déclaration, notamment ceux qui concernent les droits politiques, sont référés aux citoyens, la citoyenneté se définissant par la participation à l'état national. Il y a donc dans cette déclaration une contradiction, un flou entre les droits de l'*homme* et ceux du *citoyen*, entre l'universel et le national. C'est ce qui explique pour Noiriél qu'aujourd'hui encore les discours les plus opposés sur l'immigration puissent se réclamer des «valeurs républicaines», les uns privilégiant la sécurité des citoyens et les autres l'universalité des droits de l'homme.

1.2. Données historiques

Au XX^e siècle, peu de choses ont été mises en place pour accueillir l'étranger: souvent issu des anciennes colonies, il est essentiellement attendu en France pour combler un besoin de main d'œuvre à bas prix. Jusque dans les années 1980, aucun gouvernement ne s'était penché sur la question d'un projet politique d'insertion des migrants, les laissant seuls se fondre dans la population française. Il n'y a donc pas eu beaucoup d'efforts pour permettre aux immigrés de « devenir des citoyens » (Noiriél, 2002). Ce n'est qu'en 2002 qu'il a été décidé que l'intégration des étrangers était du ressort de l'État (Godfroid, 2010) et que des moyens lui ont été attribués. Ces faits historiques expliquent probablement qu'il y ait eu un grand retard en France dans la mise à disposition de toutes les institutions, dont celles de la santé, d'accommodements pour la prise en charge de la diversité linguistique et culturelle. En 2002, l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations est créée. En 2009 cette agence, ainsi que les missions relatives à l'intégration de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances sont regroupées au sein du nouvel Office français de l'immigration et de l'intégration². Cette dernière structure est ressentie comme un outil de gestion et de maîtrise de l'immigration plutôt que comme une agence qui œuvre pour l'intégration des migrants dans la population française (Association Cette France-là, 2011).

1.3. Données politiques

On peut raisonnablement émettre l'hypothèse que le discours des dirigeants politiques français oriente la façon de considérer celui qui parle une langue étrangère. La France a connu un débat controversé sur l'identité nationale: des discours extrêmement habiles se sont employés à associer délinquance et immigration, instillant l'idée que les Français seraient des victimes de l'immigration (Sarkozy, 2010). Lors

² Cette structure se définit ainsi sur son site (<http://www.ofii.fr>): « Fidèle à sa tradition d'accueil et d'intégration, la France conduit, en matière d'immigration, une politique faite de générosité et d'humanisme avec, comme ligne d'horizon, le dépassement des valeurs d'origine et l'adhésion à des valeurs communes qui sont celles de la République. L'OFII est aujourd'hui le point d'ancrage de cette politique d'intégration et le lieu d'accueil de tout immigré sur notre sol ».

d'une flambée de violence à Grenoble en juillet 2010, des policiers avaient essuyé des tirs à balles réelles. Le président de la République a alors énuméré dans un discours les mesures qu'il allait mettre en œuvre pour faire régner l'ordre dans le département de l'Isère. A la fin de son allocution, il envisageait parmi ces mesures la déchéance de la nationalité française « pour toute personne d'origine étrangère qui aurait volontairement porté atteinte à toute personne dépositaire de l'autorité publique », désignant aux citoyens français les principaux suspects à ses yeux de cette violence, les personnes d'origine étrangère, comme citoyens de seconde zone, de droits dégradés, et expliquant les troubles comme « les conséquences de 50 années d'immigration insuffisamment régulée qui ont abouti à un échec de l'intégration ». Avec le changement de gouvernement en 2012, la parole de l'Etat a véhiculé moins de stéréotypes sur l'immigration, mais celle-ci reste au cœur de l'agenda politique et bien présente dans les propos d'hommes politiques et dans le débat public³. Au printemps 2014, le rapport annuel de la Commission nationale consultative des droits de l'homme soulignait « une montée préoccupante de l'intolérance au cours des quatre dernières années » et « une banalisation de la parole raciste » (CNCDDH, 2014). Lors de leurs interventions, les interprètes professionnels dans le domaine de la santé sont parfois confrontés à ces discours stigmatisants de l'étranger fraudeur, parasite ne méritant pas les prestations auxquelles il a droit (Larchanché, 2012). Les représentations que ces discours ressurgissent aussi lors des séances de formation à la prise en charge des migrants destinées aux personnels de santé ou aux futurs médecins⁴.

1.4. La langue française: un symbole intouchable s'opposant à l'accueil d'autres langues?

Il convient de préciser l'importance particulière que revêt l'unique langue officielle, le français, en tant que symbole éminent de l'identité nationale en France. L'article 2 de la Constitution affirme que « la langue de la République est le français ». Par comparaison, de nombreux Etats – dont les Etats-Unis ou l'Italie – ne font même pas référence à une langue nationale dans leur Constitution. En France, l'affirmation de cette unicité de la langue suit l'article 1 qui affirme que « la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale ». On en déduit que l'unicité de la langue est le signe voire le ciment de cette indivision. Cela peut suggé-

³ En septembre 2013, par exemple, le premier ministre Manuel Valls a affirmé que les Roms sont des « populations qui ont des modes de vie extrêmement différents des nôtres et qui sont évidemment en confrontation », avec des capacités d'intégration limitées en France, et qu'ils avaient donc vocation à rentrer en Roumanie et en Bulgarie : http://www.lemonde.fr/politique/video/2013/09/25/manuel-valls-maintient-ses-propos-sur-les-roms_3484064_823448.html.

⁴ Deux des auteurs proposent et animent des formations pour les personnels des établissements hospitaliers, médico-sociaux ou sociaux. Ces formations entrent dans le cadre de la formation professionnelle continue. Elles durent de 2 à 3 jours.

rer aussi qu'une menace pesant sur la langue unique mettrait l'indivision de la République en danger.

1.5 La langue étrangère: un symbole d'agression de la République ?

La langue étrangère, en tous cas celle du migrant de nos anciennes colonies, ou des pays pauvres, est perçue négativement, comme un obstacle à l'intégration, voire même comme la revendication d'une autre appartenance et d'une volonté de ne pas être « intégré ». Dans ce contexte qui relève d'une histoire et d'une politique de longue durée, la conséquence observable chez certains soignants et directeurs d'institutions est la conviction qu'il ne faut pas encourager les patients à parler leur langue⁵, ce qui constituerait une porte ouverte au communautarisme et représenterait un danger pour la République (Dhume, 2013 ; Lochak, 2013). Même chez les professionnels les plus progressistes, qui ne perçoivent pas ce danger pour la République, on peut observer la croyance que tout dispositif mis en place en direction d'un accueil, même minimal, de la langue de l'étranger, relève du domaine de l'action humanitaire, charitable, qui témoigne davantage de leur bon vouloir que de ce qui est normalement attendu de leur travail et de leurs missions, encore moins d'une obligation professionnelle (Fassin, 2010). Par contraste, on soulignera que pouvoir échanger correctement avec le patient est une obligation déontologique et légale (voir les articles 35 et 36 du Code de déontologie médicale, inséré dans le droit positif au sein du Code de la santé publique⁶) qui est aussi reconnue ailleurs (Schencker, 2007).

Ces déterminations socio-politiques sont source de dissonances dans l'habitus professionnel. En effet, le plus souvent les professionnels de santé sont de « bonne volonté » pour soigner les étrangers malades, le besoin de soins reconnu chez l'autre étant le mobile probablement le plus puissant de leur activité. Par contre, ils sont régulièrement dans un certain embarras pour se positionner, craignant d'aborder ouvertement certaines questions pratiques tout à fait importantes: par exemple, comment traiter le diabète d'une personne qui veut observer le jeûne du ramadan⁷? Comment en parler, comment aménager le traitement? Le professionnel se sent tiraillé: il ne veut pas paraître stigmatisant, ou à l'inverse, croyant avoir des connaissances sur le sujet, tombe dans le piège du culturalisme, où le comportement d'une personne est rapporté à sa seule culture et où son individualité n'a plus lieu d'être interrogée.

⁵ Observations personnelles recueillies dans le travail associatif de Migrations-Santé-Alsace : le glissement langue / non intégration / communautarisme est manifeste au cours des formations comme au cours des rencontres régulières d'équipes hospitalières et d'institutions.

⁶ Article 35 : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ». Article 36 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas ».

⁷ Cette question ne concerne évidemment pas que les migrants.

Souvent d'ailleurs, la culture de l'autre est évaluée à l'aune d'une conception évolutionniste, hiérarchisant les deux cultures en présence, celle du professionnel étant évidemment la plus universelle (Guerraoui, 2011). Cet inconfort des soignants est à la fois fortement lié au manque de formations de base sur les migrations et en anthropologie de la santé, mais également au silence de l'institution hospitalière en ce qui concerne la spécificité des patients. Non seulement l'acteur de santé n'est pas formé et préparé à penser les problématiques de santé des personnes migrantes, mais de plus il se retrouve bien souvent seul à devoir finalement bricoler des réponses qui ne sont pas véritablement pensées et assises.

2. Le contexte d'exercice des professionnels de santé

2.1. Les évolutions de la relation médecin-patient

Jusqu'à il y a peu en France la priorité donnée à la bienfaisance, tradition qui a été critiquée pour ses excès paternalistes, faisait peu de cas du consentement du malade. Ce n'est que dans la version datée de 1995 du code de déontologie médicale, soit après la promulgation des lois dites de bioéthique de 1994, que l'article 36 est ainsi libellé: «le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas». En cas de refus, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Outre cette obligation déontologique, aujourd'hui il y a une nécessité pratique du consentement dans de très nombreuses situations. Les raisons sont multiples et se renforcent les unes les autres: médecine devenue plus invasive, thérapeutiques potentiellement dangereuses, diversité des choix thérapeutiques, usagers mieux informés, pluralité des visions du bien. Nous sommes passés d'une période où le malade passif et ignorant accordait une confiance aveugle au médecin qui décidait seul, à une ère nouvelle où le médecin propose, suggère les choix à faire à un « partenaire » apte à comprendre et à choisir. Le consentement n'est plus l'acceptation passive d'une décision prise par un autre, il devient l'expression d'une participation active de la personne soignée aux choix qui la concernent. Plus récemment encore, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pose le principe que le malade coopère à la décision médicale: « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Obtenir un consentement suppose une information du malade. L'information est devenue un droit de la personne et non plus seulement un devoir contractuel du médecin (Candau, 2003; Weber, 2003). Tout ceci ne peut se faire sans un échange verbal avec le patient, ni sans interprète si les deux partenaires de cette décision ne parlent pas la même langue. La question de l'interprétariat professionnel devrait donc paraître d'une grande nécessité dans les établissements de santé, ce qui n'est pas vraiment le cas aujourd'hui en France, où le développement de l'interprétariat professionnel re-

pose sur les épaules d'associations mobilisées par la défense des droits des migrants (Mosser-Lutz, 2012).

2.2. L'interprétariat professionnel

Il arrive qu'une vraie attention soit portée à la question de la barrière linguistique et de l'interprétariat professionnel par les politiques publiques et les décideurs institutionnels. Cependant, lorsque ces derniers tendent une oreille favorable à la nécessité d'utiliser des interprètes professionnels dans les institutions sanitaires, comme l'avait déclaré la ministre de la santé en 2010 (Bachelot, 2010), se pose alors évidemment la question du financement de l'opération. Si les moyens ne sont pas donnés à un interprétariat professionnel, ce dernier ne peut pas se développer. C'est souvent ce qui fait obstacle en pratique et qui reste présent à l'esprit des soignants qui sont régulièrement sensibilisés au coût des soins et aux économies à réaliser. Les modes de financement et d'évaluation de l'efficacité sont organisés de telle sorte que les coûts indirects, plus lointains, moins faciles à quantifier, sont plus facilement ignorés des acteurs. En effet, il est maintenant établi solidement (Ku, 2005 ; Vissandjée, 2013) que renoncer à l'interprétariat expose au risque d'erreurs médicales, au manque de confiance des patients qui n'ont pas pu être compris, à des dépenses supplémentaires d'examen complémentaires inutiles et donc à un surcoût bien supérieur à la dépense engagée pour faire intervenir des interprètes professionnels.

2.3. Les effets de la tarification à l'activité des hôpitaux

La question du financement de l'interprétariat s'inscrit dans une mutation profonde du mode de financement des hôpitaux : la tarification à l'activité (T2A) a remplacé progressivement une dotation globale forfaitaire à partir de 1996. Le principe repose sur la rémunération par l'assurance-maladie d'une « production » de soins selon un barème qui détermine un prix fixe pour la prise en charge d'un groupe homogène de malades. Les prix sont déterminés sur une base nationale moyenne, indépendamment du coût réel : chaque établissement est donc ardemment incité à faire des efforts de productivité (Pierru, 2012). Ces règles dictées par un modèle marchand ont transformé l'hôpital en une entreprise qui a tout intérêt à produire davantage d'activité, à supprimer des activités moins rentables et à baisser le coût moyen en-deçà du prix payé par l'assurance-maladie (Domin, 2013). Les règles de la T2A aboutissent ainsi à accélérer la sélection des patients, privilégier le malade dont les caractéristiques sont favorables, avec une pathologie clairement identifiée, prise en charge de manière standardisée et avec une durée de séjour réduite. Ceci permet au pôle de soins d'équilibrer son budget, voire d'être bénéficiaire. D'autres patients (migrants mais aussi ceux qui sont âgés, psychiatriques, sourds, toxicomanes, sans domicile fixe...) vont gripper le fonctionnement de la machine car ils nécessitent souvent plus de temps, s'adaptent moins aux exigences de la médecine ambulatoire et ne parviennent pas à être le partenaire autonome de l'équipe de soins alors qu'il sont attendus ainsi, à

l'ère de la médecine spécialisée et parcellaire. Ils deviennent des patients moins « rentables », et partant, moins désirables, dans les services.

Comme le fait remarquer Didier Sicard, outre le rejet des patients moins « rentables » par les services, l'autre effet pervers de la T2A est de privilégier une certaine médecine basée sur des gestes hautement techniques, des traitements lourds et de pointe qui sont bien rémunérés par l'assurance maladie à l'hôpital. Par contre ce système ne parvient pas à chiffrer et donc à valoriser d'autres activités tout aussi utiles aux malades et la société française : « passer du temps à faire un diagnostic en réfléchissant à plusieurs, coordonner des actes pour éviter leur redondance [...], accueillir la personne âgée isolée, le migrant anxieux et désespéré... » (Sicard, 2008).

2.4. Les conséquences du recours à des substituts d'interprètes professionnels

Une fois ce décor planté, on comprendra peut être plus facilement ce qui se joue au niveau de la relation médecin-patient lorsque le médecin et le migrant ne parlent pas la même langue. Le médecin aura du mal à s'approprier l'utilité d'un interprète professionnel, d'abord parce qu'il n'y a pas été formé, n'y a pas réfléchi, n'a pas imaginé qu'il puisse y avoir une solution meilleure que celles qu'il a pu utiliser jusqu'à présent, par exemple, recourir à d'autres professionnels bilingues de l'hôpital, faire appel à la famille, à des compatriotes, utiliser les logiciels de traduction en ligne, des pictogrammes (Yuste Frías, 2010). En effet, le fait d'essayer de trouver sur le champ une solution improvisée fait appel à la créativité, à l'ingéniosité du professionnel, l'amène à solliciter un réseau informel qu'il a pu créer et à mettre à l'épreuve sa connaissance du fonctionnement hospitalier. Renoncer à ces solutions qui le valorisent est difficile. Les directions d'hôpitaux apprécient aussi le recours à des soignants bilingues de l'établissement : bien-sûr, cela permet de faire des économies sur l'interprétariat professionnel, mais aussi de montrer que d'autres compétences que celle du soin peuvent être reconnues par l'institution, qui s'emploie à valoriser l'engagement humanitaire de ses employés. La qualité du service rendu est cependant bien différente, le métier d'interprète ne s'improvisant pas, les compétences linguistiques n'étant pas évaluées et le fonctionnement reposant sur la bonne volonté et la disponibilité de ces employés. Une situation fréquente est le recours à une personne de l'entourage du patient (famille ou amis). L'avantage de ce substitut d'interprète est sa disponibilité immédiate. Un certain nombre de caractéristiques ont été dégagées par des enquêtes de terrain: ces personnes, substituts, de bonne foi le plus souvent mais ignorant de ce qu'est la fonction d'un interprète, auront tendance à résumer ou à omettre des informations qu'elles jugent inutiles ou traumatisantes (Rosenberg, 2008), ou encore ne transmettront pas les résistances du patient, ce dont le médecin pressé leur saura gré, pour peu qu'il s'en aperçoive (Léanza, 2010). L'information du patient se poursuit souvent après la consultation, en dehors de la présence du médecin, et donc sans la possibilité pour le patient de poser des questions au soignant. Ces interprètes de fortune cherchent aussi à être légitimés dans leur rôle improvisé, et

vont avoir tendance à agir de façon à être agréable et à dissimuler leurs limites au médecin, lequel risque de ne pas s'apercevoir des erreurs ou omissions importantes dans la traduction (Ebdén, 1988 ; Bolden, 2000 ; Flores, 2005). On peut constater que ces écueils, qui sont surtout des obstacles à l'accès à des soins de qualité, peuvent apparaître au contraire au médecin comme des avantages, des moyens de gagner du temps. Cette perception erronée constitue alors un frein supplémentaire à une demande d'interprétariat professionnel: le médecin peut se trouver satisfait de ce fonctionnement, qui lui épargne en outre des explications avec le patient, explications souvent difficiles, lourdes de conséquences et d'émotions pour lui et son malade. Cet évitement, quoique peu professionnel est à rapporter à « l'impureté empirique de l'inclination » (Ricoeur, 1990). La délégation des tâches explicatives à l'accompagnant n'est pas sans conséquences : la compréhension partielle de la situation ouvre la porte à toutes sortes de malentendus.

À l'inverse, quand les défauts d'un interprète non professionnel sont constatés, cela dessert l'interprétariat en général et discrédite par extension l'interprétariat professionnel. C'est dire l'importance d'une distinction rigoureuse entre les deux situations, la confusion étant souvent l'effet d'une méconnaissance. En effet, il n'est pas rare que les soignants opposent à des propositions d'interprétariat leur opinion que l'interprète est un écran entre le patient et le soignant⁸. Les publications sur l'utilisation d'interprètes non professionnels confirment cette impression. Par exemple, un interprète familial adulte cherche à contrôler le sujet de la discussion et à prendre la direction de l'entretien, excluant le patient du dialogue. A travers la consultation, il cherche à atteindre ses propres objectifs, qui ne sont pas forcément ceux du médecin ni du patient. Lorsque c'est une infirmière bilingue qui se substitue à l'interprète, on constate moins d'interactions directes entre le médecin et le patient et moins de prises de parole à l'initiative du patient, qu'avec un interprète professionnel (Léanza, 2010). Il est possible qu'avoir fait des expériences de ce type aboutisse pour des médecins à un rejet en bloc de l'interprétariat. Un autre argument avancé parfois semble relever de la pétition de principe : certains médecins, parfois même des psychiatres, préfèrent ne pas recourir à des interprètes professionnels, parce qu'ils représentent un tiers intrus dans l'habituel colloque singulier. Si la question du tiers nécessite d'être abordée et étudiée, on peut toutefois s'étonner de cette préférence, alors que ce tiers facilite le dialogue verbal qui caractérise le colloque singulier. Que devient-il quand on doit subir les aléas de l'impossibilité à recourir à la parole avec le patient ?

⁸ Deux des auteurs sont responsables de l'association Migrations-Santé-Alsace qui forme des interprètes en santé et qui organise leur mise à disposition des professionnels et des établissements. Ce constat comme d'autres constats empiriques s'appuient sur des retours continus d'expériences effectuées par les interprètes eux-mêmes.

Certains auteurs défendent l'intérêt des interprètes familiaux, qui est le mode d'interprétariat le plus utilisé, car le risque d'incompétence linguistique serait contrebalancé par le fait qu'ils ont l'avantage de connaître le contexte du patient, d'avoir sa confiance, d'apporter des éléments supplémentaires et surtout de pouvoir prendre la défense du patient, de faire contre-pouvoir vis-à-vis du médecin (Greenhalgh, 2006). Dans ce débat il manque souvent l'avis des premiers concernés : dans une enquête (non publiée) que nous avons faite à Strasbourg, 46 patients sur les 47 à avoir bénéficié des services d'un interprète formé souhaitent à nouveau recourir à ce type de service pour une prochaine consultation, plutôt qu'à un membre de la famille. D'autres auteurs ont obtenu les mêmes résultats (Hadziabdic, 2009 ; Suurmond, 2011).

2.5. L'ambiguïté de la demande des médecins vis à vis des interprètes professionnels

Entre les lignes du paragraphe précédent, on voit transparaître l'ambiguïté de l'attente des médecins vis-à-vis de l'interprète. Concernant l'interprétation, certains professionnels ont le fantasme de la traduction exacte, mot à mot, de l'interprète machine, qu'on utilise comme on presse un bouton (Todorova, 2013), probablement par crainte de perdre la maîtrise de ce qui est dit, que quelque chose échappe. En effet, du point de vue linguistique, l'interprète est dans une situation privilégiée: il est le seul à pouvoir accéder à tout ce qui est dit et est un passage obligé de l'échange patient-médecin. La crainte est aussi celle d'être dépossédé de la place du médecin, en prêtant ses mots à une autre personne, sans pouvoir contrôler ce qui est dit (Todorova, 2013). L'attente opposée a déjà été décrite ci-dessus pour les accompagnants mais s'observe aussi avec les interprètes professionnels: c'est une demande de délégation du travail de médecin. On a pu voir par exemple des professionnels demander aux interprètes de commencer un interrogatoire médical en attendant leur arrivée⁹.

En termes de conséquences, ces deux attentes opposées sont des aberrations et permettent de ne pas faire confiance, parce que dans un cas comme dans l'autre le médecin a le sentiment de ne pas savoir ce qui se dit, parce que c'est ce qu'il imagine ou ce qu'il a lui-même suscité par sa demande. Ces attentes témoignent aussi du manque de perception de ce que recouvre le travail de l'interprète: pour beaucoup de professionnels du soin, traduire le mot à mot est le plus exact, la fidélité et l'impartialité sont mises en doute lorsque la restitution est plus longue ou plus courte, alors que l'opération de traduction le nécessite. Cela témoigne aussi du monolinguisme de beaucoup d'entre eux et de ce fait de l'impossibilité à conceptualiser ce qu'est le passage d'une langue à l'autre.

⁹ Observations personnelles (voir note 7)

3. Les apports du travail avec un interprète professionnel

3.1. Le recours à l'interprète: un acte militant contre la transformation du médecin en producteur de soins

Au sein de l'hôpital d'aujourd'hui, où travaillent des équipes hyperspécialisées, des médecins parfois devenus ingénieurs ou techniciens, il n'est pas rare de rencontrer des malades qui viennent avec un diagnostic porté un peu trop rapidement, et qu'un simple entretien avec un médecin capable d'écouter et prêt à donner du temps permet de rectifier. Ces malades ont souvent subi des examens coûteux, et dont la principale utilité a été de rassurer les médecins sur l'absence de pathologie grave et de les dédouaner du peu de temps consacré à l'écoute. C'est une façon d'essayer de répondre à la double injonction de la performance économique (T2A) et de la performance qualité: produire en quantité – donc rapidement – du soin de qualité (Moison, 2010). C'est aussi la conséquence de l'activisme et du privilège accordé au remboursement d'actes coûteux (Sicard, 1999 ; Boinet, 2010). Ce n'est pas d'ailleurs uniquement le diagnostic qui pâtit de l'absence d'écoute des patients, mais aussi la compréhension par le patient de sa pathologie, de l'intérêt de son traitement ou au contraire de l'inutilité d'un médicament, d'un examen supplémentaire... Le temps de la consultation s'est globalement raccourci, il n'y a plus de temps pour la narration. Cette évolution de l'hôpital semble inéluctable et concerne tous les malades. Toutefois, ses inconvénients pèsent de manière différenciée sur les patients allophones, comme sur tous ceux qui ont une capacité moindre à protester ou à faire entendre que des éléments importants à leurs yeux n'ont pas été pris en compte.

À l'inverse, l'utilisation d'interprètes professionnels atteste d'un engagement envers la parole du patient: il faut aspirer à écouter le patient et à lui donner des explications nécessaires, et pour cela fixer un rendez-vous qui convienne aux trois acteurs de la consultation, avec un temps suffisamment long à y consacrer. La présence ponctuelle de l'interprète incline à profiter le plus possible de ce temps de communication pour l'écoute, à répondre aux questions, expliquer. Le rythme des consultations express se ralentit. Lorsqu'on s'en donne la possibilité, l'efficacité de cet investissement dans le soin ne fait aucun doute.

L'importance de la temporalité dans la relation soignante s'étend au-delà de l'écoute attentive: dans une étude concernant des consultations avec interprètes, des auteurs britanniques ont d'ailleurs bien montré que les prérequis pour une bonne communication entre patient et médecin sont de créer une relation interpersonnelle positive via de petits détails, parmi lesquels faire abstraction de la pression du temps sur la consultation (Greenhalgh, 2006).

3.2. L'interprète et la voix du monde vécu

L'objectif d'un médecin face à un patient est de collecter des informations qui vont permettre de comprendre ses symptômes et de débiter une prise en charge appropriée. Dans leurs travaux sur les consultations médicales avec interprètes, basés sur

les théories de Mishler¹⁰ (1984), Yvan Léanza et ses collaborateurs montrent que le médecin, dans son objectif diagnostique, notamment pour éliminer une pathologie potentiellement mortelle, a plusieurs stratégies pour limiter l'expression de la « voix du monde vécu », du ressenti du patient, pour recentrer l'entretien vers son but médical (Léanza, 2010). À Strasbourg, nous sommes également interrogés sur un paradoxe: dans le centre de rétention administrative (CRA) de Geispolsheim, où sont retenues des personnes n'ayant pas de droit au séjour sur le sol français et qui attendent que les démarches en vue de leur expulsion aboutissent (ou non), existe une unité médicale (UMCRA) dépendant du centre hospitalier de Strasbourg. Or, en 2008, si les infirmières ont réalisé plus de 6000 consultations et les médecins plus de 500, seules 12 interventions d'interprètes professionnels ont eu lieu (6 en russe, 2 en albanais, 3 en chinois et 1 en turc), alors qu'il est assez peu probable que la majorité des étrangers retenus soient francophones. Une thèse de médecine réalisée en 2008 sur les UMCRA montre que seules 16 unités sur 23 en France utilisaient des interprètes, les autres se servant de dictionnaires, de questionnaires en ligne ou sur papier, ou de co-retenus pour communiquer (Leccia, 2008). Il est difficile, pour ne pas dire conflictuel, d'interroger les équipes sur cette étonnante disproportion, et nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses. Parmi celles-ci, l'idée que les soignants en rétention, soumis à des injonctions contradictoires, pourraient avoir tendance à recentrer leur exercice sur le domaine « biomédical » qui leur est familier et au sein duquel ils gardent une certaine maîtrise. En effet, « la voix du monde vécu » est difficile à écouter en centre de rétention: les étrangers retenus ont parfois, voire souvent, des histoires terribles à raconter et sont souvent dans le désarroi ou la détresse de leur emprisonnement et de ses conséquences. Ne pas utiliser d'interprète témoigne probablement de l'inconfort de l'exercice soignant en UMCRA et est (peut être aussi dans d'autres lieux) symptomatique de la volonté de ne pas entendre « la voix du monde vécu » (Rondeau-Lutz, 2014).

Il n'est pas rare non plus que l'on demande à l'interprète d'aller voir le patient et de commencer à l'interroger¹¹. Il arrive aussi que l'on informe l'interprète que le patient présente une pathologie grave, mais qu'on manifeste plus ou moins directement le désir de lui confier – à lui, l'interprète – l'annonce au patient, tout ceci sous prétexte qu'appartenant à sa culture, il saurait mieux s'y prendre. Cette délégation peut aussi valoir pour indice de la réserve qu'inspire « la voix du monde vécu » quand elle est par trop dissonante. Les situations d'allophonie et de différence culturelle qui pourraient être surmontées par l'interprète permettent opportunément au médecin de se soustraire à un écueil qui le guette dans chaque consultation.

¹⁰ Mishler, inspiré d'Habermas, met en avant la coexistence, dans la consultation médicale, de deux voix : celle de la médecine et celle du monde vécu.

¹¹ Voir note 7.

3.3. Des bénéfiques au-delà de la prise en charge des migrants

Le travail avec un interprète professionnel permet donc au médecin d'exercer pleinement son métier, mais aussi lui fait vivre cette expérience de se frotter à la langue, la sienne, et celle de l'autre. Ceci peut faire évoluer les médecins dans l'attention qu'ils accorderaient aux malentendus et angles morts de dialogue avec tous les patients. Prendre conscience de l'utilité de cette pratique d'effort pour se comprendre, de se donner du temps, aurait donc des retombées plus larges pour la totalité du public qu'ils soignent.

4. Conclusion

Pour comprendre ce qui se produit dans une consultation médicale en situation d'allophonie avec interprète professionnel, il convient de croiser deux niveaux d'analyse : ce qui se passe entre le médecin et le patient et les conséquences de la présence de l'interprète. Mais la présence – ou l'absence – de l'interprète joue parfois un rôle de révélateur, de loupe grossissante des modalités de prise en charge des patients par les médecins, et pas seulement des patients migrants. Le type de mission confiée à l'interprète (du traducteur neutre au médiateur-défenseur, avec tous les niveaux intermédiaires) peut peut-être aussi témoigner de l'image que l'on se donne du migrant: une victime potentielle, dénuée de ressources intellectuelles, de clefs de compréhension et de capacité d'analyse, et qu'il faut assister, ou à l'opposé une personne responsable, apte à interpeller le médecin et à faire ses choix, dont le besoin est celui d'une traduction. C'est aussi, corrélat « en creux », la question de l'image de soi-médecin et de son pouvoir qui est en jeu. L'étendue des enjeux rend donc le métier d'interprète en santé délicat, ce qui souligne l'importance de leur formation. En situation, de nombreux ajustements sont nécessaires vis-à-vis des consignes théoriques qui sont données et des demandes des soignants et des patients qui peuvent mener vers des glissements de fonction.

Au-delà de la qualité de la consultation médicale, l'interprétariat professionnel signifie aux populations linguistiquement minoritaires qu'elles sont les bienvenues dans les institutions. Cette reconnaissance d'un sujet dans sa spécificité culturelle ou linguistique lui permet de s'investir dans les processus d'apprentissage et d'intégration, qui n'apparaissent plus comme contradictoires ou devant entrer en conflit avec le système de référence d'origine (Piret, 2010). Plus radicalement peut-être, elle signifie un choix éthico-politique: si on considère les individus avant tout comme des atomes solipsistes, alors il faut poser qu'ils ne feront société qu'à la condition de parler la même langue. Si par contre le point de départ considéré est ce qui nous est commun, notamment le fait anthropologique universel – et pré-individuel, tout en étant le tissu intime du sujet (Virno, 2001) – d'une langue par/dans laquelle nous sommes socialisés, la perspective s'inverse: la possibilité de parler dans sa langue « maternelle » est la reconnaissance première de ce commun. Peut-on accorder cette pers-

pective avec le libellé de la constitution qui pose comme axiome l'indivisibilité de la République et semble en déduire l'unicité de la langue, que nous avons pointée comme un obstacle irrémédiable – et particulier à la France – à l'accueil d'autres langues. La langue unique n'est un obstacle que si elle est considérée comme préalable à la participation au collectif indivisible, toujours à conquérir. Mais si l'indivisibilité est vraiment tenue pour un point de départ commun, alors elle n'est pas à conquérir, elle est sans conditions. Que la langue de cet « individu collectif » qu'est la République Française soit le français est simplement une détermination contingente qui lui donne une forme. La question se déplace alors : ce n'est plus *pour* s'intégrer au collectif qu'il faut adopter une langue unique, mais *parce que* nous y sommes déjà inclus qu'il faut se comprendre pour le faire vivre. Autrement dit, et pour en revenir aux interprètes en santé, c'est *parce que* la République est indivisible et que sa langue est le français qu'on en déduira la conséquence logique: rien de ce qui implique le collectif en tant que tel – notamment dans ses institutions comme le système de santé – ne saurait souffrir un obstacle organisé, comme l'absence d'interprètes professionnels, alors qu'ils sont la signature en acte de ce que la République proclame comme étant sa constitution même.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ASSOCIATION CETTE FRANCE-LÀ (2011) : *Rapport d'Audit de la politique d'immigration de Nicolas Sarkozy*. Paris, Association Cette France-là.
- BACHELOT-NARQUIN, Roselyne (2010) : « Discours de Madame le ministre de la santé et des sports, sur l'accompagnement linguistique des personnes étrangères non francophones dans leurs démarches de santé et l'accueil des touristes sur le plan sanitaire », in *Colloque Interprétariat-Santé-Prévention*, Paris, 18 mars 2010. [en ligne : <http://discours.vie-publique.fr/notices/103000765.html> ; 16/10/2014]
- BOINET, Jean-Pierre et Frédéric PIERRU (2010) : « Plaidoyer pour la médecine interne, regards croisés d'un sociologue et d'un interniste sur l'avenir de la médecine interne ». *La Revue de Médecine Interne* 31(11), 788-791.
- BOLDEN, Galina B. (2000) : « Toward understanding practices of medical interpreting : interpreters' involvement in history taking ». *Discourse Studies* 2(4), 387-419.
- CANDAU, Valérie (2003) : « L'obligation médicale d'information », in Marie-Jo Thiel (dir.), *Où va la médecine. Sens des représentations et pratiques médicales*. Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 69-86.
- CARDE, Estelle (2007) : « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé Publique* 19(2), 99-109.
- CNCDH (2014) : *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie - Année 2013. Rapport annuel de la Commission nationale consultative des droits de l'homme*. [en ligne :

- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000199-la-lutte-contre-le-racisme-l-antisemitisme-et-la-xenophobie-annee-2013> ; 16/10/2014].
- DÄNZER-KANTOF, Boris, Véronique LEFEBVRE et Félix TORRES (2011) : *Immigrer en France, De l'ONI à OFII, histoire d'une institution chargée de l'immigration et de l'intégration des étrangers, 1945-2010*. Paris, Le Cherche-Midi.
- DOMIN, Jean-Paul (2013) : « Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu ». *Revue du MAUSS* 41, 41-52.
- DHUME Fabrice (2013) : « L'émergence d'une figure obsessionnelle : comment le "communautarisme" a envahi les discours médiatico-politiques français ». *Asylon(s)* 8, juillet 2010-septembre 2013, *Radicalisation des frontières et promotion de la diversité*. [en ligne : <http://www.reseau-terra.eu/article945.html> ; 16/10/2014].
- EBDEN, Philip, Arvind BHATT, Oliver J. CAREY et Brian HARRISON (1988) : « The bilingual consultation ». *Lancet* 331(8581), 347.
- FASSIN, Didier (2010) : *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris, Éditions de l'EHESS-Le Seuil/Gallimard.
- FLORES, Glenn (2005) : « The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review ». *Medical Care Research and Review* 62(3), 255-299.
- GEIGER, H. Jack (2001) : « Racial stereotyping and medicine: the need for cultural competence ». *Canadian Medical Association Journal* 164, 1699-1700.
- GREENHALGH, Trisha, Nadia ROBB et Graham SCAMBLER (2006) : « Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective ». *Social Science and Medicine* 6, 1170-1187.
- GODFROID, Jean (2010) : *L'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Un établissement public aux multiples facettes au service de la politique migratoire*. Paris, Cahiers d'Administration.
- GUERRAOU, Zohra (2011) : « Prise en charge de sujets en situation interculturelle : Cinq conditions pour éviter la dérive culturaliste ». *Le Journal des psychologues* 290, 18-21.
- HADZIABDIC, Emina, Kristiina HEIKKILÄ, Bjorn ALBIN et Katarina HJELM (2009) : « Migrants perception of using interpreters in health care ». *International Nursing Review* 56, 461-69.
- INSEE (2014) : <http://www.insee.fr/fr> [16/10/2014].
- KARLINER, Leah S., Eliseo J. PEREZ-STABLE, Ginny GILDENGORIN (2004) : « The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice ». *Journal of General Internal Medicine* 19, 175-183.
- KU, Leighton et Glenn FLORES (2005) : « Pay now or pay later : providing interpreter services in health care ». *Health Affairs* 24(2), 435-444.
- LARCHANCHÉ, Stéphanie (2012) : « Intangible obstacles : health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France ». *Social Science and Medicine*, 74(6), 858-863.

- LEANZA, Yvan, Isabelle BOIVIN, Ellen ROSENBERG (2010): «Interruptions and resistance: a comparison of medical consultations with trained and family interpreters». *Social Science and Medicine* 70-12, 1888-1895.
- LECCIA, Céline (2008) : *Les difficultés de la pratique de la médecine générale dans les unités médicales des centres de rétention administrative*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Nice, Faculté de médecine de Nice.
- LOCHAK, Danièle (2013) : « Intégrer ou exclure par la langue ? ». *Plein droit* 98, 3-6.
- MISHLER, Elliot George (1984) : *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interview*. Norwood, Ablex Publishing Corporation.
- MOISDON, Jean-Claude (2010) : « L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A ». *Revue française des affaires sociales* 1(2), 213-226.
- MOSSER-LUTZ, Sylvie et Liliana SABAN (2012) : « L'interprétariat médical et social professionnel en France. Définition et compétences spécifiques ». *Conférence nationale « L'interprétariat médical et social professionnel »*, École nationale d'Administration de Strasbourg, 14/11/2012. [en ligne : http://www.conference.migrationsante.org/wp-content/uploads/2013/03/plenieres_mosser_saban.pdf; 16/10/2014].
- NOIRIEL, Gerard (2002) : « Petite histoire de l'intégration à la française ». *Le Monde Diplomatique* 60, 4-5.
- OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ D'ALSACE (2010): *État de santé et déterminants de santé en Alsace*. [en ligne : http://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/02_ORIS_3_4.pdf; 26/10/2013].
- PIERRU, Frédéric (2012) : « "Le mandarin, le gestionnaire et le consultant"- Le tournant néolibéral de la politique hospitalière ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 4-194, 32-51.
- PIRET, Bertrand (2010) : « Le recours à l'interprète dans le champ de la santé mentale : un enjeu de santé publique et de cohésion sociale », in *Colloque Interprétariat-Santé-Prévention*, Paris, 18/03/2010.
- RICOEUR, Paul (1990) : *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil.
- RONDEAU-LUTZ, Murielle et Jean-Christophe WEBER (sous presse) : « The absent interpreter in administrative detention center medical units ». *Health Care Analysis*.
- ROSENBERG, Ellen, Robbyn SELLER et Yvan LEANZA (2008) : « Through interpreters' eyes: comparing roles of professional and family interpreters ». *Patient Education and Counseling* 70, 87-93.
- SARKOZY, Nicolas (2010): « Discours de Grenoble – 30 juillet 2010 ». [en ligne : http://www.amisdenicolassarkozy.fr/sites/default/files/discours/discours_de_grenoble_0.pdf; 06/10/2014].
- SCHENCKER, Yael, Frances WANG, Sarah Jane SELIG, Rita NG et Alicia FERNANDEZ (2007) : « The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter service ». *Journal of General Internal Medicine* 22(2), 294-299.

- SICARD, Didier (2008) : « L'hôpital du XXI^e siècle et les migrants ». Conférence débat organisée par Migration Santé Alsace au Forum de la faculté de Médecine de Strasbourg. [en ligne : <http://migrationssante.org/fichiers/File/Tot%20interv%20Hopital%20-%20hospitalite.pdf> ; 06/10/2014].
- SICARD, Didier et Gérard HADDAD (1999) : « Pour une économie de la santé raisonnée », in *Hippocrate et le scanner. Réflexion sur la médecine contemporaine*. Paris, Desclée de Brouwer, 69-97.
- SUURMOND, Jeanine, Ellen UITERS, Martine DE BRUIJNE, Karien STRONKS et Marie Louise ESSIN-BOT (2011) : « Negative health care experience of immigrant Patients: a qualitative study ». *BMC Health Service research* 11, 10-18.
- TODOROVA, Sevdalina (2013) : « L'interprétation en milieu psychothérapeutique ». Journée *Psychothérapie avec interprète* de Paroles sans Frontières, 23/03/2013. [en ligne : http://migrationssante.org/fichiers/File/Texte_Todorova2.pdf ; 06/10/2014].
- VIRNO, Paolo (2001) : « Multitude et principe d'individuation ». *Multitudes* 4-7, 103-117.
- VISSANDJEE, Bilkis, Karin BATES, François VIALLA et Jonathan KUNTZ (2013) : « Expérience d'immigration et droit à la santé, à des soins et à des services de qualité : une question de justice sociale ». *Alterstice* 1, 67-8.
- WEBER, Jean-Christophe (2003) : « Évolutions de la relation médecin-malade », in Marie-Jo Thiel (dir.), *Où va la médecine. Sens des représentations et pratiques médicales*. Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 23-38.
- YUSTE FRÍAS José (2010) : « Intérpretes de papel para mujeres embarazadas inmigrantes », *Blog de Yuste. On y sème à tout vent*. Vigo, Universidade de Vigo [en ligne : <http://www.joseyustefrias.com/index.php/blog/item/interpretes-de-papel-para-mujeres-embarzadas-inmigrantes.html> ; 06/10/2014].

Quelle formation pour les interprètes communautaires ? Le dispositif mis en œuvre en Suisse romande

Isabel Fierro-Mühlemann

Association Appartenances

i.fierro@appartenances.ch

Isabel Eíriz Martín

Association Appartenances

Katy François

Association Appartenances

k.françois@appartenances.ch

Resumen

Este artículo expone los métodos y objetivos planteados en la preparación de intérpretes en medio social, basados en el esquema empleado en Suiza francófona. Con la financiación de la Asociación Suiza de Interpretación en Medio Social y Mediación Intercultural, se ha desarrollado un programa de formación consistente en dos módulos: «Interpretación en medio social y configuración en triálogo» y «Orientación en los ámbitos de la salud, servicios sociales y formación». Tras especificar las bases filosóficas y epistemológicas de la Asociación *Appartenances*, mostramos cómo estas se reflejan en las diferentes etapas de nuestro esquema formativo.

Palabras clave: inmigración; interpretación en medio social; formación.

Abstract

This article discusses the methods and aims when training professional community interpreters, based on the scheme used in French-speaking Switzerland. With the founding of the Swiss association for community interpretation and intercultural mediation, an official training program has been developed: it consists of two modules, “Community interpretation in triologue settings” and “Guidance in the fields of health, social issues and training”. After specifying *Appartenances* associations’s philosophical and epistemological heritages, we show how they are reflected throughout the different stages of our educational scheme.

Key words: immigration; community interpretation; training.

0. Introduction

L'intention de cet article est de fournir des éléments de réponse à la question formulée en titre, ceci à partir de la pratique développée au sein de l'association Appartenances, et de contribuer à la réflexion sur le sens de la formation à l'interprétariat communautaire.

Loin de l'asepsie et de la neutralité du regard positiviste qui a dominé le travail scientifique durant des dizaines d'années, nous assumons aujourd'hui que l'objet d'étude ou de recherche ne parle pas de lui-même. Les intervenants sociaux que nous sommes le faisons parler en accord avec nos bagages humains, culturels, professionnels, académiques, dans un contexte particulier et dans un moment historique précis. Ainsi, nous choisissons de commencer cet article en situant le panorama sociopolitique de la Suisse. Puis, nous continuerons en décrivant le dispositif de formation à l'interprétariat communautaire mis en œuvre dans notre pays. Enfin, nous présenterons les filiations philosophiques et épistémologiques du programme d'Appartenances et comment celles-ci se déclinent dans le dispositif pédagogique.

1. Le contexte suisse

Au cœur de l'Europe, la Confédération helvétique est un petit pays de 41.293 km², frontalier avec l'Allemagne, l'Autriche, la France, l'Italie et le Liechtenstein. Le pays est multiculturel et multilingue, puisqu'il compte quatre langues nationales officielles (Office fédéral de la statistique, OFS, 2012) : l'allemand (parlé par 65 % de la population), le français (22,5 %), l'italien (8 %) et le rhéto-romanche (0,5 %). Les Alpes occupant 60 % du territoire national, la densité de la population est très élevée et atteint 180 habitants par km².

La Suisse constitue un important pôle d'attraction des migrations fondé sur des facteurs qui se situent entre mythe et réalité. Citons, dans le désordre, et de manière non exhaustive : sa condition de pays au monde parmi les plus opulents¹, sa neutralité, son image d'Eldorado, sa réputation de terre d'asile et de bastion humanitaire, le fait d'être le siège de nombreuses organisations internationales, son système de démocratie directe, la beauté de ses paysages (Eíriz et Zucchelli, 1996 ; Parini, 1997).

En décembre 2012, la Suisse comptait un peu plus de 8 millions d'habitants, dont 23,3 % d'étrangers, soit une personne sur cinq ne possédant pas la nationalité suisse. Soulignons que parmi ce 1.85 million de personnes étrangères qui habitent la Suisse, deux tiers sont nées en Suisse ou y vivent depuis plus de dix ans (OFS, 2013).

¹ En 2010, la Suisse occupait le 13^e rang de l'indice du développement humain, même si elle a reculé de quatre places par rapport à 2009 à cause d'une nouvelle formule de calcul concernant les taux des années de scolarisation brutes.

On constate que la majorité des étrangers vivant en Suisse (63,7 %) sont ressortissants d'un pays européen. La proportion d'autres ressortissants provenant des pays extra-européens est à la hausse. La distribution de la population étrangère la plus importante montre en premier lieu la présence de personnes italiennes (15,6 %), allemandes (15,2 %), portugaises (12,7 %), puis de celles de Serbie-et-Monténégro (5,3 %) (OFS, 2013).

Quant à l'asile, la Suisse a accordé en 2012 le statut de réfugié à 11,7 % des personnes ayant déposé une demande (traitée en première instance). En outre, 7 % des demandes d'asile se sont soldées par l'octroi d'une admission provisoire. Les pays de provenance de personnes demandant l'asile en 2012 sont, par ordre d'importance, l'Erythrée, le Nigéria, la Tunisie, la Serbie et l'Afghanistan (Office fédéral des migrations, ODM, 2013).

La politique migratoire suisse devient de plus en plus restrictive et occupe régulièrement le devant de la scène, notamment dû au fait que la « problématique de l'immigration » est un des chevaux de bataille privilégiés du premier parti politique du pays, l'Union Démocratique du Centre, parti souvent rejoint sur ces questions par les groupes centre-droit. Pour rappel, le parti en question a lancé deux initiatives dont l'interdiction de construire des minarets, acceptée par 57,5 % du peuple en 2009 et celle « pour le renvoi des étrangers criminels », acceptée par 53 % des votants² en 2010. Les résultats de ces votations ont fait parler de la Suisse dans toute l'Europe.

Avant cela encore, deux lois ont contribué à établir un climat rigidifié en matière d'immigration : la Loi du 26 juin 1998 sur l'asile (LAsi) et la Loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr). La LAsi règle l'octroi de l'asile et le statut des réfugiés en Suisse. Elle régit également la protection provisoire accordée à celles et ceux qui en ont besoin (personnes à protéger), ainsi que leur retour dans le pays d'origine, de provenance ou dans un Etat tiers. Elle instaure le régime d'aide d'urgence pour les personnes frappées d'une décision de non entrée en matière (NEM) ou d'une décision négative en fin de procédure d'asile.

La LEtr règle l'entrée et la sortie de la Suisse, le séjour des étrangers et le regroupement familial. Cette loi n'est pas applicable aux ressortissants membres de la communauté européenne ni à ceux des États membres de l'Association européenne de libre-échange. Afin d'attirer et de faciliter l'accès uniquement aux personnes hautement qualifiées arrivant en Suisse avec un contrat de travail, deux groupes d'immigrants ont été créés : l'un constitué des ressortissants de l'UE, le plus désirable ; l'autre constitué des ressortissants hors UE, pour lesquels la réglementation s'est dur-

² Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

cie quant aux entrées et sorties de Suisse et a rendu plus difficile le regroupement familial et le mariage.

Différents aspects de la mise en pratique de ces lois ont été dénoncés par Amnesty International comme contrevenant à divers droits fondamentaux. En parallèle, dans ce climat politique et législatif, des politiques spécifiques en matière d'intégration des étrangers ou de santé des populations migrantes ont été développées.

Dans ce cadre, l'interprétariat communautaire est thématiqué à partir de la fin des années 90. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) mandate notamment Regula Weiss et Rahel Stucker (1998) pour établir un premier rapport visant à recenser les différents modèles de travail et les rôles de l'interprétariat communautaire en Europe. Cette étude donnera lieu à une coordination des organismes non gouvernementaux qui avaient développé des prestations d'interprétariat communautaire sur le terrain, pour la plupart en lien avec leur travail auprès de requérants d'asile. Par la suite, les offices fédéraux de la santé publique et des migrations inscriront l'interprétariat dans leurs programmes prioritaires et soutiendront financièrement les institutions de formation, avec une visée d'incitation (Fleury et Fierro, 2009).

Ainsi, avec la participation des différents acteurs de l'interprétariat en Suisse et le soutien des offices fédéraux, l'association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle INTERPRET³ a été constituée en 1999. Définir des standards de formation pour les interprètes communautaires et établir une certification qui puisse être reconnue au niveau suisse a été l'un des premiers mandats qui lui a été confié.

2. Formation en Suisse

2.1. Contenu

Actuellement, la formation d'interprète communautaire reconnue au niveau suisse est composée de deux modules.

Le premier module, intitulé « Interprétariat communautaire en situation de dialogue »⁴, vise à développer la conscience du rôle de l'interprète et de ses limites. Il prépare les interprètes à faciliter la communication entre interlocuteurs de langues et d'origines différentes, en tenant compte du contexte social et culturel, ainsi que des différents enjeux propres à chaque situation. Les principes essentiels de l'éthique pro-

³ Pour en savoir plus : <http://www.inter-pret.ch>.

⁴ Désigne un entretien ou « dialogue » mettant en présence trois parties : les personnes migrantes, les professionnels et l'interprète communautaire.

fessionnelle (par exemple, le secret professionnel, la transparence, la « multipartialité »⁵, etc.) sont également travaillés, ainsi que des techniques d'interprétariat.

Dans le profil de compétences développé par INTERPRET, il est défini que les interprètes « assument la responsabilité de leurs actes et, le cas échéant, recourent à un soutien extérieur ». Dans ce sens, le premier module comprend du temps de travail personnel pour des lectures et en particulier pour l'élaboration d'un travail de validation. Celui-ci consiste en la rédaction d'une « étude de cas » : dans un document de trois à cinq pages, l'interprète décrit ses interventions lors d'un entretien auquel il a participé et en fournit une analyse. De plus, des séances de supervision de groupe sont incluses dans le programme de ce premier module. Elles permettent d'interroger la pratique des interprètes et de développer la réflexion sur la leur en particulier. L'intention est également de se familiariser avec le processus de supervisions, auxquelles il est ensuite demandé aux interprètes communautaires de participer régulièrement tout au long de leur activité professionnelle.

L'évaluation de sa propre pratique n'est pas une démarche facile et demande à l'interprète communautaire de l'entraînement, pour être réalisée de manière de plus en plus systématique. A partir d'un cadre de travail qui peut rarement être simplement appliqué, mais demande sans cesse à être adapté à la situation, ce travail d'autoréflexion aide à faire des choix consciemment : quelle technique d'interprétariat est la plus appropriée ? Serait-il judicieux de changer de rôle pendant l'entretien, par exemple sortir de la position d'interprète pour prendre celle de médiateur interculturel (Métraux, 2002) ? Comment se positionner face au cadre éthique ? Ces décisions doivent être prises parfois très rapidement. Il est important que l'interprète soit en mesure d'évaluer les implications de son intervention pour lui, pour le professionnel ou la personne migrante pour lesquels il travaille.

Le deuxième module a pour titre « Savoir s'orienter dans les domaines de la santé, du social et de la formation ». Il doit permettre à l'interprète d'approfondir sa connaissance de l'environnement politique et institutionnel dans lequel il évolue, aux niveaux local, régional ou national. Il a l'occasion de découvrir des structures et des services avec lesquels il est amené à collaborer et de réfléchir à son rapport aux professionnels. Le travail de validation consiste en l'élaboration d'un dossier d'information

⁵ Ce terme est un essai de traduction littérale du terme allemand *Allparteilichkeit*. Cette « multipartialité » pourrait s'approcher du concept de « partialité multidirectionnelle » d'Ivan Boszormenyi-Nagy, fondateur de l'approche contextuelle en thérapie familiale. Le point de vue et la réalité individuelle de chaque participant sont pris en compte, avec le même degré de concernement. En quelque sorte, il s'agirait de prendre parti pour chacun, à tour de rôle. Cela nous paraît plus approprié au contexte d'intervention de l'interprétariat que « l'impartialité », qui renvoie à la notion d'une neutralité inconditionnelle, même si celle-ci semble séduire les interprètes – parfois – et les professionnels qui font appel à eux – souvent –.

et d'un glossaire dans un domaine ou sur une thématique que l'interprète choisit. Il s'agit pour l'interprète de démontrer qu'il est capable de se documenter par rapport à une thématique ou une institution, ce qui lui permettra de préparer ses interventions et d'affiner sa conscience du contexte dans lequel se déroulent les entretiens. Le glossaire est une opportunité de se construire un outil de travail. L'interprète doit sélectionner des termes auxquels il est confronté dans sa pratique et qui ne peuvent pas être transposés dans l'autre langue de manière équivalente. La définition des termes doit être rédigée sous la forme d'une explication – dans un langage courant – qui pourrait être destinée à une personne migrante.

2.2. Conditions pour obtenir le certificat, puis le Brevet

Actuellement en Suisse, sept institutions de formation sont reconnues pour permettre aux participants d'obtenir le certificat suisse, puis le Brevet fédéral d'interprète communautaire. Cinq se trouvent en Suisse alémanique et deux en Suisse latine (l'une dans la partie italoophone, l'autre en Suisse romande). Cette formation représente 240 heures environ, dont au moins 125 heures de cours. La formation est destinée à des personnes de 20 ans révolus, qui disposent d'une expérience personnelle en lien avec la migration et ayant de bonnes connaissances linguistiques⁶ dans la (les) langue(s) d'interprétariat et dans au moins une des trois principales langues officielles en Suisse. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) veille à ce que les interprètes engagés par les services professionnels d'interprétariat, et remplissant les critères d'obtention du certificat, aient un accès prioritaire à la formation.

Les qualifications d'interprètes communautaires sont actuellement de deux niveaux : un certificat suisse décerné par l'association faîtière INTERPRET, puis un Brevet fédéral d'interprète communautaire, qui correspond au niveau tertiaire de la formation professionnelle. Celui-ci existe depuis 2009 et inscrit l'interprétariat communautaire comme une profession (enfin) reconnue. Le titre d'« Interprète communautaire avec Brevet fédéral » est protégé.

Pour obtenir le certificat suisse d'interprète communautaire, le candidat doit avoir validé les deux modules de formation, attesté de ses compétences linguistiques, être au bénéfice d'au moins 50 heures de pratique et avoir participé à des séances de supervision. Ce certificat est considéré comme une qualification initiale permettant d'assurer la qualité des interventions.

Les interprètes les plus expérimentés peuvent se présenter aux examens du Brevet fédéral. En Suisse, la formation professionnelle exige un nombre important de pratiques en situation réelle, or ce n'est pas le propre de cette filière. Pour l'interprétariat communautaire, il faut attester d'au moins 900 heures de pratique

⁶ Le niveau B2 du Cadre européen commun de référence pour les langues est recommandé en début de formation (minimum B1), mais sera exigé pour l'obtention du certificat suisse.

professionnelle. Comme ceci n'est pas toujours possible, selon les demandes de langues spécifiques, d'autres activités professionnelles sont reconnues, pour autant qu'elles se déroulent dans des domaines où ont lieu les mandats des interprètes. Nombre d'interprètes ont une autre activité professionnelle dans les domaines de la santé, du social, de la formation ou encore de l'intégration des étrangers. Cependant, au moins 150 heures doivent être réalisées en qualité d'interprète communautaire en situation de dialogue. Les examens sont organisés une fois par année. Ils comportent un travail écrit présentant l'analyse d'une situation complexe d'interprétariat. L'interprète doit en effet démontrer qu'il sait parer à des situations où des difficultés particulières surgissent. La compréhension du code professionnel de l'interprète, la connaissance d'une terminologie propre à son domaine, ainsi que ses réponses face à des situations d'interprétariat qui lui sont présentées sous forme de vignettes sont également évaluées.

Un groupe de travail est en train de concevoir une révision de ce Brevet fédéral. Il est souhaité d'ajouter des modules de formation post-certificat qui permettront des spécialisations dans le domaine de l'interprétariat (par exemple interprétariat dans le domaine juridique ou dans le domaine psychothérapeutique) ou dans des domaines proches souvent exercés par les interprètes et ce pas toujours de manière reconnue ; par exemple, l'accompagnement de personnes migrantes vers d'autres services suite à un entretien ou l'animation d'un groupe de personnes migrantes ou de professionnels dans un contexte interculturel.

3. La formation d'Appartenances en Suisse romande

Actuellement, la formation d'interprète communautaire reconnue par INTERPRET et l'OFSP est organisée, pour la partie francophone de la Suisse, par l'association Appartenances.

3.1. Filiations

Tout d'abord, il faut signaler, si besoin est, que nous sommes loin de proposer un modèle définitif de formation à l'interprétariat communautaire. Nous disposons toutefois d'une expérience systématisée et en évaluation continue. Notre pratique plonge ses racines dans un quart de siècle de formation d'adultes, de travail avec des personnes et communautés réfugiées ou déplacées à cause de la violence structurelle, de discussions et réflexions dans de nombreux forums, d'une pratique communautaire auprès de diverses collectivités multiculturelles, dans des contextes différents : Amérique centrale, Turquie, Italie, Belgique, État espagnol, France.

Cette expérience s'est nourrie de plusieurs références épistémologiques, notamment la psychologie sociale communautaire, l'éducation populaire dans le sens de Freire (1982), la thérapie d'approche systémique, la santé mentale et les droits humains, l'anthropologie appliquée et l'approche transculturelle. N'ayant pas l'espace

pour développer toutes ces filiations ici, nous allons nous arrêter à ses sources principales : la psychologie sociale communautaire et la formation d'adultes comme facteur de transformation.

3.1.1. La psychologie sociale communautaire

Née officiellement en 1965, lors de la Conférence de Swampscott (Massachusetts, États-Unis), la psychologie sociale s'adjoint l'adjectif « communautaire » qui implique un important changement de regard. En effet, le focus de la psychologie traditionnelle sur l'individu et ses carences psychiques, ainsi que la centration jadis de la psychologie sociale sur l'adaptation et l'évitement de la déviance par rapport à la norme, va être remplacé par un nouveau centre d'intérêt : les collectifs, les communautés, l'environnement des personnes (Zax et Specter, 1979). Il ne s'agit pas d'une nouvelle psychologie de groupe, ni d'individus au sein d'un groupe, mais d'un traitement de l'intersubjectivité. La psychologie communautaire vise la transformation individuelle et sociale.

Montero (1994) met en exergue plusieurs facteurs à la base de ce changement radical qui se présente de manière différente aux États-Unis et en Amérique centrale et du Sud. Dans la première aire géographique on a pu constater :

- un fort rejet du modèle médical prédominant dont la linéarité et le déterminisme ne servent pas à comprendre la complexité de l'être humain et de ses interactions ;
- le refus de l'hôpital psychiatrique comme alternative aux problèmes de santé mentale ;
- la disproportion entre les besoins de la population en matière de santé mentale et la main d'œuvre des professionnels disponible ;
- l'impact des luttes sociales du moment : le mouvement pour la libération des femmes, la lutte pour l'égalité des chances entre Noirs et Blancs, la lutte contre la guerre du Vietnam.

Pour ce qui est de l'Amérique centrale et du Sud, la psychologie communautaire émerge entre les années 70 et 80. Sa force de croissance ne viendra pas uniquement du rejet d'une psychologie clinique peu satisfaisante, mais d'une psychologie sociale engagée en quête de justice sociale. Le socle de la psychologie communautaire est le concept de « communauté ». À la différence du concept de population (observable et quantifiable), le terme « communauté » désigne un ensemble de personnes qui partagent une ou plusieurs caractéristiques communes. Celles-ci peuvent avoir le sentiment de ces appartenances ou peuvent le créer. Les caractéristiques partagées peuvent être d'ordre géographique, historique, politique, sociologique et sont évolutives. Ainsi, nous pouvons parler de la communauté « des interprètes communautaires » au-delà de leur origine ethnique ou culturelle.

Cette approche doit permettre d'éviter le piège du culturalisme. Il s'agit d'une tendance qui semble malheureusement s'accroître et qui vise à essentialiser et à homogénéiser la culture, pour en faire une interprétation en dernière instance des conduites humaines. Fassin (2001) définit ce phénomène par la combinaison d'opérations de réification de la culture : le fait de la figer, la transformer en un ensemble de traits, de comportements. Cet auteur attire notre attention sur les dangers du culturalisme : il prive l'autre de son aspiration à l'universel, de son droit aux différences, de la reconnaissance de sa rationalité, de son appartenance à la cité. On lui enlève donc sa dimension sociale et politique.

L'interprète communautaire n'est pas un représentant exemplaire de sa culture. Il n'est pas censé donner des informations homogènes sur la façon dont se comporte, réfléchit ou sent son peuple. Malheureusement, il est souvent encouragé à le faire. L'interprète communautaire pourra fournir une médiation interculturelle de qualité en mettant en évidence des données socioculturelles de sa société d'origine, toujours en mouvement et en constante interaction avec d'autres groupes. Il sera également et surtout attentif à d'autres facteurs de variabilité entre les êtres humains, comme le genre, la classe socio-économique, l'appartenance à des minorités ethniques, sexuelles, religieuses, etc.

3.1.2. La formation d'adultes comme facteur de transformation

La formation d'interprètes communautaires que nous préconisons met l'accent sur le processus, entendu comme cheminement vers le développement personnel et communautaire ou *empowerment*. Élaboré par Rappaport (1984), le concept d'*empowerment* désigne un processus conduisant des individus et des communautés à augmenter la capacité de contrôle sur leur propre vie. Certaines dimensions de ce processus ont été signalées par Stark (2000) :

- l'émergence d'un sentiment positif « d'appartenir à ce monde » ;
- le développement de capacités, de stratégies et de ressources permettant la poursuite, active et systématique, d'objectifs individuels et collectifs ;
- l'acquisition de connaissances et d'aptitudes entraînant une réflexion critique sur le contexte politique et sur l'environnement socioculturel propre à chacun.

Inspirée par ce principe, la formation à l'interprétariat communautaire se centre sur le potentiel des personnes et des communautés et non pas sur leurs carences ou déficits. La visée d'*empowerment* dépend de la conception du rôle du formateur (que nous considérons comme intervenant psychosocial) et sur le dispositif pédagogique choisi.

3.2. Le rôle de l'intervenant

Les projets adressés aux communautés migrantes sont généralement conçus par des équipes professionnelles cherchant les meilleures stratégies d'intervention.

Néanmoins, les communautés ont rarement une place dans la conception des actions qui leurs sont destinées. Cela s'avère particulièrement fréquent dans le cas de projets de formation, où le contenu est préparé selon des directives élaborées par des intervenants externes qui cherchent à transmettre des messages déjà construits. Cela nous rappelle le modèle d'*éducation bancaire*, décrit par Freire (1982). L'éducation bancaire est centrée sur le transfert de connaissances. L'intervenant possède un savoir à déposer chez quelqu'un qui ne le possède pas, comme de l'argent à la banque. À Appartenances, les interprètes communautaires ont activement participé à la réflexion sur leur rôle et leurs besoins de formation dans le groupe qui a donné naissance à la première volée en 1996. Encore aujourd'hui, il nous importe que des interprètes communautaires interviennent comme formateurs, dans les deux modules.

Agent de transformation sociale, l'intervenant de la formation joue un double rôle, celui de facilitateur et celui de « conceptualisateur-participant ». C'est quelqu'un qui va reconnaître l'existence d'un « savoir académique » et en sus d'un savoir propre à chaque personne et à chaque communauté : le « savoir expérientiel et communautaire ». La relation dialectique entre ces deux types de savoir va en produire un troisième, co-produit dans le groupe en formation. Celui-ci viendra enrichir et étoffer autant le savoir académique que le savoir expérientiel et communautaire (Eíriz et François, 2012). Au niveau éthique, l'intervenant devrait restituer ce savoir co-produit autant au groupe en formation qu'aux réseaux professionnels et académiques. Ce travail de communication est malheureusement très insuffisamment développé.

3.3. Le dispositif pédagogique

L'approche dont nous parlons est particulièrement mise en œuvre durant six ateliers, composant une large partie du premier module de formation à l'interprétariat communautaire. Ces ateliers développés selon un dispositif pédagogique commun abordent différentes thématiques. Celles-ci ont été identifiées comme particulièrement pertinentes car présentes de manière transversale dans les situations de migration : le cycle de vie, la santé et la maladie, les deuils, pertes et séparations, le parcours migratoire, la communication transculturelle et l'approche de la médiation interculturelle.

Lors des 36 heures que constituent ces ateliers, l'interprète communautaire en formation est invité notamment à revisiter les processus de socialisation qui l'ont amené à devenir une personne dans un contexte socioculturel, historique et politique particulier, à savoir prendre conscience de l'impact du parcours migratoire aux niveaux individuel, familial et communautaire ; à s'interroger sur les références socioculturelles à la base des savoirs populaires et académiques sur la santé et la maladie ; à se questionner sur le contrôle de l'incertitude, sur les diverses conceptions du temps, sur les formes de demande d'aide au sein de sociétés collectivistes ou individualistes et sur les résonances produites par le rapport à l'altérité.

La finalité est bien entendu le perfectionnement de la fonction d'interprète communautaire dans un mouvement, on l'a dit, d'*empowerment*. Pour y parvenir, le dispositif pédagogique proposé est composé de plusieurs étapes (Eíríz et François, 2012), que nous décrivons ci-dessous :

- Etape 1 : la création d'un climat de confiance. Pour pouvoir participer et avoir du plaisir en apprenant, la construction d'un sentiment d'appartenance au groupe et l'établissement d'une ambiance de confiance, détendue et agréable, sont nécessaires. Pour autant, les ateliers ne sont pas une rencontre entre amis pour se faire des confidences, ni une occasion pour élargir notre connaissance sur d'autres cultures, ni une séance de psychothérapie ou un moment de défoulement. Il se veut un dispositif pédagogique puisant dans l'expérience personnelle et celle du groupe comme sources de connaissance. Un contrat de travail est fixé entre tous, centré sur le respect des différences culturelles et du vécu des autres, ainsi que sur la responsabilité sur son propre bien-être et celui de l'ensemble des participants.
- Etape 2 : le travail d'introspection. À l'aide de supports symboliques et de questions-guide, un processus de prise de conscience sur ses propres vécus, ses propres références socioculturelles et le contexte qui les sous-tendent est initié. Cet espace permet de se tourner vers soi, de mieux se connaître et prendre conscience des émotions et difficultés vécues par rapport aux différentes thématiques proposées. Ce travail débouche sur l'identification des ressources au niveau personnel, familial, communautaire et politique mobilisées pour faire face à la situation.
- Etape 3 : la socialisation de sa propre expérience. En petits groupes de discussion, les résultats des exercices d'introspection sont partagés en mettant en exergue les tâtonnements dans la vie, les questionnements, les conflits, les alternatives trouvées. Ainsi, des similitudes et des différences par rapport aux comportements et des repères pour le groupe sont identifiés. Cette phase requiert l'écoute active des autres à son propre récit.
- Etape 4 : la mise en perspective. Il s'agit d'un travail en plénière, où la synthèse du travail des petits groupes de discussion est présentée. Le facilitateur élargit le savoir du groupe avec ses propres apports. Suite à une discussion générale, des idées-guides sont co-construites à partir du travail de chacun, des groupes et des apports du facilitateur. Un nouveau savoir est créé et rendu visible.

- Etape 5 : le lien avec le travail d'interprétariat communautaire. Au travers de techniques telles que le jeu de rôles, le *sculpting* ou le théâtre forum⁷, les idées-guides sont mises en application en simulant des situations de trialogue ou d'interprétariat en groupe. L'interprète communautaire en formation s'entraîne particulièrement à la médiation interculturelle, à partager son expérience personnelle de migration ou encore à témoigner du parcours d'autres personnes migrantes.

Le travail sur ses propres références et expériences, ainsi que la pratique réflexive, sont des processus exigeants. Dans un premier temps, ces approches peuvent surprendre, voire parfois déstabiliser certains participants qui ont des représentations de la formation plus académiques et vont de fait être amenés sur des sentiers inattendus. Ces approches ne sont pas non plus une voie de facilité pour les intervenants car elles sont particulièrement confrontantes. En effet, elles obligent les intervenants à une remise en question du rôle classique de formateur dans le sens d'une démocratisation du savoir.

4. Conclusion

Malgré les défis pour les diverses parties impliquées dans ce processus, les choix pédagogiques présentés au fil de cet article nous paraissent être intéressants pour tenir compte d'une activité professionnelle complexe comportant de nombreuses interactions et enjeux, comme nous l'avons relevé à plusieurs reprises. Nous voudrions contribuer ainsi à la mise en œuvre d'un interprétariat qui ne se limite pas à un rôle de « machine-à-traduire ». L'interprète peut et doit être un professionnel doté de fortes capacités collaboratives et en mesure de porter la responsabilité des choix de ses interventions, dans le cadre d'un entretien en trialogue. En partageant notre expérience, nous espérons avoir ainsi contribué à la réflexion sur une formation des interprètes conçue comme un socle de métissages et de rapports à la transculturalité, au service de la rencontre entre personnes migrantes et société d'accueil.

⁷ Ces trois techniques consistent en une représentation, une dramatisation d'une situation de la vie professionnelle. Il peut s'agir de jouer des rôles plus ou moins définis afin de reproduire une interaction (jeux de rôles, théâtre forum) ou de laisser à une personne la liberté de créer une situation statique en mettant d'autres participants dans le rôle de statues (*sculpting*). L'intérêt est ainsi porté sur les interactions entre les personnes, les réactions et les attitudes des protagonistes. Ces techniques permettent de se projeter, d'expérimenter des situations vécues par soi et par d'autres, puis de réfléchir ensemble à ces situations, à leurs prémisses et à leurs dénouements possibles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BENDER, Mike (1981) : *Psicología de la comunidad*. Barcelone, CEAC.
- EÍRIZ MARTÍN, Isabel et Bruno ZUCHELLI (1996) : « Prevención y promoción de la salud: un proyecto para mejorar la calidad de vida de los/as inmigrantes », in *IV Jornadas de Intervención Social del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Transformación social y compromiso de los profesionales*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 2045-2053.
- EÍRIZ MARTÍN, Isabel et Katy FRANÇOIS (2012) : « La formation: un chemin vers la rencontre avec l'autre ». *Actualité Sociale* 39, 15-16.
- FASSIN, Didier (2001) : « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », in J.-P. Dozon et D. Fassin (éds.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland, 181-208.
- FLEURY, François et FIERRO Isabelle (2009) : *La médiation linguistique et culturelle, une nécessité ? Evolution et construction du rôle d'interprète communautaire*. Fondation Charles Léopold Mayer pour le progrès de l'homme [en ligne : <http://base.d-p-h.info/fr/fiches/dph/fiche-dph-8267.html> ; 01/04/2014]
- FREIRE, Paolo (1982) : *Pédagogie des opprimés*. Paris, La Découverte.
- MÉTRAUX, Jean-Claude (2002) : « L'interprète, ce nouvel acteur ». *Cahiers psychiatriques* 29, 115-135.
- MONTERO, Maritza (1994) : « Entre el asistencialismo y la autogestión. La psicología comunitaria en la encrucijada ». *Revista sobre igualdad y calidad de vida* II(7), 7-19.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2012) : *Langues, religions – Données, indicateurs* [en ligne : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/05/blank/key/-sprachen.html> ; 24/03/2014].
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2013) : *La population suisse 2012* [en ligne: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/22/publ.html?publicationID=5379>; 24/03/2014].
- OFFICE FÉDÉRAL DES MIGRATIONS (2013) : *Statistique en matière d'asile 2012* [en ligne: <https://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/statistik/asylstatistik/jahr/2020/stat-jahr-2012-kommentar-f.pdf> ; 24/03/2014].
- PARINI, Lorena (1997) : « La Suisse terre d'asile: un mythe ébranlé par l'histoire ». *Revue européenne des migrations internationales* 13(1), 5-68.
- RAPPAPORT, Julian (1984) : « Studies in Empowerment: introduction to the Issues ». *Prevention in Human Services* 3, 1-17.
- STARK, Wolfgang (2000) : « Comment sortir de l'impasse ? ». *Focus* 2, 6-9.
- WEISS, Regula et Rahel STUCKER (1998) : *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins*. Neuchâtel, Université de Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations.
- ZAX, Melvin et Gerald A. SPECTER (1979) : *Introducción a la psicología de la comunidad*. México, El manual moderno.

L'interprétation en Suisse francophone : le cas de la communauté hispano-américaine

Olga Lucia Boss-Prieto

Université de Lausanne

olgalucia.boss-prieto@psychologie.ch.

Resumen

Los grandes procesos migratorios de la actualidad requieren la existencia de una sensibilización ante la diversidad lingüística y cultural. En el campo de la salud es cada vez más necesaria la presencia de intérpretes que aseguren un buen encuadre y una buena comunicación con el paciente emigrante. Este artículo trata el caso de los intérpretes que trabajan a nivel terapéutico con la comunidad hispano-americana en la Suiza francófona. Se revisarán los diferentes tipos de intérpretes y su influencia sobre la alianza terapéutica con el profesional de la salud. De igual manera, se discutirán diversas estrategias de comunicación en la consulta terapéutica en español.

Palabras clave: intérpretes; pacientes hispano-americanos; alianza terapéutica; estrategias de comunicación; consulta terapéutica en español.

Abstract

Today's large migratory processes require the existence of sensitivity to cultural and linguistic diversity. In the health professional field, the presence of interpreters is often necessary to ensure a good welcoming atmosphere and good communication with the migrant patient. This article shows the case of interpreters who work at a therapeutic level with the Hispanic-American community in the French speaking part of Switzerland. The different type of interpreters and their influence on the therapeutic alliance with the health professional will be illustrated. Similarly, diverse communication strategies in Spanish speaking health care encounters will also be discussed.

Key words: interpreters; Hispanic American patients; therapeutic alliance; communication strategies; Spanish speaking health care encounters.

0. Introduction

Les pays qui font partie intégrante de processus de migration importants sont devenus sensibles à l'augmentation de la diversité linguistique et culturelle. Par conséquent, ils ont pris conscience du besoin d'interprètes afin de faciliter la communi-

tion dans la consultation avec divers professionnels de la santé. L'origine de « l'interprétation communautaire » en Suisse est récente en comparaison avec les Etats-Unis, l'Australie et la Suède par exemple. En Suisse, c'est au début des années 90 que ce type d'interprétation est venu en aide aux institutions face aux barrières linguistiques dans la consultation avec des migrants. Aujourd'hui, malgré la présence d'associations spécialisées dans l'interprétation, les limitations financières existantes ne facilitent pas le recours à des interprètes lors de séances où leur présence est nécessaire pour assurer des échanges clairs et précis au niveau de la communication. Ces restrictions budgétaires pour l'utilisation du service d'interprètes communautaires dans la consultation ont été constatées depuis plus d'une décennie (Eytan, Bischoff et Loutan, 1999) et identifiées de nouveau une décennie plus tard (Bischoff et Hudelson, 2010). Pour réagir à ces difficultés, des efforts au niveau des changements dans la politique de soins sont déjà considérés. Deux motions ont déjà été déposées en Suisse au niveau fédéral demandant d'inclure les interprètes parmi les fournisseurs de services reconnus par l'assurance maladie (Faucherre *et al.*, 2010).

1. La recherche

La présente recherche se focalise sur l'évaluation de l'alliance thérapeutique¹ entre différents thérapeutes et des patients hispano-américains dans une consultation médicale, psychologique ou sociale. Cette rencontre a lieu en présence d'un interprète (triade) ou en absence d'un interprète (dyade). Dans cette étude, « thérapeutes » équivaut à professionnels de la santé dans différents domaines (e.g. médecins, psychologues, infirmiers/ères, assistant/e/s sociaux, etc.)

Cet article traitera du thème lié aux différents types d'interprètes professionnels et non-professionnels présents dans la consultation ainsi que de leur impact sur le traitement du patient. Il traitera également des enjeux de l'interprétation dans la construction de l'alliance thérapeutique et dans le déroulement des soins. L'exemple de l'interprétation dans la consultation hispanophone sera traité au travers du cas de la communauté hispano-américaine à Lausanne, laquelle est principalement constituée par des personnes en situation de clandestinité.

Pour mieux comprendre le contexte de cette recherche, il est important de décrire certaines particularités qui constituent ce groupe. Entre les 5 000 et 7 000 sans-papiers qui habitent à Lausanne, 70 % sont d'origine latino-américaine (Bodenmann *et al.*, 2010) ce qui correspond à peu près à 4 200 latino-américains clandestins seulement dans la région de Lausanne, laquelle compte environ 135 000 habitants. La communauté hispano-américaine est caractérisée principalement par une migration féminine qui réside dans la clandestinité. Ces femmes se trouvent dans leur trentaine et travaillent dans le nettoyage et la garde d'enfants. Elles sont le soutien économique principal pour leurs familles qui habitent toujours dans leur pays

¹ « Alliance thérapeutique » est égale à « relation thérapeutique » dans un langage commun.

d'origine (Carbajal, 2004). Lorsque nous nous référons aux Hispano-Américains ainsi que les Brésiliens, nous parlons de Latino-américains. Dans l'ensemble, lorsque l'information statistique et socio-démographique est assurée par différentes sources, il est plus courant de trouver la nomination « latino-américain », où le Brésil est inclus en raison de leur proximité culturelle. Cependant, je rappelle aux lecteurs que mon étude ne concerne que les patients hispano-américains, originaires des pays hispanophones de l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud.

2. Méthodologie

Dans un premier temps, un entretien avec un thérapeute de chacune des 6 institutions et 3 cabinets privés qui collaborent dans ce projet a été réalisé. Celui-ci avait pour objectif d'obtenir de meilleures connaissances du terrain de recherche et de collecter des informations liées au travail spécifique qui est effectué avec les patients hispano-américains.

Dans un deuxième temps, j'ai rencontré les patients hispano-américains qui ont donné leur consentement pour cette étude, au travers d'une méthodologie mixte.

La méthodologie consiste en une approche complémentaire : 1) quantitative et 2) qualitative :

– Approche quantitative : 55 patients ont rempli le questionnaire l'alliance thérapeutique pour les migrants (QALM-PS) en espagnol. Cette version mesure l'alliance thérapeutique entre différents professionnels de la santé et leurs patients dans les domaines médicaux, sociaux et psychologiques. Ce questionnaire a été construit sur la base d'une étude avec des migrants (Boss-Prieto *et al.*, 2010) et inspiré par le SOFTA (*System for Observing Family Therapy Alliances*) version patient, le WAI-S (*The Working Alliance Inventory Short Form of Horvath*) et *The Penn helping alliance scales* d'Alexander et Luborsky. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré, contenant des questions qui ont été pré-testées, mais pas encore validées. Il est destiné à mesurer l'alliance thérapeutique dans tous les contextes de la santé, et non dans une discipline de santé spécifique. Le questionnaire est composé de deux chapitres : a) alliance avec le thérapeute et b) alliance avec l'interprète (pour les triades). Cet instrument a été distribué une seule fois, pendant un moment non déterminé de la thérapie / intervention. Par ailleurs, l'objectif était de tester le questionnaire avant de procéder à la validation dans une autre étude. Cette recherche est une étude exploratoire en ce qui concerne l'approche quantitative. Cela signifie qu'il vise à approfondir les connaissances dans un nouveau domaine.

– Approche qualitative : un entretien semi-structuré a été effectué avec 20 patients qui ont donné leur consentement pour participer à la deuxième phase de cette recherche. Cet entretien cherchait à obtenir une perspective plus approfondie de la part du patient à propos de sa relation avec le thérapeute et l'interprète, si ce dernier est

présent. Les questions évaluaient les critères du patient pour avoir une bonne relation avec son thérapeute (et avec l'interprète dans un cadre triadique), les moments des sessions au cours desquelles il y avait un bon ou un mauvais contact avec leur thérapeute (et avec l'interprète dans un cadre triadique) et les motivations de continuer ou de suspendre le traitement thérapeutique. En termes d'approche qualitative, cette enquête de recherche est une étude phénoménologique. Cela signifie qu'il s'agit d'une étude descriptive de la perspective depuis laquelle les patients hispano-américains ont vécu la relation avec leurs thérapeutes, et avec les interprètes (dans un cadre triadique) dans leur contexte de migration et dans un moment précis.

3. Les institutions

Dans le but de représenter le système de santé lausannois, 6 institutions ont été sélectionnées, ceci dû à l'importance de leur travail apporté à ce type de population. Ces institutions, illustrées dans le Tableau n° 1, offrent des services psychologiques/psychiatriques médicaux et sociaux. Dû au nombre insuffisant de participants, le secteur privé a été interpellé. Par conséquent, des cabinets privés ont également collaboré au recrutement des patients pour cette étude. Ceux-ci étaient principalement des cabinets qui offrent des services psychiatriques/psychothérapeutiques à des populations migrantes.

Consultations psychologiques ou psychiatriques/Soutien psychologique	Consultations médicales et sociales
1. Association Appartenances (services psychologiques et psychiatriques)	
2. Polyclinique Médicale Universitaire -PMU. <i>Unité de psychiatrie de liaison</i> (services psychiatriques)	2. Polyclinique Médicale Universitaire – PMU. <i>Consultation générale</i>
3. Association Le Point d'Eau (principalement du soutien psychologique et quelques services psychiatriques)	3. Association Le Point d'Eau (consultations infirmières principalement)
4. Fondation Profa – <i>Conseil en périnatalité</i> : grossesse, maternité-paternité (information et accompagnement médico-psycho-social de la grossesse)	4. Fondation Profa – <i>Consultations santé sexuelle et planning familial</i> (information et prévention sur la sexualité, la vie affective et la procréation)
	5. L'hôpital de l'enfance - HEL (urgences et consultations médicales pour des enfants : consultations sociales pour les familles des enfants)
	6. Département de Gynécologie-obstétrique – DGO. Planning familial et Polyclinique de la maternité
7. Cabinets Privés (services psychothérapeutiques)	

Tableau n° 1 : Institutions de soins à Lausanne qui collaborent à la recherche

Vient ensuite, une brève présentation de différentes institutions qui ont participé à cette étude :

1. *Association Appartenances* : des consultations thérapeutiques sont offertes par une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, ethnothérapeutes, logopédistes, interprètes) à des enfants, adolescent(e)s et adultes en difficulté sous forme individuelle, de famille, de couple ou de groupe. Des problématiques liées à la migration sont spécialement traitées. Les Hispano-Américains représentent aujourd'hui un petit pourcentage des patients de l'association (3 %). Les consultations psychothérapeutiques sont réalisées dans 60 % des cas avec l'aide d'un interprète communautaire (Association Appartenances, 2011). Cependant, pour les consultations hispanophones, la présence d'un interprète n'est pas fréquente étant donné que ces situations sont souvent prises en charge par un thérapeute hispanophone. Malgré le fait que les consultations avec les patients hispano-américains représentent aujourd'hui un petit pourcentage, cette institution a été choisie dû à l'importance de leur travail avec la population migrante et les interprètes communautaires.
2. *Policlinique Médicale Universitaire (PMU)* : en tant qu'institution publique dans un pays qui valorise les droits humains, la Policlinique a graduellement assumé des missions socio-médicales et aide notamment les personnes avec peu de ressources, vulnérables et marginalisées. Depuis l'an 2000, l'Unité des Populations Vulnérables (UPV) a été créée face à l'augmentation de migrants sans statut légal, des requérants d'asile et des autochtones marginalisés. Pour cette recherche, deux structures y participent : la *consultation générale* et la *psychiatrie de liaison*. Cette dernière offre un soutien psychologique-psychiatrique à des patients qui consultent d'abord pour des problèmes somatiques ou qui présentent des problèmes psychosomatiques. Le pourcentage de patients hispano-américains dans cette structure est significativement moins représenté que dans la consultation générale. Pour les hispanophones, des interprètes communautaires ne sont pas appelés, mais les patients amènent quelqu'un de leur entourage pour aider dans la communication.
3. *L'hôpital de l'enfance* : suivant les mêmes paramètres que la PMU, l'hôpital de l'enfance vient en aide à des enfants sans papiers, entre autres. Le statut d'illégalité de ces enfants est le résultat de l'immigration illégale de leurs parents. En 1997, des études avaient déjà mis en évidence que la difficulté la plus significative entre le thérapeute et le patient était en lien avec les barrières dans la communication à cause du nombre important de patients étrangers. En conséquence, l'appel à des interprètes professionnels est survenu à un point crucial pour 7 000 consultations par année. Celles-ci demandaient la présence d'une « médiation culturelle et linguistique » (Gehri *et al.*, 1999). Grâce à cela,

l'hôpital disposait pendant quelques années d'un service de « médiation-culturelle » hispanophone d'une demi-journée par semaine. Cependant, selon des déclarations de professionnels de cette institution en 2010, cet espace n'est plus disponible dans cette langue à cause de la diminution significative des patients provenant de cette origine ces dernières années. En 2010 et 2011, le pourcentage de patients hispano-américains équivalait seulement à 1 %.

4. *Le département de gynécologie-obstétrique* : il s'agit d'une division du Centre hospitalier universitaire du Canton de Vaud (CHUV) en Suisse francophone. Il propose des services à des femmes, des hommes et des couples pendant des changements importants dans leur vie intime : fertilité/infertilité, naissance d'enfants, fausse-couche, avortement, maladies de transmission sexuelle, violences sexuelles et ménopause. Il comporte deux services qui collaborent dans notre recherche: *le planning familial* et *la polyclinique de la maternité*. Tandis que le premier offre des services d'information sur la contraception, les problèmes liés au post-partum, la stérilité et l'avortement, le deuxième se focalise principalement sur le suivi des grossesses et l'accouchement. En particulier, *le planning familial* travaille avec de nombreux migrants dans la région de Lausanne. Pour cette raison, il propose du matériel informatif traduit en 10 langues (Département de Gynécologie Obstétrique/Planning Familial, 2008). En 2011, le pourcentage de patients hispano-américains équivalait à 6 %. Par contre, le service d'interprètes communautaires n'est pas utilisé pour cette population. Il existe quelques professionnels de la santé hispanophones qui s'occupent de ces cas, autrement ils font appel à des collègues hispanophones.
5. *Le Point d'Eau* : est un espace d'hygiène, de soins et d'orientation pour venir en aide aux personnes en situation précaire, sans domicile, sans travail, marginaux, étudiants, personnes âgées ou mal logées. L'Association offre des soins de santé (consultations dentaires, infirmières, ostéopathiques, médicales ; soutien psychologique, soins podologiques, massages, etc.) et propose une structure pour répondre aux quelques besoins essentiels de ces personnes (e.g. douches et lessive). Depuis 1999 *le Point d'Eau* est spécialement visité par des personnes sans papiers. En effet, les patients latino-américains – dont font partie les Hispano-Américains – représentent 44 % de consultations infirmières et médicales (Association Point d'Eau, 2011). Des 6 institutions qui participent à ce projet, elle est la plus fréquentée par des patients hispano-américains. Le service d'interprètes communautaires n'est pas utilisé pour cette population. Il existe quelques professionnels de la santé hispanophones qui s'occupent de ces cas, autrement le patient amène un ami ou un proche pour faire office de traducteur.
6. *Fondation Profa* : c'est une fondation privée et reconnue d'utilité publique qui

répond à des besoins de santé. Son but est de travailler au développement de la qualité de la vie affective, relationnelle et sexuelle des hommes et des femmes, à tous les âges de la vie, sans discrimination de genre, d'identité ou d'orientation sexuelle, et de promouvoir le respect de leur intégrité. Les prestations proposées par ses différents services concernent la santé sexuelle, la procréation, la grossesse, la sexualité, les relations de couple, l'aide aux victimes d'infractions. Deux services collaborent dans cette recherche : *la consultation santé sexuelle - planning familial* et *le service du conseil en périnatalité*. Pour 5 % de patients d'origine latino-américaine qui consultait en 2011, la traduction était garantie par des amis ou des proches des patients.

7. *Cabinets Privés* : 3 cabinets privés qui offrent des services psychiatriques ou psychothérapeutiques en espagnol ont également collaborés à cette recherche. Le pourcentage de patients hispano-américains consultant variait : premier cabinet 3 %, deuxième cabinet 25 % et troisième cabinet 100 %. Dans tous les cas, les thérapeutes sont hispanophones.

4. Types d'interprètes qui facilitent la communication bilingue

Il existe plusieurs types d'interprètes professionnels face à d'autres types d'interprètes non-professionnels qui font partie intégrante de la consultation en milieu de la santé. Leur rôle, participation et implication varient énormément. Aux fins de cette recherche, le tableau n° 2 représente ces interprètes selon la classification de l'Association INTERPRET (2011) et selon Hsieh (2006). Les résultats qui suivent exemplifient les types d'interprètes présents dans les consultations avec des patients hispano-américains.

Interprètes professionnels (Association INTERPRET, 2011 et Hsieh, 2006)	Interprètes non-professionnels (selon Hsieh, 2006)
Traducteurs : spécialistes de la langue qui traduisent des textes par écrit.	Interprète par hasard : un proche du patient (e.g. un membre de la famille ou un ami).
Interprètes : spécialistes de la langue qui maîtrisent une langue étrangère oralement.	Interprète non formé : employé qui travaille dans la même institution et a une autre fonction que celle d'interprète (e.g. réceptionniste).
Interprètes communautaires : spécialistes de l'interprétation en situation de dialogue avec des interlocuteurs d'origines linguistiques différentes. Hsieh fait référence aux « interprètes sur place » et parle de l'importance de maîtriser un langage médical.	Professionnels bilingues de la santé : thérapeutes qui parlent la langue du patient comme une deuxième langue.
Médiateurs : intermédiaires pour faciliter la solution au conflit.	
Interprètes par téléphone : personnes formées pour faciliter la communication au travers des services téléphoniques.	

Tableau n° 2 : Types d'interprètes qui facilitent la communication bilingue

Dans les sections suivantes sont décrits de façon plus détaillée les types d'interprète concernés par cette étude et leur influence sur l'alliance thérapeutique.

4.1. Les interprètes non-professionnels : interprètes par hasard

Quand un ami ou un proche joue le rôle d'interprète dans la consultation, le patient devient dépendant de ce dernier pour le déroulement des séances et le contenu des informations qui seront transmises. Cette dépendance peut déboucher sur l'effacement du patient parce que l'interprète par hasard, dans son lien préexistant avec le patient, prend souvent le contrôle sur ce qui doit être communiqué et comment ceci doit être transmis. Comme des recherches l'ont déjà mis en évidence (Valero Garcés, 2005), dans ce cas l'interprète fait souvent des omissions et ajoute des informations sur sa propre personne, jusqu'au point où il peut se retrouver à discuter seul avec le thérapeute sans faire la traduction nécessaire. Le patient passe d'acteur de la consultation à observateur de celle-ci, ce qui aura des répercussions sur son implication active dans son propre traitement. Les interprètes qui ont un lien familial avec le patient se comportent souvent comme les principaux interlocuteurs au point d'exclure le patient de la consultation (Leanza *et al.*, 2010). Selon ces auteurs, l'interprète, membre de la famille, a tendance à imposer son agenda et à contrôler le déroulement de la consultation. Dans ces conditions, l'interprète par hasard deviendra une barrière pour la création d'un lien relationnel entre le patient et le thérapeute, d'une alliance thérapeutique, au travers de l'éloignement de la personne du patient. L'absence d'un langage commun entre le thérapeute et le patient semble avoir aussi une incidence négative sur la capacité du patient à partager ses problèmes de santé (Renteria, 2003) et provoque une certaine dépendance du patient envers les parents ou les proches qui traduisent. Les médecins de famille estiment que l'interprète par hasard est moins complet et précis dans ses traductions (Rosenberg *et al.*, 2007).

Les problèmes de communication et les malentendus seront évidemment plus présents parce que le patient ignorera une partie de ce qui se passe dans la séance et n'aura pas la certitude que tout est traduit dans les deux sens. En plus, le lien émotionnel préexistant amène l'interprète par hasard à une position subjective et à une subjectivité dans ses apports qui contaminent possiblement la direction du traitement. La confidentialité est moins garantie pour le patient. Le contenu de la séance peut être facilement transmis à d'autres membres de la famille ou de la communauté parce que la responsabilité du secret professionnel n'est pas inhérente à l'interprète par hasard. Par ailleurs, quand ce type d'interprète est représenté par des enfants, il existe un risque imminent de parentification chez les enfants parce qu'ils sont obligés de prendre une place d'adulte dans la famille (Métraux *et al.*, 2003). Les enfants peuvent également devenir témoins de l'intimité de leurs parents et être exposés à des informations que, dans d'autres circonstances, ils ne connaîtraient pas.

4.2. Les interprètes non-professionnels : interprètes non-formés

Quand un employé qui travaille dans la même institution et a une autre fonction que celle d'interprète assume cette tâche de traducteur, se produit une confusion de rôles pour tous les participants de la consultation. En ce qui concerne le patient, il ne saura plus si cette personne est son interprète ou la réceptionniste de l'institution par exemple, ou la femme de ménage. Quel est le rôle de cette aimable personne qui est venue nous aider à communiquer ? Quelle est son implication dans le traitement ? Le patient hésitera sûrement à s'adresser à l'interprète non-formé pour prendre un rendez-vous ou pour clarifier une information sur son rendez-vous. Ou les deux. Le patient peut se retrouver obligé de demander à l'interprète non-formé de jouer une fonction inadéquate sur le moment, comme par exemple de le solliciter pour des questions précises de son traitement alors que l'interprète non-formé est en train d'exécuter sa vraie fonction. Ce type d'interprètes peut également se retrouver dans des tensions vis-à-vis de son équipe si d'autres collègues doivent assumer son travail pendant qu'il traduit (OFSP, 2011). En outre, le double rôle fera ainsi que l'employé ne soit pas reconnu pour cette fonction supplémentaire et que son absence de son vrai poste ait des répercussions sur le produit de son travail. La présence de l'interprète non-formé amènera de la même manière des problèmes de confidentialité (Faucherre et al. 2010). L'interprète sera témoin de la sphère privée du patient, qu'il ne connaîtrait pas dans d'autres circonstances. L'interprète non-formé, en tant que personne qui intervient ponctuellement et qui doit garder une distance émotionnelle avec le patient, pourrait moins faciliter la construction d'un lien thérapeutique.

4.3. Les interprètes professionnels : interprètes communautaires

La présence des interprètes communautaires (spécialistes de l'interprétation) dans la consultation favorise la construction d'un dialogue et d'une réalité (Rossi, 1999) entre deux acteurs différents qui ne communiquent pas au travers d'un langage commun. Grâce à l'explication des valeurs et des normes socio-culturelles implicites dans le langage du thérapeute et du patient (Goguikian Ratcliff et Changkakoti, 2004), ce dernier peut s'impliquer activement dans son traitement au travers du partage des représentations concernant les maladies et les croyances autour de la santé. En conséquence, l'expertise de chacun (thérapeute/patient) dans sa culture contribuera à la contextualisation de la maladie du patient et en conséquence à son traitement. En outre, la présence d'un *interprète* communautaire favorise la co-construction des significations et interactions qui facilitent la création d'une relation thérapeutique (Boss-Prieto *et al.*, 2010). Si l'on considère que l'alliance thérapeutique est le facteur principal pour la prédiction des bons résultats dans la thérapie (Martin, Garske et Davis, 2000 ; Horvath et Bedi, 2002), la possibilité de créer une alliance à trois augmenterait les liens collaboratifs et émotionnels vers le rétablissement du patient et au bénéfice de son bien-être. Par ailleurs, l'assistance d'un interprète communautaire facilite l'établissement d'anamnèses, diagnostics et traitements clairement compréhensibles.

sibles pour la langue et la culture du patient (Es-Safi, 2000). À long terme, ceci peut réduire le nombre de séances et de coûts impliqués. L'interprète professionnel transmet la réticence du patient contrairement aux interprètes de famille (Leanza *et al.*, 2010). Finalement, l'existence d'un interprète communautaire dans la consultation diminuerait l'impact négatif des éléments cités en lien avec les interprètes non-formés.

5. Résultats

Les résultats qui sont présentés ensuite sont le produit de la phase de rencontre avec les patients interviewés. Tandis que les questions 5.1 et 5.2 évoquent des résultats obtenus par le biais du questionnaire, la question 5.4 évoque des résultats obtenus à travers l'entretien. Seulement le point 5.3, concernant les stratégies de communication, correspond aux données obtenues chez les professionnels de la santé des différentes institutions et cabinets privés.

5.1. Quelles sont les stratégies d'accueil et de prise en charge de patients hispano-américains dans les institutions à Lausanne ?

Les questionnaires ont permis d'indiquer si les patients disposaient d'un interprète dans leur séance et si oui, de quel type d'interprète.

La consultation de patients hispano-américains se réalise principalement sans interprète – en dyade – dans 72 % des cas de cette étude. Étonnamment, les résultats indiquent qu'il y avait très peu de situations en triade – en présence d'un interprète – dans le domaine médical. La présence d'un interprète professionnel semble être un privilège des consultations psychiatriques/psychologiques, c'est-à-dire que les consultations non psychologiques donnent moins l'occasion à des rencontres en présence d'interprètes, ce qui peut être expliqué par la nature de la consultation psychologique, dont le langage verbal est le véhicule principal de communication.

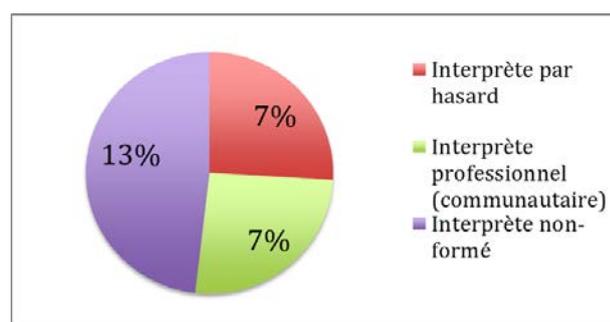
Pourquoi aussi peu de consultations avec un interprète ? Ceci est dû, d'une part, au fait que Lausanne dispose de nombreux professionnels de la santé hispanophones. Dans la mesure du possible, les patients sont adressés à un thérapeute qui parle leur même langue maternelle. Par contre, ce ne sont pas toutes les institutions qui comptent de manière permanente avec des thérapeutes hispanophones. En l'absence de ces derniers, ce sont les moyens financiers restreints dans les institutions qui ne permettent pas le recours à des interprètes quand cela est nécessaire. Par exemple, dans cette étude 53 % de consultations ont lieu en espagnol et seulement 33 % de thérapeutes étaient hispanophones (22 % origine hispano-américaine et 11 % d'autres origines), c'est-à-dire que 20 % de séances sont conduites sans langue commune. Le manque d'un langage commun entre le thérapeute et le patient crée une barrière de communication qui amène à des malentendus et à des erreurs dans les traitements. Ces données mettent en évidence que le nombre de thérapeutes hispano-

phones n'est pas aussi élevé que représenté par les institutions et que les restrictions d'ordre économique sont bien présentes.

L'absence d'un interprète est souvent justifiée – par les thérapeutes, mais aussi par les patients – prétextant que la similitude entre les deux langues, toutes les deux de racine latine, permet l'intercompréhension. Néanmoins, cette ressemblance entre langues peut devenir parfois plus nuisible à la communication car elle crée des malentendus sur ce que l'on croit être clair. La linguistique explique comment la similitude entre ces langues voisines amène à de mauvaises interprétations (Dabène, 1975).

5.2. Quels sont les types d'interprètes présents dans les séances ?

Dans 28 % des cas, la séance a eu lieu dans un cadre triadique, c'est-à-dire en présence d'un interprète. En ce qui concerne le type d'interprète, 13 % des interactions se déroulent avec un interprète non formé, soit un employé qui travaille dans la même institution et qui y remplit normalement d'autres fonctions. En ce qui concerne les *interprètes* professionnels (interprètes communautaires), ils étaient présents dans 7 % des cas ainsi que les interprètes par hasard (membres de la famille ou amis). Le graphique n° 1 donne un aperçu des différents types d'interprètes.



Graphique n° 1 : Résultats concernant les types d'interprètes

5.3. Quelles sont les stratégies de communication quand le professionnel de la santé n'est pas hispanophone et n'a pas accès à un interprète ?

Si la séance n'a pas lieu en espagnol et le thérapeute n'a pas accès à un interprète, les professionnels de la santé ont recours à des stratégies de communication lors de l'entretien, comme le recours à des dessins, la traduction via Internet et les mimiques. Bien que ces stratégies soient un moyen de dépannage dans un moment d'urgence et font preuve de leur inventivité dans le désir de communiquer, elles ne représentent un outil fiable ni de traduction ni de compréhension. Le thérapeute n'est pas certain que son message ait été transmis correctement et le patient n'est pas certain de l'avoir compris. En conséquence, les conseils ou traitement à suivre par le patient peuvent être erronés. Tandis que les dessins et mimiques n'ont pas une signification universelle, la traduction via Internet réduit la complexité et la richesse du langage à une traduction mot-à-mot. La traduction mot-à-mot telle quelle n'est pas possible parce qu'il n'existe pas une traduction identique d'une langue à l'autre au

niveau du vocabulaire. Sans les contextes et les représentations culturelles, les mots sont vidés de sens à l'intérieur.

5.4. Quels sont les facteurs qui favorisent le plus l'alliance thérapeutique dans la dyade et la triade ?

Pour la dyade, « les positions égales » favorisent le plus l'alliance thérapeutique : l'auto-révélation (échanges des expériences humaines des thérapeutes), le partage de connaissances (espace pour que le patient parle de ce qu'il connaît, de ce qu'il sait à propos de sa propre maladie et de sa situation de vie), le contrôle de la thérapie (pouvoir du patient pour qu'il participe à guider sa thérapie et à prendre des décisions concernant son traitement), la symétrie humaine (égalité entre thérapeute et patient en tant qu'êtres humains) et les similitudes linguistiques et culturelles.

Pour la triade, « la bonne qualité de la communication » favorise le plus l'alliance thérapeutique : clarté dans la communication, présence d'un interprète communautaire et le pont communicationnel entre le patient et la société d'accueil.

6. Conclusions

En Suisse francophone, l'interprétation dans la consultation médicale et psychologique pour la communauté hispano-américaine a lieu principalement sans interprète (en dyade), même si des difficultés de communication sont clairement identifiées et des séances ne peuvent pas être toujours garanties par un thérapeute hispanophone. Malgré les nombreux efforts chez les professionnels de la santé pour trouver des moyens de communication (e.g. mimiques, dessins, traduction via internet) et donc pour surmonter les barrières linguistiques, ces alternatives à l'interprétation ne garantissent pas la bonne compréhension avec le patient et peuvent être source de malentendus. Ce point prend encore plus de valeur quand les résultats montrent que le facteur qui favorise le plus l'alliance thérapeutique dans la triade est la bonne communication.

Dans les cas où un interprète est présent dans la consultation avec les patients hispano-américains, celui-ci est principalement un interprète non-formé, un employé qui travaille dans la même institution et qui a une fonction différente de l'interprétation. Bien que sa présence facilite une communication dans un moment d'incompréhension linguistique, ces conditions d'interprétation ne facilitent pas la construction d'une alliance thérapeutique.

La question des limites budgétaires pour le financement des interprètes professionnels est un débat actuel en Suisse et des solutions sont envisagées pour obtenir ce service dans les institutions qui prêtent des soins aux migrants. Cependant, à part des changements au niveau de la politique de soins, l'inclusion des interprètes dans la consultation bilingue/biculturelle demande également des changements éducatifs vers la prise de conscience de la part des professionnels de la santé et des institutions sur la répercussion des barrières linguistiques et de l'utilisation des interprètes non profes-

sionnels sur la santé du patient. Finalement, un aspect informatif me semble nécessaire au regard du patient, qui devrait pouvoir connaître les points positifs et négatifs relatifs à la présence de chaque type d'interprète dans la consultation avant de choisir la personne qui servira de pont linguistique et culturel dans leur rencontre médicale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ASSOCIATION APPARTENANCES (2011) : *Rapport Annuel*. Lausanne, Appartenances.
- ASSOCIATION POINT D'EAU (2011) : *Rapport d'activité 2011*. Lausanne, Point d'Eau.
- BISCHOFF, Alexander et Patricia HUDELSON (2010) : « Communicating With Foreign Language-Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough ? ». *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15-20.
- BODENMANN, Patrick, Fabrice ALTHAUS, Myrian CARBAJAL, Isabelle MARGUERAT et Danièle KOHLER (2010) : « "La enfermedad del millonario" (la maladie du millionnaire) ». *Forum Médical Suisse*, 10(6), 102-107.
- BOSS-PRIETO, Olga Lucía, Yves DE ROTEN, Abdelhak ELGHEZOUANI, Alexandra MADERA et Jean-Nicolas DESPLAND (2010) : « Differences in Therapeutic Alliance when Working with an Interpreter: A Preliminary Study ». *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 161(1), 14-16.
- CARBAJAL, Myrian (2004) : *Actrices de l'ombre: La réappropriation identitaire des femmes latino-américaines sans-papiers*. Thèse de doctorat en Lettres, Fribourg, Université de Fribourg.
- DABÈNE, Louise (1975) : « L'enseignement de l'espagnol aux francophones (pour une didactique des langues "voisines") ». *Langages*, 39, 51-64.
- DÉPARTEMENT DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE / PLANNING FAMILIAL (2008) : *Présentation, Mission, Services du DGO* [en ligne : http://www.chuv.ch/dgo/dgo_home.htm ; 21/08/2008].
- ES-SAFI, Latifa (2000) : *Médiation interculturelle dans les hôpitaux*. Bruxelles, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.
- EYTAN, Ariel, Alexadner BISCHOFF et Louis LOUTAN (1999) : « Use of Interpreters in Switzerland's Psychiatric Services ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 190-192.
- FAUCHERRE, Florence, Orest WEBER, Pascal SINGY, Patrice GUEX et Friedich STIEFEL (2010) : « L'interprète communautaire: une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle ». *Revue Médicale Suisse*, 6, 336-338.
- GEHRI, Mario, Bernard HUNZIKER, Françoise GÉRAUD, Diane ROUFFAER, Sanje SOPA, Clara SAGE-DA CRUZ et Jean-Claude MÉTRAUX (1999) : « Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL): état des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels ». *Sozial-und Präventivmedizin*, 44, 264-271.

- GOGUIKIAN RATCLIFF, Betty et Nilima CHANGKAKOTI (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.
- HORVATH, Adam O. et Robinder P. BEDI (2002) : *The alliance*. New York, Oxford University Press.
- HSIEH, Elaine (2006) : « Understanding Medical Interpreters: Reconceptualizing Bilingual Health Communication ». *Health Communication*, 20(2), 177-186.
- INTERPRÈT. (2011) : *Association Suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle. Définition des activités* [en ligne : <http://www.inter-pret.ch/fr/linterpretariat-communautaire.html> ; 15 mars 2013].
- LEANZA, Yvan, Isabelle BOIVIN et Ellen ROSENBERG (2010) : « Interruptions and resistance : A comparison of medical consultations with family and trained interpreters ». *Social Science and Medicine*, 70, 1888-1895.
- LUBORSKY, Lester (2000) : « A Pattern-Setting Therapeutic Alliance Study Revised ». *Psychotherapy Research*, 10(1), 17-29.
- MARTIN, Daniel J., John P. GARSKE et M. Katherine DAVIS (2000) : « Relations of the Therapeutic Alliance with Outcome and other Variables: A Meta-Analytic Review ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- MÉTRAUX, Jean-Claude, Orest WEBER, Pascal SINGY et Patrice GUEX (2003) : « Introduction- Les migrants et le système de soins helvétique », in Pascal Singy et Patrice Guex (éd.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève, Cahiers Médico-Sociaux, 11-35.
- OFSP (2011) : *Des ponts linguistiques pour mieux guérir*. Berne, Office fédérale de la santé publique.
- RENTERIA, Saira-Christine. (2003) : « Analyse du point de vue des patients », in Pascal Singy et Patrice Guex (éd.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève, Cahiers médico-sociaux, 59-84.
- ROSENBERG, Ellen, Yvan LEANZA et Robbyn SELLER (2007) : « Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters ». *Patient Education and Counseling*, 67, 286-292.
- ROSSI, Ilario (1999) : « Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé- de l'interculturalité à la co-disciplinarité ». *Sozial- und Präventivmedizin*, 44, 288-294.
- VALERO GARCÉS, Carmen (2005) : « Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges ». *Interpreting*, 7(2), 193-210.

L'interprétation en milieu social, profil et mission en Belgique francophone

Haytham Safar

Université de Mons

Hayssam.safar@umons.ac.be

Abderrahim Hmami

Université de Mons

Abderrahim_hmami@hotmail.com

Resumen

El perfil, los cometidos y la formación son los principales elementos de la investigación en torno a la interpretación en medio social. Este artículo pretende dar una visión precisa de la situación en la parte francófona de Bélgica. El estado de la profesión y algunas estadísticas demuestran con claridad que este tipo de interpretación se desarrolla cada vez más, pero sin programas de formación académica, reconocimiento y profesionalización esto será difícil de lograr.

Palabras clave: intérprete comunitario; mediador cultural; asociaciones profesionales; reconocimiento de la profesión; criterios de contratación; programas de formación presenciales o en línea.

Abstract

Profile, missions and training are some of the main topics in community interpreting researches. This paper aims to give a clear view about the situation in French speaking Belgium. The state of the art and some statistics make it clear that this discipline is improving more and more, but without academic training programs, recognition and professionalization, this will be difficult to achieve.

Keywords: community interpreter; cultural mediator; professional associations; job recognition; hiring criteria; training and e-learning programs.

1. État des lieux : évolution en région francophone de Belgique

1.1. Introduction

L'interprète en milieu social (IMS) en Belgique est censé être capable de mener sa mission dans des domaines aussi divers que ceux du social, médical, juridique, administratif ou religieux. Dans le domaine judiciaire par exemple et selon l'article 332 du Code d'instruction criminelle belge, le serment de l'interprète juré est : « Je

jure de traduire fidèlement les discours à transmettre entre des personnes qui parlent des langages différents ». Cette formule est une sorte de définition de l'interprétation. Dans ce domaine comme dans les autres domaines en Belgique, l'IMS assume le rôle de décodeur culturel et la fonction de pont entre le monde associatif et les services publics, avec des tâches précises. Pour les tribunaux, il s'agit depuis la fin des années 60 d'un interprète coopté et accepté par le Président du Tribunal de première instance après un examen en traduction. Dans le domaine médical plus particulièrement, c'est encore un métier qui cherche sa vitesse de croisière et son degré optimal de développement.

L'interprétariat auquel nous préférons le terme d'interprétation¹ en milieu social est perçu comme une activité qui consiste à restituer et à transmettre clairement un message verbal d'une langue source vers une langue cible en tenant compte de la dimension culturelle, de manière complète et fidèle.

1.2. Quelques dates phares

- **1984/1987** : La première expérience de médiation/interprétariat en milieu médico-social remonte au projet FIIMMS (Formation d'interprètes immigrées en milieu médico-social) qui était effectif de 1984 à 1987. Il fut créé suite aux réflexions d'un groupe de travailleurs de la santé (Cherbonni, 2002 : 8).
- **1990** : Le rapport du Commissariat royal à la politique des immigrés (CRPI) souligne qu'une prise en compte suffisante des différences linguistiques et culturelles concernant l'accès aux soins de santé aux immigrés renforcera le processus de leur insertion et leur participation sociale (Fossi, 2006 : 33).
- **1991/1992** : Grâce au soutien du FIPI (Fonds d'impulsion à la politique des immigrés), la Communauté française confie le projet de créer un réseau de médiatrices-interprètes turcs et marocains à l'ASBL Culture et Santé dans la Région de Bruxelles-Capitale (Cherbonni, 2002 : 9).
- **1993** : Ce projet, rebaptisé « Interprétariat social et médical », fonctionnera jusqu'en 1999. En avril 2000 l'ISM, en proie à des difficultés de gestion, est repris par le CIRÉ (Coordination et initiatives pour les réfugiés et étrangers) et devient le CIRÉ Interprétariat (Cherbonni, 2002 : 10).
- **4 juillet 1996** : Le Parlement Wallon vote le décret qui allait permettre l'installation des Centres régionaux d'intégration (CRI) (Moniteur Belge, 1996 : 23349).
- **6 mars 1997** : Arrêté d'application du Gouvernement wallon portant exécution du Décret du 4 juillet 1996 relatif à l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère. Les premiers CRI qui ont reçu l'agrément le 1^{er} janvier 1998

¹ Nous privilégions le terme « interprétation » utilisé par les milieux académiques, mais nous gardons le mot « interprétariat » tel qu'il est en usage par les associations belges francophones lorsque nous les citons.

sont : le CRIC (Charleroi), le CeRAIC (La Louvière), le CIMB (Mons), le CAI (Namur) et le CRVI (Verviers). Le CRIPEL (Liège) a reçu son agrément le 1^{er} janvier 1999 et le CRIBW (Tubize) le 1^{er} avril 2002 (Moniteur Belge, 1996 : 23349).

- **1999** : Le ministre de la santé débloque enfin un budget pour la médiation interculturelle dans les hôpitaux afin de réduire les inégalités entre les belges et les non belges face aux soins de santé (Decoster, 2006 : 2).
- **2004** : Le CeRAIC, le CAI, le CRIPEL et le CRVI se sont doté d'un service d'interprétation sociale qui répond à la demande d'institutions, d'hôpitaux et de services de santé mentale.
- **Mars 2004** : L'ASBL fédérale COFETIS (Coordination fédérale de la traduction et d'interprétariat sociale) est créée en mars par 20 organismes belges – flamands, wallons et bruxellois – dont la majorité est active dans le domaine de la traduction et de l'interprétariat en milieu social (Backes, 2007 : 12). Parmi les objectifs de cette association :
 - 1) La représentation du secteur auprès des autorités fédérales.
 - 2) La contribution à la professionnalisation de l'interprétariat en milieu social en étroite coopération avec les partenaires concernés.
 - 3) La poursuite d'une harmonisation à plusieurs niveaux : formations, enregistrement de données, tarifs de base, conventions, codes déontologiques, optimisation de la couverture géographique, reconnaissance du métier d'interprète en milieu social, etc. (Backes, 2008 : 5).

La réflexion sur la fonction et le rôle de l'interprète médiateur a débouché à cette période sur l'adoption de la même appellation (interprétariat en milieu social) par tous les services francophones d'interprétariat.

- **1^{er} octobre 2008** : La structure de l'interprétariat social en région wallonne a été modifiée. Les départements d'accompagnateurs ou médiateurs interculturels présents sur le territoire wallon ont fusionné en un seul service « SeTIS wallon » (Service de traduction et d'interprétariat en milieu social).

1.3. Liste de SeTIS en Belgique francophone (2004)²

Quatre centres (marqués * ci-après) fusionnent en un SeTIS dans la région francophone hors Bruxelles.

CENTRE	COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE
Aux 9 Miroirs (Miroir Vagabond)	Marche-en-Famenne
Bruxelles Accueil (Brussel Onthaal)	Bruxelles
* CAI (Centre d'action interculturelle)	Namur

² En plus de ces services, nous trouvons en Belgique plusieurs hôpitaux qui ont un service de médiation composé de quelques interprètes (turcs, arabe, russe, etc.) auxquels les médecins font appel en cas de besoin.

* CeRAIC (Centre régional d'action interculturelle du centre)	Province du Hainaut
CIRÉ (Coordination et initiatives pour et avec les réfugiés et les étrangers)	Bruxelles
* CRIPEL (Centre régional d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère de Liège)	Liège
* CRVI (Centre régional de Verviers pour l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère).	Verviers

Tableau n° 1 : Liste de SeTIS en Belgique francophone et germanophone (2004)

1.4. Liste de SeTIS en Belgique francophone (2011)

- SeTIS de la Communauté française de Belgique

SERVICE	COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE
SeTIS Bruxelles	Bruxelles
SeTIS Wallon	Wallonie

Tableau n° 2 : Liste de SeTIS en Communauté Française de Belgique (2011)

2. Médiateur, accompagnateur ou interprète interculturel

En Belgique francophone, ces trois appellations sont souvent utilisées dans le domaine du transfert linguistique en milieu social pour désigner le même métier avec des nuances très minimes. Ces fonctions ne sont pas définies d'une manière définitive. Elles sont perpétuellement remises en question selon les pratiques et les affinités de leurs acteurs. L'expression « interprétariat en milieu social » est une manière de regrouper les trois dénominations en une seule qui reste relativement vague. Néanmoins, l'état de la situation et les perspectives d'avenir montrent que nous avons deux formes de pratique. La première c'est la médiation interculturelle et elle s'exerce principalement dans les hôpitaux, la deuxième c'est l'interprétation en milieu social et qui couvre presque tous les secteurs de la société belge.

Quelques définitions fournies par les opérateurs de ces services (le CeRAIC, le CAI et le CIRE de Bruxelles) aident à comprendre la nature de ces fonctions. En voici quelques exemples :

2.1. Médiateur interculturel

La médiation interculturelle en Belgique est proposée comme solution et est envisagée comme ayant les fonctions suivantes :

- a) L'amélioration de la communication interlinguistique et/ou intralinguistique entre les patients, leurs familles et les professionnels de la santé.
- b) L'information du personnel soignant concernant les caractéristiques culturelles et sociales des patients sur les modes d'expressions relatifs à la santé et à la douleur, ainsi que sur les caractéristiques culturelles générales.
- c) L'information des patients concernant les caractéristiques générales du pays d'accueil et, plus précisément encore, en matière de santé.

- d) « L'interprétariat » au sens du décodage culturel.
- e) La défense des intérêts des usagers, par exemple sur le plan des droits sociaux et des démarches administratives (Dassy, 2008 : 58).

2.2 Accompagnateur interculturel

En 2002, dans le cadre de la Politique fédérale des grandes villes, la ville de La Louvière octroie au CeRAIC des fonds destinés à l'accueil des nouveaux habitants. Dans ce cadre, ce centre crée un Service d'accompagnateurs sociaux interculturels qui va être élargi et deviendra le Service d'interprétariat social en 2004. Les objectifs de ce service étaient :

- a) Créer, rétablir et favoriser la communication entre les personnes maîtrisant peu ou pas le français et les institutions publiques ou privées présentes sur l'entité louviéroise.
- b) Informer les personnes étrangères ou d'origine étrangère du fonctionnement des institutions belges.
- c) Eviter les démarches inutiles.
- d) Informer les institutions sur les pratiques culturelles des personnes étrangères (CeRAIC, 2004 : 5).

2.3. Interprète interculturel

L'interprète en milieu social est généralement issu d'un pays étranger. Il maîtrise la langue du pays d'accueil et il est apte à effectuer une traduction professionnelle. Il remplit une fonction de relais culturel. La connaissance des contextes culturels permet une bonne compréhension du message de part et d'autre. L'interprète peut fournir aux deux interlocuteurs des informations culturelles ou relatives au contexte dans lequel le message est émis (Cherbonni, 2002 : 17).

3. Profil et mission de l'interprète médiateur

3.1. Profil

D'après les descriptions du profil de ce métier émises par trois des principaux opérateurs de ce service en Belgique francophone (le CeRAIC, le CAI et le CIRÉ), nous remarquons que la définition est la même à l'exception d'une ou deux légères différences. En fait les tâches sont identiques, c'est-à-dire qu'un interprète au sens général n'est pas simplement un passeur de mots et d'idées, c'est un médiateur qui travaille en milieu social où la médiation est inévitable.

Comme nous l'avons mentionné, nous entendons généralement les responsables de ce secteur parler de l'interprétariat en milieu social comme d'une activité qui consiste à restituer et à transmettre clairement un message de manière complète et fidèle et que l'interprète social est un professionnel formé et supervisé. Les interprètes sont liés à un code de déontologie qui se décline en cinq points :

- a) La discrétion et la confidentialité : l'interprète est soumis au secret professionnel.

- b) La restitution objective complète et fidèle du message.
- c) Le principe de non intervention. L'interprète est un intervenant de seconde ligne et il doit veiller à le rester.
- d) L'impartialité : l'interprète veille à ne pas donner son avis.
- e) Le principe de refus ou de limitation de la prestation, s'il voit que les conditions ne sont pas respectées ou si l'on porte atteinte au respect des personnes (Backes, 2008 : 10).

3.2. Mission

L'interprétariat en milieu social comme pratique en Belgique francophone comprend les axes suivants :

- L'élimination des obstacles qui se dressent devant la communication interculturelle.
- La médiation au niveau écrit, oral, politique, médiatique, artistiques, médical, scientifiques, valeurs... et pour toutes les tranches d'âges.
- La médiation basée sur la prise de conscience des divergences de part et d'autre des deux langues, qu'elles soient linguistiques, communicatives (énonciatives) ou culturelles.
- Le décodage et l'adaptation des variations langagières.
- La reconnaissance des présupposés et l'implicite du discours.
- Le décodage des règles d'interaction communautaires, des registres, des normes, etc.
- La maîtrise des stratégies interlinguales, intralinguales, intersémiotiques et interculturelles.

Le fait que l'interprète en milieu social se trouve au centre de l'activité de communication interculturelle fait de lui un vrai médiateur, non seulement grâce à ses compétences linguistiques dans les deux langues mais aussi et surtout grâce à la mise en œuvre de stratégies intersémiotiques axées sur la maîtrise des jeux d'interactions identitaires dans les deux cultures.

Quant aux missions sur le terrain, elles sont tellement variées et touchent à tous les domaines. L'interprète médiateur doit avoir et cultiver une large culture contextuelle et générale pour être à l'aise dans ses missions qui couvrent le social, le médical, le juridique, l'administratif, la politique, l'histoire, la géographie, le religieux, etc. Voici plus au moins une liste des principaux domaines d'action : accueil et intégration, emploi, enseignement, jeunesse, justice, logement, prévention santé, santé, santé mentale, secteur socioculturel, services publics, services sociaux... (Backes, 2008b : 3).

4. Statistiques

Bien que l'année 2008 représente une année de transition dans le développement du secteur de la traduction et l'interprétariat en milieu social en

Belgique francophone, il faut rappeler que ce secteur répondait déjà aux besoins depuis quelques années via des services d'interprétariat en milieu social coordonnés par des centres régionaux d'intégration comme le CRIPEL, CRVI, CERAIC et CAI, d'une part, et par le biais d'associations comme le MIROIR VAGABOND d'autre part.

Le besoin de moyens financiers et humains suffisants, la volonté de rendre le secteur autonome vis-à-vis des institutions qui l'hébergent, la nécessité d'avoir un seul interlocuteur pour la Belgique francophone et la nécessité d'uniformisation (le statut du métier, la déontologie, la tarification, les pratiques, etc.) et principalement la fin des financements d'Equal (Programme d'initiative communautaire) et FSE (Fonds social européen) ont obligé les services francophones à faire évoluer leurs structures et à trouver des solutions et des alternatives aux problèmes de financement³.

4.1. 2005-2008 : Les chiffres

Ces chiffres nous ont été communiqués par les services d'interprétariat social de Belgique francophone sous formes de rapports d'activité. Ils concernent le CAI, le CeRAIC et le SeTIS Wallon. Ils couvrent la période de 2005 à 2008.

Nombre de prestations	2005	2006
Interprètes du CAI	1 176	1 239
Sous-traitance (en cas d'indisponibilité dans l'équipe d'interprètes du CAI)	80	463
Total	1 256	1 702

Tableau n° 3 : statistiques du CAI (2005-2006)

Nombre de prestations	2006	2007
Interprètes du CeRAIC	1 115	1 514
Sous-traitance	313	244
Total	1 428	1 758

Tableau n° 4 : statistiques du CeRAIC (2006-2007)

Remarque :

Dans tous les cas, les services concernés par la sous-traitance sont le CAI, le CIRÉ, le CRIPEL, le CRVI, le CeRAIC et le SISBA (service d'interprétariat social Bruxelles Accueil).

L'importance de ces services dans un contexte multiculturel se traduit par l'augmentation significative de demandes enregistrées (446 pour le CAI entre 2005 et 2006 et 330 pour le CeRAIC entre 2006 et 2007).

Depuis octobre 2008, le SeTIS Wallon couvre l'ensemble du territoire wallon par des services assurant des activités de traduction et d'interprétation sociales, réparties en plusieurs antennes et de la manière suivante :

³ 2008 est une année charnière dans l'histoire de la médiation linguistique et interculturelle en Belgique francophone. Les 4 services d'interprétariat en Wallonie se regroupent et forment le SeTIS Wallon (ASBL indépendante).

Antenne de références	Zone géographique couverte par l'antenne
Antenne de Liège	Province de Liège
Antenne de Verviers	Arrondissement de Verviers
Antenne de Marche-en-Famenne	Province de Luxembourg
Antenne de Namur	Province de Namur
Antenne du Hainaut	Province du Hainaut

Tableau n° 5 : antennes du SeTIS Wallon

4.2. Statistiques générales relatives aux prestations réalisées par le SeTIS Wallon entre octobre 2008 et décembre 2009

Type de prestation	Demande	Prestation	Différence
Déplacement	15 206	14 373	833
Traduction	398	359	39
Totaux	15 605	14 732	873

Tableau n° 6 : statistiques du SeTIS Wallon (octobre 2008-décembre 2009)

4.3. Statistiques générales relatives aux prestations réalisées par le SeTIS Wallon en 2010

Type de prestation	Demande	Prestation	Différence
Déplacement	15 609	12 812	2 797
Traduction	351	304	47
Totaux	15 960	13 116	2 844

Tableau n° 7 : statistiques du SeTIS Wallon (2010)

Remarque :

La transition n'a pas été sans conséquences sur l'encodage des statistiques. La diminution constatée entre 2008/2009 et 2010 s'explique par la durée de la période recensée (15 mois pour le tableau n° 6 et 12 mois pour le tableau n° 7), le déménagement dans la nouvelle ASBL et la conception du nouveau logiciel d'encodage. En réalité, et selon le rapport d'activité (SeTIS Wallon, 2010 : 19), les demandes traitées dépassent le nombre exact parce que toutes les demandes n'ont pas été encodées dans la base de données.

5. Formation et critères de recrutement des interprètes

5.1. Le profil du médiateur interculturel

Le profil du médiateur interculturel en Belgique francophone ne devrait pas être différent de celui que l'on rencontre dans les autres pays francophones. Il s'agit d'un « décodeur culturel » et d'un pont entre le monde associatif et les services publics, peu de personnes assurant ce métier, qui cherche encore à ce jour sa vitesse de croisière en Belgique, disposent d'une formation adéquate pour maîtriser tous les savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires, sans oublier la mission socioculturelle, les connaissances contextuelles, la déontologie et les outils de travail de cette profession.

En plus des disciplines de la traduction et de l'interprétation, l'effort est porté sur une certaine culture nationale liée aux institutions locales, à la justice, à la politique, à la santé, à l'état civil, etc., mais aussi internationale liée aux références culturelles et socio-économiques de la population cible. La neutralité, l'empathie, la déontologie et la formation continuée sont aussi des axes fondamentaux. Le médiateur interculturel formé et expérimenté peut être chargé de la formation des personnes prises en charge dans les différents contextes culturels et sanitaires ; Il peut assurer la défense des intérêts des migrants et participer à des concertations.

Il faut préciser que le recrutement des interprètes en milieu social répond à plusieurs critères, mais le seul qui le remporte à la fin c'est le critère du besoin, c'est-à-dire que s'il y a une forte demande pour une combinaison linguistique précise, certains critères deviennent secondaires et le candidat interprète a plus de chances d'être recruté, même si la maîtrise des langues qu'il parle est uniquement orale ! Les premiers interprètes ont été engagés suite à un simple test de traduction écrite et un entretien avec le responsable du centre, le coordinateur de projets et/ou le coordinateur du service.

Suite au développement des services d'interprétariat, suite à la collaboration entre ces mêmes services pour une harmonisation des pratiques et des méthodes et avec la collaboration de Cofetis (Coordination fédérale de la traduction et de l'interprétariat sociales), une formation de base a été programmée pour les nouveaux interprètes et les anciens qui ont été engagés d'urgence et qui n'ont pas suivi de formation auparavant.

5.2. Formation actuelle des interprètes en milieu social

Vu la complexité du métier d'interprète social et la diversification des domaines d'intervention, une formation de qualité s'avère indispensable pour assurer un service de qualité. Tous les responsables dans ce domaine s'accordent sur l'importance d'un plan de formation utile à l'interprète. Depuis 2008, ce plan s'articule sur les deux axes suivants :

5.2.1. Formation de base

Une formation de base de 36 heures détaillée dans le tableau ci-dessous : (Rapport d'activité du SeTIS Wallon, 2008/2009 : 6) :

VOLET	MODULES	NOMBRE DE JOURS	NOMBRE D'HEURES
Dynamique de groupe	La relation triangulaire en interprétariat social	2	12
Dynamique de groupe	Rôle de l'interprète social en santé mentale	0,5	3
Législation	Thématique juridique	0,5	3

Langue	Langue française et introduction aux techniques d'interprétariat adaptées au social	2	12
Dynamique de groupe	- Sensibilisation à l'interculturalité -	0,5	3
	Le rôle du relais culturel en interprétariat social (communication interculturel)	0,5	3

Tableau n° 8 : modules de formation de base des interprètes

Quelques détails sur le contenu de ces modules :

- La relation triangulaire: savoir-faire (compétences à développer au regard du code de déontologie, place de tiers, secret professionnel, rôle d'écoute, rôle de relais culturel), savoir être (attitudes relationnelles ou comment faire avec les compétences acquises).
- Rôle de l'interprète en santé mentale : gestion des émotions, gestion de parole, co-thérapie, travail sur l'empathie, l'écoute, la clarification et la reformulation, retentissement personnel et affectif.
- Thématique juridique : Institutions belges, procédures d'asile et leurs évolutions (asile politique, médicale, humanitaire, régularisation), terminologie juridique.
- Langue française : Amélioration de la capacité des interprètes à communiquer clairement, connaissances fondamentales de la grammaire du français.
- La communication interculturelle : aspects de la communication (filtres et enjeux), capacité relationnelle (nouer le contact avec autrui, travailler en équipe dans un esprit de collaboration et d'ouverture aux autres), position de tiers (prendre distance par rapport à son propre vécu), capacité de se décentrer (entendre des points de vue différents à propos d'un même fait et relativiser son propre point de vue de la situation), capacité de se remettre en question (entendre une critique et pouvoir la positiver et la transformer en une situation d'apprentissage)
- Méthode pédagogique : ces séances de formation sont organisées dans une ambiance participative basée sur des jeux de rôles et des mises en situation, des discussions, des vidéos existantes et des grilles d'observation comme outils d'évaluation.

5.2.2. Formation avancée

- Formation aux techniques d'interprétation adaptées au social – liaison, chuchotage et traduction à vue (Rapport d'activité du SeTIS Wallon, 2009 : 12) : Cette formation est assurée par un professionnel universitaire en traduction et en interprétation. Elle vise à permettre aux interprètes de se comporter comme des professionnels sur le terrain. Elle est adaptée au milieu social dans

le sens qu'elle tient compte de la complexité et la diversité des domaines d'intervention et elle s'étale sur une période de trois jours.

Détails du programme :

- Introduction : bref historique de l'interprétation - vers une définition de l'interprète social : « un interprète social (IS) professionnel compétent se reconnaît par son savoir-faire et son savoir-être ».
- L'interprétation de liaison et le chuchotage : l'IS en tant que professionnel : faire reconnaître ses besoins ; prise de parole, gestion du non-verbal et parasitage émotionnel : prise de parole, voix, souffle, prendre la parole au micro ou au téléphone ; mémorisation et repérage des idées-clés ; analyse : restructuration du message et connecteurs logiques ; synthèse : concision de la pensée, condensation de l'énoncé et logorrhée de l'interprète ; adaptation lexicale et culturelle du message du destinataire ; reformulation synonymique ; chuchotage.
- Traduction à vue et auto-évaluation.
- Méthodologie : pédagogie par l'exemple ; chaque aspect de cette formation est abordé théoriquement et assorti d'exercices pratiques en groupe ou individuels visant la création d'automatismes.

6. Conclusion

Lorsque nous analysons, par exemple, les critères de recrutement des interprètes, le contenu des formations ci-dessus et leur durée, d'une part, et les missions diversifiées, d'autre part, nous sommes amenés à penser qu'il faut revoir deux éléments importants dans l'équation :

- Le métier d'interprète médiateur en milieu social n'est pas facile. Il requiert plusieurs compétences de savoir, savoir-faire et savoir-être déjà citées. Pour ne pas porter préjudice à ce métier noble et humain, une certaine rigueur doit être observée lors du recrutement de candidat : niveau d'enseignement, contenu, expérience, langues, âge, etc.
- En plus des prérequis, il faut une solide formation que seules les institutions universitaires sont capables d'assurer.

Les efforts d'amélioration de ce service en Belgique sous l'égide de Cofetis en collaboration avec les différents SeTIS flamands et wallons⁴ ont donné plusieurs résultats. Grâce à ces efforts, une certaine harmonisation des services et des pratiques a vu le jour. Le code de déontologie, le profil et les missions de l'interprète en milieu social se sont confirmés sans omettre de citer que c'est un service qui est en perpétuel

⁴ «Réseau européen de services de traduction et d'interprétariat en milieu social», 6 et 7 mars 2008, Bruxelles (Belgique) : congrès visant la création d'un réseau européen de cette discipline.

développement surtout avec l'assistance des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Lors des congrès organisés dans ce cadre⁵, l'accent est mis sur l'importance de création d'un réseau francophone ou européen d'interprétation en milieu social. Nous pensons qu'un tel réseau qui n'a pas encore vu le jour exige :

- Une concertation et des échanges continus : réunions annuelles, e-Learning et/ou visioconférences.
- Un projet fédérateur à définir : profil de l'interprète en milieu social à la fin de sa formation, situations qu'il sera susceptible de rencontrer, rôles qu'il devra jouer dans ces situations, fonctions à remplir dans les différents rôles, compétences à mettre en application dans chaque fonction, contenu culturel national et international...
- La reconnaissance et équivalence des formations et des habilitations.
- La coordination d'une formation/diplôme commun(e), codirection de thèses, etc.
- Un bulletin de liaison.
- L'échange des bonnes pratiques au-delà des frontières.
- Une banque de données de publications et de littérature.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BACKES, Stephan (2007) : « Les chantiers de la Coordination Fédérale de la Traduction et de l'Interprétariat Social ». *Cahier Labiso* 89/90, 12-16.
- BACKES, Stephan (2008a) : « L'interprète et la traduction en milieu social ». *Écart d'identité* 113, 42-47.
- BACKES, Stephan (2008b) : *Une réponse aux nouveaux besoins de la société multiculturelle*, Bruxelles, Coordination Fédérale de la Traduction et de l'Interprétariat Social.
- CHERBONNI, Alain (2002) : « Interprétation et médiation interculturels ». *Revue de Questions Santé* 27, 8-18.
- CENTRE RÉGIONAL D'ACTION INTERCULTURELLE DU CENTRE : *Rapport d'activité (2006-2007)*. La Louvière, Centre régional d'action interculturelle du centre.
- DASSY, Marc (2008) : *La médiation à Namur, 10 ans après, originalité et richesse. Actes du groupe de travail*. Namur, Centre Européen de Médiation.
- DECOSTER, Christiaan (2006) : *Diversité culturelle et la médiation interculturelle dans les hôpitaux: compte rendu*. Bruxelles, Cellule Médiation interculturelle.

⁵ «L'interprétariat en milieu social: instrument d'une politique publique de non discrimination», 21 novembre 2006, Lyon (France) ; «Réseau européen de services de traduction et d'interprétariat en milieu social», 6 et 7 mars 2008, Bruxelles (Belgique) ; «Vers un réseau francophone d'interprétation en milieu social», 10-11 novembre 2011, Séville (Espagne).

- FOSSI, Anne (2006) : « Services de médiation de l'hôpital de Liège: les passeuses de culture », *Cahier Labiso* 65, 5-40.
- MONITEUR BELGE (1996) : *Décret du Parlement Régional Wallon relatif à l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère*, 23349.
- MORENVILLE, Catherine *et al.* (2008) : *Le SeTIS de Namur, trois ans de pratique d'interprétariat social*. Bruxelles, Agence Alter.
- SERVICE DE TRADUCTION ET D'INTERPRÉTATION WALLON (2010) : *Rapport d'activité 2008-2009-2010*. Liège, Service de traduction et d'interprétation Wallon.

Interculturalité, multiculturalité et transculturalité dans la Traduction et l'Interprétation en Milieu Social

José Yuste Frías
Universidade de Vigo
jyuste@uvigo.es

Resumen

Las nociones «camaleónicas» de interculturalidad, multiculturalidad y transculturalidad han sido usadas a lo largo de estos últimos años en la traductología para calificar prácticas (profesionales o no) de traducción e interpretación aparentemente destinadas a resolver los problemas sociales y políticos definidos como intrínsecos en todo contacto de personas y/o grupos de «culturas diferentes». El objetivo principal de esta publicación es analizar, de manera crítica y rigurosa, los usos, las trampas y las distintas perspectivas que ofrecen estos tres términos tan polisémicos como polémicos en la Traducción y la Interpretación en Medio Social (TIMS) donde el devenir mestizo de la identidad del sujeto migrante entra en juego.

Palabras clave: Interculturalidad; multiculturalidad; transculturalidad; traducción; interpretación; mediación social; mestizaje.

Abstract

The «chameleonic» notions of interculturality, multiculturality and transculturality have been widely used in the last years within Translation Studies as a description of translations and interpreting practices that were apparently aimed at resolving social and political problems seen as intrinsic to the contact between people and/or groups of «different cultures». The main purpose of this paper is to analyze both critically and rigorously the uses, traps and different perspectives that these three polysemous and controversial terms offer to the field of community translation and interpreting, where the *métis* identity of the migrant subject is at stake.

Key words: Interculturality; multiculturality; transculturality; translation; interpreting; social intervention; *métissage*.

0. Introduction

Les notions « camaléons » d'interculturalité, multiculturalité et transculturalité sont trop souvent abordées sans vraiment questionner leur véritable sens. Les mots « interculturel », « multiculturel », « transculturel », investis avec force par le champ discursif politique, sont entrés dans le vocabulaire courant de plusieurs disciplines (sciences de l'éducation, sciences de la communication, psychologie, philosophie, sociologie, linguistique, etc.) ainsi que de pratiques professionnelles aussi diverses que

variées : communication, éducation, santé, social, marketing... traduction et interprétation. Et voilà qu'interculturel, multiculturel et transculturel sont des termes employés à maintes reprises ces dernières années, aussi bien dans la théorie de la traduction que dans la pratique quotidienne de l'interprétation, pour qualifier les pratiques (professionnelles ou pas) du traduire censées résoudre les problèmes sociaux et politiques définis comme intrinsèques au contact de personnes et/ou groupes dits de « cultures différentes ».

L'objectif principal de cette publication est de procéder à l'examen critique des usages, des pièges et des perspectives de ces trois mots pour constater qu'ils véhiculent des conceptions et des pratiques du traduire non similaires, parfois non comparables ni compatibles, hormis le fait que toutes convoquent la notion de culture et portent leur attention sur ce qu'il se passe quand rencontre (« interculturelle », « multiculturelle » ou « transculturelle ») il y a.

Cette publication veut plaider pour un renforcement plus fort des attributions pertinentes des professionnels impliqués au moment d'envisager la meilleure perspective culturelle (inter-, multi- ou transculturelle) quand on traduit et on interprète pour des migrants dans les trois domaines des services publics les plus importants des sociétés démocratiques : la santé, la justice et l'éducation. Lors d'une médiation linguistique et culturelle dans le domaine public sanitaire, juridique ou éducatif, le choix d'un des trois préfixes (inter-, multi- ou trans-) à placer dans des mots à la racine « culture » implique trois rapports différents à l'altérité et, par conséquent, trois pratiques professionnelles différentes de la Traduction et l'Interprétation en Milieu Social (dorénavant TIMS) où le devenir métis de l'identité du sujet migrant entre toujours en jeu.

1. Culture et « traduction culturelle »

Comment définir la notion de « culture »¹ quand on parle de traduction et d'interprétation ? Une question trop difficile quand on sait qu'il n'y a jamais eu de définition définitive de la culture. Pendant la *Conférence mondiale sur les politiques culturelles* ratifiée par cent trente gouvernements (dont treize européens) et tenue au Mexique du 26 juillet au 6 août 1982, voici ce que l'UNESCO avait convenu sur la notion de « culture » avant d'affirmer solennellement les cinquante-quatre principes qui doivent régir les politiques culturelles :

- que, dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spiri-

¹ Substantif issu du verbe latin *colere* ('cultiver, embellir'), on oublie trop souvent que le mot *cultura* est l'origine lointaine et agricole du terme « culture ». *Cultura* n'aurait peut-être jamais quitté sa signification première, celle de culture en tant que travail de la terre, sans l'intervention de Cicéron qui l'associa à un autre terme : *animus*. *Cultura animi* est devenu ainsi le jardin de l'âme, la culture de l'esprit. Cette belle métaphore donnera naissance au sens moderne du mot « culture », associant ainsi la connaissance au savoir, à la science, à l'éducation et à l'exercice des arts.

tuels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances, – et que la culture donne à l'homme la capacité de réflexion sur lui-même. C'est elle qui fait de nous des êtres spécifiquement humains, rationnels, critiques et éthiquement engagés. C'est par elle que nous discernons des valeurs et effectuons des choix. C'est par elle que l'homme s'exprime, prend conscience de lui-même, se reconnaît comme un projet inachevé, remet en question ses propres réalisations, recherche inlassablement de nouvelles significations et crée des œuvres qui les transcendent (UNESCO, 1982 : en ligne).

Cette définition sort la Culture (avec un grand « C ») de son carcan essentiellement anthropologique et/ou politique en ouvrant pour tout traducteur-interprète la voie à l'imaginaire, à la création, à la réflexion et à l'épanouissement de soi. La traduction et l'interprétation ne sont pas exclusivement des passages (des « ponts » dit-on trop souvent) d'une langue à une autre, mais aussi et toujours l'expérience du seuil vécue lors de toute rencontre entre deux cultures, voire entre plusieurs cultures. C'est seulement grâce à la traduction et, surtout, à l'interprétation au quotidien que la migration et l'échange des cultures est possible. On sait que le traducteur-interprète ne fait jamais du mot à mot, il traduit des textes et interprète des actes de parole, ce qui revient à dire que l'on ne peut jamais traduire un texte à coup de dictionnaire ou encore interpréter une parole à l'aveuglette sans traduire leurs cultures immanentes. Toutes ces cultures (avec un petit « c » et au pluriel) présentes, implicitement ou explicitement, dans tout acte de communication oscillent entre patrimoine et récréation. Elles sont une dynamique au cœur d'un système de valeurs, de traditions, de croyances, de normes, de modes de vie. Les cultures sont des sources, les cultures sont la vie, les cultures sont des sources de vie ! Voilà pourquoi la qualité de n'importe quelle traduction ou interprétation professionnelles est étroitement liée non seulement à la formation académique du traducteur-interprète, mais aussi, et surtout, à la qualité de son statut éthique, moral, social et juridique.

Nous vivons actuellement dans un contexte politique et social où la culture est devenue la clé de voûte de toute construction identitaire et ce à tel point que toute réalité politique, toute manifestation sociale, est régie aujourd'hui par le principe commun du « tournant culturel » dont parle Boris Buden (2006 : en ligne) :

nos sociétés et, par voie de conséquence, notre perception de la réalité politique, sont bornées par une « culture ». Un tel constat éclaire l'un des phénomènes les plus frappants de la condition « post-moderne », le tournant culturel. (...) La culture est passée au premier plan comme condition même de la possibili-

té d'une société et de la réalité politique telles que nous les concevons aujourd'hui. C'est la raison pour laquelle la démocratie, c'est-à-dire la quête de la liberté et de l'égalité, de même que la poursuite de la justice sociale, du bien-être, etc. apparaissent aujourd'hui comme culturellement déterminées.

C'est dans ce contexte que la notion de traduction, ou plus exactement de traduction culturelle, prend toute son importance. (...) la traduction fait sens, en transcendant la perspective purement linguistique pour devenir un phénomène culturel et politique, ce que nous appelons aujourd'hui la « traduction culturelle ».

Voilà donc que la culture du texte à traduire ou celle de la parole à interpréter en vient à investir le premier plan des activités professionnelles de traduction et d'interprétation. Ce « tournant culturel » (*Cultural Turn*) a entraîné des modifications décisives dans les concepts, les modèles et les procédures des « études sur la traduction » (*Translation Studies*). Il s'est produit un élargissement considérable du concept de la traduction qui, désormais, embrasse des phénomènes divers situés traditionnellement à la marge, *au seuil de la traduction* (cf. Yuste Frías, 2010a) au sens classique. Cette dimension culturelle de la traduction doit être abordée dans une perspective transdisciplinaire qui puisse rendre possible un élargissement du cadre d'observation dans l'exploration des pratiques de la TIMS.

« Que la traduction soit un fait de culture, qu'elle relève de la rencontre des cultures, qu'elle participe à leurs échanges ou de leurs échanges, cela tient de l'évidence » (Nous, 2005a, en ligne). L'importance de l'aspect culturel de la traduction a été de plus en plus soulignée au cours des dernières années. Cette intégration de l'aspect culturel a entraîné un changement profond dans la pensée sur la traduction. Depuis l'année 2005, le Groupe de recherche TRADUCTION & PARATRADUCTION (T&P) de l'Université de Vigo travaille la transtextualité de ces différents « aspects culturels » en centrant les analyses de leur extratextualité sur toutes les productions paratextuelles qui accompagnent, entourent, enveloppent, prolongent, introduisent et présentent le texte à traduire ou le message à interpréter. Pour ce faire, les chercheurs du groupe T&P s'aident d'une nouvelle notion traductologique créée à Vigo : la paratraduction². C'est à l'aide de la notion de paratraduction que, « sur les

² Le terme de paratraduction tel qu'il est théorisé par le Groupe T&P trouve son application méthodologique à trois niveaux : empirique (étudier les éléments paratextuels et non-verbaux, provenant des domaines visuel et auditif liés au texte à traduire, ainsi que les stratégies de traduction spécifiques qu'ils requièrent) ; sociologique (étudier les agents, normes, procédures et institutions attachés au processus traductif dans tout son déploiement) ; discursif (étudier les discours sur la traduction guidant son fonctionnement et assurant son rôle dans la société).

seuils du traduire »³, l'École de Vigo a voulu instaurer en TIMS une nouvelle perspective qui invite à considérer la pensée du seuil comme étant essentielle pour comprendre les aspects culturels du « traduire » de l'interprète au quotidien, car, contrairement à la conception régnante, la traduction n'est pas que passage. Interpréter pour traduire c'est, tout d'abord, une expérience du seuil entre langues/cultures, et, ensuite, une expérience des multiples passages d'une langue/culture à une autre langue/culture. Il ne peut avoir de passage sans seuil. Le seuil étant par définition ce qui relie et sépare, le traducteur-interprète en est le modèle vivant. L'étranger ne survient pas du dehors mais de la marge. Ce n'est qu'à la limite, qu'en touchant la limite, qu'en abordant le seuil pour s'y arrêter, que l'un peut communiquer avec l'autre. L'hospitalité, l'accueil de l'étranger, ne s'exerce qu'à la marge, que s'il y a de la marge. La notion de paratraduction aide à développer une pensée du seuil qui devient essentielle pour comprendre les engagements éthiques et politiques implicites dans l'expérience quotidienne de la pratique professionnelle de la TIMS. Être un professionnel de la TIMS c'est savoir se tenir au seuil de plusieurs mondes et de plusieurs cultures pour pouvoir montrer le regard de l'étranger (l'immigrant allophone) à celui qui ne l'est pas (l'intervenant-fournisseur du service public) et faire voir que, quand on est au seuil, le but de la rencontre n'est pas le passage, mais la relation elle-même. Car ce n'est que l'expérience du seuil qui rend possible la disponibilité à l'acceptation des changements dont a besoin tout processus de médiation. C'est l'expérience du seuil qui permet l'ouverture à de nouveaux rapports entre les individus et permet l'existence des points de vue différents. C'est l'expérience du seuil qui donne lieu à la reconnaissance, à la différenciation parce qu'elle respecte le changement et le devenir. C'est l'expérience du seuil qui situe littéralement l'interprète « au milieu » des interactions et lui confère un point d'observation privilégié, presque une loupe, pour améliorer la pratique de la communication en milieu social : santé, éducation et justice (cf. Yuste Frías, 2013 : 123-126). Dire que la pratique professionnelle de la TIMS s'initie au seuil, qu'elle est toujours en marge, c'est signifier que traduire et interpréter en milieu social attirent sur leur geste toute l'ambiguïté de la marge, l'indécidabilité que celle-ci introduit entre le dedans et le dehors, entre l'ici et l'ailleurs, entre l'un et l'autre, tout en invitant le professionnel de la TIMS à considérer ce qui les déborde et à en peser les exigences socioculturelles respectives à partir d'une posture paratraductologique.

³ Veuillez consulter le carnet de recherche francophone intitulé, très précisément, *Sur les seuils du traduire* et hébergé dans la plateforme *Hypothèses*. *Hypothèses* est une plateforme de publication de carnets de recherche en sciences humaines et sociales qui fait partie d'un dispositif plus large, le portail OpenEdition, porté par le Centre pour l'édition électronique ouverte (CLÉO). Ce centre, implanté à Marseille, Paris et Lisbonne reçoit le soutien du CNRS, de l'EHESS, de l'Université d'Aix-Marseille et de l'Université d'Avignon. La plateforme de la communauté francophone dispose de son propre Conseil scientifique et réunit plus de 200 carnets de recherche. Les billets qui y sont publiés (en langue française) sont sélectionnés par le Conseil scientifique.

En analysant les différentes productions paratextuelles des aspects culturels, on constate que la traduction et l'interprétation ne sont pas seulement des questions strictement textuelles ou discursives, mais aussi, et pour la plupart des cas, des actes sociaux de politique culturelle. Des textes étrangers et leurs traductions, des actes de paroles et leurs interprétations, peuvent devenir des « armes » dans la lutte pour une définition de la propre identité culturelle. En analysant quels types de textes traduits, quelles prises de paroles on interprète, on obtient une indication claire des rapports de forces entre cultures en milieu social.

2. Traduire et interpréter sans culture(s) n'est ni traduire ni interpréter

Phénomènes textuels et paratextuels, la traduction et l'interprétation ne sont jamais des actions purement techniques parce qu'elles ne peuvent pas être neutres, elles sont toujours toutes humaines et sociales. La traduction et l'interprétation étant des faits de culture, elles sont essentiellement ancrées dans le rapport à l'Autre et à la différence. La traduction et l'interprétation peuvent nous aider à dévoiler le regard de l'Autre quand au seuil d'une médiation sociale le regard de l'étrangère migrante, par exemple, se cache derrière cet aspect culturel qui n'est rien de plus qu'un simple symbole : le voile islamique que le déclin symbolique de l'Europe ne veut ni lire ni interpréter. La traduction et l'interprétation rendent possible l'ouverture à l'Autre et constituent, par conséquent, les premiers actes de culture. Traduire et interpréter l'Autre c'est penser la culture non seulement comme fondement de toute compréhension, mais aussi et surtout comme rapport et rencontre avec l'altérité : traduire et interpréter sans culture(s) n'est ni traduire ni interpréter ! La traduction et l'interprétation relèvent de la rencontre et du rapport entre les cultures parce qu'elles participent à leurs échanges ou de leurs échanges.

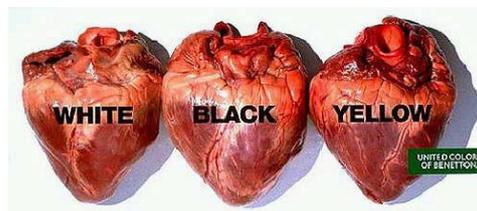
C'est très précisément les échanges entre les cultures que la publicité à exploité à maintes reprises. Mais elle l'a toujours fait en paratraduisant toujours l'image de l'Autre sans jamais traduire vraiment l'Autre. Photographe de génie, artiste subversif, avant-gardiste et roi de la provocation, qui ne connaît pas Oliviero Toscani ! Ce grand photographe italien est mondialement connu pour ses photographies publicitaires pour de grandes marques (Chanel, Valentino, Esprit, Prénatal...), notamment pour celles, très controversées, de la marque Benetton.

C'est en 1982 que débute la fameuse collaboration entre le photographe et Luciano Benetton. Une photographie *chic et choc* à la fois ; le logo de la marque à côté : *simple et efficace*. Voilà la marque de fabrique du photographe qui déclara : « Celui qui ne choque pas n'est pas un artiste ».

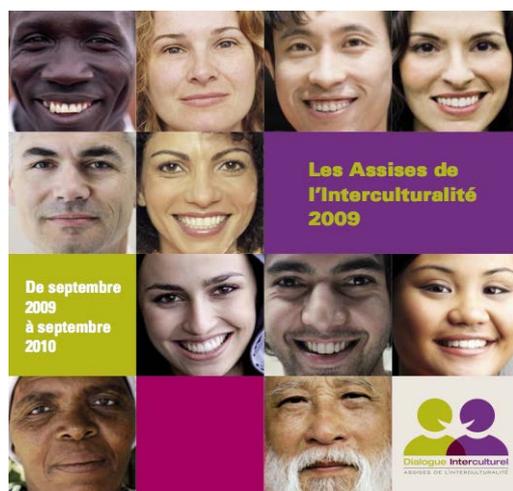


Benetton connaîtra une ascension fulgurante et se placera comme marque mondiale-ment connue, grâce à l'image que lui a apportée Toscani.

Durant ses dix-huit années de collaboration (1982-2000), l'artiste brise les tabous et les discriminations grâce à une image forte et sulfureuse. Benetton dispose de l'identité forte que lui prodigue le photographe. Multiculturalisme et multiracialité sont dès lors les maîtres mots de la marque.



Aujourd'hui, les années se sont écoulées, mais ces communications restent toujours dans l'air du temps : « nous sommes tous différents et tous les mêmes à la fois ». Ces images de la marque Benetton ont été tellement fortes qu'elles ont marqué tout un style qui a dépassé l'espace et le temps. En effet, en Belgique, par exemple, dix ans après, lorsque la ministre fédérale de l'Égalité des chances a voulu lancer en 2009 un « dialogue interculturel »⁴ en célébrant



pendant 6 mois les fameuses *Assises de l'interculturalité*, on a choisi une affiche dont l'image s'est ancrée dans la multiracialité à la Benetton pour, soi-disant, valoriser les richesses culturelles et la diversité en dialoguant d'une manière « interculturelle ».

Et comment on fait pour dialoguer d'une manière interculturelle ? Apparemment en se regardant dans des yeux aveuglés et en entrecroisant les épaules tel que nous le montrent ces deux silhouettes dont les têtes me rappellent énormément

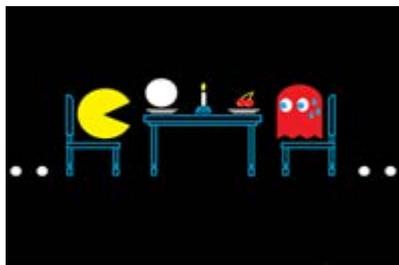
le jeu vidéo de Pacman : un imaginaire qui aurait pu inquiéter plus d'un interlocuteur invité à dîner à la flamme d'une chandelle pour entamer un « dialogue interculturel ». N'est-ce pas ?

Mon analyse provoquera sûrement le sourire du lecteur, mais je peux assurer que ma lecture et mon interprétation ne sont pas si éloignées de la paratraduction de l'image mise en place par la maison d'édition qui a publié le rapport final des Assises belges de l'interculturalité en 2010 que l'on peut acheter sur internet⁵ en payant moins de 30 euros. Jetez un coup d'œil : l'édition du paratexte de la couverture met en relief le préfixe



⁴ « La culture est dialogue, échange d'idées et d'expériences, appréciation d'autres valeurs et traditions ; dans l'isolement, elle s'épuise et meurt » (UNESCO, 1982 : Article 4).

⁵ <http://www.archambault.ca/interculturaliteassises-de-l-ACH002790133-en-pr>.



« inter- » en déclinant à merveille la silhouette Pacman pour montrer une tête mauve dans la lettre « e » du préfixe « inter- » écrit en minuscules. Remarquez aussi comment cette même couleur mauve (utilisée à maintes reprises dans les présentations paratextuelles des discours « féministes ») est réservée à deux lettres très précises du

mot « culturalité » écrit juste au-dessous en majuscules, concrètement la lettre « T » et la lettre « É ». Pour un traducteur, sujet qui traduit et premier agent paratraducteur, le jeu de mots déclenché par le sens du regard typographique est clair : dans un dialogue « interculturel » on invite l'autre à prendre un « thé » sans « hache ». Politesse et « ligne claire » belges obligent !

Inter
CULTURALITÉ

T(H)É

On oublie qu'il ne peut jamais avoir de « dialogue interculturel » sans le recours à la traduction et l'interprétation professionnelles. Le lien entre « interculturalité », d'une part, et « traduction » et « interprétation », de

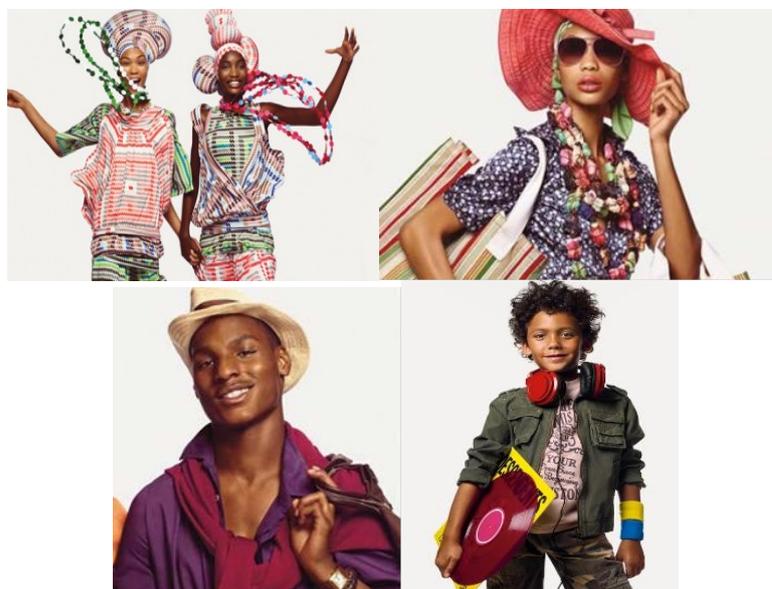


l'autre, est si évident que les questions théoriques d'un point de vue culturel, politique et social que pose l'exercice professionnel de la TIMS sont rarement abordées, comme si traduire et interpréter en milieu social allaient de soi. Il est temps de prendre le contre-pied d'une telle vision des choses : loin d'être de simples instruments au service du « dialogue interculturel », la traduction et l'interprétation l'orientent et le transforment selon la manière dont elles sont (ou ne sont pas) mises en œuvre. La traduction et l'interprétation ne sont pas seulement ce qui permet le dialogue entre les cultures : elles sont ce qui, la plupart des fois, façonne les cultures (ou les anéantit).

Bruxelles est bien la capitale de l'Europe et voilà que l'interculturel et le multiculturel sont devenus des thèmes récurrents de la question européenne et de la construction de son identité. Mais que se passe-t-il vraiment entre les cultures quand on traduit et on interprète les identités en milieu social d'après une perspective interculturelle ou multiculturelle ? Y a-t-il métissage des cultures ?

3. La traduction comme métissage des cultures

Le métissage est une notion très à la mode et récupérée par à peu près tous les discours, ceux de gauche et de droite, ceux du nationalisme et de transnationalisme, du Tiers monde et du Premier monde. Mais le métissage n'est pas l'effet Benetton. « On pourrait le croire puisque, venus du contexte colonial et connotés négativement, les termes "métis" et "métissage" ont été récupérés par l'industrie du divertissement et la publicité pour désigner superficiellement tout effet de mélange ou de croisement des cultures » (Nous 2005b : 9). Le métissage est en vogue, c'est un thème prisé et un terme abondamment utilisé pour vanter les produits les plus variés, de la gastronomie à la décoration en passant par le divertissement et, bien sûr, l'habillement, comme cette collection de vêtements printemps-été de Benetton appelée, très précisément, *métissage coloré*.



Le professionnel de la TIMS doit se démarquer de ces engouements confus : le cosmopolitisme mercantile, l'appétit consumériste d'élites friandes des cultures du monde ; les excès des théories postmodernes gommant les rapports de forces au profit de l'exaltation d'une hybridité figée en nouvelle identité ; sans oublier tout ce qui passe au petit écran (docs à la télé espagnole vulgarisant la vie quotidienne des autres cultures par la voix espagnole des *Españoles por el mundo* sans jamais entendre la voix de l'Autre ne parlant pas espagnol à la TVE) ou dans les grandes surfaces (*Maisons du Monde*, *Semana de la India en el Corte Inglés*, etc.)

Il est bien vrai que le mot « métissage » vient du colonialisme, l'expérience métisse est le fruit de l'expérience coloniale. Pour une nouvelle didactique et une recherche nouvelle en traduction, il s'agit de se réapproprié d'un signifiant qui a été associé trop longtemps à l'opprobre et au stigmate de la colonisation. Le mot de « métis » est apparu dans le contexte colonial pour désigner les enfants de sang mêlé,

au statut incertain, pris dans une tension entre colonisateur et colonisé. Il a longtemps renfermé une connotation très péjorative parce qu'il a exprimé ce qui a été considéré, pendant très longtemps, comme une transgression fondamentale entre l'Occident et son Autre. Le mot « métis » a renvoyé trop longtemps aux domaines de la biologie, du corps et de la sexualité honteuse entre espèces différentes. « Métis » fut employé d'abord par les Portugais et ensuite par les Espagnols (*mestizo* en espagnol veut dire littéralement « mixte, mélangé », du latin *mixticius*) au début du XVII^e siècle pour nommer cette supposée nouvelle catégorie d'êtres humains qu'étaient, pour la mentalité de l'époque, les enfants issus des croisements entre hommes espagnols et femmes indiennes. Avec la progression de la colonisation française en Amérique du Nord et aux Caraïbes, il est passé rapidement au français (s'écrivant de différentes façons : « métice », « mestif » et « métis ») et s'est confondu, au début, avec le terme « mulâtre » qui s'est spécialisé et a fini par désigner les enfants de couples noirs et blancs. Dans l'esprit européen de l'époque qui paraît encore vivant dans certaines mentalités d'aujourd'hui, le métis est carrément associé à une anomalie biologique et sociale parce que, composé de deux natures, il mélange les catégories et vient menacer l'ordre établi. Ce n'est pas avant le XIX^e siècle qu'apparaît le mot *métissage* tout en conservant son caractère fondamentalement péjoratif : il évoquait l'hybridité, d'abord, chez les ovins et, ensuite, chez les humains (Turgeon, 2004 : 58-59).

Il est évident donc que la notion de « métissage » en traduction est l'extension d'une notion qui s'est développée en biologie où le métissage sous-entend qu'on mélange deux lignées génétiques différentes, distinctes par leurs phénotypes physiques et chromatiques (couleur de la peau). Or, aujourd'hui, en sciences humaines et sociales, le concept de métissage ne sous-entend pas la fusion, la cohésion, l'osmose, mais plutôt la confrontation, le dialogue. C'est-à-dire, tout ce qui est propre à la traduction car la traduction peut être considérée comme un métissage de cultures... et j'emploie la notion de « métissage » dans le même sens que François Laplantine et Alexis Nouss (1997 et 2001), c'est-à-dire sans jamais confondre le métissage avec des notions telles que « mélange » ou « hybridité », très à la mode ces derniers temps mais complètement éloignées du sens du mot « métissage » dans la réflexion anthropologique et traductologique :

Quelques précisions en ce qui concerne l'interprétation et la traduction du mot métissage. Le métissage ne doit pas être confondu avec le mélange qui est de l'ordre de la fusion ou avec l'hybridité qui produit un nouvel ensemble. Hélas il y a un effet d'une énorme confusion généralisée dans la vulgate du métissage. Le métissage est dans le déséquilibre, l'hésitation. Le devenir métis est imprévisible, instable, jamais accompli, jamais définitif, car dans le métissage les composants vont conserver leur identité et leur histoire. En fait, une identité métisse correspond à une arithmétique qui n'est pas du tout orthodoxe. Le

jeune Beur, Français d'origine maghrébine, il n'est pas moitié Français, moitié Maghrébin comme le veulent l'uniformisation républicaine ou la différenciation multiculturelle. Non ! Il est 100 % maghrébin et 100 % Français ! (Nous, 2005a : en ligne).

« Non pas l'un ou l'autre (l'arabité ou l'appartenance à la France seulement), mais l'un et l'autre : l'un ne devenant pas l'autre, ni l'autre ne se résorbant dans l'un » (Laplantine et Nous, 1997 : 79). Étant donné que les cultures ne sont pas des univers étanches, toute culture est plus ou moins métisse, toute société assume plus ou moins le(s) métissage(s) de sa/ses culture(s).

Ce que je voudrais remarquer dans une publication comme celle-ci, consacrée à la TIMS, c'est que conceptualiser le métissage en traduction, c'est souligner le fait que les échanges culturels ont toujours existé grâce à la traduction et l'interprétation, par opposition à toutes les démarches non traductives qui viseraient à réifier ce que chaque culture conserve jalousement d'original et d'intangible. Le métissage en traduction n'est ni un concept, ni une chose, mais une disposition à penser et à mettre en œuvre une culture faite de pièces et de morceaux empruntés à divers registres. Le métissage est, avant tout, un état de culture, un univers mental lié aux choix faits dans les familles ou les milieux qui vivent l'expérience de l'émigration et du voyage. La population française, comme n'importe quelle autre population européenne, est née et s'est développée d'un métissage de peuples autochtones et de gens venus d'ailleurs. Ces différents « groupes ethniques » ne sont pas du tout définis par des caractères raciaux transmis par le sang comme le Front National veut nous faire croire en France, mais par des langues, par des coutumes, par des modèles locaux liés à des histoires personnelles et familiales faisant recours à la traduction (assermentée ou pas) de leurs papiers (textes et paratextes). La notion de « métissage » aide à comprendre que cette « ethnicité » est faite de mémoire, d'histoire, de systèmes de mariages, qu'elle est multiple, et qu'elle est vouée, comme le métissage, à un changement constant. Selon François Laplantine et Alexis Nous (1997), le métissage est premier : il correspond à la logique du vivant et de la rencontre des cultures. C'est, au contraire, la pensée essentialiste qui se forme de façon secondaire, par réaction : elle est un antimétissage dérivatif (Laplantine et Nous, 1997 : 71-72).

Or le métissage contredit précisément la polarité homogène/hétérogène. Il s'offre comme une troisième voie entre la fusion totalisante de l'homogène et la fragmentation différentialiste de l'hétérogène. Le métissage est une composition dont les composantes gardent leur intégrité. C'est dire toute sa pertinence politique dans les débats de société actuels (racisme, intégration, nationalité, etc.) (Laplantine et Nous, 1997 : 8-9).

Le métissage rentre ainsi dans les études sur la traduction comme une catégorie qui va déconstruire les idées classiques, forgées pendant des décennies, sur l'identité. Il est bien vrai qu'à faire le simple exercice de lire le journal, d'écouter la radio ou de voir la télé, on a l'impression qu'il y a un consensus quand on emploie, de manière banale et ordinaire, le mot « identité » à maintes reprises. Or, ce n'est pas du tout le cas, et encore moins quand on parle de traduction et interprétation d'une personne migrante allophone dans le domaine sanitaire, éducatif ou judiciaire des services publics. Le pro de la TIMS est conscient que l'on ne peut jamais réduire l'identité d'une personne qu'à sa seule carte d'identité car identité et appartenance ne sont pas synonymes :

S'il existe une épistémologie du métissage, elle ne peut s'affirmer qu'en abandonnant la fiction du pur qui se serait mélangé, du simple qui se serait compliqué. Le mélange précède et accompagne l'élémentaire, et la totalité la décomposition. Le métissage nous est donné et sa réduction à la simplicité de l'un s'avère aléatoire dans tous les sens du terme. Cette réduction en « composantes » et en « éléments » est obtenue par séparation de l'être mélangé et stabilisation du mouvement (Laplantine et Nouss, 1997 : 88).

Ces dernières constatations sur la notion de métissage imposent un changement de paradigme, une mutation des catégories et des symboles utilisés pour exprimer l'identité. Pour une didactique et une recherche renouvelées en TIMS, il s'agirait de constater dans les textes traduits et les paroles interprétées mises en œuvre lors de la régularisation des situations illégales du sujet migrant en Europe, par exemple, quel type d'identité s'est mise en place : une « identité-racine » ou bien une « identité-relation » ? L'identité-racine est ratifiée par la prétention à la légitimité qui mobilise la pensée de l'autre et celle du voyage « ensouchant » la pensée de soi et du territoire ; elle permet à une communauté de proclamer son droit à la possession d'une terre, laquelle devient ainsi territoire. Par contre, l'identité-relation du migrant en Europe exulte la pensée de l'errance et de la totalité ; elle ne conçoit aucune légitimité comme garante de son droit, mais circule dans une étendue nouvelle, ne se représente pas une terre comme un territoire, d'où on projette vers d'autres territoires, mais comme un lieu où on « donne-avec » et on peut tout « com-prendre ».

Le métissage n'est pas un processus de fusion des identités et des cultures ; il se situe au lieu de leur confusion. Le métissage n'a rien à voir avec le respect des origines et des différences : il affirme que les origines sont indifférentes. Le métissage c'est la perte de l'identité. Quand un interprète « traduit » en milieu social, il abandonne ce qu'il est pour devenir ce qu'il ne sait pas ou encore ce qu'il va devenir car la traduction métisse toujours les cultures ! Et cela vaut pour les 3 personnes qui interviennent dans toutes les prestations de TIMS (fournisseur de service, sujet migrant et

interprète). Vivant et faisant vivre tous les jours l'expérience des seuils, les traducteurs-interprètes démontrent dans chacune de leur prestation que l'on ne traduit pas pour rechercher son identité mais pour la perdre tout en retrouvant une autre. C'est l'enrichissement de la rencontre (*cf.* Yuste Frías, 2013 : 128-129).

4. Ni procédure interculturelle ni modalité multiculturelle

J'ai voulu présenter la traduction comme paradigme de transformation métisse pour interroger au détail ce qui n'est pas un concept à proprement parler mais plutôt quelque chose qui relève de l'affectif : la notion d'identité. L'identité n'est pas un objet social, elle est plutôt de l'ordre du sentiment, l'évocation d'un sentiment d'appartenance à un groupe, une revendication. La traduction constitue l'une des conditions de dépassement des discours identitaires. L'identité de chaque culture dépendant de la façon qu'a eue chacune de traduire ou de ne pas traduire, le recours à l'anthropologie s'avère indispensable pour déconstruire la notion d'identité culturelle dans une perspective traductive voulant instaurer la traduction comme paradigme originaire de toute culture.

Face au besoin permanent d'affirmation identitaire qui « taraude aujourd'hui les humains », Jacques Demorgon nous rappelle la fécondité de « la notion d'intérité » qui rompt avec la logique binaire des discours identitaires pour instaurer une triade conceptuelle d'une énorme richesse lors de la médiation implicite dans toute TIMS :

Contre la pauvreté du couple « identité/altérité » il fallait restaurer la triade conceptuelle « identité/altérité/intérité ».

Le mot « intérité », a été, depuis plus d'un siècle, proposé par le logicien et interlinguiste Couturat (...). La notion d'intérité n'écarte ni l'échange le plus discret, ni la transformation la plus profonde, ni tous les intermédiaires « entre ». L'intérité est médiation et ouvre sur la liberté que nous avons de nous engager plus ou moins dans un monde naturel et avec les autres (Demorgon, 2008 : 186-187).

Dans les « tranches culturelles »⁶ vécues par l'interculturel et le multiculturalisme, les constructions identitaires relèvent de l'idéologie d'un individualisme personnel ou collectif (l'identité culturelle, l'identité nationale, etc.) qui récuse la catégorie de l'altérité et oppose au risque le repli sur le soi propre (*cf.* Laplantine, 1999). Sous les perspectives retranchées de l'interculturel et du multiculturalisme, la catégorie d'identité s'est opposée aux sensations de pluri-appartenance inhérentes au processus de métissage présent lors de toute pratique professionnelle de la TIMS.

Dans l'interculturel, on suggère avec le préfixe « inter- », que les identités acceptent de se rapprocher mais que chacun reste ce qu'il est, chez soi. Dans le multi-

⁶ J'emprunte l'expression introduite par Alexis Nouss pour intituler la première partie de son livre (2005b : 19-44)

culturalisme, à l'aide du préfixe « multi- » on use du concept de différence pour aboutir à un essentialisme pouvant se décliner en politique aussi bien à l'extrême droite qu'à l'extrême gauche. Interculturel et multiculturalisme concevant ainsi les identités culturelles comme des tous homogènes, ont procédé à leur territorialisation : tout thème et tout sujet sont circonscrits à un territoire. On traduit l'Autre pour l'enfermer dans son appartenance et l'assigner à résidence. Le but principal de cette publication est, très précisément, de mettre en doute l'interculturel et le multicultural dans leur essentialisme, mettre en doute l'idée selon laquelle toute identité culturelle trouve son origine dans une sorte d'essence préexistante.

L'interculturel est une notion qui sert à cerner les dynamiques de rencontre, d'échange (sinon d'affrontement, quand ce n'est pas du pur rejet) qui s'établissent lorsque deux ou plusieurs communautés sont en contact. L'interculturalité est toujours tributaire d'un cadre politique qui ressort de la culture du pays hôte où les immigrants doivent atténuer leur distinction afin de se fondre dans le tissu social. C'est le modèle de l'intégration républicaine à la française. Tous égaux face à la République sans aucune distinction culturelle et encore moins culturelle, mais dès qu'il y a un problème, les origines se mettent en relief.

L'interculturel n'est (...) qu'une sorte de négociation ajustée entre des personnes ou des groupes de culture différente maintenue telle au-delà des rencontres, échanges, coopérations. S'ils sont ensemble c'est seulement au service d'un objectif extérieur, par exemple les bons résultats d'une entreprise (Demorgon, 2008 : 186).

Le concept d'interculturalité est né dans les années soixante-dix en Europe et principalement à propos d'abord de l'intégration des migrants. La notion « d'intégration » est une notion polysémique qui déchaîne les passions. Entre ceux, descendants de migrants, qui la réfutent et ceux qui considèrent que le processus est en panne, voire que certaines personnes ne peuvent s'intégrer, il est souvent difficile de travailler sereinement cette dimension. La mise en œuvre il y a quelques années en France d'un *ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire* est encore venue apporter un peu plus de confusion. Comme Marc Crépon, moi aussi je me suis demandé, « en écrivant ces lignes, comment leur donner un tour moins abstrait, quelle illustration proposer qui ne soit pas encore une fois la déconstruction d'un discours philosophique déterminé sur la ou les culture(s) » (Crépon, 2004 : 78, note 1). Alors j'ai décidé de prendre des exemples gastronomiques pour illustrer mes propos, la « cuisine » étant toujours le fleuron de « la culture ». Et voici que je propose d'illustrer le modèle à la française d'intégration républicaine interculturel du migrant en l'assimilant à l'expérience gastronome du potage qui œuvre une pensée antimétisse de l'identité. En effet, la pratique de la TMS réalisée sous la perspective de l'interculturalité « broie, mélange, passe, bref (...) fusionne,

visant à l'homogène » (Laplantine & Nouss, 2011 : 533) n'importe quelle manifestation d'appartenance à une identité étrangère quelconque. La loi du 20 octobre 2010 interdisant le port du voile islamique dans l'espace public de la République française en est un exemple éclairant.

Se fondant sur l'originalité et le caractère unique des formations culturelles, le multicultural « tient pour acquis qu'il existe une connexion essentielle entre la culture et son origine raciale, sexuelle ou ethnique » (Buden, 2006 : en ligne). « Le multicultural est un concept opératoire propre à décrire et définir une situation sociale réunissant au sein d'une entité urbaine, régionale, nationale ou supranationale, plusieurs groupes communautaires ». Peu importe que ces groupes communautaires soient « égaux en nombre et importance ou non, hiérarchisés ou non » (Nouss, 2005 : 23). Le multiculturalisme use du concept de différence en le travestissant en différentialisme. Au temps du colonialisme, le Noir est esclave ; venu le postcolonialisme, il est employé de maison. Le multiculturalisme privilégie une culture dite « commune » qui n'est qu'hégémonique, excluant ceux qui ne respectent pas les normes de la langue ou des mœurs. Les étrangers doivent rester étrangers car les origines font la différence et on en est fiers et orgueilleux aux États-Unis. On admet les différences culturelles mais on les noie dans un monochromatisme généralisé d'assimilation parfaite à l'américaine du migrant. Dans la pratique de la TIMS réalisée sous la perspective du multiculturalisme, les différences ne sont que la simple juxtaposition des identités. Il est bien vrai que les mouvements antiracistes défendent le droit à la différence mais les mouvements racistes le font aussi de la même manière. Le différentialisme peut être manipulé dans le sens de l'exclusion ou de la ségrégation ghettoïsante. « Touche pas à mon pote » disait-on en France, comme slogan antiraciste ; et Le Pen pouvait répondre : « Non je ne touche pas à ton pote, je le mets dans un camp ».

Le risque est grand de sombrer dans le nativisme et le fondamentalisme, prônant une authenticité primitive, homogène et permanente, une essentialisation d'une différence décontextualisée, anhistorique, figée. Un Noir, une femme, un gay, un jeune ? L'article indéfini avoue la difficulté de la définition (Nouss, 2005b : 22)

5. La TIMS est une opération transculturelle !

« La représentation de "l'autre" de façon acceptable » (Asgarally, 2005 : 10) ne peut être possible que grâce à l'opération transculturelle de la traduction, où le préfixe « TRANS- » suggère l'idée d'une acceptation à se transformer dans une fécondation réciproque qui, déterritorialisant en permanence thèmes et sujets, déplacent les frontières langagières et culturelles pour former des identités métisses composites, c'est-à-dire double, triple ou quadruple.

On voit bien qu'ici le sens des notions est à la merci des stratégies des personnes, des groupes, des sociétés qui les emploient dans un contexte spécifique. Chaque notion a plusieurs sens. On a le « trans » de transformation, et le « trans » de transcendance. Celui-ci s'inscrit dans une position de surplomb qui se pense unificatrice à l'égard des différences culturelles. Cas du transculturel catholique ou du transculturel républicain laïque. [...]

Le préfixe « trans » lui aussi, est ouvert entre un « trans » de passage et d'échange momentané, secondaire, et un « trans » qui finit par devenir une identité supérieure commune, transcendante aux différences des êtres (Demorgon, 2008 : 186-187).

La logique de la traduction est « l'élément tiers » qui rend possible une théorie des « branchements culturels » (Amselle, 2001) dans un devenir métis. La traduction et l'interprétation en milieu social ne peuvent être mises en œuvre que dans la logique du devenir métis. Le sujet contemporain est-il conscient d'être flux identitaire, construction permanente soumise à la multiplicité de ses diverses appartenances ? Le traducteur et l'interprète en milieu social vivant toujours entre deux langues et deux cultures, en est un modèle !

C'est une nouvelle manière de concevoir l'identité, de transcender le multiculturalisme, de promouvoir le véritable échange entre les cultures, de penser et de reformuler les expériences historiques, de refuser la thèse du « choc des civilisations », de désamorcer la « guerre des langues », d'analyser les relations entre la culture, l'information et la communication à l'heure de la mondialisation, de construire des passerelles entre les littératures du monde, de former et de développer la pensée critique grâce à l'apport de la philosophie, d'explorer la dimension culturelle et non culturelle du religieux (Asgarally, 2005 : 9).

La pratique professionnelle de la TIMS constitue un moyen privilégié d'instaurer entre deux cultures, entre deux individus, un espace et un temps de « dialogue à trois » TRANSculturel. La TIMS est toujours là pour rendre compte de l'altérité en termes d'identité car son rôle est de

rappeler qu'il est possible de dire le monde d'une autre façon, avec un autre accent, d'autres couleurs. Faire entendre dans sa propre langue, la langue autre, y faire entrer de l'étrangeté qui enrichira les possibilités de l'expression et de l'identité du sujet. [...] La traduction est dialogue entre les langues. Or il en va du dialogue comme de la rencontre et du voyage : sa valeur tient dans la distance parcourue (Laplantine et Nouss, 1997 : 41).

Sans la pratique quotidienne des traducteurs et des interprètes, aucune culture ne peut dialoguer avec une autre. Étant une pensée du lien, de la relation et de la transformation, la traduction est surtout une pratique professionnelle métisse (c'est-à-dire à la fois métissée et métissante) et, par conséquent, elle est bien plus une « opération transculturelle » qu'une « procédure interculturelle ou une modalité multiculturelle » (Nouss, 2005 : 43). Prôner la transculturalité dans la TIMS consisterait, en fin de compte, à ne plus penser l'interculturel ou le multiculturel comme des appropriations d'une culture « authentique », « légitime » et « retranchée » à la recherche permanente de ses « origines » mais, plutôt, à penser l'interculturalité et la multiculturalité sous la perspective du paradigme de la traduction, c'est-à-dire :

à montrer que ce que chaque culture s'imagine avoir en propre (ce dont elle fait un trait caractéristique essentiel) est certainement l'effet d'une traduction, voire d'une succession de traductions – de telle façon qu'il serait presque impossible de démêler l'originel du traduit. Il s'agit de battre en brèche tout discours qui persévérerait dans la quête d'un contenu culturel authentique (quelque chose qui appartiendrait en propre à une culture et à cette culture seulement) (Crépon, 2004 : 78).

Le transculturel est ce qui relève le plus de la TIMS car il désigne la mise en commun ou l'adoption généralisée de formes culturelles. Des éléments passent d'une culture à une autre lorsqu'ils peuvent exister dans les deux, si bien que, grâce à la TIMS, le transculturel désigne les voies de passages suscitant et aidant les opérations de déterritorialisation et reterritorialisation. Dans le dialogue transculturel de la TIMS les identités sont en construction permanente. Quand je traduis et j'interprète en milieu social je me transforme en l'Autre et l'Autre se transforme en moi, me permettant de vivre un devenir métis où toutes les identités sont présentes à 100 % sans perdre aucune de leurs appartenances.

Pour finir, je propose d'illustrer aussi avec un exemple gastronomique comment la TIMS est une opération transculturelle : j'assimilerais ainsi très volontiers la perspective transculturelle dans la pratique professionnelle de la TIMS à l'expérience gastronome qui, impulsant une dynamique chaleureuse, œuvre une pensée du métissage au feu d'une paëlla où toutes les appartenances de chaque identité sont respectées telles quelles ! Une bonne paëlla respectueuse de ses composantes qu'elle laisse intactes dans le bouillon riche et tolérant qui les a soudées dans le riz et qui disparaît (comme le professionnel de la TIMS : un pro du lien) une fois le feu éteint. L'état multicolore de la paëlla (l'interaction mise en œuvre par la transculturalité) rend dès lors bien pâle le monochrome pastel du potage (l'intégration mise en œuvre par l'interculturalité).

6. Conclusions

Traduire et interpréter pour des sujets migrants ne suppose pas seulement savoir transmettre et communiquer les références culturelles d'une société nouvelle. Il faut aussi que les institutions de cette société qui accueille les migrants puissent comprendre, grâce à la tâche des professionnels de la TIMS, les multiples appartenances qui composent leurs différentes identités. Le professionnel de la TIMS participe à la création du lien social à condition de l'aborder en laissant la porte ouverte au métissage : il est là pour accueillir la différence, la traduire, et non pas pour l'atténuer ou l'effacer.

Lorsque je traduis, *je traduis* autant l'autre en moi que je me traduis en l'autre, trouvant par ce contact, cette exposition, cette « épreuve à l'étranger », des ressources langagières, des modes de pensée et d'expression qui y étaient latents et que je réactive. *J'accueille* l'étranger qui se réfugie dans ma langue mais aussi *je me réfugie* dans la sienne. (Laplantine et Nous, 2001 : 563 [les italiques sont à moi]).

Traduire et interpréter l'autre n'a rien à voir avec la logique des discours identitaires forts, tous ancrés, aussi bien à l'extrême droite (fascisme) qu'à l'extrême gauche (nationalisme), sur le territoire, voire le terroir. Très loin d'une pensée territorialisée (être ou ne pas être né quelque part), la TIMS déterritorialise l'autre en mettant en place, grâce à la notion de paratraduction (Yuste Frías, 2013 : 123-125), une pensée du seuil qui rend possible la traduction et l'interprétation de chaque expérience exilique implicitement ou explicitement présente dans le devenir métis du sujet migrant. Tout l'enjeu d'une politique de migration authentique dépend de l'usage conscient⁷ des préfixes inter-, multi- ou trans- dans le mot « culturalité » et tous ses dérivés. Chaque choix reflète un regard différent sur la diversité et les définitions variables de l'altérité. Nous nous intéressons aux représentations implicites ou explicites qui légitiment, aux seuils de la pratique professionnelle de la TIMS, les discours validant les politiques dites interculturelles, multiculturelles ou transculturelles dans le but de dessiner la cartographie de l'altérité correspondante.

Or, il y a des choix qui nous concernent tous ! S'il faut défendre le vouloir vivre ensemble il faut le faire dans la différence et non dans l'indifférence, l'indifférenciation ou le choc des cultures. Le vouloir vivre ensemble fondé non sur la démagogie de l'assimilation multiculturelle ou de l'intégration interculturelle, mais construit au quotidien sur le terrain des interactions transculturelles, est l'enjeu que la société doit imposer à ses politiques, à ses parlementaires et à ses médias. Les traducteurs et les interprètes, nous sommes là pour aider dans la médiation sociale, pour faire voir qu'il peut y avoir, donc, des réponses différentes et contradictoires à toutes

⁷ « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme », écrivait Rabelais dans *Pantagruel*.

ces questions cruciales que l'on se pose toujours avant d'agir comme professionnel dans une TIMS. Des questions telles que celles-ci :



Pourquoi la médiation à l'école devient apparemment impossible lorsqu'une jeune fille musulmane porte le voile ? (cf. Yuste Frías, 2011a).



Faut-il être jeune femme journaliste occidentale et se trouver dans une situation de médiation « non sociale » pour que l'on puisse porter le voile sans aucun problème ? (cf. Yuste Frías, 2011b).



Est-ce que l'on peut se passer de la présence physique ou

virtuelle de l'interprète dans le domaine sanitaire de la médiation sociale ? (cf. Yuste Frías, 2011c).

français				Oui	Non	Vous avez mal?	Vous avez des pertes?	Vous avez des vomissements?	français		
Je suis la sage-femme				Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin		
Date de vos dernières règles				Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre		
1	2	3	4	Quel âge avez-vous?		Avez-vous une césarienne?	Vous êtes allergique aux médicaments?	Etes-vous malade?	Vous êtes allé en consultation pendant la grossesse?		
5	6	7	8	Combien d'enfants avez-vous?		Quelle date?	Prenez-vous des médicaments habituellement?	Avez-vous été opéré?	Avez-vous été opéré?		
9	10	11	12	Avez-vous des pertes des eaux?		Avez-vous saigné?	Avez-vous des contractions?	Je vais vous faire un touché?			
13	14	15	16	Quel couleur?: transparents jaune vert		Quand?	Avec quel fréquence?				
17	18	19	20	Quand?							
21	22	23	24	Goutte à goutte		Douche	Toilette	Boire	S'asseoir	Marcher	
25	26	27	28								
29	30	31		Respirer lentement		Souffler	Pousser	Ne poussez pas		Avez-vous envie de pousser?	
Jour		Nuit		Tout va bien		Soyez tranquille	Tout ce que vous avez c'est normal	Le médecin va vous aider		Nous devons vous faire une césarienne	

Pour communiquer avec des femmes enceintes immigrantes, peut-on vraiment remplacer l'interprète en milieu social par des « interprètes en papier », c'est-à-dire par des pictogrammes trop mal traduits ? (cf. Yuste Frías, 2010b).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMSELLE, Jean-Loup (2001) : *Branchements, anthropologie de l'universalité des cultures*. Paris, Flammarion.

ASGARALLY, Issa (2005) : *L'interculturelle ou la guerre*. Port-Louis (Maurice), Presses du MSM.

BUDEN, Boris (2006) : « La traduction culturelle : pourquoi elle est importante et par où commencer ». *Transversal / EIPCP multilingual webjournal*. Under translation, 06/2006, Vienne, European Institute for Progressive Cultural Policies. Trad. fr. de Lise Pomier [en ligne : <http://eipcp.net/transversal/0606/buden/fr> ; 13/05/2014].

CRÉPON, Marc (2004) : « La traduction entre les cultures ». *Revue Germanique Internationale* 21, 71-82.

DEMORGON, Jacques (2008) : « L'interculturelle ou la guerre. Avec Guillebaud, Asgarally, Le Clézio (Prix Nobel de littérature 2008). Après les Jeux Olympiques de Pékin ». *Synergies. Inde* 3, 185-192.

LAPLANTINE, François (1999) : *Je, nous et les autres*. Paris, Le Pommier.

LAPLANTINE, François et Alexis NOUSS (1997) : *Le métissage. Un exposé pour comprendre. Un essai pour réfléchir*. Paris, Flammarion.

LAPLANTINE, François et Alexis NOUSS (2001) : *Métissages. De Arcimboldo à Zombi*. Paris, Fayard/Pauvert.

NOUSS, Alexis (2005a) : « Traduction et métissage ». Sixième conférence du premier séminaire organisé par le Groupe de Recherche TRADUCTION & PARATRADUCTION (T&P) [en ligne : <http://www.paratraduccion.com/> ; 13/05/2014].

- NOUSS, Alexis (2005b) : *Plaidoyer pour un monde métis*. Paris, Textuel.
- NOUSS, Alexis (2009) : « Métissage et traduction », in J. Yuste Frías (dir.), *Quatrième capsule T&P*. Vigo, UVigo-TV_T&P [en ligne : <http://joseyustefrias.com/index.php/web-tv/pildorastyp/57-pildoras/128-metissage-et-traduction.html> ; 13/05/2014]
- TURGEON, Laurier (2004) : « Les mots pour dire les métissages : jeux et enjeux d'un lexique ». *Revue Germanique Internationale* 21, 53-69.
- UNESCO (1982) : *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles. Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982*. Mexico, Unesco [en ligne : http://portal.unesco.org/culture/fr/files/12762/11295422481mexico_fr.pdf/mexico_fr.pdf ; 13/05/2014].
- YUSTE FRÍAS, José (2010a) : « Au seuil de la traduction : la paratraduction », in T. Naaijken (ed.), *Event or Incident. Événement ou Incident. On the Role of Translation in the Dynamics of Cultural Exchange. Du rôle des traductions dans les processus d'échanges culturels*. Bruxelles, Peter Lang, 287-316.
- YUSTE FRÍAS, José (2010b) : « Intérpretes de papel para mujeres embarazadas inmigrantes », *Blog de Yuste. On y sème à tout vent*. Vigo, Universidade de Vigo [en ligne : <http://www.joseyustefrias.com/index.php/blog/item/interpretes-de-papel-para-mujeres-embarazadas-inmigrantes.html> ; 13/05/2014].
- YUSTE FRÍAS, José (2011a) : « Desvelando miradas 3 : la niña del velo de Arteixo », in *Blog de Yuste. On y sème à tout vent*. Vigo : Universidade de Vigo [en ligne : <http://www.joseyustefrias.com/index.php/blog/item/desvelando-miradas-3-la-nina-del-velo-de-arteixo.html> ; 13/05/2014].
- YUSTE FRÍAS, José (2011b) : « Desvelando miradas 4 : Ana Pastor o cuando el micro desvela », in *Blog de Yuste. On y sème à tout vent*. Vigo, Universidade de Vigo [en ligne : <http://www.joseyustefrias.com/index.php/blog/item/desvelando-miradas-4-ana-pastor-o-cuando-el-micro-desvela.html> ; 13/05/2014].
- YUSTE FRÍAS, José (2011c) : « Mujer embarazada inmigrante busca intérprete que no sea de papel », *15ª pildora T&P*. Vigo, Uvigo-TV [en ligne : <http://www.joseyustefrias.com/index.php/web-tv/pildorastyp/57-pildoras/184-mujer-embarazada-inmigrante-busca-interprete-que-no-sea-de-papel.html> ; 13/05/2014].
- YUSTE FRÍAS, José (2013) : « Aux seuils de la traduction et de l'interprétation en milieu social », in Jean-Michel Benayoun et Élisabeth Navarro (éds.), *Interprétation-médiation. L'an II d'un nouveau métier*. Paris, Presses Universitaires de Sainte Gemme, 115-145.

Interprétariat, entre pratiques et théories de traduction

Gholamreza Shokrani

Université Azad islamique de Téhéran. Branche centrale

shokranireza@gmail.com

Resumen

Este artículo toma en consideración el hecho incontestable de que la pluralidad-alteridad de las lenguas es esencial y no empírica: la «esencia-lengua» está retenida o contenida en el discurso de la traducción como un «entre-dos-lenguas». En la práctica, este artículo se concentra en la interpretación, especialmente en circunstancias transculturales presentes en distintos niveles en los que la interpretación puede ampliar sus horizontes hacia la mediación. En un contexto de traducción de discursos para una terapia psicoterapéutica, en el que la misma lengua está en crisis, la tarea del traductor se asemeja a la de una hermenéutica interpretativa. Este artículo pretende ofrecer una descripción extensa de lo que puede constituir la tarea de un intérprete y arrojar luz a un horizonte al que la importancia y eficacia de la función del traductor deben llevar.

Palabras clave: traducción; interpretación; teoría de la interpretación; mediación; intérprete; inmigración.

Abstract

This article takes into account the incontestable fact that plurality-alterity of languages is essential and not empirical: «essence-language» is detained or contained in discourse of translation as «between-two-languages». For practical aspect, this research is concentrated on interpretation, particularly on transcultural circumstances in several levels, where interpretation can extend its horizon unto mediation. In a situation of translating the speeches for a psychotherapeutical clinic where the language itself is in crisis, translator's task strives towards the road of an interpretative hermeneutics. This paper aims to give an extensive description of what can be the task of the interpreter, shedding light on the horizon that the significance and the efficiency of translator's function may lead to.

Key words: translation; interpretation; theory of interpretation; mediation; interpreter; immigration.

0. Le concept théorique de traduction : une tentative

De nombreuses théories abordent la question de la traduction. Toutes ces théories semblent intéressantes du point de vue de la compréhension du rôle et de la nature de la langue. Dans cette introduction, nous essayons d'esquisser brièvement et d'une façon éclectique, au risque de sembler vague, les idées phares qui projettent de la lumière sur les méandres des pratiques du métier d'interprète en milieu social, que nous allons exposer ensuite en deux volets.

Pour éclairer au mieux la portée du travail fait sur le terrain, ce dernier pourra essentiellement s'appuyer sur la « théorie interprétative du sens » de Danika Seleskovitch et Marianne Lederrer (1993). En effet, cette théorie donne le primat au sens du discours en ne considérant les mots que comme des moyens éphémères au service du sens. C'est ce point de vue qui ouvre le plus clairement le chemin parcouru par cet article.

La théorie interprétative du sens repose sur un principe essentiel : la traduction n'est pas un travail sur la langue, sur les mots : c'est un travail sur le message, sur le sens. L'acte du traduire se compose toujours de deux étapes : COMPRENDRE et EXPRIMER. Il s'agit de déverbaliser, c'est-à-dire enlever « la lettre » à la recherche du sens, puis de ré-exprimer dans d'autres mots. Le grand mérite de ces théoriciennes est d'avoir démontré l'importance et le caractère naturel d'un processus dans lequel la connaissance de la langue source ne suffira pas. Le traducteur va, à la suite d'une formation spécifique, acquérir un savoir-faire adéquat. Il devra ensuite disposer d'un certain savoir : la compréhension du sujet, la maîtrise de la langue cible, et aussi en particulier une méthode basée sur des réflexes éprouvés, qui lui permettra d'adopter à l'égard du discours une attitude libre et spontanée. Il s'agira alors d'aboutir à une énonciation directe et plus originale sans se laisser enfermer dans le choix des équivalences linguistiques (Dinh, 2010).

Les autres théories, certaines déjà anciennes, ne sont pas écartées pour autant. Il apparaît nécessaire d'en tenir compte pour ce qui concerne la précision des concepts. Un bref rappel de ce domaine théorique justifie du coup la position de cet article.

Selon l'acception de Roman Jakobson (*apud* Berman, 2008), la traduction est le passage d'une langue source vers une langue cible. Ce principe semble une évidence insatisfaisante pour un travail de traduction sur le terrain. Dans le même sens, un grand éventail de théories concernant la traduction traite des problèmes pratiques liés à la traduction et aux difficultés auxquelles elle se heurte selon les types de texte, selon les langues, selon les époques.

Au delà de l'aspect linguistique, l'aspect culturel n'en reste pas moins important et moins problématique. Jacquemond (1993) utilise l'aspect traductionnel – dû, essentiellement à une différenciation géographique – pour exprimer concrètement la différence dans les relations entre l'Occident et l'Orient. En ce sens, sa démarche

constitue un apport important à la réflexion sur la traduction interlinguistique au plan des contacts interculturels. Ce n'est toutefois pas ce type de traduction interlinguistique qui puisse donner une vue globale du corpus ici présent.

Dans une première période de la réflexion sur ce thème, les théoriciens ont distingué la nécessité de classer les écoles de la théorie réparties ici et pour une raison pratique et de clarté, en trois étapes (Larrivée, 1994) :

- 1) la traduction jakobsonienne avec son approche strictement linguistique, c'est-à-dire la traduction comme processus de reconnaissance de l'autre dans laquelle la réflexion prend en compte des paramètres plus larges dans les implications de la traduction ;
- 2) la théorie de R. Jacquemond en ce qui concerne la préoccupation interculturelle ;
- 3) la traduction comme renversement de la traduction, où se pose d'emblée une théorie du langage comme découlant d'un phénomène de traduction.

Par ailleurs, l'approche développée ici peut aussi s'inspirer, pour un usage méthodologique, des théories élaborées par Antoine Berman (2008) et Eliane Escoubas (1989). Ces auteurs émettent des idées intéressantes pour la pratique. Par exemple, l'intérêt de la théorie bermanienne de la traduction est de permettre d'abord d'infléchir la réflexion concernant les discours sur l'identité. Si pour Berman (1984) l'éthique de la traduction nécessite une « épreuve de l'étranger », c'est-à-dire une présence de l'autre dans la langue de traduction, de la même manière, pour parler de soi il est nécessaire de faire appel à l'autre.

Le discours sur l'identité prend diverses formes rhétoriques et conceptuelles ; l'autre peut être un passé historique, culturel, une minorité ethnique, la femme, la mort, Dieu. De plus, et pour finir, la réflexion sur les approches que nous pourrions appeler « théorisante » et « poétisante », adoptée par notre méthode, tend à réconcilier la dialectique Ladmiral-Meschonic. En effet, il est question bien davantage d'une attitude devant la théorie de la traduction que de la défense et de l'illustration d'une pratique. La première approche est défendue par Ladmiral, et formulée dans un langage savant de linguiste théoricien. Elle s'élabore dans des théorèmes qui se donnent comme clefs de toutes les voûtes du grand édifice traductologique, laissant fort peu de place au traducteur-poète, à la fonction créatrice de toute traduction, et l'auteur s'enfonce par là dans l'illusion des sciences exactes, c'est-à-dire à ce point il nous faut le quitter.

Ces définitions peuvent être divergentes et sembler parfois contradictoires, mais nous restons toujours dans le champ de l'accès au sens d'une œuvre et de son expression, proche d'une certaine conception de l'interprétation en tant que symbiose d'un texte, d'une œuvre, d'un discours. Devant un texte à traduire, l'auteur est supposé mort, alors que dans une clinique, il s'agit de la rencontre de l'individu et sa

langue. Pouvons-nous suivre à la suite de Schleiermacher (1989) la route d'une herméneutique interprétative ?

Ce dernier auteur affirme que tout ne peut être clair dans l'objet à interpréter, qu'il subsiste et subsistera des zones d'ombre qui nécessiteront la pénétration de la pensée de l'autre, l'acte de symbiose avec le texte. Son principe de base est que tout est à interpréter, qu'il n'y a pas de l'allant-de-soi dans un texte. En somme, l'interprétation selon lui ne se limite pas à des textes de langue étrangère. Mais c'est tout de même à partir de cette idée de la traduction qu'il déduira les grands principes de l'herméneutique interprétative. Dans tous les cas, affirme-t-il, il s'agit d'une rencontre entre l'individu et la langue. Ce point nous semble fondamental et sa conception de l'herméneutique marque une ère nouvelle dans le rapport à la langue, puisqu'il affirme, conception encore à l'ordre du jour, que l'individu peut s'aliéner dans la langue, mais qu'à la fois il est le seul à pouvoir la subvertir, la transformer, lui faire violence, en un sens, pour la faire résonner différemment. L'individu est donc un acteur en tant qu'il est en mesure d'exercer une force contre le système linguistique qui exerce une violence sur sa liberté. Le rapport entre la langue et l'individu devient ici un rapport dialectique où chacun des deux termes présuppose toujours l'autre.

Voilà une séduisante théorie du sujet axée dans un premier temps sur la primauté de l'individu sur le système. Les finalités pratiques d'une telle théorie ne font toutefois pas l'économie d'une volonté de reconstitution du système par l'herméneute qui a de l'œuvre, selon Schleiermacher, une meilleure compréhension que l'auteur lui-même, ce que Gadamer (1996) reprendra, dans la visée d'une reconstruction systémique, comme un « comprendre autrement ».

Toutes ces considérations semblent s'éloigner de la structure de cet article. En réalité, elles en confirment les fondements. La traduction dont il est question dans ces pages se distingue intégralement de l'herméneutique et de l'interprétation puisqu'elle est une pensée héritée de ce dernier quart de siècle, dont les racines plongent certes dans un héritage du passé, mais pose le problème en termes de processus de la langue, et non en termes de sens à dévoiler. Nous reprenons pour rappel Escoubas (1989), qui souligne un phénomène singulier : celui de la confusion entre « répétition » et « traduction ».

L'interprète, vu son partage ethnique avec le patient, a en commun avec ce dernier « la langue en général », la partie qui l'aidera à le comprendre et ensuite à déchiffrer et à transposer dans une autre langue le vouloir dire du patient. Peut-on s'approcher de l'idée d'une essence-langue et dire que le fondement du travail de l'interprète se base sur une essence qu'il est supposé partager avec le patient, membre de son ethnie, de sa langue ? Ce que l'interprète propose comme traduction en clinique est-elle un « entre deux langues » ? Cet article prend en compte le fait incontestable que la pluralité-altérité des langues est essentielle et non empirique : l'essence-

langue est tenue ou contenue dans l'énoncé de la traduction comme « entre-deux-langues ».

Il n'est pas nécessaire d'approfondir l'analyse de chaque théorie de la traduction tout en étant nécessaire de souligner que quelques-unes des conclusions d'une étude sélective sont suffisamment proches de l'optique adoptée ici pour en extraire l'essentiel, soit une certaine méthodologie ou une stratégie du travail de l'interprète en clinique ou en milieu social.

Comment ne pas vouloir, quel qu'en soit le prix, dépendance, aliénation, folie parfois, vivre au-dedans de la pensée des autres, s'habiller de leurs mots, se soutenir de leurs phrases, exister à l'intérieur de leur existence, confondu, dans une confusion plus foncière que celle des langues (Schneider, 1985 : 110).

« Traduire », enfin, c'est la question du doute, du « deux », de l'autre et, pour aller plus loin, de l'éthique entre l'un et l'autre, l'aménagement d'un lieu, comme le proposait Berman, où l'autre demeure. Une autre demeure de la langue. Quelle est la place de l'autre dans la constitution du discours sur soi ? Quelle est la rhétorique « identitaire » de l'appartenance (nationale, culturelle, ethnique) et de quoi se nourrit-elle ? Dans cet excès de l'opposition entre le propre et l'étranger, quelle est précisément l'éthique du rapport à l'autre dans la perception de soi ?

Ce sont ces questions précises et leur relation que la pratique, telle qu'exposée dans cet article, pourrait éclairer tant soit peu et enrichir le domaine de la traduction dans la scène sociale ou psychothérapeutique transculturelle.

Néanmoins, au premier abord, cet article, qui se veut un rapprochement entre la pratique et les théories de traduction, pourrait sembler d'une certaine manière vague et confus. La confusion vient au fait de la nature du travail de l'interprète de terrain en milieu social. Bien évidemment, il s'agit de la « traduction », raison pour laquelle nous fouillons dans les théories de traduction pour comprendre les spécificités de ce « genre » particulier, tout en essayant dans les deux volets de cette étude d'étaler la diversité du domaine par le biais des exemples et des cas de figures concrets.

Cet article tentera également de démontrer par des exemples précis que, malgré une large différence entre traduire dans un bureau d'accueil d'immigrés et traduire dans une clinique psychothérapeutique, il y a tout de même une similitude : dans les deux cas la tâche du bon traducteur dépasse considérablement le langage, matière première de son travail. A la fin de chacun des deux volets, nous essayerons de donner un aperçu de l'horizon où peut s'étendre le rôle et l'importance du travail de l'interprète en milieu social.

1. Interprète en clinique de psychothérapie. Traduire en poète entre les mots et les douleurs

Le fait d'interpréter en clinique présente des spécificités qui le distinguent de tout autre travail d'interprétariat en milieu social. Depuis le début du siècle, la tendance est de désigner ce dernier comme « médiation culturelle » et à prendre l'interprète pour un co-thérapeute dans les cliniques de psychothérapie transculturelle. En gardant en vue les théories en traduction et en interprétation en général, il s'agit d'analyser notre expérience en ce domaine, puis de théoriser en se basant sur des pratiques réussies, pour reprendre L'Admirale.

Abordons de plein pied la question de la violence, c'est-à-dire sur la source des situations que nous allons évoquer. Les personnes à traduire en clinique en portent des séquelles profondes. Par conséquent, le discours qui exprime ces séquelles est un discours affecté. Au fait, le but de la violence, dans un contexte politique, consiste à priver la personne de ses liens, de ses possibilités d'expression et à la dépouiller de sa parole. Pour celles et ceux qui ont survécu, reprendre la parole et leur place de sujet leur demande la possibilité de retisser une relation avec autrui. Il a été torturé par cet autrui, lequel n'avait pour but que de lui couper ses liens avec d'autres « autrui ».

Mettre les mots sur une douleur à peine exprimée, traduire les balbutiements et quelques sons qui émergent à la bouche d'un traumatisé en sanglots et en larmes, fait appel à un autre domaine du savoir-faire bien au-delà du savoir linguistique. Bref, la seule connaissance des langues n'y suffit pas, car dans la clinique la matière première du travail de l'interprète, c'est-à-dire la langue, est aussi ce que l'on cherche à rétablir. Et le but reste celui de rendre au patient sa langue et ses mots. Or dans une telle situation la « tâche de l'interprète¹ » se centre à priori sur le fait de constituer les données essentielles, à partir desquelles son travail devra commencer. C'est une base de données que son éthique de travail ordinaire ne doit pas permettre de transcender sous peine de transgression. Mais finalement, comment traduire dans un espace où les signes linguistiques ne se combinent pas en un message ?

1.1. La tâche de l'interprète

Ainsi donc, la tâche de l'interprète va au-delà de son rôle linguistique. Au premier abord, le travail de l'interprète consiste à agencer les propos qu'un sujet adresse à un autre sujet, de telle sorte qu'il doive les réorganiser différemment dans une autre langue. Mais cela ne concerne que le « degré zéro » de son rôle. Sa tâche principale fait appel à un travail que nous qualifions pour le moment de « création et d'invention ».

Nous n'avons pas le même jeu de pièces d'une langue à l'autre, et par conséquent la syntaxe de l'une ne recoupe pas totalement celle de l'autre, fût-ce sa langue cousine la plus proche. Du coup, l'interprète est emmené à produire, à construire et à

¹ En référence au titre d'un article de Walter Benjamin (« La tâche du traducteur ») paru en 1923.

agencer les mots de façon à ce que le destinataire les appréhende. Il en résulte un tissage nouveau. Cet agencement cherche à transmettre une parole, une émotion, avec des contraintes de mesure, de rythme, et constitue bien un travail que, faute de mieux, nous définissons comme *poétique*, pour nous rapprocher des expressions qui jalonnent notre introduction théorique. Pour ce poète de l'immédiat qui doit en quelques secondes improviser une façon de restituer tout ce qu'il vient d'entendre dans un autre univers sémiologique, interpréter en clinique revient à comprendre au-delà des mots et avant de vouloir exprimer un sens déverbalisé. Un tel travail consiste à mettre du sens : non d'un mot sur un mot, mais du sens sur du sens. Traduire consiste à trouver du sens, à passer d'une rive à l'autre.

1.2. Implication directe ou indirecte

L'usage du discours direct ou indirect marque l'implication de l'interprète dans ce qui se déroule. Dans ce sens, traduire au style direct nous semble primordial dans cette médiation. Lorsqu'on renonce à la fonction poétique, on résume simplement ce que le patient dit en utilisant un discours indirect (« il dit qu'il a peur... »). Dans ce cas, nous accédons à l'histoire, à une séquence d'événements, à un fait divers. On ne peut en tirer de réelles conséquences. L'énoncé du patient ne nous donne que l'un des éléments constitutifs de son discours, sous forme d'information. Mais cela ne permet pas de saisir la relation qu'établit le sujet avec ces faits qu'il évoque, avec son histoire vécue. Une scène de violence peut alors être racontée sans le moindre affect, comme une description scientifique : « A plus B égale C » (Guerrero, 2008).

C'est dans la parole où, contrairement à la langue, apparaissent le sens et le vouloir dire. Un deuxième élément qui adhère à l'énoncé – disons l'énonciation – marque la position du sujet par rapport à ce qu'il dit. Les mots pris isolément n'ont que des virtualités de signification. La polysémie est dans la nature des mots. Seulement l'intention de communiquer qui construit la parole libère les mots de la polysémie et les phrases de leur ambiguïté en les chargeant du sens voulu. C'est, en conséquence, « sa façon d'en parler » qui constitue la parole du patient en clinique. D'autant plus que les informations entre-les-mots deviennent plus importantes que celles transmises par les mots eux-mêmes. Pour pouvoir y accéder, le discours direct est une voie vraisemblablement plus riche, plus productive. En tenir compte relève d'un nouveau savoir qu'est le « savoir-être » de l'interprète, lequel s'ajoute à son « savoir linguistique » et à son « savoir-faire professionnel » pour parachever l'encadrement de sa spécialité.

Et pour ce faire, l'interprète n'a qu'à se mettre dans le discours du patient si ce n'est pas à sa place. C'est-à-dire qu'il lui prête sa voix dans un contexte de douleurs et d'émotions d'où émergent à peine des mots pour constituer sa parole. Kibar Ayyildiz (Guerrero et Ayyildiz, 2008) brossait cette image en décrivant son travail : interpréter en clinique, c'est comme un fleuve où la parole coule, se heurte à des petites

pierres ou de gros rochers, mais il faut que l'eau traverse toutes ces étapes pour arriver à sa destination vers le soignant :

J'entends et je traduis et dans l'instant, c'est oublié comme un mouvement de refoulement, une mise à distance, un effacement de moi. La parole circule avec un certain automatisme, accompagnant les intonations, les coupures, les mimiques, le regard, les changements de voix : tout cela est primordial pour moi. Mais il m'arrive aussi, je ne sais pas comment, que les énoncés prennent une certaine ampleur dans mon esprit. Donc, peut-être pour me décharger des émotions, je passe de cet « entre-deux » où je n'étais plus, à une circulation à trois personnes. C'est une rupture, un temps de respiration ou peut-être le rejet de l'inconscient, ma protection ? C'est un travail d'éparpillement et de restitution des morceaux de vies. La transmission, c'est aussi pouvoir donner quelque chose de vivant à cet espace, d'autant plus que je n'ai que cette parole qui vient de très loin... (Guerrero, 2008).

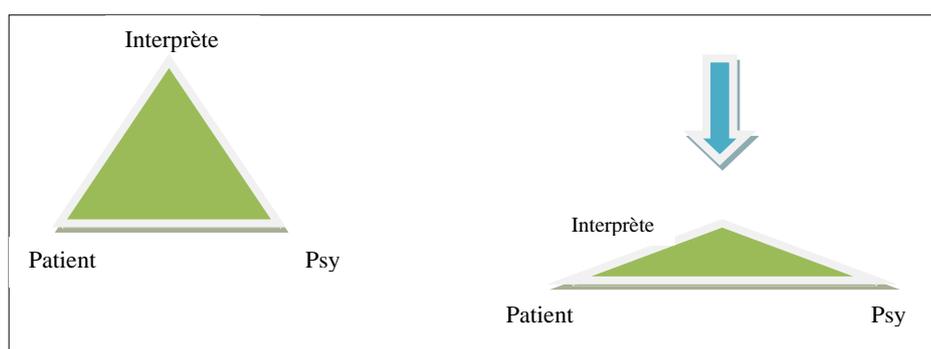
Dans son travail, l'interprète se confronte à des situations très complexes, quelquefois insondables. Un Afghan, qui avait été torturé par les talibans, en se prenant la tête dans les mains, décrit ainsi son mal de tête : « j'ai l'impression qu'on frappe sur des clous avec un marteau à l'intérieur de ma tête ».

Ce qui concerne la sexualité est particulièrement difficile à évoquer. Les patients ont du mal à parler de leur corps, des atteintes qu'ils ont subies dans une certaine région de leur corps. Prononcer le mot « violé » pour un patient kurde, prisonnier politique dans son pays, a été honteux et humiliant. Il est lourd de porter cette douleur pour le patient tout comme il est lourd de la « transporter » en la traduisant pour l'interprète. Souvent, c'est par le sous-entendu d'un geste, par une métaphore corporelle ou par une allusion mimique que les patients veulent dire des choses voilées et indicibles. À l'arrière-plan, il y a le rapport culturel au corps, le rapport à la honte, le rapport à autrui qui constituent les données culturelles et non langagières partagées entre l'interprète et le patient. Or, il revient alors à l'interprète d'expliquer que le patient en disant qu'il a mal là (en montrant la région du corps où se trouve son foie)², désigne autre chose.

² [*Jigare min dashaweta*] en kurde ou [*jigarim yaniur*] en turc veut dire mot à mot «mon foie brûle». Cette expression est prononcée en kurde par un ancien militant torturé et violé lors de son enfermement. Le deuxième sens caché, «j'ai été violé et n'en parlons plus», exprimée aussi par le mouvement des bras et ses gestes ajouté à sa parole. Et ensuite sa honte lisible dans la sonorité de ses mots en kurde et son humiliation suggérée par ses regards baissés remplis de larmes ajoute un autre détail – spécifiquement dans la culture turco-kurde –, un autre niveau de sens à sa parole: «Dorénavant, je suis privé de ma virilité, de ma fierté. Je ne suis plus homme».

1.3. La recherche d'un nouveau savoir

S'impliquer directement dans le circuit de la communication – comme nous venons de le voir – fait appel à la conscience de l'interprète et ajoute un nouveau chapitre à ses compétences qu'est son « savoir-être ». Par ailleurs, c'est à la lumière de ce savoir-être de l'interprète que s'éclaire pour nous la problématique de la présence de l'interprète dans le lien triangulaire psy-interprète-patient. Grâce à la souplesse poétique du travail de l'interprète, la relation triangulaire, en fin de compte, tend à devenir linéaire entre le patient et le psy.³



L'interprète – devenu poète – ne s'efface pas, mais il s'implique complètement dans son rôle de « lubrifiant » dans l'échange de cet « engrenage communicatif ». Bien avant son savoir-faire professionnel, il lui faut un autre savoir pour s'impliquer avec souplesse dans un jeu où le meilleur, si possible, serait qu'il n'y soit pas.

Par ailleurs, c'est à l'interprète, maître du discours, que revient le rôle pour distinguer le moment d'interrompre le patient à la fin du « point à la ligne orale » – pour traduire le discours – et non entre les virgules, selon l'impatience du psychologue. C'est lui qui gère les questions telles que les expressions non dites, les erreurs significatives, les intraduisibles, les métalinguistiques, etc. Même si l'importance de son rôle lui donne assez de poids pour être pris comme co-thérapeute – et non comme un intrus dans la scène clinique –, il nous faut encore du temps pour apporter des définitions plus élaborées sur l'éthique et la fonction de l'interprète et les limites de son rôle de co-thérapeute.

1.4. L'architecture des rôles

Hors de sa traduction, la tâche de l'interprète se différencie distinctement de l'un à l'autre des deux pôles de la communication en clinique. Placé entre le psychologue et le patient, l'interprète effectue un double jeu : rameur du bateau pour l'un et agent d'accueil pour l'autre, Une nouvelle architecture car les attentes exigées par ces deux rôles sont différentes. Considéré dans l'espace de la consultation, le seul

³ Ces schémas ont été proposés par Reyhaneh Shahamatnia, étudiante en troisième cycle en traductologie à l'université Azad islamique de Téhéran branche centrale.

individu capable de communiquer avec le patient est l'interprète, ainsi ce dernier doit faire preuve d'un bon accueil. Un regard mal interprété, un sourire mal placé, une interruption maladroite du discours peuvent déstabiliser l'équilibre souvent déjà fragile de notre patient. Les termes étrangers et spécialisés de la clinique ont souvent besoin d'explications ou de paraphrases dans sa langue pour lui devenir familiers. Faire preuve de bon accueil en permanence pendant la consultation permet d'éviter le sentiment de rejet ou la méfiance à cause de la double étrangeté du patient dans l'espace-clinique ; cela permet aussi de l'assurer de notre préoccupation à son sujet et de surcroît permet de lui faire comprendre que l'espace-clinique n'appartient spécifiquement qu'à lui. En pratique, bien souvent, rien que quelques brèves informations générales transmises par l'interprète même sur le lieu où le patient se trouve, aident énormément à le sortir de la confusion et le prépare pour la communication spécialisée de la clinique.

1.5. Le poète en risque

Néanmoins, pour devenir interprète-poète il faut « mettre du sien », et consentir à un entier sacrifice de soi-même. Souvent à la fin de la séance de thérapie, le patient repart avec une certaine légèreté et avec un sentiment de « mieux-être », alors que c'est l'interprète qui quitte la séance souvent avec des maux de têtes, certains sentiments de malaise qui pourront durer bien plus qu'une seule journée. Dans un travail de clinique, le psychologue a des compétences et des moyens de défense alors que l'interprète reste exposé – sans y avoir été préparé – aux radiations des déchets du traumatisme de la psyché humaine.

Cette réception de violences chez l'interprète se réalise de deux façons :

- 1) Face au patient transmettant ses souffrances en mots et tout en traduisant les mots dans la deuxième langue, il est exposé comme un filtre à la sédimentation des souffrances qui ne se transmettent pas, ou probablement qu'il n'arrivera pas à transmettre complètement par les mots.
- 2) Face au psychologue qui commence à parler à l'adresse du patient avec un style direct – qui ne passe pas directement –, l'inconscient de l'interprète est sujet aux questions qui, dans une résonance inconsciente, réactivent ses propres souffrances oubliées dans le grenier de son « for intérieur ».

1.6. Interprète, co-thérapeute

En ce sens, l'équipe de Marie Rose Moro – psychiatrie transculturelle – avait raison de rehausser le rôle de l'interprète au niveau même du co-thérapeute. En fait, avec ce qui précède, nous croyons que l'interprète, en connaissant l'importance des informations qu'il est seul à détenir pour le moment et déployant une recherche de l'étymologie et de la culture de la langue de son intervention, peut faire preuve de cette compétence. Dans sa boîte à outils, il peut trouver des pistes très importantes à

proposer au « thérapeute principal »⁴. Nous tirons ici quelques exemples d'une série de maux que nous traitons de culturels et que nous rangeons sous le titre de « la vue de Jacob »⁵, pour le diagnostic desquels il faut exclusivement l'éveil et la compétence d'un bon interprète en clinique.

1.7. La vue de Jacob ou les maux dans les mots

Les maux culturels se cachent derrière les expressions linguistiques. Il s'agit de maux dont les causes ne sont pas présentes dans le corps, même si les effets le sont, et pour lesquelles rien qu'un regard attentif aux mots utilisés par le patient peut nous conduire à les diagnostiquer directement. Par la suite, il faudra en chercher les causes là où elles se cachent.

Cas de figure 1

N., un homme quinquagénaire venait aux consultations pour ses angoisses, ses manques de sommeil et ses nervosités. Il parlait souvent de sa famille et surtout de son fils aîné dans ces termes en langue persane : [*Hassan poshteh maneh*] ou [*Hassan mesle ye kouh poshteh maneh*]. Pour dire, d'après la traduction de l'interprète, « Hassan me soutient dans la vie ». Quelques mois plus tard, N. raconte l'accident très grave subi par son fils à la suite duquel il est hospitalisé. Le père se trouvait très perturbé et il commençait à se plaindre des maux qu'il a localisés dans son dos. Le psychologue l'envoie chez sa collègue médecin. Mais finalement les examens médicaux ne montrent pas d'anomalie. Au bout d'un certain temps, préoccupé plutôt par son mal au dos que par ses insomnies, il est orienté vers les médecins et il abandonne ses consultations avec le psychologue.

Une reprise attentive des notes, lors d'une recherche ultérieure, fait revoir l'expression que N. avait utilisée pour décrire l'existence de Hassan par rapport à lui. Les deux expressions citées dans l'encadré ci-dessus, qui avaient été correctement traduites par l'interprète sur le plan du vouloir-dire comme sur le plan métaphorique, auraient pu aussi être reprises sur le plan de sa forme terminologique. C'est dans la forme linguistique apparente de l'expression, qui apparemment ne veut rien dire en français, que se cache en vérité le secret : « Hassan est dans mon dos », « Hassan est dans mon dos comme une montagne ».

En fait, ce n'est qu'à partir de l'accident subi par Hassan que le mal de dos apparaît chez le père puisqu'il croyait son fils perdu. Rien qu'en se concentrant sur cette expression, l'interprète aurait pu conduire le thérapeute principal vers l'origine de la maladie qui n'était pas dans le dos, mais dans le lien avec le fils. Ce lien lui sem-

⁴ Les termes « co-thérapeutes » et « thérapeute principal » appartiennent au vocabulaire de la psychanalyse transculturelle.

⁵ D'après l'histoire biblique de Jacob dans le livre de la Genèse, reprise aussi par la tradition coranique dans la sourate Yusuf, Jacob perd sa vue après la disparition de son fils bien aimé Joseph et, des années plus tard, il la retrouvera à la suite de la redécouverte de celui-ci.

blait dorénavant perturbé et tombé en état de crise, au point qu'il s'exprimait tel un mal de dos chez lui.

Cas de figure 2

R. répétait entre amis – lui et l'interprète –, ou dans l'espace clinique, que le bonheur et le bien-être de son épouse et de son enfant étaient les raisons de sa survie à Paris. Le matin il se mettait debout en pensant que le soir il rentrerait fier et les « mains pleines ». Au bout de quelques mois, des douleurs de mollets se manifestent chez cet homme. Il précise que les douleurs s'aggravent à son réveil dès qu'il se met debout pour commencer la journée et qu'elles perdurent toute la journée. Les examens médicaux ne montrent rien. Quelques jours plus tard, il évoque des problèmes d'ordre conjugal au sein de son foyer, lesquels le préoccupaient depuis un certain temps.

Le patient R. décrit son état à l'adresse de l'interprète avec cette expression : [*mifahmi ke man az pay oftade am*] pour dire qu'il n'en pouvait plus, marquant son accablement.

Traduite mot-à-mot, l'expression signifie : « tu comprends comme je suis tombé des pieds » qui veut dire en persan que la personne ne peut plus se tenir debout. Les pieds et les jambes représentent expressément les membres utilisés pour avancer et pour progresser.

Nous attirons l'attention sur cette réalité culturelle qui échappe lors des traductions, alors qu'elle-même en constitue l'indice, parfois unique, pour le diagnostic. La manière dont le patient nomme sa douleur renvoie aux réalités culturelles grâce auxquelles nous pouvons nous orienter jusqu'à la cause de la douleur. Dans le cas de R., justement, les douleurs commencent à apparaître lorsque R. commence à avoir des problèmes avec son épouse. Au fur et à mesure que les conflits conjugaux deviennent compliqués, les douleurs deviennent plus fortes. R. ne pouvait plus se tenir debout, ne pouvait plus avancer car, dans sa tête, c'est avec son épouse que ces deux actes trouvaient leurs sens. R. ressent des douleurs dans ses jambes parce qu'il a des problèmes dans sa tête qui sont propres – dans sa configuration existentielle – à ses références mentales concernant ces deux actes. Les références sont son épouse et son enfant et elles font défaut dans la « pleine-existence » actuelle de R.

Les expressions suivantes sont citées en guise d'exemple pour montrer les liens qu'établit une personne dans la culture persane entre son corps et les personnes de son entourage. Ces liens, et donc ces expressions, sont différents d'une langue et d'une culture à l'autre. Un peu plus loin, nous allons y revenir sous la forme comparative pour les langues que nous traduisons.

- [*Poshtiban budan, Felani dar poshte man hast*] : « avoir un garde du dos, telle personne est dans mon dos », pour dire que le soutien de cette personne est primordial.

- [*Felani nure chashm man ast*] : « un tel est la lumière de mes yeux », c'est dire que cette personne est tellement chère que sans lui je n'ai pas envie d'ouvrir les yeux et de voir le monde.
- [*Felani tadje sare man ast*] : « un tel est la couronne sur ma tête », pour dire que tout notre honneur et notre dignité dépendent de cette personne.
- [*Bedune felani shabo ruzam tarike*] : « sans telle ou telle personne mes jours et nuits sont ténébreux », voulant dire que cette personne est tellement importante que sans elle je serais démonté.
- [*Felan pesaram noure chashme man ast*] : « tel ou tel de mes enfants est la lumière de mes yeux » ; cette expression signifie qu'un tel de mes enfants est mon bien-aimé, par référence à la tradition biblique de Jacob et de Josef.

2. De l'interprétariat en milieu social à la médiation transculturelle

2.1. Interprète ou médiateur

Revenons très brièvement à la terminologie. Le terme « interprète » laisse place au mot « médiateur », car aujourd'hui une évidence se fait jour : le rôle de l'interprète ne se réduit pas du tout à relier seulement deux langues. En fait, la langue n'est qu'un prétexte pour remplir le gouffre creusé entre les décalages du culturel, du social et de l'idéologique. Il y a décalage entre deux façons d'être, deux façons de voir et de concevoir le monde. Deux regards différents sur le rapport à soi-même comme à autrui.

2.2. Médiateur bénévole

La subjectivité de chaque interlocuteur étant un tout de ce que l'un ou l'autre croit comme évident (transfert et contre-transfert), ainsi que les préjugés de l'un à l'égard de l'autre, constituent sans cesse des nœuds sur le fil de la communication. Les intraduisibles (dus à la différence de sexe des intervenants), les gestes culturels (le regard baissé marquant le respect pour un Afghan fut interprété comme sa honte suite à un méfait pour une éducatrice française), les mots culturels génériques du sens et des arrière-pensées (*namus, gheytrat, jenishodan*), demandent des explications et des paraphrases pour être compris par un professionnel d'accueil.

Cependant la communication ne se tresse pas sans que la personne tierce qu'est l'interprète n'affirme son deuxième rôle qui consiste à veiller sur ces nœuds et à les enlever du fil sur lequel ils s'accrochent. Ce second rôle est bénévole et il en incombe à la conscience de l'interprète pour l'être.

2.3. Rencontre de deux univers : France vs. Afghanistan

Si le progrès civil a un certain âge historique, cet âge n'est évidemment pas le même pour la France et pour l'Afghanistan. Dans la première, les villages se sont à tel point urbanisés que le rustique n'a plus de sens, alors que dans l'autre pays, les villes et les liens urbains vivant de longues périodes de guerre et n'ont en rien changé le

mode de fonctionnement du village. Les villes se transforment en lieu d'hébergement d'urgence lorsque les villageois quittent leurs villages brûlés sous les bombardements et lorsque l'insécurité les oblige à se joindre à la masse urbanisée. Ce n'est pas la dichotomie village/ville qui nous intéresse, mais la rencontre de deux modes de représentation mentale dont la liaison constitue notre tâche. Le mode de fonctionnement des représentations mentales d'un éducateur français élevé dans un univers de grande métropole par rapport à celui d'un enfant, venu d'un village perdu au fin fond des montagnes d'Hindou-Kouch, doit répondre au mode de fonctionnement de ce dernier.

Il s'agit d'une rencontre transculturelle à plusieurs niveaux dont la langue n'est que le premier niveau. Cette rencontre s'établit entre deux interlocuteurs. Le premier a mûri et s'est épanoui dans une société de paix et de prospérité et pour lui l'enfant est en-soi un être innocent qu'il faut aider en toute circonstance. Le deuxième présente un processus de croissance interrompu par des décennies de guerres trans-générationnelles. Pour lui, les adultes ne représentent que la guerre et la mort et en fin de compte sa minorité n'a trouvé sens que lors de son arrivée en France. Comment déployer une médiation ? Cette question trouve sa réponse, souvent spon-tanée, au-delà du savoir linguistique de l'interprète.

2.4. Traduire les mots ou les « entre-mots »

En général, l'environnement et le mode de vie de chaque être humain consti-tuent ses représentations mentales et par conséquent ses productions linguistiques. Dans un contexte de communication transculturelle donné, les mots de chaque inter-locuteur n'ont pas la même portée de signification pour chacun. Dans une telle situa-tion peut se poser la question : « traduire la pensée ou les mots ? ». Nous avons déjà vu quelle était notre position à ce sujet. Mais il est bon d'y revenir à partir d'un autre point de vue.

Comment traduire à un jeune Afghane alphabète, pour qui le sommet du savoir est la « barbe blanche » de son village ou le mollâ de sa mosquée (avec 5 ou 6 années d'études coraniques) ou pour un berger qui pense qu'être conducteur est le métier le plus luxueux du monde et pour qui travailler dur pour trouver du pain et du fromage à manger trois fois par jour se révèle une bénédiction qui n'est pas donnée à tout le monde ? Comment traduire le sens même des métiers⁶ exercés en France à un jeune pour qui le monsieur qui n'est pas un berger, un paysan ou un commandant de guerre – métiers envisageables – est forcément un ingénieur ou un docteur – métiers non envisageables – ? Un jeune Afghane peut passer une vie telle dans la stabilité de sa

⁶ On traduit systématiquement, au moment de l'orientation des jeunes mineurs isolés étrangers, une rubrique dans leur dossier de prise en charge à l'ASE (Aide sociale à l'enfance), intitulée *Des métiers en tension en France*. Elle regroupe une quarantaine de métiers dans les domaines de la restauration, l'hôtellerie, le bâtiment, l'horticulture et l'aide à la personne.

vallée séparée du monde et de ses mouvances, que toute façon de parler en dehors du dialecte de sa région de naissance, lui semble langue étrangère (« Vous êtes interprète en dari, mais moi je parle hazâragi, badakhshâni, harâti, tâjiki, etc. »).

Pour faire comprendre cet univers à l'interlocuteur « étranger » – qui ne l'est pas seulement par sa langue – il nous faut, dans un premier temps, un *flashback* sur son histoire et, dans un second temps, une pause sur ses représentations mentales.

2.5. L'odyssée du jeune Afghan en quelques mots

Lors du départ du pays, l'Afghan rêve de l'ailleurs. La perte des pères de familles dans les guerres, les situations d'impasse devant la misère protéiforme, l'insécurité et la peur d'être enrôlé par les talibans, la tradition de la vengeance en spirale, les rancunes coutumières et le manque de tout espoir en un meilleur avenir obligent le jeune Afghan à chercher la survie ailleurs.

Une fois rendu en Iran ou au Pakistan, il entend parler de l'Europe. D'un pays à l'autre, ce ne sont pas les difficultés économiques ou la dureté des conditions de vie qui le font repartir, mais plutôt le droit au séjour, le droit à la vie sur terre et le droit d'appartenir à l'humanité. Partout l'Afghan vit avec moins que ce que l'on considère le minimum vital. Être arrêté à tout moment et dans tous les pays est un souci permanent. Une fois en Grèce, les conditions inhumaines le déçoivent de l'Europe, eldorado où il croyait que l'on respecterait les droits de l'homme. Ensuite, il se dit que l'Europe commencera en Italie. Il faut aller vers un « plus loin » parce que « plus loin » la dignité de l'homme et ses droits sont « plus » respectés.

CONDITIONS DE VOYAGES : le réseau internationalement structuré par des passeurs, organisé pour la gestion des conflits, les règlements de compte, les transferts d'argent et des êtres humains, ne dépasse pas les limites de la solidarité et de l'entraide. Cette trajectoire a son propre univers de survie : elle est constituée d'un réflexe zélé pour se couvrir entre adversaires par rapport au monde externe, des notions de sécurité, de confiance interne et de méfiance à l'égard de l'extérieur, du réseau d'échanges d'argent et des documents ou encore celui de la communication intra et extra communautaire à l'intérieur d'un même réseau. L'attente et la patience changent la conception du temps. Un trajet de quelques heures en temps réel peut durer entre deux semaines ou plusieurs années de route entre l'Afghanistan et la France. Personne ne fait un trajet identique, même deux frères ou les membres de la même famille. Les compagnons comme les routes changent, ainsi que les moyens de transport, le parcours ou le temps voire les dangers et les violences : tout cela varie selon les conditions spontanées de la clandestinité.

ARRIVEE EN FRANCE : Dans n'importe quel point de chute en France, le père est le parc de la Gare de l'Est – le square Villemain – lieu central de rencontres du réseau en France où le jeune retrouve le temps de reprendre son souffle pour communiquer avec sa famille, le temps de s'informer, d'évaluer et de décider.

L'Afghan prenant contact avec une assistante a l'illusion de voir « la France » en personne. Cela est dû au fait de sa conception d'Afghan. En effet, un chef de village, de ville ou encore un simple sous-gouverneur de district est mandataire de toutes les décisions. Et, dans la perception de ce jeune, une assistante ou un éducateur derrière un bureau représente le pays d'accueil. C'est là qu'il veut raconter toutes les péripéties de sa vie afin d'obtenir l'asile. L'Asile pour lui, encore une fois, consiste à se rendre et à se soumettre ; c'est le seul moyen de séjourner en Europe. Plus tu as été malheureux plus tu as droit à l'asile. Les structures de protection de l'enfance ou d'asile, les nombreux entretiens avec les assistants sociaux, les éducateurs, les psychologues, les juges des enfants ou les directeurs des organismes n'ajoutent qu'à sa confusion totale dans ce nouveau monde dont les manifestations pour lui ne sont palpables qu'à travers des réponses qu'il trouve à ces questions : combien perçoit-il comme argent de poche et autres allocations, et quand pourra-t-il commencer à travailler en France ? Sera-t-il enfin admis comme réfugié ou non ? Et ce sont ces simples critères qui interviennent dans la comparaison faite de bouche à oreille, entre la France et les autres pays d'accueil. Dans sa conception, plus le pays est lointain, plus il est avantageux.

2.6. Nouveau jargon

Ce mode de vie inconnu de nous a sa propre dynamique et il engendre son propre jargon. Voici les définitions de quelques mots du jargon spécifique à cet univers :

- [*khod-andaz kardan*] veut dire mot à mot « se jeter soi-même ». Arrivé en Grèce, le jeune est souvent mis à sac ; dorénavant, les lieux de passages ne sont pas non plus périlleux, désertiques ou montagneux où il fallait absolument un guide, un passeur. A Patras, il faut arriver à se glisser sous le châssis d'un camion et s'y faire une niche pour résister plusieurs heures. Ce mode de passage qui se fait à l'insu des passeurs et des conducteurs de camion prend tous les ans la vie de plusieurs jeunes.
- [*hawala-dar*], « détenteur des baux » : dans un système de transfert d'argent clandestin qui s'établit souvent entre un commerçant d'origine afghane dans un quelconque pays d'accueil ou de passage et un commerçant, un commandant ou un passeur en Afghanistan, le relais dans chaque ville de passage prend cette appellation.
- [*jayéawghan ha*], « lieu des Afghans » : dans chaque capitale ou ville frontalière dans les pays de passage, il y a au moins un lieu principal où chaque afghan doit se rendre à chaque arrivée. Il y trouve d'anciens camarades de voyages, des informations sur le pays de passage et surtout des passeurs pour continuer son voyage. Le jeune peut prendre contact avec sa famille afin de demander de l'aide ou de directives. Il y trouve aussi des moyens de survie.
- [*khod ra tahvildadan*] ou [*khod ra taslimkardan*], « se livrer, se rendre ou se soumettre », se dit au moment où le jeune veut quitter le réseau clandestin

pour aller se présenter dans un bureau officiel dans un des pays de l'Europe, souvent dans l'intention d'y demander l'asile.

- [*shestan dar yak ja*], « s'asseoir dans un lieu » : c'est lorsque le jeune décide de rester dans un pays. Même après s'être présenté dans un bureau officiel, le jeune peut ne pas avoir envie de rester au pays et partir vers une autre destination.
- [*Keys*], dossier de demande d'asile. Éventuellement de l'anglais *case* voulant dire le dossier. [*keysdadān*] mot à mot « donner dossier », se dit pour demander l'asile.

Le jargon de cet univers de clandestins, très imagé et péjoratif, n'est pas celui de l'interprète et il crée une nouvelle difficulté aux efforts de la traduction. Ce challenge est un nouveau défi à affronter. Ce qui est évident pour l'un, est énigmatique voire problématique pour l'autre : avoir un acte de naissance et ensuite une date de naissance sont deux évidences en France tandis que pour le jeune Afghani il s'agit de choses banales, dérisoires et problématiques lorsqu'il se met à les chercher à distance dans son pays ou ailleurs. Les documents de voyage lui semblent des superflus !

3. Conclusion : de la virtualité d'une tâche à la réalité d'une place

La tâche de l'interprète, vu la diversité des théories parfois contradictoires au premier abord, peut sembler virtuelle, alors que sa place dans nos sociétés au XXI^e siècle s'affirme de plus en plus réelle. Cet article se veut aussi une illustration de certains aspects du métier d'interprète en clinique ou en milieu social, tel qu'il est pratiqué en France, tout en montrant que la recherche de théories efficaces ainsi que de techniques de travail spécialisés y semblent deux volets essentiels. Il s'y trouve également une insistance justifiée sur le rapprochement nécessaire des théories et des pratiques de la traduction par le biais du déploiement des efforts théoriques dans les milieux professionnels. Ces efforts, par contre, seraient vains s'ils ne s'appuyaient pas sur la question d'une éthique de la profession.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERMAN, Antoine (1984) : *L'épreuve de l'étranger, culture et traduction dans l'Allemagne romantique*. Paris, Gallimard.
- BERMAN, Antoine (2008) : *L'âge de la traduction. "La tâche du traducteur" de Walter Benjamin, un commentaire*. Paris, Presses Universitaires de Vincennes.
- DING, Hong Van, (2010) : « La théorie du sens et la traduction des facteurs culturels ». *Synergies Pays riverains du Mékong* 1, 141-171.
- ESCOUBAS, Eliane (1989) : « De la traduction comme origine des langues: Heidegger et Benjamin ». *Les temps modernes* 514-515, 97-142.

- GADAMER, Hans-Georg (1996) : *Vérité et méthode*. Trad. de P. Fruchon, J. Grondin et G. Merlion. Paris, Seuil.
- GUERRERO, Omar et Kibar AYYILDIZ (2008) : « La place de l'interprète au cœur du soin ». *Mémoires* 42, 10-21.
- JACQUEMOND, Richard (1993) : « Traductions croisées Egypte/France: stratégies de traduction et échange culturel inégal ». *La Revue Egypte/Monde arabe* 15-16, 283-295.
- LARRIVÉE, Isabelle (1994) : *La littérature comme traduction*. Thèse de doctorat sous la direction de Charles Bonn, Université de Paris XIII.
- SCHLEIERMACHER, Friedrich, (1989) : *Herméneutique*. Trad. de Charles Berner. Paris, Cerf/PUL.
- SCHNEIDER, Michel (1985) : *Voleurs de mots. Essai sur le plagiat, la psychanalyse et la pensée*. Paris, Gallimard.
- SELESKOVITCH, Danika et Marianne LEDERER (1993) : *Interpréter pour traduire*. Paris, Didier Erudition.

**Politiques linguistiques et interprétation
en milieu social au Canada :
des droits linguistiques aux droits d'accès aux services publics**

Juan Jiménez-Salcedo

Universidad Pablo de Olavide

jimsal@upo.es

Resumen

El artículo explora la importancia del intérprete como vector de distinción entre los derechos lingüísticos y los derechos de acceso a los servicios públicos en el contexto canadiense. En los primeros, se analiza el caso concreto de la lengua empleada durante los procedimientos judiciales y la consagración del empleo directo de las lenguas oficiales del país, frente a los segundos, en los que el acceso a cualquiera de los tipos de servicios públicos esenciales debe hacerse por medio de un intérprete. Para demostrar esta distinción, se analiza la jurisprudencia canadiense en materia de lengua empleada durante los juicios, así como el modo de funcionamiento de los bancos de intérpretes en Quebec.

Palabras clave: políticas lingüísticas; interpretación en los servicios públicos; derechos lingüísticos; derechos de acceso a los servicios públicos; Canadá; Quebec.

Abstract

This contribution explores the importance of the interpreter as a vector of distinction between linguistic rights and rights of access to public services in the Canadian context. For the former, the specific case of the language used during legal proceedings and the recognition of the national official languages are analyzed. For the latter, the fact that access to any kind of essential public services must be accomplished by means of an interpreter is underlined. In order to illustrate this distinction, both the Canadian jurisprudence on language used during the trials and the mode of functioning of interpreter lists in Quebec are examined.

Key words: language policy; public service interpreting; linguistic rights; rights of access to public services; Canada; Quebec.

0. Introduction

Une question de départ devrait servir à entamer cette analyse des relations entre politiques linguistiques et interprétation en milieu social : des pouvoirs qui mettent en place des structures d'interprétation en milieu social, quelle conception ont-ils de la société ? D'une manière simple, nous pourrions répondre que cette conception doit être forcément ouverte, imprégnée de la reconnaissance du fait multiculturel et qu'elle devrait donc accepter le caractère multilingue non seulement de la population mais aussi des institutions. Si les pouvoirs publics reconnaissent le fait multilingue, il est possible que les citoyens appartenant aux groupes allophones – autrement dit ceux qui ne parlent pas la langue ou les langues du territoire – puissent entretenir des relations, valables et contraignantes d'un point de vue juridique, avec les administrations, grâce à la mise en place de structures d'interprétation en milieu social ; nous sommes en l'occurrence devant un exemple de reconnaissance des droits d'accès aux services publics. Il existe néanmoins un autre mode d'accès aux services publics qui s'effectue sans l'entremise d'un interprète : la langue de l'utilisateur est reconnue comme langue admissible de communication auprès de l'administration, laquelle met en place des mécanismes de reconnaissance et une logistique contribuant à rendre effectif cet accès direct. Nous sommes dans ce cas-là devant un cas de reconnaissance de droits linguistiques, bien différents des droits d'accès aux services publics facilités par les structures d'interprétation en milieu social. Du point de vue juridique, la différence entre ces deux droits est assez nette et c'est dans le contexte canadien qu'elle s'est le mieux concrétisée, grâce à une législation et à une jurisprudence conséquente.

Dans cet article nous analyserons tout d'abord comment le constitutionnalisme canadien et la jurisprudence qui en découle ont façonné des droits linguistiques dont l'objectif essentiel est d'assurer un accès direct aux services publics. Ce type d'accès ne requerra point l'activité des interprètes. Nous analyserons un cas concret qui est celui de la reconnaissance des droits linguistiques des minorités de langue officielle – notamment les francophones hors Québec – dans le domaine judiciaire, probablement celui où la jurisprudence a été la plus prolifique. Nous étudierons ensuite la nature distincte des droits d'accès aux services publics par rapport aux droits linguistiques, le but étant de caractériser les premiers aussi bien dans leur teneur que dans leur mise en place par le biais des banques d'interprètes dans le cas concret du Québec. Les conclusions devront souligner l'importance de l'interprète en tant que vecteur de la différence existant entre ces deux droits : s'il est absent des droits linguistiques c'est justement parce que leur nature l'oblige à s'éclipser au nom d'une planification des langues qui relève du droit politique, alors que dans le deuxième cas il est la solution aux graves problèmes de communication que peuvent subir les personnes nouvellement arrivées sur le sol canadien.

1. Nature des droits linguistiques dans la jurisprudence canadienne

L'adoption de droits linguistiques entraîne la reconnaissance aux usagers, de la part des administrations, du droit de s'adresser à un service public directement dans une langue déterminée. Le droit canadien nous fournit non seulement les meilleurs exemples de validité de ces droits, mais aussi les discussions doctrinales les plus passionnantes, notamment lorsqu'il est question de droits linguistiques dans le domaine judiciaire, autrement dit de la liberté de choix de l'une ou l'autre langue officielle lors des procès en matière criminelle. La question de la langue à employer pendant les audiences a été l'un des terrains principaux des débats autour de la reconnaissance des droits linguistiques au Canada. Les tribunaux canadiens, notamment la Cour suprême, se sont penchés à plusieurs reprises sur cette question, avec une doctrine parfois considérée comme aléatoire (Pelletier, 1995 : 620). En effet, la jurisprudence canadienne, et cela jusqu'à la fin des années 1990, avait traditionnellement imposé une interprétation restrictive de l'égalité des langues officielles du Canada (Braën, 1998 : 388), comme nous allons le voir tout de suite.

Diverses dispositions législatives reconnaissent le droit d'usage des deux langues officielles du pays devant l'administration judiciaire¹ (Jiménez-Salcedo, 2012 : 76-78). À ce propos, la jurisprudence avait assuré un certain respect de ce principe, établi par l'article 133 de la Loi constitutionnelle de 1867, pour ce qui est du domaine parlementaire et judiciaire :

Dans les chambres du parlement du Canada et les chambres de la législature de Québec, l'usage de la langue française ou de la langue anglaise, dans les débats, sera facultatif ; mais dans la rédaction des archives, procès-verbaux et journaux respectifs de ces chambres, l'usage de ces deux langues sera obligatoire ; et dans toute plaidoirie ou pièce de procédure par-devant les tribunaux ou émanant des tribunaux du Canada qui seront établis sous l'autorité de la présente loi, et par-devant tous les tribunaux ou émanant des tribunaux de Québec, il pourra être fait également usage, à faculté, de l'une ou de l'autre de ces langues

Le libre choix de la langue officielle est conforté dans plusieurs arrêts des années 70 (notamment *Jones c. Nouveau-Brunswick* et *Québec c. Blaikie*²), où la juris-

¹ Notamment la Loi constitutionnelle de 1867, la Loi de 1870 sur le Manitoba et la Loi constitutionnelle de 1982, dans laquelle se trouve enchâssée la Charte canadienne des droits et libertés. Le bilinguisme officiel est également consacré par la Loi sur les langues officielles.

² Cet arrêt de 1979, qui confirme le contenu de deux arrêts précédents de 1978, l'un de la Cour supérieure du Québec et l'autre de la Cour d'appel de cette même province, annulait les articles 7 à 13 de la Charte de la langue française. Ces articles fixaient le français comme seule langue de référence de la législation et seule langue de rédaction des arrêts et des sentences des cours et des tribunaux du Qué-

prudence avait présenté les droits linguistiques non pas comme des droits fondamentaux mais plutôt comme des droits politiques. Dans trois arrêts célèbres de 1986 – connus comme la « trilogie de 1986 » : *Société des Acadiens du Nouveau-Brunswick Inc. c. Association of Parents for Fairness in Education*, *MacDonald c. Ville de Montréal* et *Bilodeau c. PG Manitoba* –, il était néanmoins établi que la portée du droit reconnu par les dispositions constitutionnelles³ était minimale et qu’il revenait au législateur d’alimenter ces dispositions par des actions concrètes issues de la négociation et du pacte politique. Dans le cadre de pensée de cette jurisprudence, les droits acceptés par les dispositions constitutionnelles étaient la conséquence d’un compromis entre les deux communautés historiques du Canada et il revenait donc aux institutions, en tant que représentantes de la volonté populaire, d’y donner davantage de sens par le biais de mesures réglementaires ciblées. Ainsi, le principe d’égalité des citoyens et le mandat de progression vers l’égalité des deux communautés linguistiques nationales, exprimés respectivement dans les articles 15(1) et 16(3) de la Charte canadienne des droits et libertés, concernaient littéralement – et selon cette tendance doctrinale – les législatures fédérale et provinciales, responsables de leur développement, et non pas les tribunaux (Braën, 1998 : 390-391).

En vertu de l’interprétation effectuée par la trilogie de 1986, la liberté d’usage de l’une ou l’autre langue officielle devant les tribunaux n’entraînait pas une quelconque obligation de comprendre de la part des acteurs judiciaires : il était possible d’employer la langue officielle de son choix pendant la procédure mais rien n’assurait que l’usager allait être compris des opérateurs. C’est à partir de l’arrêt *Beaulac* qu’une lecture large et libérale des préceptes constitutionnelles est imposée, ainsi que la reconnaissance de tribunaux institutionnellement bilingues où l’accusé a droit non seulement à s’adresser au tribunal dans la langue officielle de son choix, mais à ce que la procédure se déroule dans cette langue, ce qui revient à dire que les acteurs publics de la procédure – notamment le juge et le procureur – doivent être bilingues et qu’il n’existe aucune possibilité de dérogation à ce principe, quelles que soient les difficultés matérielles auxquelles l’administration judiciaire puisse faire face (*R. c. Beaulac*, 1999 : 4). Il ne s’agit pas d’adapter ou d’accommoder le fonctionnement de l’administration judiciaire à des cas concrets, mais plutôt d’être capables logiquement, le cas échéant, de fonctionner dans les deux langues (*R. c. Beaulac*, 1999 : 35).

bec. Ils furent considérés contraires aux dispositions de l’article 133 de la Loi constitutionnelle de 1867.

³ Notamment l’article 133 de la Loi constitutionnelle de 1867, dont il a déjà été question, et l’article 19 de la Charte canadienne des droits et libertés, relatif au droit pour le citoyen d’employer le français ou l’anglais dans les affaires judiciaires relevant des tribunaux fédéraux. Pour les affaires pénales, sont applicables les dispositions de l’article 530 du Code criminel du Canada, dont l’interprétation fut élargie après l’arrêt *Beaulac*, dont il sera question plus tard dans cet article.

Contrairement à la tendance doctrinale relative au droit d'accès aux services publics par le biais d'un interprète, que nous traiterons dans les sections 3 et 4 de cet article, le droit à un procès dans la langue officielle de son choix ne relève pas de la justice naturelle ou des garanties du procès équitable consacrées par la *common law*⁴ : il s'agit d'un véritable droit substantiel de nature positive, inscrit dans le mandat dont sont dépositaires tous les pouvoirs publics et qui consiste à développer les deux communautés de langue officielle. Dans ce contexte d'interprétation des dispositions législatives, le rôle des tribunaux est de contribuer à l'égalité par le biais de la mise en place de tribunaux où les deux langues existent en tant que langues valables de la procédure, exactement sur un pied d'égalité. L'interprétation large imposée dans l'arrêt *Beaulac* s'inscrit dans la difficile volonté d'équilibre que le système légal et politique canadien a dû trouver entre les deux langues officielles, surtout dans un souci de protection des minorités de langue officielle, notamment les communautés francophones établies en dehors du Québec.

2. Des droits linguistiques aux droits d'accès aux services publics

Dans le domaine judiciaire, si les droits linguistiques sont ceux qui permettent à des locuteurs de langue officielle, francophones ou anglophones, d'avoir accès à une procédure entièrement dans leur langue dans tous les tribunaux du Canada, les droits d'accès aux services publics sont ceux qui accordent à un locuteur allophone la possibilité d'assister à son propre procès même si celui-ci se déroule dans une langue qui n'est pas la sienne. Mais ce droit s'élargit à d'autres instances de la chose publique, des domaines d'intervention essentiels à la vie des citoyens, comme l'éducation, les services sociaux et la santé, comme nous le verrons plus tard.

Les droits linguistiques sont inhérents aux communautés historiques : nous pouvons considérer, avec Kymlicka (1998), que, en plus d'une communauté linguistique, les francophones sont une minorité nationale. Nous devrions dire plutôt qu'ils sont surtout une minorité nationale car ils représentent une société distincte au sein de la Fédération et parce qu'ils sont démographiquement minoritaires au niveau pan-canadien. Mais, nous semble-t-il, ce qui fait la différence au-delà de la démographie c'est la qualité des minorités de langue officielle : alors que les anglophones au Québec jouissent d'un accès illimité à des institutions et à des services séparés, les francophones en dehors du Québec, résidant dans des communautés linguistiques parfois exiguës, peinent à atteindre ce même exercice effectif de la citoyenneté en français. Dans le cas de l'accès à la justice, par exemple, même dans des régions anglophones

⁴ La *common law*, qui « comprend les systèmes juridiques fondés sur le droit anglais qui retiennent comme fondement de leur droit les principes, usages et règles de droit émanant principalement de l'activité judiciaire » (Poirier, 2005: 3), constitue la base du système pénal canadien, aussi bien au Québec –qui dispose pourtant de son propre système de droit civil– que dans les provinces anglophones.

où il a existé traditionnellement des communautés francophones d'une taille conséquente, comme c'est le cas de l'Ontario, l'accès à une justice administrative en français peut s'avérer ardu, et cela malgré une Loi sur les tribunaux judiciaires qui établit le bilinguisme de toutes les instances judiciaires de la province (Boivin, 2006 : 439-440).

La question de la territorialité nous semble donc centrale pour bien saisir les enjeux de l'exercice des droits linguistiques dans le contexte canadien : la déclaration de bilinguisme de l'État n'entraîne pas forcément une reconnaissance égale des deux langues d'un océan à l'autre du pays et la concentration des populations selon les territoires conditionne largement cet exercice. L'exiguïté des communautés francophones en dehors de la ceinture bilingue qui va de Saint-Boniface (Manitoba) à Moncton (Nouveau-Brunswick) relativise beaucoup l'exercice des droits linguistiques pour les Franco-Canadiens, autrement dit les francophones résidant en dehors du Québec⁵.

Les droits d'accès aux services publics, quant à eux, sont d'une tout autre nature. Pour ce qui est de leur application dans le domaine judiciaire, ils se basent sur le principe d'équité, qui est bien différent de celui d'égalité des communautés nationales qui sous-tend les droits linguistiques. Ils se basent sur une reconnaissance plus générale, liée en l'occurrence à l'équité de la procédure administrative, en vertu de laquelle tous les citoyens, pris de façon individuelle, doivent avoir un accès égal aux services proposés par les administrations. Les droits linguistiques renvoient à des droits acquis par les deux communautés linguistiques fondatrices du Canada⁶, alors que la reconnaissance qu'engendrent les droits d'accès aux services publics est de nature individuelle. Les droits d'accès sont d'inspiration iusnaturaliste, car ils renvoient au concept d'équité de tous les citoyens devant l'Administration, alors que les droits linguistiques, tels qu'ils sont consacrés par la jurisprudence de la Cour suprême depuis *Beaulac*, sont substantiels, ils renvoient au droit positif, au corpus des lois du Canada, et établissent l'égalité des citoyens, locuteurs d'une langue déterminée, dans leurs rela-

⁵ Nous employons la distinction, imposée après la Révolution tranquille, entre Québécois et Franco-Canadiens, les premiers disposant d'un territoire géographique circonscrit avec des aspirations étatiques, les seconds appartenant à une sorte de communauté organique sans territoire, éparpillés dans un espace canadien majoritairement anglophone (Heller, 2002 : 81).

⁶ Certains voient néanmoins dans le fédéralisme instauré par la Loi constitutionnelle de 1982 une négation des deux peuples fondateurs du Canada au bénéfice d'une idée utilitaire des langues. Dans l'esprit du constituant de 1982, le Canada serait un seul peuple bilingue et non pas la fédération de deux peuples dans un État biculturel. Dans ce contexte, la reconnaissance des droits linguistiques imposée par *Beaulac* le serait moins des droits des communautés que des droits individuels des usagers d'une langue déterminée, en l'occurrence les francophones, ce qui s'inscrit naturellement dans l'esprit libéral de la Loi de 1982 et de toute la législation canadienne en matière de multiculturalisme (Jiménez-Salcedo, 2014a : 232).

tions avec l'Administration, une égalité qui est inscrite de façon explicite dans les textes de loi et interprétée de façon favorable par les tribunaux.

Les droits linguistiques représentent autant de mesures de protection des langues officielles du Canada, alors que les droits d'accès aux services publics sont reliés aux garanties processuelles et, d'une manière plus générale, à l'obligation imposée à l'administration de traiter les usagers de façon équitable. Appliqués au contexte judiciaire, ils établissent une différence majeure dans la procédure par rapport aux droits linguistiques : l'usager qui peut se prévaloir des droits linguistiques aura un accès direct à la procédure dans sa langue maternelle, alors que l'usager – allophone – à qui on applique les principes d'accès aux services publics devra le faire par l'entremise d'un interprète. Voilà, selon la doctrine (Gruben, 2006 : 380), comment le législateur canadien entend protéger les minorités linguistiques au Canada : l'interprète doit être l'ultime ressort pour un usager de langue officielle, alors que sa présence est pratique courante pour les allophones. Le recours à l'interprète s'avère donc essentiel afin de délimiter les différences existant entre les droits linguistiques et les droits d'accès aux services publics.

Le recours à un interprète pour les accusés allophones est établi dans l'article 14 de la Charte canadienne des droits et libertés : « La partie ou le témoin qui ne peuvent suivre les procédures, soit parce qu'ils ne comprennent pas ou ne parlent pas la langue employée, soit parce qu'ils sont atteints de surdité, ont droit à l'assistance d'un interprète ». Cet article se trouve dans la section consacrée aux garanties juridiques et il est séparé des dispositions relatives au caractère officiel du français et de l'anglais (article 16) et à l'usage des langues officielles dans les tribunaux (article 19). La possibilité de recours à un interprète est également entérinée par d'autres dispositions réglementaires canadiennes, telles que l'article 36 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (Bergeron, 2002).

Bien que moins volumineuse que celle relative aux droits linguistiques dans le domaine judiciaire, la jurisprudence autour de l'article 14 de la Charte canadienne ne fait pas défaut. À ce propos il est intéressant d'analyser comment elle consacre une certaine idée de qualité en interprétation judiciaire. Ainsi, déjà en 1973, la Cour d'appel de l'Ontario dans *R. c. Reale* (arrêt confirmé en 1975 par la Cour suprême) exposait les principes de continuité et concomitance inhérents à toute interprétation dans un tribunal : l'interprète devait traduire tout le temps et en même temps que le message en langue de départ – celle que l'usager ne comprend pas – était débité. Cela devait conditionner les techniques d'interprétation, avec une préférence pour la traduction simultanée lorsque les conditions matérielles le permettaient. L'arrêt *Hertrich* (1982) de la Cour d'appel de l'Ontario va dans le même sens, soulignant la nécessité continue d'assistance de la part de l'interprète tout au long de la tenue du procès⁷.

⁷ Sont également à souligner, pour ce qui est de la jurisprudence relative à la présence de l'interprète dans les procès, les arrêts *R. c. Petrovic* (1984), *Tung c. Canada* (1991) et, surtout, *R. c. Tran* (1994).

Mais c'est l'arrêt *R. c. Tran* (1994) de la Cour suprême qui élargit et consacre tous les grands principes de qualité qui font de l'interprétation judiciaire au Canada un exemple dans ce domaine. Le rapporteur de l'arrêt, le juge Lamer, se base sur la Charte canadienne pour imposer ces principes, non seulement sur l'article 14, le plus évident, mais aussi sur l'article 15, relatif à l'égalité, et l'article 27 concernant l'aspiration du peuple canadien à devenir une société multiculturelle, entreprise impossible à accomplir si des critères minimaux d'accès aux services publics, en l'occurrence à la justice, ne sont pas respectés. Lamer reprend les principes de qualité de l'arrêt *Reale* (continuité⁸ et concomitance) pour y ajouter la fidélité⁹ et l'impartialité¹⁰.

Contrairement à l'esprit des droits linguistiques, dont l'objectif est de fournir un accès direct et égal à l'Administration aux locuteurs des deux langues officielles, les droits d'accès aux services publics entraînent un accès indirect car celui-ci doit toujours s'effectuer par le biais d'un interprète. Certains auteurs considèrent à cet égard que l'interprète représente une barrière entre l'accusé et le tribunal (Tomkins, 2008 : 199), même si nous sommes généralement assez loin des années où il était perçu comme un « mal nécessaire » (Herbert, 1952 : 4), témoin d'une époque où le monolinguisme était le mode de fonctionnement idéal de tout service public et que la présence de langues tierces devait s'accommoder par le biais de la présence toujours gênante d'un interprète (Wadensjö, 1997 : 36). Quoi qu'il en soit, il est évident qu'il existe une certaine asymétrie des droits entre les locuteurs des langues officielles et les usagers allophones, ne serait-ce que par le mode d'accès aux services publics : direct pour les uns, indirect pour les autres. Par ailleurs, et de manière générale, le principe facilitateur d'accès par le biais d'un interprète s'applique à tous les services publics essentiels, même si c'est seulement dans le domaine judiciaire qu'il est constitutionnellement consacré.

⁸ En l'espèce, l'une des raisons qui invalidaient la décision du tribunal inférieur, selon le juge Lamer, était que l'accusé n'avait eu accès qu'à un résumé traduit vers sa langue maternelle de l'interrogatoire du témoin à charge, lequel par ailleurs faisait office d'interprète lors des audiences.

⁹ La fidélité est l'une des questions les plus épineuses de l'interprétation judiciaire car le professionnel se trouve dans la plupart des cas réduit à avoir à choisir entre une interprétation littérale et une interprétation explicative. Plusieurs auteurs (Deferrari, 1989 : 126 ; Noreau, 2003 : 197 ; Jiménez-Salcedo, 2014b : 248-249) s'accordent à dire que ce n'est pas à l'interprète de décoder les discours abstrus de certains avocats et de la procédure judiciaire en général mais plutôt aux acteurs au procès de rendre leur langage plus compréhensible.

¹⁰ L'interprète doit être une personne externe au procès et non pas l'un des témoins, comme c'était le cas en l'espèce.

3. L'exercice des droits d'accès aux services publics par le biais de l'interprète : l'exemple du Québec

3.1. Les droits des usagers allophones dans un contexte de conflit linguistique

Le Québec représente un excellent exemple de la séparation que la législation et la jurisprudence canadiennes ont établi entre droits linguistiques et droits d'accès aux services publics. *Mutatis mutandis*, nous attribuons au Québec la grille de lecture du « conflit linguistique », tel qu'il est proposé par Aracil (1965, 1986) et Ninyoles (1969) : jusqu'à l'adoption de la Charte de la langue française en 1977, le Québec se trouvait confronté au problème de la survie du français en tant que langue apte à remplir toutes les fonctions sociales au sein de la communauté. Dans ce contexte de conflit linguistique, il s'agissait de choisir entre la substitution linguistique ou la planification. L'entreprise de planification a été menée avec succès grâce à la présence des structures de gestion du gouvernement du Québec, favorisée sans doute par le fait que le français était déjà une langue normativisée avec une longue tradition littéraire, ce qui ne veut aucunement dire qu'il n'a pas fallu entreprendre un travail d'adaptation de la langue au contexte nord-américain, notamment pour ce qui est de la terminologie et de la prise de conscience de l'importance de la norme écrite, étape indispensable au dépassement de la situation diglossique. Le Québec s'est doté d'un arsenal juridique modifié par les arrêts successifs de la Cour suprême¹¹, ce qui a contribué à l'époque à la perception d'une situation de désaccord entre le centre politique canadien et la périphérie francophone québécoise dans un cadre général de tension constitutionnelle qu'il serait trop long de développer ici¹².

Quelques décennies de travail sur la norme du français québécois et sur l'attribution fonctionnelle d'espaces de développement en tant que langue courante de communication publique ont largement amélioré la situation de diglossie, sans pour autant régler entièrement le conflit linguistique, comme cela se passe dans toute communauté où il existe cohabitation entre deux langues et que l'une d'entre elles, la langue dominante, tend à déplacer l'autre, dominée ou minorée, dans les espaces fonctionnels de communication.

Dans cette situation de tension linguistique, il serait aisé de penser que la dernière des préoccupations des administrations serait d'opérer des adaptations à l'égard des usagers allophones. Or, depuis les années 80 le Québec a fait preuve d'une grande sensibilité vis-à-vis de la problématique de l'accès aux services publics de la part des

¹¹ Notamment *Québec c. Blaikie* (1979), déjà cité; *Québec c. Quebec Protestant School Board* (1984), à propos de la reconnaissance du droit des élèves de langue anglaise à fréquenter l'école anglophone au Québec en vertu de l'application de l'article 23 de la Charte canadienne, et *Ford c. Québec* (1988), traitant de l'interdiction de l'affichage public dans une langue autre que le français, annulée par la Cour suprême en application du principe de la liberté d'expression.

¹² Pour une histoire des avatars judiciaires de la Charte de la langue française, voir Corbeil, 2007 : 246-263.

usagers qui ne parlent pas anglais ou français ou qui en ont une faible compétence. À ce propos, les autorités québécoises ont mis en place des stratégies d'adaptation basées sur l'établissement de services d'interprétation en milieu social.

La création de ces structures répond à l'acceptation de la part des décideurs de plusieurs réalités : l'augmentation du nombre de nouveaux arrivants – beaucoup d'entre eux avec des compétences linguistiques très limitées dans l'une ou l'autre langue officielle –, la reconnaissance de l'existence de barrières linguistiques, évaluées qualitativement dans le cas concret du domaine de la santé¹³, et du coût qu'elles génèrent, outre la remise en cause de la qualité des services ; la volonté des administrations de fournir de bonnes pratiques aux citoyens et, bien entendu, le cadre législatif et jurisprudentiel, qui est relativement précis en ce qui concerne la prise en charge des usagers allophones.

Pour ce qui est des domaines sanitaire et social, la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec urge, dans ses articles 2.5 et 2.7, à tenir compte des réalités linguistiques et ethnoculturelles des quartiers où se situent les centres de santé et de services sociaux. Les droits d'accès aux services publics sont implicites dans les articles 4 à 16 de cette même loi, relatifs aux droits du patient, dans lesquels il est question du consentement éclairé, difficilement exerçable s'il n'y a pas de compréhension mutuelle entre l'utilisateur et le professionnel. La loi oblige les professionnels œuvrant dans les domaines sanitaire et social à mettre tous les moyens à la disposition de l'utilisateur pour que cette intercompréhension soit possible (Hemlin, 2006 : 10).

En ce qui concerne la jurisprudence, il serait sans doute intéressant d'analyser dans des recherches spécifiques le rôle que la Cour suprême et les cours supérieures des provinces accordent à l'interprète dans les interventions de type sanitaire et social. Si cette jurisprudence est volumineuse pour tout ce qui a trait aux droits linguistiques (section 1 de cet article) et aux droits d'accès aux services publics dans le domaine judiciaire (section 2), elle est moins explicite en ce qui concerne d'autres services essentiels, comme la santé. Une analyse sommaire des sources jurisprudentielles, qui devrait – insistons-nous – être creusée, nous fournit un arrêt de la Cour suprême de 1997 (*Eldridge c. Colombie-Britannique*) qui établissait l'obligation pour les hôpitaux de fournir des services d'interprétation pour les personnes sourdes, et cela en application des principes exprimés par la Charte canadienne. Ce droit est néanmoins réservé aux personnes sourdes et la Cour n'a pas estimé bon de l'étendre aux allophones (Hemlin et Clarke, 2006 : 13). Une décision de 1999 de la Cour supérieure du Québec (*Hôpital chinois de Montréal c. le Syndicat canadien de la Fonction publique et*

¹³ L'existence de barrières linguistiques qui génèrent des coûts supplémentaires et qui mènent trop souvent à l'échec thérapeutique est bien attestée par la littérature, notamment aux États-Unis (Manson, 1988 ; Flores, 1999, 2003, 2005 ; Sarver, 2000 ; Bernard, 2006 ; Jacobs, 2006), mais aussi au Canada (Bowen, 2001 ; Bartlett, 2008) et au Québec (Battaglini, 2005 ; Vissandjée et Hemlin, 2006 ; Muñoz et Kapoor-Kahli, 2007).

l'Alliance des infirmières du Québec) assurait la nécessité d'une communication fluide entre le patient et le fournisseur de services sanitaires : elle soulignait notamment qu'en cas de faille dans la communication l'utilisateur serait privé d'un accès effectif aux soins de santé.

3.2. Les banques d'interprètes ou la solution québécoise au problème du droit d'accès aux services publics

Au Québec, les interprètes en milieu social, autrement dit ceux qui assurent le respect du droit d'accès aux services publics aux usagers allophones, travaillent dans le cadre de banques d'interprètes. Il s'agit en l'occurrence d'une liste d'interprètes autonomes non salariés par l'Administration mais œuvrant auprès d'elle, à laquelle ils facturent le prix de leurs interventions et qui travaillent avec des clients allophones dans le contexte de leurs relations avec des services publics essentiels, tels que la santé, l'éducation, la justice ou les services sociaux. Les services des banques d'interprètes sont payants : ce n'est évidemment pas à l'utilisateur allophone d'honorer les frais d'interprétation mais bien au service ayant fait appel à la banque. Plusieurs acteurs interviennent dans le service : l'utilisateur allophone, l'interprète, le demandeur, qui est la personne chargée dans le service de faire appel à l'interprète par le biais de la banque ; le professionnel, qui n'est pas forcément le demandeur et qui est la personne en contact direct avec l'utilisateur ; et l'interprète, dernier maillon de l'intervention et personne chargée de faciliter la communication lors de l'interaction « trialogique »¹⁴ (Klimkiewicz, 2005). Ce qui fait la différence de ce service par rapport à d'autres, notamment les services d'accompagnement de nouveaux arrivants mis en place par le tissu associatif, c'est le fait que la banque ne fait appel qu'à des interprètes formels dont les profils sont très variés et qui ont déjà une expérience préalable dans le domaine de la médiation linguistique (Bourque, 2004 : 3).

Au Québec les banques d'interprètes peuvent être gérées par des organismes publics ou privés. Dans le cas des organismes privés, il s'agit toujours d'une organisation à but non lucratif engagée dans des travaux auprès des communautés allophones. C'est la solution la plus répandue en dehors de Montréal, comme le démontrent les exemples de la Banque régionale d'interprètes interculturels de l'Outaouais, la Banque régionale d'interprètes du Service d'aide aux Néo-Canadiens de Sherbrooke et la Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturelles de Québec (Jiménez-

¹⁴ Cette intervention est caractérisée comme étant « trialogique » car elle renvoie à un dialogue entre l'utilisateur et le professionnel, assistés tous les deux par un interprète situé de façon équidistante. Idéalement l'équidistance doit être aussi bien physique que symbolique. La littérature a longuement discuté sur le rôle à assumer par l'interprète: d'une position neutre de traducteur des parties engagées dans l'interaction (Tymoczko, 2003) à un rôle actif de défense des intérêts de l'utilisateur, à la manière d'un travailleur social (Gehrke, 1993 : 420), sans oublier la dimension de médiation interculturelle de son métier, car il est toujours obligé d'apporter un contexte social et juridique aux messages qu'il traduit (Weiss, 1998 : 46).

Salcedo, 2010 : 86-107). Par ailleurs, deux grandes institutions sanitaires anglophones de la métropole disposent chacune d'entre elles de leur propre banque d'interprètes : le *Montreal Children's Hospital* de l'Université McGill et le *Jewish General Hospital*, ce dernier fonctionnant sur la base du bénévolat des interprètes (Jiménez-Salcedo, 2010 : 159-166).

Dans le cas de Montréal, deux banques assurent l'accomplissement du droit d'accès aux services publics pour les usagers allophones : il s'agit de la Banque interrégionale d'interprètes de Montréal (BIIM), qui assure des services d'interprétation pour les domaines sanitaire, social et éducatif, et du Service d'interprétation et de traduction judiciaires de Montréal (SITJM), pour le domaine judiciaire. L'élément essentiel du modèle de gestion de ces banques¹⁵ est sans aucun doute son caractère public et son enracinement dans le réseau des administrations québécoises. Si la collaboration de la BIIM avec les institutions sanitaires et sociales du Grand Montréal est plus qu'étroite, le siège du SITJM se trouve tout simplement dans le Palais de Justice, dont il gère l'immense demande d'interprètes, ainsi que celle provenant des tribunaux du reste du Québec.

Ces deux banques disposent chacune d'un système de gestion bien huilé qui permet de fournir des interprètes dans des délais assez raisonnables. Dans le contexte canadien, la demande d'interprètes se modifie selon les flux migratoires, toujours changeants. C'est pourquoi certaines langues sont plus difficiles à assurer que d'autres lors de périodes de grande demande ou, au contraire, trouver des interprètes dans certaines langues devient de plus en plus compliqué au fur et à mesure qu'elles se font rares chez les nouveaux arrivants. La question de la professionnalisation du métier est également centrale dans le modèle de gestion de ces banques ; ainsi, le SITJM dispose d'un système d'habilitation des interprètes assez performant, largement inspiré du système ontarien, même si les demandes d'interprétation de certaines combinaisons linguistiques rendent parfois nécessaire le recours à des interprètes non habilités. Les deux banques disposent également d'un système de tarification très juste pour les interprètes, d'autant plus qu'il ne s'agit pas de services financés par les usagers allophones ; le coût des interprétations étant entièrement versé aux interprètes.

4. Conclusion

Nous pensons avoir démontré dans ces quelques pages la différence essentielle existant entre les droits linguistiques et les droits d'accès aux services publics, car c'est justement la présence ou l'absence de l'interprète qui devient le vecteur d'une différence basée sur une politique linguistique asymétrique : d'un côté les langues déclarées comme officielles offrent un accès direct aux services publics, alors que les autres sont sujettes à la médiation linguistique. Les droits reconnus ne sont pas non plus les

¹⁵ Pour une explication dans le détail des modèles de gestion de ces banques, voir Jiménez-Salcedo, 2010: 107-158 (pour la BIIM) et 177-188 (pour le SITJM).

mêmes : les droits linguistiques sont essentiellement politiques car ils naissent du compromis fondateur du Canada en vertu duquel les deux communautés linguistiques doivent avoir la capacité nécessaire à leur développement, cela n'étant possible que par le biais d'un accès égal aux outils d'épanouissement. Les droits d'accès aux services publics, quant à eux, sont davantage liés à l'équité dans la procédure administrative, au respect des droits humains, notamment chez les personnes nouvellement arrivées dans le pays, mais ils ont aussi une teneur politique, et c'est là que nous revenons à la question de départ de cet article, car des pouvoirs politiques qui mettent en place des structures d'interprétation en milieu social accordent en quelque sorte certains droits de cité aux personnes d'origine étrangère et assument, par ricochet, que leur présence dans le pays est essentielle à la société d'accueil. Le caractère multiculturel et multilingue est par ce biais pleinement assumé et intégré à la pratique courante des administrations. L'exemple de la mise en place de banques d'interprètes au Québec, évoqué dans la section 3 de cet article, montre que l'action des administrations en faveur des droits d'accès aux services de la part des allophones n'est pas forcément incompatible avec la planification, en l'occurrence celle du français dans un contexte de conflit linguistique.

Ceci étant, il faut souligner que la nature différente des droits et leur concrétion dans la pratique de l'accès aux services publics produit deux rapports différents avec les administrations : une relation directe lorsqu'il s'agit d'appliquer des droits linguistiques et un rapport indirect quand il est question des droits d'accès aux services publics. Même si un modèle concret de société, et donc une décision qui relève du politique, est derrière l'assomption de ces deux stratégies, il est évident que la priorité est donnée par le législateur canadien, avec le concours de la doctrine, aux droits linguistiques, alors que les droits d'accès aux services publics sont davantage basés sur un concept d'équité inhérent à toute société démocratique. Des structures d'interprétation en milieu social comme celles mises en place au Québec devraient justement contribuer à équilibrer cette asymétrie des droits et c'est encore une fois la figure de l'interprète qui devrait devenir centrale dans cette entreprise.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARACIL, Lluís Vicent (1965) : *Conflit linguistique et normalisation linguistique dans l'Europe nouvelle*. Nancy, Centre universitaire européen.
- BARTLETT, Gillian *et al.* (2008) : « Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings ». *Canadian Medical Association Journal* 178(12), 1555-1562.

- BATTAGLINI, Alex *et al.* (2005) : *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes: Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. Montréal, Direction de santé publique de Montréal.
- BERGERON, Gilles (2002) : « L'interprétation en milieu judiciaire ». *Méta* 47(2), 225-232.
- BERNARD, Andrew *et al.* (2006) : « Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent upon role ». *Journal of Professional Nursing* 22(6), 355-358.
- BOIVIN, Daniel (2006) : « Le manque d'accès des justiciables francophones de l'Ontario aux tribunaux administratifs constitue-t-il une violation des règles d'égalité ? Une étude de cas », in André Braën, Pierre Foucher et Yves Le Bouthillier (éds.), *Languages, Constitutionalism and Minorities – Langues, constitutionnalisme et minorités*. Markham (On.), LexisNexis, 439-456.
- BOURQUE, Renée (2004) : *Guide sur les services de santé et les services sociaux pour les interprètes en milieu social*. Montréal, Services aux communautés linguistiques et ethnoculturelles.
- BOWEN, Sarah (2001) : *Language Barriers in Access to Health Care*. Ottawa, Health Canada.
- BRAËN, André (1998) : « L'interprétation judiciaire des droits linguistiques au Canada et l'affaire Beaulac ». *Revue générale de droit* 29, 379-409.
- CORBEIL, Jean-Claude (2007) : *L'Embarras des langues. Origine, conception et évolution de la politique linguistique québécoise*. Montréal, Éditions Québec Amérique.
- DEFERRARI, Matilde (1989) : « Judiciary Interpretation: Theory and Practice », in Deanna Lindberg Hammond (éd.), *Coming of Age. Proceedings of the 30th Annual Conference of the American Translators Association*. Medford (NJ), Learned Information, 123-127.
- FLORES, Glenn *et al.* (1999) : « The impact of ethnicity, family income, and parental education on children's health and use of health services ». *American Journal of Public Health* 89(7), 1066-1071.
- FLORES Glenn *et al.* (2003) : « Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters ». *Pediatrics* 111(1), 6-14.
- FLORES, Glenn (2005) : « The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review ». *Medical Care Research and Review* 62(3), 255-299.
- GEHRKE, Monika (1993) : « Community interpreting », in Catriona Picken (éd.), *Translation - The Vital Link: Proceedings of the XIIIth World Congress of FIT*. Londres, Institute of Translation and Interpreting, vol. 1, 417-421.
- GRUBEN, Vanessa (2006) : « A comparative examination of official languages in the judicial system: foundational principles », in André Braën, Pierre Foucher et Yves Le Bouthillier (éds.), *Languages, Constitutionalism and Minorities – Langues, constitutionnalisme et minorités*. Markham (On.), LexisNexis, 373-391.
- HELLER, Monica (2002) : *Éléments d'une sociolinguistique critique*. Paris, Éditions Didier.
- HEMLIN, Isabelle (2006) : « Rencontre avec interprète, ou de l'Interculturel à trois ». *Défi jeunesse* 12(2), 9-13.

- HEMLIN, Isabelle et Heather CLARKE (2006) : *Services d'interprétation dans les soins de santé : un meilleur accès aux soins de santé primaires. Rapport de Montréal: Un aperçu de l'histoire, du développement et de la situation actuelle des services d'interprétation au Québec*. Montréal, Santé Canada.
- HERBERT Jean (1952) : *The Interpreter's Handbook: How to Become a Conference Interpreter*. Genève, Librairie de L'Université.
- JACOBS Elizabeth *et al.* (2006): « The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda ». *The Milbank Quarterly* 84-1, 111-133.
- JIMÉNEZ-SALCEDO, Juan (2010) : *Traducción-interpretación en los servicios públicos en Quebec, ¿un modelo para Andalucía ?* Séville, Consejería de la Presidencia – Junta de Andalucía.
- JIMÉNEZ-SALCEDO, Juan (2012) : « La política de bilingüisme de l'administració de justícia canadenc i les seves implicacions per a la normalització del francès al Quebec ». *Revista de Llengua i Dret* 58, 74-91.
- JIMÉNEZ-SALCEDO, Juan (2014a) : « La politique linguistique québécoise et le multiculturalisme au Canada. Quel modèle de gestion de la diversité ? », in Jorge Cagiao y Conde et Alfredo Gómez Müller (dir.), *Le multiculturalisme et la reconfiguration de l'unité et de la diversité dans les démocraties contemporaines*. Bruxelles, Peter Lang, 227-244.
- JIMÉNEZ-SALCEDO, Juan (2014b) : « Lingüística forense, interpretación judicial y modelos de formación », in Elena Garayzábal Heinze, Miriam Jiménez Bernal et Mercedes Reigosa Ribeiro (coord.), *Lingüística forense: la lingüística en el ámbito legal y policial*. Madrid, Euphonia Ediciones, 241-262.
- KLIMKIEWICZ, Aurelia (2005) : « L'interprétation communautaire: un modèle de communication "trialogique" ». *TTR: traduction, terminologie, rédaction* 18(2), 209-224.
- KYMLICKA, Will (1998) : *Finding Our Way. Rethinking Ethnocultural Relations in Canada*. New York, Oxford University Press.
- MANSON, Aaron (1988) : « Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma ». *Medical Care* 26-12, 1119-1128.
- MUÑOZ, Marie et Anjali KAPOOR-KAHLI (2007) : « Les barrières de langue: Comment les surmonter en clinique ? ». *Le Médecin du Québec* 42-2, 45-52.
- NINYOLES, Rafael (1969) : *Conflicte lingüístic valencià. Substitució lingüística i ideologies diglossiques*. Valence, Tres i Quatre.
- NOREAU, Pierre (2003) : *Le droit en partage: le monde juridique face à la diversité ethnoculturelle*. Montréal, Éditions Thémis.
- PELLETIER, Benoît (1995) : « Bilan des droits linguistiques au Canada ». *Revue du Barreau* 55(4), 611-659.
- POIRIER, Donald et Anne-Françoise DEBRUCHE (2005) : *Introduction générale à la common law*. Cowansville (Qc), Yvon Blais.
- SARVER, Joshua et David W. BAKER (2000) : « Effects of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit ». *Journal of General Internal Medicine* 15(4), 256-264.

- TOMKINS, Alyssa (2008) : « Does Beaulac Reorient Judicial Bilingualism ? », in Joseph-Eliot Magnet, (éds.), *Official Languages in Canada. New Essays*. Montreal, LexisNexis, 171-206.
- TYMOCZKO, Maria (2003) : « Ideology and the position of the translator: In what sense is a translator 'in-between' ? », in María Calzada Pérez (éd.), *Apropos of Ideology. Translation Studies on Ideology – Ideologies in Translation Studies*. Manchester, St. Jerome, 181-201.
- VISSANDJÉE, Bilkis et Isabelle HEMLIN (2006) : « Soins infirmiers transculturels », in Lilian Sholtis Brunner *et al.* (éds.), *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie*. Saint-Laurent (Québec), Éditions du Renouveau pédagogique.
- WADENSJÖ, Cecilia (1997) : « Recycled information as a questioning strategy. Pitfall in interpreted-mediated talk », in Silvana E. Carr *et al.* (éds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam, John Benjamins, 35-52.
- WEISS, Regula et Rahel STUKER (1998) : *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins*. Neuchâtel, Université de Neuchâtel.

LÉGISLATION

- Charte de la langue française*, L.R.Q., c. C-11.
- Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c. C-12.
- Code criminel* (L.R.C. (1985), ch. C-46).
- Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.U.).
- Loi constitutionnelle de 1982*, annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.U.), 1982, c. 11.
Partie I : *Charte canadienne des droits et libertés*.
- Loi de 1870 sur le Manitoba*, 33 Victoria, ch. 3.
- Loi sur la santé et les services sociaux du Québec* (L.R.Q., c. s-42).
- Loi sur les langues officielles* (L.R.C. (1985), ch. 31 (4^e suppl.)).
- Loi sur les tribunaux judiciaires*, R.R.O. 1990, Règlement 194.

JURISPRUDENCE

- Bilodeau c. Manitoba (P.G.)*, [1986] 1 RCS 449.
- Eldridge c. Colombie-Britannique (P.G.)*, [1997] 3 RCS 624.
- Ford c. Québec (P.G.)*, [1988] 2 RCS 712, 54.
- Hôpital chinois de Montréal c. le Syndicat canadien de la Fonction publique et l'Alliance des infirmières du Québec* [1999]. Numéro de la cause : 500-05-043563-988.
- Jones c. P.G. Nouveau-Brunswick*, [1975] 2 RCS 182.
- MacDonald c. Ville de Montréal*, [1986] 1 RCS 460.
- Québec (P.G.) c. Blaikie et autres*, [1978] CAQ 351.
- Québec (P.G.) c. Blaikie et autres*, [1978] CSQ 37.

- Québec (P.G.) c. Blaikie et autres*, [1979] 2 RCS 1016.
Québec (P.G.) c. Quebec Protestant School Board, [1984] 2 RCS 66.
R. c. Beaulac, [1999] 1 RCS 768.
R. c. Hertrich, [1982] 67 CCC (2d) 510 (CAOnt).
R. c. Petrovic, [1984], 13 CCC (3d) 416 (CAOnt).
R. c. Reale, [1973] 13 CCC (2d) 345 (CAOnt).
R. c. Reale, [1975] 2 RCS 624.
R. c. Tran, [1994] 2 RCS 951.
Société des Acadiens du Nouveau-Brunswick Inc. c. Association. of Parents for Fairness in Education, [1986] 1 SCR 549.
Tung c. Canada (Ministère de l'Emploi et de l'Immigration), [1991] 124 NR 388 (CAF).