

**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-embarazadas-inmigrantes.html> ; 06/10/2014].