

L'INTERPRETARIAT MEDICAL ET SOCIAL PROFESSIONNEL EN FRANCE

DEFINITION ET COMPETENCES SPECIFIQUES

Sylvie Mosser-Lutz et Liliana Saban¹

Conférence Nationale sur "L'interprétariat médical et social professionnel"

14 novembre 2012 – ENA Strasbourg

Je suis là pour restituer les réflexions et les propositions d'un groupe de travail d'une dizaine d'associations. Ces associations ont travaillé ensemble pendant presque deux années consécutives sur l'harmonisation et la formalisation de la pratique de l'interprète médical et social en France en 2012.

Nos associations, sont réparties dans toute la France (*ISM à Paris, ISM EST à Metz, ISM CORUM à Lyon, ASAMLA à Nantes, RVH35 à Rennes, APTIRA à Angers, MANA à Bordeaux, COFRIMI à Toulouse, ADATE à Grenoble et MSA à Strasbourg*) et interviennent dans le domaine de la promotion de la santé depuis une quarantaine d'années pour les plus anciennes. Elles ont comme principal objectif un égal accès aux droits et à la santé des personnes migrantes. Pour ce faire, elles ont développé des services d'interprétariat mis à disposition des institutions sanitaires, sociales, administratives, éducatives (principalement) facilitant leurs relations aux personnes non francophones.

Cela a représenté, en 2011, 260 000 heures d'interventions, 110 langues de travail et l'exercice d'environ 700 interprètes.

Pour rappel, ISM Paris a organisé en mars 2010, au Ministère de la Santé un colloque intitulé « Interprétariat, Santé et Prévention ». Acteurs et instances sanitaires et sociales y avaient acté la présence indispensable d'un interprète en consultation médicale et sociale lorsque les bénéficiaires, patients et les professionnels de la santé, du social ou du monde médicosocial ne partagent pas la même langue. Ce fut une première étape pour lever l'obstacle de la barrière linguistique présente dans ces relations. L'interprète était enfin reconnu comme un levier incontournable à l'échange entre les acteurs de la santé et du monde social pour un exercice plein de leurs fonctions et les patients pour leur participation effective à ce qui leur arrive, ce dans le respect et l'application des lois 2002 autour du droit des usagers et des patients hospitalisés.

A l'issue de cette journée, le groupe de travail national s'est constitué à l'initiative de MSA pour approfondir ce que recouvre la qualification de l'interprète et travailler à partir des interrogations suivantes :

- Qui sont les interprètes ? Que font-ils ?
- De qui parlent les soignants et les travailleurs sociaux quand ils font appel à un interprète médical et social ?
- Et du côté des structures associatives, lorsqu'elles missionnent des interprètes professionnels, quels sont les gages de qualité et de compétences qu'elles visent ?

Le travail de traduction est généralement méconnu en France. Danica Séleskovitch, spécialiste de cette discipline, parlait de la France comme « *un pays porté du fait de sa longue hégémonie* »

¹ Sylvie Mosser – Lutz est cadre de santé, formatrice, et Vice-Présidente de Migrations Santé Alsace. Liliana Saban est Directrice de Migrations Santé Alsace.

linguistique, à l'insouciance à l'égard de la traduction ». Elle rajoutait : « *défendre la langue française, c'est aussi offrir des relais fiables dans les vecteurs de la pensée que sont la traduction et l'interprétation* »². Nous inscrivant dans le prolongement de ses propos, nous voudrions, à travers cette démarche collective de conceptualisation, sensibiliser et rendre vigilant les acteurs professionnels des milieux médicaux et sociaux aux exigences et aux responsabilités du travail d'interprète.

Retraçons dans un premier temps **l'histoire de notre démarche** :

Il s'agit, au départ, pour la plupart d'entre nous d'un engagement militant pour la promotion de la santé des personnes migrantes. Cependant, nos actions se sont professionnalisées au fil des années. Chaque association a été rapidement attentive aux aspects déontologiques spécifiques de la fonction de l'interprète missionné et en a posé les principes : fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, et impartialité. Elles ont toutes réfléchi à leur mise en œuvre et à leur confrontation aux pratiques vécues dans les contextes délicats que représentent les situations de soin et d'entretiens sociaux. Pour ce faire, chacune d'entre elles a développé des partenariats avec des chercheurs et des professionnels de différents horizons : anthropologues, psychiatres, psychologues, démographes, philosophes, juristes... et a construit des dispositifs d'accompagnement des interprètes embauchés à travers l'organisation de formations initiales, de tutorats, de formations continues mais aussi par la mise en place de groupes d'analyse des pratiques.

Dans cette visée déontologique, elles ont, au cours de ces nombreuses années d'expérience, continuellement défendu la différence entre une personne - ami, membre de la famille - qui, parce qu'elle parle deux langues va *dépanner*, et un interprète formé, accompagné, ayant réfléchi aux difficultés et aux enjeux de l'acte de traduction.

Ainsi après 40 années de maturation (tels nos meilleurs grands crus) sur chacun de nos terroirs, nous avons décidé de nous regrouper, fortement conscients de la nécessité de nous engager dans une démarche nationale. Nous inscrivant dans une méthodologie de recherche-action, nous avons mutualisé nos pratiques et nos réflexions, collecté les travaux internes, les avons confrontés à des lectures de spécialistes de la traduction et d'autres disciplines. Au cours de ces deux années, nous nous sommes accordés sur les fondements du travail d'interprète médical et social.

En voici la restitution.

Elle doit permettre, nous l'espérons, en premier lieu de **dépasser la méconnaissance des exigences du travail d'interprète**.

Cette méconnaissance provient à la fois des personnes qui sont sollicitées (ou se proposent d'elles-mêmes) parce qu'elles parlent deux langues et des professionnels de la santé et du social.

Les premières, qui parlent deux langues, se sentent assez spontanément obligées d'intervenir : « *je dois mettre à disposition mon savoir puisque je parle les deux langues, je peux aider mon compatriote ou le docteur ...* ». disent-elles. D'ailleurs, en formation initiale, les nouveaux interprètes, disent presque systématiquement qu'ils s'engagent dans ce métier pour « *être le guide, éclairer, ne pas laisser l'autre dans l'ignorance ..., ne pas le laisser dans un sentiment de solitude, d'abandon ...* ».

Nous observons que les motivations initiales relèvent du désir d'aider. A ce stade, les personnes sous-estiment largement la complexité de l'acte de traduction, plus particulièrement les difficultés inhérentes à la technique de traduction consécutive mais surtout les enjeux de mise en œuvre des principes déontologiques. De façon succincte (même si c'est caricatural) « *Ce n'est pas parce que je parle deux langues que je suis « naturellement » interprète, je ne peux pas me situer « naturellement » dans le respect des principes déontologiques ..., ni dans ce que représente l'acte de traduction*. Comme toute fonction professionnelle, je dois m'y préparer, pouvoir analyser ce qui se

² Seleskovitch D., – Lederer M., *Interpréter pour traduire*, Collection Traductologie, Didier éd. Klincksieck, 2001.

passer, y intégrer des savoirs. Cette prise de conscience émerge lors des formations que nous proposons.

La méconnaissance des exigences du métier d'interprète *provient* aussi des professionnels de la santé et du social. Alors qu'ils savent ce qui peut être ou non demandé à une sage-femme, à un médecin, à un kinésithérapeute, à un infirmier, à un éducateur, une assistante sociale, ils n'ont encore que peu envisagé, peu réfléchi aux fonctions spécifiques de l'interprète.

Dans la pratique au quotidien, des interrogations surgissent. Des maladroites surviennent dans la collaboration. Des glissements s'opèrent. Puisque l'interprète parle la même langue que l'utilisateur, « *ces compatriotes-là, ne seraient-ils pas amis ?* » ... Et alors moi, soignant ou travailleur social, ne serais-je pas tenté de lui confier d'autres demandes / rôles comme ceux de brancardier (*ex. quand je lui propose d'accompagner l'utilisateur après la consultation au service de radiologie*), ou d'accompagnateur social (*ex le guider dans ses paperasses*), ou d'écrivain public, si je vais encore plus loin en lui demandant de remplir des dossiers, ... ? Finalement, comment les professionnels se représentent-ils la relation de l'interprète à l'utilisateur mais aussi, leur propre collaboration avec l'interprète s'ils ne connaissent pas son territoire d'intervention ? Comment vont-ils travailler avec lui ? Qui vont-ils regarder durant l'entretien ? Quelle place et quels temps prévoient-ils à la traduction lors de la consultation ? Quelle confiance peuvent-ils lui accorder ? Quels « risques » (supposés et réels) cette tierce présence induit-elle ?

Cette restitution doit ensuite permettre de **délimiter les contours du travail d'interprète**.

Dans une volonté de lisibilité et de visibilité tant à l'égard des interprètes eux-mêmes, que des structures auxquelles sont rattachés les professionnels de la santé et du social qui y ont recours, nos propos ont pour souci d'explicitier et de mettre en lumière « ce que fait l'interprète et ce qu'il n'est pas », de lever le voile sur ce qui se joue dans une consultation avec un interprète professionnel, mais surtout témoigner en quoi la qualité professionnelle de son intervention enrichit, nuance, affine la conversation / le dialogue entre les deux interlocuteurs.

Que pouvons-nous dire, en quelques mots, sachant que les ateliers prévus cet après-midi développeront largement les thèmes présentés ?

Parmi les dénominations possibles, le groupe de travail a retenu le nom d' « Interprète médical et social » ou selon le contexte « interprète en milieu médical et social ».

Par ce choix, nous soulignons le fait que son exercice fait appel à des connaissances issues d'une double filiation : celles de la discipline de la traduction et celles plus thématiques en lien avec les contextes d'intervention des champs médical et social.

L'interprète médical et social appartient à la famille de l'interprétariat de liaison,

c'est-à-dire

- qu'il effectue un travail de traduction orale [qui utilise les techniques opératoires de l'interprétation consécutive], ce qui est différent de la traduction écrite.
- qu'il intervient en présence des deux parties³. L'interprète restitue, in vivo les propos d'un dialogue, d'une conversation entre deux personnes, ou d'un petit groupe. Il restitue par « séquençage » le sens de tous les propos émis de l'un à l'autre et assure une veille de compréhension, à la différence de l'interprétariat de conférence.

Nous avons au cours de notre cheminement collectif dégagé et distingué **3 piliers de cette pratique**.

³ S'il se retrouve seul en présence de l'un ou l'autre des interlocuteurs, il n'est plus en situation d'interprétariat.

Nous les avons nommés :

- Traduction orale
- Disponibilité et attention interculturelle
- Distanciation.

Ils constituent les fondements de l'exercice d'interprétariat médical et social pour le respect des principes déontologiques [fidélité, confidentialité et secret professionnel, impartialité]. Ils permettent d'identifier des compétences distinctes et d'améliorer les dispositifs de formation et d'accompagnement.

1. Le premier, et non le moindre, concerne la **traduction orale** : cœur du métier ou autrement dit son « noyau dur ».

La traduction orale, c'est-à-dire l'interprétation - ou dans nos milieux *l'interprétariat* - est souvent perçue comme le parent pauvre de la traduction, la traduction écrite en étant l'exercice d'élite ou de noblesse. Cette idée courante est portée par les personnes (médecins, éducateurs, ...) qui pensent que le langage au quotidien ne nécessite pas de terminologie spécifique mais aussi par une partie des spécialistes de la traduction, eux-mêmes. Ces perceptions méritent d'être réajustées. Les traductions, orale comme écrite, présentent chacune leurs difficultés propres.

Danica Séleskovitch, elle-même, dans l'introduction du livre coécrit avec Marianne Lederer, « Interpréter pour traduire »⁴, confronte *le caractère figé du texte écrit à l'évanescence du discours oral*. En me référant à sa pensée, analysons la question de la temporalité. Si face à un texte écrit, le traducteur peut et doit, dans le souci de fidélité, prendre le temps d'analyser les éléments constitutifs d'un texte, la terminologie et la syntaxe de la langue, la situation d'interprétariat de liaison nous place dans une temporalité différente. La conversation crée un va et vient de propos dans lesquels les traductions doivent se glisser. L'interprète doit immédiatement (*consécutivement*) s'adapter/ s'ajuster à « *la progression du discours [sans pouvoir] dégager la langue de l'enchaînement des paroles ...* ».

Dans nos contextes, que peut, que va induire l'asymétrie relationnelle entre un usager, un patient et le médecin, l'assistant social dans la traduction ? Les niveaux d'expressions, des nuances et registres de langages adoptés par ces protagonistes diffèrent inévitablement sur le plan linguistique et émotif. Permettez-moi une illustration même si elle est schématique : à l'hôpital, les professionnels peuvent avoir tendance à user de vocabulaire technique (le jargon) ou faire preuve d'un discours plus distancié, alors que les propos du patient relèvent, du fait même du contexte, de l'émotion, des affects, de l'étonnement, de la perplexité....

Or, d'un point de vue opératoire, traduire une conversation entre un médecin, un psychologue, une assistante sociale et son patient ou usager va comme pour tout interprète se décliner en deux grands processus :

- la restitution des propos de chacun au plus près de leurs sens respectifs - conformément aux principes déontologiques de fidélité et d'impartialité - grâce à des qualités d'écoute, de mémorisation, de compréhension, de richesse et réactivité linguistiques, d'une part
- et, la veille de compréhension propre à l'interprétariat de liaison, d'autre part. L'interprète doit avoir conscience qu'il a - du fait des effets immédiats que produit sa traduction dans l'entretien [médical et social] - la responsabilité de la compréhension de sa traduction par les protagonistes en veillant à la bonne réception de ses propos traduits.

Comment cela se joue-t-il en termes de responsabilité en cas d'erreur / de faiblesse de traduction ?

⁴ Seleskovitch D., – Lederer M., *ibid.*, p. 9.

Danica Séleskovitch insiste sur ce point-là également pour distinguer traduction écrite et traduction orale. « *Face à la médiocrité de certaines traductions écrites, le lecteur a la possibilité de s'attarder, de suppléer par la réflexion au manque de clarté d'une traduction. Ce qui n'est pas le cas de l'auditeur lors d'une conversation. Ceci l'amène à dire que si « l'erreur de méthode rend la traduction écrite opaque, elle rend la traduction orale inopérante* »⁵. Dans le contexte médical et social, nous nous pourrions dire « risquée » voire, « dangereuse » : nous appuyant sur l'exemple de la prescription médicale et de son observance, l'interprète de liaison doit mesurer autant les conséquences d'une mauvaise traduction que d'une mauvaise compréhension de celle-ci.

La performance de l'interprète, [qui nécessairement s'appuie sur des compétences propres à l'interprétation / interprétariat telles que décrites tout à l'heure par Mme Clare Donovan] est notamment réalisée grâce à l'adoption par l'interprète d'un double mouvement (posture) de présence/ retrait :

- « Présence », en faisant preuve d'écoute neutre, de concentration et de disponibilité aux propos sans se laisser déstabiliser par la teneur des contenus, les bruits de l'environnement, la pression du contexte et des attitudes, et/ou le surgissement des affects face à des situations inattendues ou dramatiques.
- « Retrait », visant à ce que la conversation ait lieu « comme si » il n'était pas là. En effet, dans un souci de fluidité de la conversation, il doit pouvoir jouer de façon subtile et déterminée avec le rythme de l'entretien en sachant intégrer ses séquences de traductions tout en étant vigilant à la compréhension des propos qu'il traduit, pour que le dialogue soit opérant.

2. Nous avons nommé le deuxième pilier de ce métier « **Disponibilité et attention interculturelle** ».

Nous utilisons volontairement le terme d' « interculturel » et non pas « culturel ». Ce choix n'est pas anodin.

Précisons en premier que nous ne séparons pas la langue de la culture. Cette affirmation peut paraître une évidence aux profanes, mais lorsqu'on interroge les chemins qu'emprunte la restitution du sens d'une langue à une autre, on approche une vraie complexité. Mmes Donovan et Béziat l'ont exposé (et il en sera à nouveau question dans l'atelier 3), la langue est vecteur du fait culturel, et l'interprétation / interprétariat ne peut être compris comme un simple mouvement mécanique de décodage / ré-encodage. L'interprète comprend et restitue grâce à la pertinence de sa prise en compte des contextes, à sa capacité à le faire.

Vient ensuite, du fait qu'il intervient dans le registre de l'interprétation de liaison, son autre responsabilité de « veille de compréhension » qui exige de lui une attention spéciale : la vigilance à la survenue d'incompréhensions et/ou de malentendus entre les interlocuteurs. S'apercevant d'une conversation altérée, inopérante, l'interprète va alerter. Il peut, selon des techniques de traduction, reformuler ses traductions, renvoyer les questions aux interlocuteurs. Or, plusieurs éléments peuvent être enchevêtrés dans les malentendus d'une conversation : des éléments linguistiques, mais aussi des aspects psychologiques et contextuels. C'est à ce moment-là que certaines situations peuvent amener l'interprète à sortir de la traduction selon des règles bien précises.

En troisième constat, en effet, nos nombreuses années d'expériences nous ont montré que dans les contextes d'intervention sociale et médicale, l'interprète est souvent attendu à une place d'expert, de connaisseur de la culture du migrant de la part du professionnel, et de façon moins évidente perçu par la personne non francophone comme celui qui aurait des clefs de lecture des institutions,

⁵ *Ibid.* p. 9.

sociales, administratives et sanitaires. Pour l'un et l'autre, il est « supposé savoir » et est investi de pouvoirs présumés.

Ainsi, du fait même de la traduction, puis du fait de la spécialité de « liaison », et enfin du fait du milieu d'intervention qui met en face à face et dans une relation inégale deux interlocuteurs ... la question de la culture est omniprésente, et les risques de glissements, sémantiques et donc réels, existent. Nous avons choisi le terme « interculturel » pour souligner le croisement au cœur duquel l'interprète effectivement se trouve, et doit maintenir son action.

Sur ces trois registres que nous venons de citer, les compétences interculturelles de l'interprète sont sollicitées... :

- sur le registre de la traduction, parce qu'il doit savoir choisir et ajuster ses mots au service d'un sens qui est culturellement négocié par chacun,
- sur le registre contextuel de « liaison », parce qu'il se situe inévitablement à la croisée de cultures multiples et dynamiques : individuelles, professionnelles, institutionnelles, de registres, de codes de langage mais aussi d'usages entre différentes singularités et contextes. Cela peut être vu de façon binaire entre celui qui est malade et celui qui le soigne, celui qui est demandeur de droit et celui qui en est pourvoyeur, celui qui vient de la ville ou du village, celui qui a été à l'école ou non, mais aussi de façon plus complexe du fait de la pluri appartenance culturelle de chaque être humain. Cela se complique encore quand on sait que l'interprète passe d'un service de santé hospitalier à un autre (des urgences, en oncologie ou en psychiatrie etc ...), d'une consultation PMI à un entretien de demande d'asile en foyer social, d'un travailleur social à un autre, d'un médecin à un autre. De fait, au cours de ces différentes interventions, il navigue, transite, d'un monde / système culturel à un autre, et doit rester à chaque fois centré et responsable de ses traductions.
- sur le registre relationnel. En se référant au principe d'impartialité, l'interprète n'a à se positionner ni comme sachant culturel, ni comme vulgarisateur, ni non plus comme « tampon », « lisseur » dans cette relation. Il n'a pas à se substituer à l'une ou l'autre des parties. Il doit pouvoir résister et centrer ses efforts sur l'acte de traduction sans se laisser entraîner, aspirer dans des dérives culturalistes. Les formations et analyses des pratiques sont indispensables pour que l'interprète, pressé par ces multiples attentes, et lui-même tenté de « pouvoir enfin s'exprimer en son propre nom » puisse s'en dégager.

Nous avons volontairement isolé ce deuxième fondement « disponibilité et d'attention interculturelle » car il pose à l'interprète de liaison médical et social de façon subtile et complexe des enjeux linguistiques et des enjeux de positionnement pour lesquels il est essentiel qu'il soit préparé.

3. **Distanciation**, troisième pilier et clef de voute de l'édifice

La mesure de ce qui se joue, de ce qui est mobilisé dans les interventions d'interprétariat médical et social est déjà amplement posée, il nous semble. Ses interventions amènent inévitablement l'interprète à être « pris » par les situations et ce d'autant plus qu'il exerce son métier « en solitaire ». Les deux premiers fondements ne peuvent être opérants, atteints sans ce troisième qui en constitue la clef de voute.

Explicitons :

Accumuler en lui tous les propos traduits au cours de ces journées peut entraîner une souffrance qui ne doit pas être minimisée. Si l'on peut dire qu'il a la maîtrise des deux langues, les situations sociales ou de soin lui échappent complètement. Mais il va, à travers les mécanismes psychologiques

d'identification - de projection - ou de défense inhérents aux situations relationnelles, se soucier d'un tel ou d'une telle, espérer, craindre pour cette mère, être en colère quand il pense que certains mentent, ressentir même de la honte, être heurté par la forme des propos de certains professionnels, être accablé par l'annonce d'un cancer ou de refus de séjour ... Or, ces propensions inhérentes au contexte médical et social peuvent le faire dévier du cœur de son travail. Ses traductions en seront altérées ; sa fiabilité et sa crédibilité remises en cause car il perdra la confiance des personnes pour qui il traduit.

A l'instar des contextes médical, social ou médico-éducatif, le partage de ses expériences vécues avec des pairs au sein des groupes d'analyse de pratique nous semble indispensable à l'interrogation de sa pratique et au développement de capacités de décentration et de distanciation. Grâce à elles, l'interprète va non seulement affiner ses « performances linguistiques », mais surtout assoir son positionnement professionnel en habitant avec sens les principes déontologiques (que sont la fidélité, l'impartialité, la confidentialité). Il pourra ainsi savoir tenir sa place en cas d'attentes inopinées et investir pleinement et de façon légitimée son exercice d'interprète.

Conclusion

Nous avons ici témoigné de la complexité, des exigences et des responsabilités de la pratique d'interprète médical et social mais surtout affirmé une harmonisation de la fonction d'interprète médical et social. Nous nous engagerons en ce sens dans la charte nationale qui sera présentée cet après – midi. Les trois piliers - fondements que sont la traduction orale - l'attention interculturelle - la distanciation et leurs mises en œuvre sont la garantie de la déclinaison effective des principes déontologiques du métier [fidélité / confidentialité et secret professionnel / impartialité].

L'intervention, bien menée, de l'interprète professionnel doit permettre à chacune des deux personnes, dont la relation est entravée par la barrière linguistique, de retrouver pleinement son expression en tant que sujet actif et autonome.

L'interprète, et/ou quelle que soit la personne qui investit cette fonction, doit y être préparé : nous le disions au début ... Cela passe par des prises de conscience, des apports de connaissances, la construction d'une posture professionnelle légitimée ; cela se travaille, s'acquière et se renforce.

Nous avons la visée - la volonté - le projet - le désir qu'à l'issue de cette restitution, vous, institutions et professionnels de la santé et du monde social, vous distinguiez plus clairement le travail d'un interprète formé et professionnel de l'aide d'un ami ou membre de la famille ; que vous puissiez en fonction des besoins, des attentes et des demandes faire appel à la personne la plus pertinente.

Je suis seule ici sur l'estrade, mais ce texte a été écrit à deux voix, sa matière produite et créée à 10 associations (j'espère avoir été fidèle). Nous nous sommes tous beaucoup investis et avons partagé des moments intenses et cordiaux de réflexions et discussions. Nous souhaitons prolonger cette dynamique nationale dans les années à venir ; nous nous rencontrons dès demain pour de nouveaux chantiers [à priori autour d'une harmonisation de l'accompagnement et de la formation des interprètes].

Enfin, je voudrais rappeler que le sens et la finalité de nos actions concernent l'accueil de la personne migrante non francophone et le souci de l'accès aux droits et à la santé le plus juste dont l'interprète médical et social professionnel en serait un levier essentiel.

