

# L'interprétariat en milieu social et médico-social : d'un accès au droit à une éthique de l'accueil

---

RAPPORT DE STAGE - MASTER 1 ANACIS

DURET Sara  
Université Lumière Lyon II | 2016-2018

*« L'invisibilité sociale s'accomplit dans l'incapacité des sujets à prendre la parole. Les sujets invisibles sont d'abord inaudibles »*

Nadia Taïbi, 2010/2

## **Présentation du terrain de stage : contexte, fonctionnement, missions**

Mon stage de première année de Master Analyse et Conception de l'Intervention Sociale (ANACIS), d'une période de quatre mois, s'est déroulé au sein de l'Orspere-Samdarra. Il s'agit d'un observatoire national, hébergé par le Centre Hospitalier Le Vinatier et dirigé par Halima-Zeroug Vial, médecin psychiatre. Cet observatoire s'intéresse aux problématiques de santé mentale, de précarité, de vulnérabilité ou encore de migration.

## **Historique**

De l'Orspere...

En 1996, l'Orspere (Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion) est fondé par Jean Furtos, psychiatre, et Christian Laval, sociologue. L'alliance entre les deux disciplines s'inscrit dans un contexte où émerge la notion de souffrance psychosociale. La méthodologie privilégiée par l'Orspere est la recherche-action, dont l'objet est de partir des préoccupations émergentes sur le terrain et des problématiques vécues par les individus concernés, afin de produire des connaissances scientifiques, par la suite restituées à ces derniers, notamment sous forme de préconisations applicables sur le terrain. En d'autres termes, au-delà de la dimension scientifique, la recherche-action a une visée pratique d'accompagnement au changement.

Au début des années 2000, l'Orspere acquiert une plus grande visibilité sur le territoire national, entre autres, avec la diffusion de la revue Rhizome, éditée depuis avril 2000. En 2002, l'Orspere devient l'ONSMP-Orspere (Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité). A cette période, apparaît une préoccupation grandissante concernant la santé mentale des demandeurs d'asile, réfugiés, déboutés et plus globalement des migrants, présents sur le territoire français.

... au Réseau Samdarra

Le Réseau Samdarra (Santé Mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes) est créé en novembre 2007, au sein de l'hôpital du Vinatier et sous la tutelle des instances régionales de santé. La mise en place du Réseau Samdarra fait suite à une recherche-action menée par l'Orspere sur la santé mentale des demandeurs d'asile. Il en ressort un malaise

croissant des professionnels intervenant auprès de ce public, provenant d'un sentiment d'isolement et de souffrance, un manque de temps d'échanges, mais aussi un désarmement face à la souffrance psychique de personnes en demande d'asile.

Face à ce constat, l'objet du Réseau Samdarra est d'organiser des actions de sensibilisation (rencontres de professionnels, groupes de travail, formations, journées d'étude, etc.) autour des thématiques de santé mentale. Le Réseau Samdarra est donc un centre ressource qui répond aux sollicitations des personnes (soignants, bénévoles, intervenants sociaux, juristes, interprètes, enseignants, etc.) intervenant auprès de personnes en demande d'asile et/ou réfugiées.

### L'Orspere-Samdarra

La précarisation des migrants primo-arrivants, le croisement des difficultés liées l'exil et la vulnérabilité, le malaise grandissant des professionnels confrontés à la question de la prise en charge de la santé mentale de ces publics, conduit l'Orspere et le Réseau Samdarra à mutualiser leurs moyens et à fusionner.

Depuis 2013, est né l'Orspere-Samdarra, financé par le ministère de la santé, de la cohésion sociale et l'Agence Nationale de la Recherche (ANR). L'observatoire est composé d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, pédopsychiatre, politiste, psychologue, sociologue) qui traite de thématiques sur la santé mentale, la vulnérabilité, la précarité, l'habitat ou encore la migration. L'Orspere-Samdarra est organisé en deux pôles : le pôle recherche (historiquement porté par l'Orspere) et le pôle ressource (initialement représenté par le réseau Samdarra).

### *Le pôle recherche*

Actuellement, quatre axes de recherche sont développés au sein du pôle recherche :

- Habitat et santé mentale

Cet axe de recherche est consacré aux problématiques de santé des personnes en « difficulté d'habitat ». Les dernières recherches ont porté sur les troubles de voisinage, l'accompagnement à l'habitat, etc. Les recherches actuelles ont trait aux problématiques d'incurie dans l'habitat.

- Usagers « vulnérables » et santé mentale

Cette thématique de recherche traite de la prise en charge en santé mentale des publics précarisés : les migrants, les adolescents avec des problématiques de délinquance. L'objet étant notamment d'étudier l'influence de la précarité sur la santé mentale de personnes ne présentant pas de maladie mentale initialement.

- Soutien aux professionnels

L'objet de ce troisième axe de recherche est de repenser des dispositifs de soutien à la professionnalité. Les intervenants sociaux étant désorientés, d'une part, face aux problématiques de santé mentale et de vulnérabilité des publics accompagnés, d'autre part, face à la nouvelle gouvernance des institutions sociales et médico-sociales, caractérisée par des « *cadres d'action de plus en plus contradictoires, [...] des publics exigeants, [...] des situations où l'incertitude est la règle, invités à faire du "sur-mesure" »*<sup>1</sup>.

- Démocratie sanitaire et participation des usagers

Ce dernier axe de recherche s'intéresse à la participation des usagers dans les dispositifs de santé mentale.

*Le pôle ressource*

L'objet du pôle ressource est de répondre aux demandes et sollicitations des professionnels confrontés aux problématiques de santé mentale, de précarité ou encore de vulnérabilité. L'enjeu étant de problématiser l'évolution des publics et les conséquences que cela implique sur leur prise en charge, ainsi que sur les pratiques professionnelles des intervenants. Il s'agit de contribuer au renouvellement et à la diffusion des savoirs. Plusieurs dispositifs sont regroupés au sein du pôle ressource :

- Le Diplôme Inter Universitaire « Santé, Société, Migration »

Porté par l'Orspere-Samdarra, il est ouvert aux professionnels, bénévoles, étudiants, qui travaillent avec des migrants et/ou sont intéressés par les questions liées à l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge en santé de ces personnes.

- Les journées d'étude

Chaque année, des journées d'étude sont organisées, en lien avec les recherches de l'Orspere-Samdarra et l'actualité des problématiques de terrain. La dernière était intitulée : « Faire avec la mort : morts, vulnérabilités et pratiques en santé mentale ». La prochaine journée d'étude, en décembre 2017, sera consacrée aux vulnérabilités et à la demande d'asile.

- La permanence téléphonique

Celle-ci est assurée par une psychologue qui répond aux sollicitations des professionnels et bénévoles en difficulté dans l'accompagnement de personnes migrantes. L'objet est d'informer et d'orienter vers les dispositifs de santé mentale et d'accès aux soins, de participer à

l'évaluation de situations, mais également, dans un souci de veille, de « faire remonter » les difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain.

- Les formations sur « l'interprétariat en santé » et la recherche REMILAS

L'Orspere-Samdarra organise des actions de formation en lien avec ses thèmes de recherche. Depuis 2016, l'observatoire propose une formation sur « l'interprétariat en santé », à destination des soignants et des interprètes.

Par ailleurs, depuis avril 2016, l'Orspere-Samdarra participe à la recherche « REfugiés, MIgrants, et leurs LAngues face aux services de Santé » (REMILAS), en partenariat avec le laboratoire ICAR (Interactions, Corpus, Apprentissage, Représentations) de l'Ecole Normale Supérieure, le Centre National de la Recherche Scientifique et l'Université Lumière Lyon 2.

### **Commande institutionnelle**

C'est plus spécifiquement dans le cadre du projet REMILAS et l'organisation des formations sur « l'interprétariat en santé » que l'Orspere-Samdarra m'a accueilli en stage. J'ai donc participé à deux volets, à savoir la recherche et la formation, avec en filigrane le thème de l'interprétariat en santé. Dans cette partie, j'exposerai l'objet de la recherche REMILAS et des formations, mes missions, ainsi que les premières analyses au regard des éléments de terrain et des données (réunions institutionnelles, observations, lectures, participation et évaluation des formations) recueillies.

### **Le projet REMILAS**

La recherche « REfugiés, MIgrants, et leurs LAngues face aux services de Santé » (REMILAS) est financée par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), depuis avril 2016 et ce, pour une durée de trois ans. Cette recherche s'inscrit dans le cadre du programme « Flash Asile » de l'ANR qui désigne une action ciblée dont l'objectif est de « *financer rapidement des recherches dans le domaine des sciences humaines et sociales sur les thèmes de la politique migratoire, de l'asile et du refuge sous toutes leurs dimensions (politiques, historiques, juridiques, sociales, économiques, démographiques, géographiques...)* »<sup>ii</sup>. Le dispositif « Flash » de l'ANR a pour objet « *de soutenir un besoin urgent de recherches dont la pertinence scientifique est en lien avec un évènement ou une catastrophe naturelle d'une ampleur exceptionnelle* »<sup>iii</sup>. Pour cause, la France a connu entre 2007 et 2014 une augmentation de plus de 85%<sup>iv</sup> des demandes d'asile. La durée de la procédure étant de 2 ans en moyenne<sup>v</sup>. En cas de refus, selon la législation française, les personnes ont droit à l'Aide Médicale d'État (AME) ou à la Protection Universelle Maladie (la PUMA remplace la Couverture Maladie Universelle) et ont accès aux Permanences

d'Accès aux Soins de Santé (PASS). L'enjeu du projet REMILAS est de rendre compte des difficultés linguistiques et culturelles dans l'accueil et l'accès à la santé des migrants (demandeurs d'asile, réfugiés, déboutés).

### *Les objectifs*

Ce sont les situations interactionnelles, entre migrants et thérapeutes, dans le cadre de consultations en santé, qui sont observées et analysées. L'objectif général du projet REMILAS est de comprendre le fonctionnement de ces communications multilingues et interculturelles. Pour ce faire, le projet comprend plusieurs axes d'étude concernant :

- Les difficultés de compréhension des procédures, normes et pratiques pour les migrants
- Les moyens mobilisés par les agents en interaction afin de surmonter les obstacles à l'intercompréhension
- Les contraintes et bénéfices liés la présence d'interprète dans les interactions au sein des services de santé
- Les représentations des participants interagissant sur la place et le rôle des interprètes, ainsi que sur les méthodes facilitant l'intercompréhension

### *La méthodologie*

L'équipe du projet REMILAS s'appuie sur plusieurs outils, à savoir, l'analyse d'entretiens qualitatifs avec des praticiens en santé (psychiatre, infirmier, psychologue, médecin, etc.) et des interprètes, des *focus groups* (ou entretiens de groupe), des enregistrements vidéo de consultations en santé, de réfugiés et migrants, avec et sans interprètes.

### *La finalité*

A terme, le projet REMILAS a pour objectif de rendre compte des techniques mobilisées par les individus en situation d'interactions multilingues et interculturelles, afin de développer des formations, des campagnes de sensibilisation à destination des praticiens et interprètes, dans le but de faciliter l'accès à la santé, et plus globalement, l'accueil des personnes migrantes.

En qualité de stagiaire, mon rôle consistait à participer avec l'équipe de recherche au travail d'enquête (réunions institutionnelles et interinstitutionnelles, lectures et études croisées d'articles, visionnages et analyses de consultations filmées).

### *La formation sur « l'interprétariat en santé »*

Dans la continuité de ses recherches et face au constat que la présence de l'interprète modifie le cadre de la consultation en santé, susceptible d'engendrer d'autres difficultés que celles

d'ordre communicationnel, l'Orspere-Samdarra a mis en place une formation portant sur « l'interprétariat en santé », depuis 2016. Celle-ci est financée par l'Agence Régionale de la Santé et s'adresse aux interprètes et praticiens en santé. L'enjeu pour ces derniers est d'enrichir leur pratique, de réfléchir aux modalités d'accompagnement des personnes migrantes dans les services de santé. Pour l'Orspere-Samdarra, l'objectif est de sensibiliser aux pratiques et enjeux de l'interprétariat en santé, mais aussi de proposer un espace réflexif permettant aux participants d'échanger sur leurs pratiques, leurs attentes respectives, les rôles de chacun dans la consultation en santé, ou encore de partager leurs difficultés. En 2017, la formation s'est déroulée dans quatre villes de la région Auvergne-Rhône-Alpes : Lyon, Valence, Clermont-Ferrand et Annecy.

Mon rôle était de venir en appui à la psychologue-coordinatrice en charge de l'organisation des formations. Ainsi, mes missions consistaient à :

- Communiquer et diffuser le programme de formation auprès des interprètes et des praticiens de la région
- Mettre à jour les coordonnées des interprètes participants et ayant participé aux formations
- Participer aux journées de formation et à leur organisation logistique (gestion des inscriptions, aide à l'installation du lieu de formation, accueil des participants, etc.)
- Évaluer les actions de formation, par dépouillement des questionnaires

### **Analyses des données empiriques**

Plusieurs types d'interprétariat se distinguent : l'interprétariat diplomatique, commercial, de conférence ou encore, judiciaire. L'interprétariat a toujours été considéré comme une discipline « *indispensable dans la diplomatie, le commerce international, la justice et la plupart des conférences internationales, mais ce n'est pas le cas dans les champs administratif, social et médical* » (Ali Ben Ameer, 2010 : 87). C'est à partir des années 1980 qu'est reconnu pour la première fois « l'interprétariat en milieu social », lors du premier colloque européen sur ce thème, tenu à Strasbourg en 1995 (Laura Moussaoui, 1999 : 39).

Nous chercherons à identifier la particularité de l'interprétariat en milieu médico-social et les raisons pour lesquelles celui-ci peine, encore aujourd'hui, à se faire reconnaître en tant que profession, à l'inverse des autres types d'interprétariat. Pour ce faire, nous étudierons dans un premier temps les fondements de l'interprétariat en milieu social et médico-social. Puis, nous déclinons les enjeux à sa professionnalisation, après en avoir identifié les principales limites. Pour conclure, nous proposerons d'élargir la réflexion en mettant en lumière les dimensions

politiques et éthiques, autour de l'accueil des migrants, inhérentes à l'interprétariat en milieu social et médico-social.

#### I) L'interprétariat en milieu médico-social : définition, fondements et déontologie

Si l'emploi du terme « interprétariat en milieu social » remonte aux années 1980, c'est plus de 30 ans plus tard qu'est adoptée, à Strasbourg, une charte régissant l'exercice de cette activité professionnelle. Depuis 2012, la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France apporte un cadre sur le contexte d'intervention, les fonctions et la déontologie de cette activité. Il y est stipulé que : « *l'interprète en milieu médical et social exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale* » (Charte de Strasbourg, 2012 : 2). Par ailleurs, la norme internationale ISO 13611, en date de 2014, « Interprétation – Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social » souligne que l'interprétariat en milieu social et dans le champ de la santé a vocation à faciliter « *la communication entre les patients et leurs familles, les prestataires de soins de santé et les administrateurs de services de santé* ».

Si la charte souligne la « qualification » de l'interprète, actuellement en France, il n'existe pas de formation et/ou de diplôme professionnel qualifiant formant à l'interprétariat dans ce milieu spécifique. Effectivement, « *les écoles et les universités de langues et d'interprétariat ne proposent pas, en France, de formation ni de diplômes spécifiques à l'interprétariat en milieu social. Les chambres de métiers et les organisations professionnelles sont soit hostiles, soit réticentes à cette branche de l'interprétariat. L'absence de formation reconnue, de normes d'accréditation et de validation des connaissances sont des obstacles dans le processus de qualification et de professionnalisation de l'interprétariat en milieu social* » (Ali Ben Ameer, 2010 : 91). Faute de formation et/ou de diplôme qualifiant, l'interprétariat médical et social peine à être professionnellement reconnu. A l'inverse, de telles formations et diplômes existent concernant l'interprétariat juridique ou de conférence par exemple, ce qui leur confère une reconnaissance et une légitimité professionnelle. A ce titre, nous employons à dessein le terme « d'activité » (ce qui n'a pas vocation à lui retirer son caractère professionnel) pour désigner l'interprétariat médico-social. Nous reviendrons par la suite les termes activités, emploi, profession, professionnalisation.

En outre, la charte de Strasbourg précise que « *l'interprétariat médical et social garantit aux personnes allophones (ou peu francophones) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins* » (Charte

de Strasbourg, 2012 : 1). De la même manière, plusieurs textes réglementaires (Code de santé publique, Code de l'action sociale et des familles, loi 2002-2 du 2 janvier 2002, les recommandations de la Haute Autorité de Santé, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, etc.) préconisent le recours à l'interprétariat dans le milieu médico-social comme un droit fondamental dans l'accès à la santé des personnes allophones.

Par ailleurs, la fidélité de la traduction, la confidentialité, le secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des personnes, c'est-à-dire l'absence de jugement sur les idées, croyances et choix individuels sont les principes déontologiques fondateurs de l'interprétariat médico-social, inscrits dans la charte de Strasbourg. Quant aux fonctions de l'interprète, elles vont de la traduction orale, aux des capacités d'attention, de « *disponibilité interculturelle* » (Charte de Strasbourg, 2012 : 4) et de distanciation. Nous reviendrons sur la dimension interculturelle par la suite.

## II) La professionnalisation de l'interprétariat médico-social : quels enjeux ?

S'intéresser à la professionnalisation exige un éclairage sémantique sur ce que recouvre ce terme, ainsi que ceux de « profession », d'« activité » et de « métier ». Nous chercherons à identifier ce qui « fait profession » et les raisons pour lesquelles l'interprétariat médical et social parvient difficilement à se faire reconnaître comme tel.

L'activité désigne « le *travail en train de se faire* » (Claire Tourmen, 2007 : 17). En d'autres termes, l'activité renvoie à un ensemble de tâches et aux conditions de réalisation d'un travail. Latreille (1980) identifie trois facteurs pour définir le métier : une formation spécifique existante, la reconnaissance du métier par autrui et le regroupement des personnes concernées (Claire Tourmen, 2007 : 18). En d'autres termes, « *le métier se créerait donc quand des gens d'un même domaine se regroupent pour négocier la définition des rôles, des tâches, des savoir-faire et connaissances que les candidats au métier doivent développer et ce pour sortir de la polyvalence indifférenciée, indistincte (opposition entre polyvalence et métier)* » (Ibid : 18).

Lorsqu'un métier est caractérisé par une structuration importante dans l'accès au marché du travail (au sens d'une fermeture, selon Catherine Paradeise, 1998) contrôlée par ses membres, une identité de métier revendiqué et reconnue socialement, ainsi que des savoir-faire spécifiques, dès lors, nous pouvons parler de « profession » (Claire Tourmen, 2007 : 20). Comme le souligne Catherine Paradeise (2003), le mot « profession » apparaît dans un contexte de marché libre où les acteurs économiques cherchent à faire valoir leur contribution au marché, mais aussi à acquérir une reconnaissance de leur utilité sociale et de leur place au sein de celui-ci (Richard Wittorski, 2008/2 : 12). L'enjeu étant la « *reconnaissance de soi dans*

*l'environnement à des fins de conquête d'une meilleure place dans une hiérarchie étatique » (Ibid: 12). Everett Hughes (1956) considère que le concept de « profession » renvoie plus à un jugement de valeur et au prestige qui lui est, plus ou moins, attribué. En outre, la profession renvoie à l'expertise. Un.e professionnel.le est un.e spécialiste de quelque chose.*

La professionnalisation désigne un processus de valorisation et de légitimation (Anne Jorro ; Richard Wittorski, 2013/4) aboutissant à la reconnaissance de l'expertise propre à un corps de métier. En d'autres termes, la professionnalisation implique la « *construction et structuration d'un champ professionnel qui se distingue peu à peu des autres* » (Claire Tourmen, 2007 : 18). Claude Dubar (1991) considère que la professionnalisation aboutit à une sorte de monopole ou « *droit unique* » (Richard Wittorski, 2008/2 : 19) à exercer l'activité. L'absence de formation existante semble être ce qui fait défaut à l'interprétariat médico-social, puisque la professionnalisation implique la « *“fabrication” d'un professionnel par la formation et, dans le même temps, recherche d'une efficacité et d'une légitimité plus grande des pratiques de formation* » (Ibid : 14). De la même manière, Merton (1957) insiste sur la place du cursus universitaire dans le processus de professionnalisation, transformant les « *connaissances empiriques acquises par l'expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique* » (Richard Wittorski, 2008/2 : 17).

L'inverse de l'expertise et de la professionnalisation serait le savoir profane, l'amateurisme ou encore le « bricolage ». Nous employons le terme de « bricolage », à dessein, puisqu'il est récurrent dans le discours des interprètes lors des formations. Pourtant, de par sa connaissance linguistique et interculturelle, l'interprète dispose, de fait, d'une expertise dont est dépourvu le praticien en santé. Pourtant, cette expertise ne semble pas reconnue professionnellement, comme vu précédemment, faute de formation qualifiante et/ou de diplôme spécifique à cette branche de l'interprétariat. La professionnalisation de l'interprète en milieu médico-social conduirait, non seulement à lui reconnaître une légitimité, une expertise, une utilité sociale, mais également à valoriser ses compétences professionnelles. La reconnaissance des compétences implique l'appréciation qualitative d'autrui sur l'activité proposé par l'individu : « *c'est l'attribution, par un tiers, d'une qualité à un sujet à partir du constat que fait ce tiers de l'efficacité de l'action mise en œuvre par le sujet (d'ailleurs, un individu ne se déclare pas lui-même compétent et ne parle pas spontanément de ce qu'il fait en termes de compétences, sauf s'il est invité à le faire). La compétence désigne alors le processus d'attribution socio-professionnelle qui vaut désignation qualitative d'une activité, autrement dit ce processus*

*d'évaluation de l'activité concerne également la valorisation et la légitimation de l'acteur »* (Anne Jorro ; Richard Wittorski, 2013/4 : 13).

Une première hypothèse est que ce manque de reconnaissance professionnelle est lié au fait que l'interprétariat en milieu social est assimilé à un métier du relationnel. Comme d'autres métiers de la relation, plus globalement, les métiers dits du *care* sont confrontés à une difficile professionnalisation. Pour cause, ceux-ci sont caractérisés par les capacités relationnelles et humaines qu'ils mobilisent. Celles-ci, souvent opposées aux compétences techniques et scientifiques. En d'autres termes, les métiers du *care* renvoient davantage à des savoir-être, par opposition aux savoir-faire. Cette conception disjonctive du travail est une limite considérable à la reconnaissance des compétences relationnelles en tant qu'expertise professionnelle, donc à la professionnalisation des métiers du *care*. Par ailleurs, un autre indicateur est la féminisation des métiers du *care*. Ces derniers sont majoritairement occupés par des femmes (c'est le cas pour les infirmier.e.s ou les assistant.e.s de service social par exemple). Cela se retrouve lors des formations, les femmes interprètes étant majoritaires, par rapport aux hommes. Les métiers du *care* sont souvent relégués à la sphère du « domestique », par opposition au monde professionnel. Effectivement, « *la question de la reconnaissance du travail de care en milieu professionnel est pratiquement toujours posée en termes de transférabilité de compétences d'une sphère (familiale) à l'autre (professionnelle)* »<sup>vi</sup>. Nous retrouvons ici, à nouveau, la séparation entre savoir profane (qui relèverait de l'amateurisme) et savoir expert (appartenant au milieu professionnel). Considérer l'interprétariat en milieu social et médico-social sous l'angle des métiers du *care* permet de rendre compte des freins liés à sa professionnalisation.

La « sociologie des attachements » développée par Hennion (2004) permet de transcender le dualisme classique expert/profane, sachant/non-sachant, prégnant dans la difficile professionnalisation de l'interprétariat en milieu médico-social. Hennion admet que l'expérience et l'attachement des individus à un objet (musique, art, etc.) leur confère une certaine « expertise profane ». Autrement dit, les individus deviennent experts de leur objet d'attachement, à force d'expérience. Par exemple, l'amateur de musique développe une « expertise profane » concernant son objet d'attachement qui est la musique. L'amateurisme est transformé en savoir. L'expérience en expertise. Callon, Barthe et Lascoume (2001) parlent d'« expertise expérientielle ». La maîtrise de langues et la compréhension de codes culturels confère à l'interprète une « expertise profane ».

A la frontière du métier et de la profession, la « semi-profession » est caractérisée par une position intermédiaire qui semble correspondre davantage à la situation de l'interprétariat en

milieu médico-social. Les semi-professions « *sont parvenues à s'extraire du statut de métier sans parvenir à accéder à celui de profession. Toren (1969) définit une semi-profession en une référence dégradée aux critères distinctifs d'une profession : une période courte de formation ; pas de monopole sur le contrôle de ses membres, sur les critères de leur recrutement, de leur formation, de leur diplôme et de leur efficacité ; l'existence d'un code d'éthique mais vague et inconsistant ; des associations professionnelles divisées, inefficaces ou sans pouvoir* » (Richard Wittorski, 2008/2 : 19).

En outre, les praticiens et interprètes participants aux formations dénoncent un manque (voire une absence dans certaines régions) de budget consacré à l'interprétariat au sein des institutions sociales et médico-sociales. Ceci amène certains praticiens à solliciter l'entourage de la personne allophone (parent, enfant, pair, etc.) ; n'ayant pas nécessairement d'expérience pour occuper la fonction d'interprète ; pour effectuer la traduction. Ce qui pose la question de la neutralité, l'objectivité, la distanciation, mais aussi l'expérience et la posture professionnelle, d'autant plus nécessaires dans le cadre d'un entretien social ou d'une consultation en santé. De plus, le recours à un membre de la famille ou à un proche pour effectuer la traduction est susceptible d'engendrer des conflits d'intérêts entre les parties, mais aussi de mettre en difficulté les enfants à qui l'on demande de traduire le récit d'exil de parents par exemple. Pour ces raisons, une interprète participant l'une des formations considère que la traduction réalisée par un proche est de « *moins bonne qualité* », tout en rajoutant que ce qui préoccupe le praticien n'est pas celui qui effectue la traduction, mais bien l'intérêt du patient et de pouvoir communiquer avec ce dernier. Toutefois, le recours aux proches et/ou pairs pour traduire et interpréter tend à renforcer l'idée que l'exercice de cette activité ne nécessite pas de formation et/ou diplôme spécifique. Cela représente un frein considérable à la professionnalisation de l'interprétariat médico-social en le reléguant dans le champ des métiers du *care*, avec toutes les difficultés liées à la reconnaissance, la valorisation et la légitimation professionnelles en jeu. Notre postulat est que cela participe à la représentation selon laquelle l'interprétariat en santé serait un « service » facultatif, et non un droit fondamental dans l'accès aux soins et un devoir d'accueillir dignement les personnes.

Contrairement à d'autres groupes professionnels, nous observons que les interprètes semblent rarement être considérés comme appartenant à une entité homogène. Pour cause, l'interprète est un « électron libre ». Il travaille seul et est mobile. Ce dernier est amené à intervenir au sein d'institutions diverses (en psychiatrie, en périnatalité, en gynécologie, en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, etc.). Ainsi, l'interprétariat exige une grande disponibilité et une certaine

adaptabilité. Du fait de ses conditions d'activité, l'interprète incarne véritablement la figure du tiers neutre et extérieur à l'institution. Cette posture du tiers est à double tranchant. D'un côté, cela installe l'interprète dans un isolement professionnel, souvent décrié par ces derniers. De l'autre, sa « tiercéité » et son « extériorité » est considérée comme gage de distance professionnelle. Distanciation d'autant plus nécessaire, en raison de l'investissement émotionnel (écoute de vécus traumatiques, traduction de récits d'exil, etc.) lié à son activité en relation avec des personnes en souffrance psychique, vulnérables, ou encore déracinées. Un des enjeux de la professionnalisation de l'interprétariat en milieu médico-social est notamment de permettre « *l'appartenance à une communauté* » (Anne Jorro ; Richard Wittorski, 2013/4 : 5), voire la construction d'une identité professionnelle, comme vu précédemment, d'autant plus nécessaire au regard de l'isolement professionnel souligné par les interprètes pendant les formations.

Après avoir identifié les limites principales à la professionnalisation de l'interprétariat en milieu médico-social, nous en déclinons les principaux enjeux.

#### Premier enjeu : identifier la place et le rôle de l'interprète

La question autour de la place que doit/peut prendre l'interprète dans le cadre d'une consultation en santé était récurrente lors des formations. Pour cause, la place occupée (plutôt celle que le praticien lui attribue et lui reconnaît) par l'interprète conditionne son rôle dans l'interaction. Identifier la place de l'interprète dans la consultation a pour objet de le situer dans cette relation triangulaire entre la personne allophone et le praticien, mais aussi de définir ce qui est attendu de lui, en termes de traduction et/ou d'éclairages interculturels.

La question soulevée par la place de l'interprète au sein de ce « dialogue à trois » ou « triologue », est celle du positionnement professionnel. Entre proximité culturelle avec le migrant et exigence de distance professionnelle, qu'est-il attendu de l'interprète ? Selon les contextes d'intervention variés, comme vu précédemment, l'interprète peut faire l'objet d'attentes diverses de la part des praticiens, allant de la « simple » traduction à la construction d'un dialogue interculturel. **A propos des étayages culturels que pourrait apporter l'interprète, cette psychiatre explique : « Je ne veux pas l'embêter [l'interprète], je veux qu'il soit là pour m'aider dans mon entretien, mais j'ose pas lui demander d'autres choses, enfin ça lui prend du temps. Enfin, je pourrais hein [...], il aurait plein de trucs à nous apprendre. Enfin, voilà, c'est plus que je n'ose pas »<sup>vii</sup>.** Ce témoignage semble illustrer la représentation que se fait cette dernière du rôle de l'interprète, par conséquent, ce qu'elle est en mesure de lui demander ou non. En somme, identifier la place de l'interprète implique de travailler, en amont, sur les

représentations et les attentes des praticiens et des interprètes. L'enjeu étant de véritablement favoriser à la « *co-construction d'une professionnalité entre soignant et interprète* » comme soulignait une praticienne dans le cadre d'une formation.

L'interprète étant « *a priori plus proche du public que du soignant* » (Natacha Carbonel ; Nicolas Chambon, 2015 : 90), plusieurs thérapeutes considèrent la proximité et la confiance entre l'interprète et la personne migrante comme des conditions *sine qua non* à la prise en charge médicale et/ou sociale. Dès lors, ce sont les compétences « humaines » et relationnelles de l'interprète qui sont mobilisées : l'empathie, la bienveillance, l'écoute. Cela démontre que ce dernier apporte une plus-value, au-delà de la traduction, dans le processus thérapeutique. L'interprète « *en faisant référence à son histoire personnelle [...] permet ainsi l'émergence de « points communs », entre lui et le patient* » (Laura Moussaoui, 1999 : 22). Les praticiens soulignent également la nécessité d'une confiance entre eux et les interprètes. Selon cette acceptation, l'interprète devient, si ce n'est un partenaire, un acteur à part entière dans le processus thérapeutique. Ainsi, « *l'interprète ne se limite pas à traduire : il écoute, explique, informe et, dans certains secteurs et en accord avec les parties, apaise, motive et aide à la prise de décision* » (Ali Ben Ameer, 2010 : 5). Pourtant, la position défendue par la charte de Strasbourg est tout autre. Il y est stipulé que l'interprète « *exerce avec neutralité et recul, quel que soit son propre parcours ; en aucun cas il ne prend la posture de conseil ou de défenseur de l'une ou de l'autre des parties [...] dans sa qualité d'interface linguistique, il n'entre pas dans une quelconque régulation ou conciliation : il garde une posture distancée, et n'est pas habilité à assumer des fonctions de médiateur social* » (Charte de Strasbourg, 2012 : 5).

#### Deuxième enjeu : clarifier la posture professionnelle de l'interprète

Etant le premier « récepteur » de la parole, l'interprète est « *en première ligne* » (Françoise Reynier, 2006/1 : 64), ce qui l'expose à une charge émotionnelle conséquente. Celle-ci étant exacerbée, d'une part, en raison de son isolement professionnel, d'autre part, l'interprète n'a pas nécessairement les outils pour accueillir et écouter avec empathie la douleur, la souffrance, le trauma, la violence, à la différence du thérapeute (*Ibid* : 64). Dans le cadre des formations, nombre d'interprètes déclarent utiliser le trajet entre deux consultations comme « *sas de décompression* ». Par ailleurs, la présence de l'interprète implique un « *filtrage des émotions* », puisqu'il est le premier à recueillir le récit d'exil de la personne. Cela peut avoir pour effet de « *diminuer l'empathie* » du thérapeute (Françoise Reynier, 2006/1 : 64) qui réceptionne un discours déjà transformé, remis en forme, sans les intonations et la gestuelle. A tel point que, « *La tristesse ou la colère des patients, par exemple, paraissent envoyées directement à*

*l'interprète à travers les mots, l'intonation, le regard, le corps dirigé vers lui, le mettant dans la même position qu'un psychologue exerçant dans son pays et sa langue d'origine* » (Ibid : 64).

Il existe un amalgame entre neutralité et empathie, distanciation et décentration (Laura Moussaoui, 1999 : 44). Il est attendu de l'interprète qu'il soit suffisamment proche de la personne allophone pour communiquer avec lui et comprendre son cadre de référence culturelle, tout en étant suffisamment distant. L'interprète est alors confronté à une injonction paradoxale, se traduisant par « *une demande de proximité du public, et une demande de professionnalisme du soignant qui passe le plus souvent par un effort de mise à distance de l'interprète [...]* » (Natacha Carbonel ; Nicolas Chambon, 2015 : 90). Les interprètes présents aux formations soulignent cette contradiction. Deux approches peuvent être adoptées pour y faire face : les uns refusent de communiquer avec le patient sans la présence du praticien, afin d'écartier toute suspicion de relation en-dehors du cadre professionnel entre l'interprète et le patient, les autres traduisent l'intégralité des échanges avec le patient, en amont et en aval de la consultation, afin de ne pas exclure le praticien de la relation. La conception selon laquelle la proximité serait incompatible avec le professionnalisme ne tient pas compte du « travail émotionnel » (Drulhe, 2000) ou « travail sentimental » (Lépinard, 2000) propre à certains corps de métier. C'est notamment le cas des soignants, mais aussi des interprètes. L'idée est que la distance et la neutralité seraient garantes de la professionnalité d'un individu. Iandolo (1986 : 213) souligne cette contradiction : « *D'un côté la sympathie, l'empathie, la compassion pour le malade vulnérable et souffrant ; de l'autre côté, le détachement et l'objectivité, c'est-à-dire la non-implication émotionnelle dans la situation et les souffrances du malade, implication qui constituerait un obstacle à [l'] activité professionnelle* »<sup>viii</sup>. Pourtant, la relation avec le patient est une « *subtile alchimie entre proximité et distance, affectivité et recul, compassion envers l'autre et protection de soi-même* »<sup>ix</sup>. Bertrand Piret, psychiatre, préconise de relativiser cette exigence de neutralité<sup>x</sup>. Ce d'autant plus que le matériau de travail de l'interprète et du thérapeute étant le langage et la relation.

*« "Ma" traductrice, Sana, est palestinienne. Elle éprouve en même temps qu'elle l'entend le sentiment d'humiliation décrit par le patient. De plus, mère de famille, elle ressent au fond d'elle-même la mort d'un enfant. Pourtant, elle ne peut pas toujours prendre de la distance avec ce qu'elle éprouve ni faire un commentaire sur ce qu'elle entend, puisque sa fonction est de traduire* » (Françoise Reynier, 2006/1 : 64).

Tirailé entre exigences de distanciation et de proximité, le positionnement professionnel de l'interprète en milieu médico-social semble aussi multiple que flou, ce qui tend à renforcer l'idée de « bricolage » et de savoir profane, évoqués précédemment. Faute de lisibilité sur ce qui est attendu de lui, ce qui constitue autant d'injonctions paradoxales, l'interprète n'aurait d'autres choix que d'opérer dans la marge, de « bricoler », d'inventer et de redessiner les contours de sa pratique. C'est ce que traduit cette interprète lorsqu'elle explique qu'elle « [se] pose toujours la question : est-ce que l'interprète est seulement une voix ou aussi une présence humaine ? Ou bien encore, un membre de l'équipe ? »<sup>xi</sup>. En d'autres termes, quel est le rôle de l'interprète en santé ? Quelle est sa place ? Le manque de clarté sur la place de l'interprète en milieu médico-social, la faible reconnaissance de son expertise et l'absence de professionnalisation alimentent le « flou » autour de cette activité. Un des enjeux de la professionnalisation sera alors de clarifier la posture professionnelle de ce dernier et de tendre vers une harmonisation des pratiques. Soulignons toutefois que la limite à une harmonisation est son caractère potentiellement normatif et uniformisant, susceptible de ne pas tenir compte, d'une part, des particularités culturelles, d'autre part, des contextes d'intervention divers. Nous ne le ferons pas ici, mais il serait intéressant de se demander, finalement, dans quelle mesure le propre de l'interprétariat n'est-il pas de se déployer ; si ce n'est dans le flou ; dans le « sur-mesure » et dans la marge, comme certains métiers de la relation ?

Une autre interrogation soulevée par les interprètes dans le cadre des formations concerne les choix de traduction opérés par ces derniers. Qu'est-ce qui doit/peut être traduit ? Faut-il tout traduire, parfois au risque de desservir les intérêts du demandeur d'asile en attente de l'obtention d'un statut ? Plusieurs interprètes disent que certains patients leur demandent de ne pas traduire des parties du discours. Dans tous les cas, les interprètes peuvent difficilement retranscrire le discours dans son intégralité. Pour cause, dès lors qu'ils ne produisent pas une traduction littérale, c'est-à-dire mot à mot, ils rendent compte de l'idée générale du discours, ce qui suppose nécessairement de mettre de côté, de choisir, de trier, de hiérarchiser les idées. En somme, de « perdre » certains éléments du discours. Les interprètes soulignent que la quête d'une traduction sans « pertes » est un idéal inatteignable et illusoire. En effet, certains mots n'existent pas dans d'autres langues, tandis que d'autres ne renvoient tout simplement pas aux mêmes choses selon les cultures. Ainsi, tout exercice de traduction implique des pertes, au risque de retranscrire un discours, non seulement décousu, mais incohérent au niveau du sens, de la temporalité, de la spatialité, etc. Une thérapeute, intervenant dans le cadre d'une formation organisée à l'Orspere-Samdarra sur la situation précaire des femmes migrantes enceintes<sup>xii</sup>,

expliquait que certaines femmes déclaraient avoir « mal aux ovaires » pour désigner des problèmes gynécologiques. Voici un autre exemple qui souligne l'importance du contexte culturelle dans la compréhension du discours :

*« Un jeune homme se rend au service d'urgences d'un hôpital américain. Il est originaire d'Asie du Sud-Est et ne parle pas l'anglais. Un ami bilingue l'accompagne et explique au médecin que le jeune homme entend de grands bruits qui le font sursauter. Alors que le médecin s'apprête à lui prescrire une série de tests d'audiologie, une interprète médicale professionnelle arrive. Elle parle couramment l'anglais et le cambodgien, langue maternelle du client. Après quelques minutes de conversation avec lui, elle se rend compte que les bruits qu'il entend ne sont autres que des explosions. Le jeune homme subi des flashbacks de bombardements survenus dans son village natal. Les services d'audiologie les plus compétents au monde ne sauraient l'aider : ce qu'il lui faut, ce sont des services de santé mentale »* Cindy Mc Glynn, 2004/7 : 1).

La culture fait la langue. Réciproquement, la langue fait la culture. Puisque la culture est structurante du langage, alors ignorer la dimension culturelle du discours revient à méconnaître des éléments contextuels potentiellement nécessaires à la compréhension de la situation et du récit de la personne migrante. C'est justement la différence entre l'interprétariat et la traduction. Le premier consiste, non seulement à traduire, mais à replacer dans son contexte (socio-économique, historique et culturel) un discours. Le second renvoie à une extraction du discours de son contexte. L'un privilégie le sens général. L'autre est focalisé sur les mots. En d'autres termes, avec l'interprétariat, ce n'est pas le mot, mais l'idée qui est traduite (Hémon, 2002). Bertrand Piret souligne que : *« lorsque l'interprète traduit, il est toujours amené à effectuer un choix, au sein d'un champ sémantique donné. La subjectivité de l'interprète est encore plus engagée lorsque l'usager s'exprime à moitié, ou par des expressions imagées, allusives, etc. D'une part, la traduction est une interprétation, au niveau herméneutique, linguistique, et d'autre part, par l'implication, l'expérience personnelle de l'interprète. [...] il faut donc partir du postulat que la traduction est un exercice impossible »*<sup>xiii</sup>. En somme, faute de pouvoir traduire l'intégralité du discours, l'interprète opère nécessairement des choix, ce qui engage sa subjectivité dans l'exercice de son activité.

### Troisième enjeu : favoriser le dialogue interculturel

Si la médiation n'est pas reconnue comme une de ses compétences, du moins par la charte de 2012, celle-ci semble pourtant inhérente à l'activité d'interprétariat. Pöchhaker (2008)

considère que « *la médiation linguistique est inévitablement une médiation culturelle* » (Claudio Baraldi, 2014 : 18) [traduit de l'anglais au français]. Tout discours étant empreint de culture, alors, toute traduction implique une médiation interculturelle, au risque de produire un discours exempt du contexte socio-économique et culturel dans lequel il est construit. Davitti (2016), lui, considère que l'interprétariat est « *entrelacé avec la médiation interculturelle, une activité sociale qui promeut l'acceptation culturelle, la participation, la compréhension mutuelle et l'empowerment* » (Claudio Baraldi, 2014 : 19) [traduit de l'anglais au français]. Par ailleurs, la charte de Strasbourg reconnaît la « disponibilité interculturelle » (Charte :4) comme étant une des compétences de l'interprète. Celle-ci renvoie à une connaissance des enjeux linguistiques, institutionnels, qui plus est culturels (stéréotypes, prénotions, codes, règles, etc.) inhérents à toute interaction. La fonction de médiation de l'interprète participe à la négociation du sens de l'activité. En effet, l'interprète « *peut également faire participer les travailleurs sociaux au développement de l'approche interculturelle et à la création de capacités de négociations d'identités. Il sera un sujet co-acteur, partenaire d'une négociation portant sur la langue, la culture, la socialité* » (Laura Moussaoui, 999 : 45). Un des enjeux de l'interprétariat est de favoriser, non seulement la communication, mais véritablement de créer des espaces de négociation et de compréhension mutuelle. Ainsi, « *l'interprète est le médiateur entre le thérapeute et le patient, un pont entre deux langues mais également entre deux cultures. Il facilite la mise en confiance du patient* »<sup>xiv</sup>.

Selon Pöchhaker (2008), la médiation met en jeu la subjectivité de l'individu. Comme vu précédemment, la neutralité de l'interprète est illusoire, ne serait-ce que dans les choix de traduction qu'il opère ou encore, de par sa proximité culturelle avec le patient. L'interprète est, de fait, engagé sur les plans subjectif, culturel et émotionnel dans l'exercice de son activité. L'interprète, tout comme le soignant et le migrant, ne sont pas des acteurs « culturellement neutres ». Pour autant, bien que généralement issu d'une culture double (ou plus), l'interprète ne saurait être réduit à l'une ou l'autre culture. A l'inverse, il ne pourrait être résumé à un « expert » des cultures.

*« Une autre difficulté à souligner concerne la demande adressée à l'interprète d'être l'interprète de sa culture. Il est donc sollicité comme « témoin objectif », contraint en quelque sorte à se « dédoubler » et à parler au nom de sa culture. De même, cette demande assigne l'interprète à une identité culturelle qui ne peut être qu'illusoire tant l'identité culturelle est complexe, multiple. Aller dans le sens de cette illusion identitaire peut amener les interprètes – voulant trop bien faire – à*

*parler comme des livres d'une culture en partie mythologique, fictive, plutôt que de s'intéresser à la situation concrète de la personne, à son contexte familial, social, et aussi culturel. Les professionnels peuvent être amenés à demander des renseignements caricaturaux, confortant leurs clichés, catégorisant sommairement des comportements en fonction de stéréotypes culturels. L'interprète ne doit pas rentrer dans une vision culturaliste, mais s'arrêter pour relativiser »<sup>xv</sup>.*

Envisager l'interprète comme étant « culturellement engagé » dans son exercice professionnel conduit à lui reconnaître un tout autre statut et une tout autre responsabilité dans la prise en charge médico-sociale. Il devient co-acteur, à l'instar du centre marseillais OSIRIS, spécialisé dans le soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique, qui considère que l'interprétariat fait partie intégrante du processus de soin, avec plus de 90%<sup>xvi</sup> de consultations réalisées en présence d'interprètes. Notre postulat est que l'engagement de la subjectivité de l'interprète dans l'interaction, au-delà du bénéfice que cela représente, est nécessaire à la construction d'un dialogue interculturel.

#### Quatrième enjeu : reconnaître l'interprète comme co-thérapeute

La présence de l'interprète permet d'introduire du tiers. Cela a pour effet de créer une dynamique circulaire et d'instaurer plus d'horizontalité entre le patient et le soignant. L'interprète donne, non seulement une voix au patient, lui permettant de comprendre et d'être compris – ce qui humanise la relation de soin – mais il facilite aussi l'accès au praticien à un univers symbolique qu'il méconnaît sans une expertise interculturelle. La frontière entre « savoir expert » (praticien) et « savoir profane » (patient) devient poreuse puisqu'au sein de cette configuration, chaque acteur est doté d'une expertise particulière. Ceci permet d'atténuer l'asymétrie de la relation de soin. En d'autres termes, la connaissance n'est plus le monopole du praticien. Elle est partagée par les individus en interaction, ce qui est propice à l'émergence d'un dialogue interculturel. Si l'expertise est partagée, la « *responsabilité thérapeutique* » (Federica Fontana, 1999/2000 : 23) à l'égard du patient allophone l'est également. Celle-ci étant jusqu'alors reconnue comme étant l'apanage du praticien. Selon cette acceptation, l'interprète « *participe activement au processus thérapeutique en faisant référence à son histoire personnelle. Il permet ainsi l'émergence de « points communs », entre lui et le patient. A cette fin, le thérapeute lui donne explicitement la parole et lui délègue la conduite de l'entretien. La collaboration doit être comprise en termes de « complémentarité » entre le thérapeute et le [Médiateur Culturel Interprète], d'où la notion de co-thérapie* » (Weiss et Stuker, «

*Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 49) » (Laura Moussaoui, 1999 : 22).*

En somme, les enjeux de la professionnalisation de l'interprétariat en milieu médico-social sont nombreux. Parmi ceux-ci, la reconnaissance des compétences professionnelles des interprètes. L'objet étant également d'identifier la place et le rôle de ces derniers dans la prise en charge médicale et/ou sociale. L'interprète tend à être reconnu en tant que co-acteur dans le processus thérapeutique, grâce à l'expertise interculturelle qu'il apporte au praticien et aux compétences relationnelles (empathie, bienveillance, confiance) qu'il mobilise, dans l'intérêt du patient. Nous verrons dans la partie suivante que la professionnalisation de l'interprétariat médico-social comporte plus largement des enjeux politiques et éthiques d'accueil, d'hospitalité à l'égard des migrants, ainsi que d'ouverture à la diversité culturelle. A tel point que l'interprétariat « *a fini par s'imposer comme une nécessité dans une société qui s'est enrichie et accrue grâce à des apports extérieurs, que ce soit sur le plan humain ou culturel* » (Ali Ben Ameer, 2010 : 88).

### III) Le (non)recours à l'interprétariat : un choix politique et éthique ?

Pour rappel, le projet REMILAS (REfugiés, MIgrants et leurs LAngues face aux services de Santé), dans le cadre du programme *Flash Asile*, s'inscrit dans un contexte d'augmentation du nombre de demandeurs d'asile en France. L'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (Ofpra) enregistre 85 244 demandes d'asile en 2016, soit une hausse de 6,5% par rapport à l'année précédente. L'augmentation du nombre de personnes en demande d'asile met à l'épreuve, non seulement la politique de l'asile (Akoka, 2016), mais aussi les conditions d'accueil et d'accès aux soins de ces personnes.

#### 1) « Crise de l'asile » ou « crise de l'hospitalité » ?

Il n'est pas rare d'entendre parler d'une « crise de l'asile ». Pourtant, Gwen Le Goff, politiste et directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra, et Nicolas Chambon, sociologue et responsable de la recherche à l'Orspere-Samdarra, considèrent qu'il s'agit davantage d'une « crise de l'accueil » ou d'une « crise de l'hospitalité ». Parler d'une « crise de l'asile » conduit à individualiser les questions soulevées par l'augmentation du nombre de personnes en demande d'asile en France, tout en occultant la responsabilité et les devoirs qui incombent aux pays d'accueil dans la mise en œuvre d'une politique de l'asile effective et efficace. En d'autres termes, la responsabilité est du côté des demandeurs d'asile, qui doivent alors fournir la preuve qu'ils « méritent » l'asile. Par ailleurs, une crise implique un début et une fin, c'est-à-dire, une situation antérieure qui connaît un basculement. Par conséquent, l'expression « crise

migratoire » est erronée, puisque la migration est aussi ancienne que l'histoire de l'humanité. La migration n'est ni nouvelle, ni récente. Parler en termes de « crise de l'asile », plutôt que de « crise de l'accueil » est révélateur du rapport de notre société à l'altérité. Dès lors, dans quelle mesure l'absence de budget dédié à l'interprétariat en milieu médico-social, au-delà des restrictions financières, traduit une orientation politique de fermeture à l'altérité, en contexte de prétendue « crise de l'asile » ?

L'interprète est indéniablement un acteur à part entière dans le parcours des demandeurs d'asile. Comme stipulé dans la charte de Strasbourg, le recours à l'interprétariat représente un droit fondamental dans l'accès aux soins. Pour aller plus loin, nous pouvons penser qu'il s'agit plus largement d'un droit inaliénable qui est celui de pouvoir communiquer, de comprendre et d'être compris. En somme, un « droit à la parole ». Selon la perspective politique et éthique, l'interprète symbolise l'accueil et l'hospitalité. En d'autres termes, « *L'interprète ici signifie que c'est à l'étranger que je m'adresse, vraiment. Il concrétise la figure sociale de l'écoute qu'est l'hospitalité* » (Maurice Bellet, 1989 : 41). En mettant à disposition des institutions des moyens pour accueillir dignement les migrants, en favorisant leur accès à la santé, le recours aux interprètes représente alors un droit fondamental. Notre postulat est que les enjeux liés au recours à l'interprétariat en milieu social et médico-social traduisent plus largement une volonté politique « *d'ouverture à la diversité* » (Cadart, 2006 ; Acepp, 2008). Envisager l'interprétariat en milieu médical et social sous le prisme de l'accueil et de l'hospitalité met en lumière les enjeux politique et éthique qui lui sont inhérents.

## 2) Du devoir d'accueil au droit à la reconnaissance

Donner une parole c'est rendre leur inaliénable dignité aux personnes et reconnaître leur droit le plus fondamentale qui est celui du « droit à la parole » et plus largement du « droit à l'existence ». Farid Righi<sup>xvii</sup>, reprenant le propos de Patrick Chamoiseau (2017), parle d'une « réclamation d'un droit au monde ». Farid Righi considère qu'il est de l'ordre du devoir éthique et moral de supplanter le récit national par le « roman commun » construit sur la rencontre des cultures et le dialogue interculturel. L'enjeu étant de « *ne pas dévisager la question de l'étrangeté, mais l'envisager* ». Au regard du multiculturalisme, de la mondialité, de l'augmentation du nombre de personnes en demande d'asile, de personnes déracinées, comment penser et construire ce roman commun ?

Reconnaître un « droit à la parole », c'est simplement reconnaître l'autre en tant qu'humain. A *contrario*, priver un individu de la parole, c'est-à-dire ne pas mettre en œuvre les conditions lui permettant de s'exprimer et de comprendre, revient à nier son humanité. Le propre du genre

humain est de se déployer dans et par la parole. La parole est l'essence même de l'humanité. En d'autres termes, « *la parole porte le désir d'être reconnue, d'être écoutée, parce que « ce désir est ce par quoi advient l'homme » et que « l'écrasement de ce désir est un malheur sans fond » (Bellet 1989) » (Jean Christophe Weber, colloque « L'interprétariat médical et social professionnel », 2012 : 8). Dès lors, l'accès à la parole est un « *impératif déontologique et légal au niveau de la communication* » (Ibid : 8). Selon la perspective éthique, l'usage de la parole, au-delà de son aspect communicationnel, cherche à satisfaire un besoin de reconnaissance, d'écoute et de valorisation. De telle sorte que : « *Ce que je cherche dans la parole, c'est la réponse de l'autre. Ce qui me constitue comme sujet, c'est ma question* » (Lacan, 1966 : 299). En d'autres termes, c'est la capacité à pouvoir s'exprimer, à formuler une question, à prendre place dans l'interaction qui symbolise le sentiment d'appartenance à la communauté humaine. Privé de la parole, c'est l'humanité de l'individu qui est bafouée, puisque « *la fonction décisive de ma propre réponse n'est pas seulement approbation ou rejet du discours de l'autre, mais vraiment de le reconnaître ou de l'abolir comme sujet* » (Lacan, 1966 : 300).*

*« Le malade s'adresse à quelqu'un (le médecin aussi, tout cela est réversible). La parole signifie une interpellation et une demande, en-deçà de l'objet demandé. L'adresse met en acte une parole vivante. Répondre à un appel n'est pas encore faire (des soins) à mais se disposer à l'écoute d'une expérience. L'interprète, ici, signifie par sa seule présence, avant même tout échange de paroles, avant toute traduction réussie ou non, le désir de se faire entendre et l'accueil qui va au-devant de la parole et l'invite à son déploiement. L'absence de l'interprète vaut comme indice d'un désintérêt » (Jean Christophe Weber ; 2012 : 8).*

En se situant « entre » le praticien et la personne migrante, l'interprète fait office d'« interface ». Il est d'ailleurs inscrit dans la charte de Strasbourg que ce dernier exerce une « *fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue* ». Une « interface » désigne un « *espace, lieu d'interaction, moyens d'interaction, de jonction entre deux systèmes, deux organisations etc.* »<sup>xviii</sup>. Dans la mesure où le propre de l'activité d'interprétariat s'exprime dans et par la communication, le dialogue, la parole, le relationnel, le paradigme interactionniste d'Erving Goffman est intéressant pour considérer ses enjeux. En qualité d'inter-face, l'interprète permet la rencontre entre « deux faces ». Goffman (1974) définit la « face » comme la manière qu'à un individu de se présenter à autrui dans les interactions. La face est l'image de lui-même qu'un individu met en jeu dans la relation. La règle étant de « garder la face », c'est-à-dire de faire bonne figure, et de préserver celle de ses

partenaires. Un manquement à cette condition et c'est la reconnaissance de l'autre qui est bafouée. Chez Goffman, la « face » semble corrélée à « *une véritable quête de reconnaissance, un besoin de valorisation* »<sup>xix</sup> de soi. Si la parole est un outil communicationnel, au-delà, elle est ce qui permet à un individu de « *se “représenter” lui-même, tel qu'il appelle l'autre à le constater* » (Benveniste, 1966 : 77). En d'autres termes, la parole est le moyen privilégié par lequel se déploie la subjectivité, la singularité, l'humanité d'un individu. Elle est un « *moyen d'expression de soi* » (Jean Christophe Weber, 2012 : 6). En lui permettant de s'exprimer dans sa langue, d'être compris et de comprendre ce qui se joue, l'interprète permet au migrant d'être reconnu dans l'interaction, puisqu'il lui est donné la possibilité d'y participer et d'y jouer un rôle. Il n'est pas invisibilisé. En d'autres termes, en lui reconnaissant son « droit à la parole », qui plus est son « droit à l'existence », l'interprète contribue à la préservation de la face du migrant. Selon cette acceptation, l'interprétariat, au-delà d'un outil de traduction, devient véritablement « *une éthique de la communication* » (Francesco Fistetti, 2008 : 414).

En créant du lien entre la personne allophone et le praticien, le migrant et le pays d'accueil, l'interprète participe à l'émergence du « commun », au sens de John F. Dewey. La perspective deweyenne sur la notion de « commun » est intéressante pour comprendre les enjeux éthiques inhérents à l'interprétariat en milieu médico-social. Pour cause, « *il y a plus qu'un lien verbal entre les mots “commun”, “communauté” et “communication”. Les hommes vivent en communauté en vertu des choses qu'ils ont en commun ; et la communication est la façon par laquelle ils en viennent à posséder des choses en commun* » (John Dewey, 1916). En participant à l'émergence du commun, l'interprète contribue à la reconnaissance de chacun des acteurs. Au croisement d'univers (sociaux, culturels, symboliques) divers, l'interprète permet l'articulation des différences pour tendre vers du commun. « *L'articulation est l'écart qui tout en maintenant la distance permet l'accroissement du commun* » (François Julien, 2008 : 45). En revanche, le commun ne vaut pas l'uniformisation. Le commun puise sa force dans les différences pour tendre vers une vision partagée du monde. En facilitant l'émergence du commun, l'interprète permet à chacune des parties de se déployer dans sa singularité, sans qu'une vision de la réalité ne cherche à se faire valoir comme plus vraie, ou plus légitime, que l'autre. De la même manière que le commun ne vaut pas l'uniformisation, l'écart ne vaut pas le rejet.

*« Il faut laisser l'écart s'engendrer dans l'entre-tien(t), pour que l'autre (malade ou médecin selon la place occupée) puisse s'établir en vis-à-vis, et non comme un différent dont les différences vont être réduites, le plus souvent d'ailleurs au profit du médecin, de l'occidental blanc démocrate masculin, qui imposera son standard.*

*L'interprète n'est-il pas celui qui peut contribuer à faire consister cet écart, qui va produire de « l'entre » entre les langues de départ et d'arrivée ? Il ne reste pas plus dans une langue que dans l'autre. Il se maintient sur la brèche de l'entre-langues, et dans cet entre il fait passer l'autre » (François Julien, 2008 : 63).*

Là où la différence « pose une identité de principe » (Maurice Bellet, 1989 : 31), l'écart propose, à l'inverse, d'ouvrir « un espace (entre les cultures par exemple) ; il procède d'une distance, il met en tension ce qu'il a séparé, il produit une fécondité car il s'explore et s'exploite. Par rapport aux différences, qu'on a tendance à résorber dans un « universalisme facile » qui masque un occidentalocentrisme, ou à crispier dans des essences par un « relativisme paresseux », les écarts font entrevoir un dialogue possible pour relancer « l'intelligence du commun » [Maurice Bellet, 1989 : 47] » (Jean Christophe Weber, 2012 : 8). En somme, « l'écart ouvre de l'entre » (Maurice Bellet, 1989 : 49) ».

## **Conclusion**

A travers ce rapport de stage, nous avons cherché à mettre en lumière les enjeux de la professionnalisation de l'interprétariat en milieu social et médico-social. S'il est un droit fondamental dans l'accès à la santé, le recours à l'interprétariat par les établissements sociaux et médico-sociaux est, plus largement, un devoir d'accueillir dignement les personnes migrantes. Au regard de l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile, de personnes déplacées et déracinées, nous avons également tenté de démontrer les dimensions politique et éthique inhérentes à l'interprétariat, sous le prisme de l'accueil et de l'hospitalité. L'interprète symbolise la reconnaissance de la différence des langues et des cultures, *in fine*, de la différence tout court. Le langage, dans son sens originel, sert à vivre, bien avant de communiquer (Emile Benveniste, 1974). Entre les langues et au-delà des divergences, l'interprète favorise l'émergence du « commun ». Il est un véritable « viaduc » (Kouassi Kouakou, 2001/3 : 142) entre l'ici et là-bas, le pays d'accueil et le pays d'origine, le connu et l'inconnu. Etant donné le multiculturalisme, la diversité invite à réinventer nos manières de dialoguer, d'entrer en relation, plus largement de « faire société ». De telle sorte que « lorsqu'il s'agit non plus seulement de « vivre ensemble » (co-habiter ou co-exister), mais de « faire ensemble » (co-agir), nous ne pouvons plus nous contenter d'assumer nos différences : il nous faut impérativement créer ensemble des ressemblances » (Shaeda Isano, 2004 : 9).

## Bibliographie

Actes de la Journée Régionale « Interprétariat et services publics », Migrations santé alsace, 15 janvier 1999, 51 p.

Akoka Karen, « Crise des réfugiés ou des politiques d'asile ? », *La vie des idées*, 2016, pp. 1-9.

Baraldi Claudio, « An interactional perspective on interpreting as mediation », *Languages Cultures Mediation*, 2014, vol. 1, n° 1-2, pp. 17-33.

Ben Ameer Ali, « L'interprétariat en milieu social en France », *Hommes et migrations*, 2010, pp. 86-91.

Carbonel Natacha ; Chambon Nicolas, « L'interprète : un intervenant en santé mentale ? », *Les Cahiers de Rhizome*, 2015, n° 55, pp. 86-97.

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, Strasbourg, 2012, 17 p.

Colloque « Quelle place pour l'interprète dans le soin proposé aux personnes exilées victimes de tortures ? », Osiris, 25 juin 2012, 6 p.

Fontana Federica, *Le rôle socio-économique des médiateurs culturels interprètes (MCI) dans la problématique de l'hospitalisation des migrants*, Mémoire de Licence en sciences sociales, Université de Lausanne, 1999/2000, 67 p.

Francesco Fistetti, « Une société de la reconnaissance est-elle possible ? Dialogue avec N. G. Canclini, A. Honneth et A. Caillé », *Revue du MAUSS*, 2008/2, n° 32, pp. 411-432.

Kouassi Kouakou, « Approche psychothérapique en clinique transculturelle. Triade thérapeute - patient - interprète », *Champ psychosomatique*, 2001/3, n° 23, pp. 137-143.

Masson Julia, « Les interprètes des maux », consulté le 22/08/2017. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.centreosiris.org/data/IMG/pdf/Interpre\\_tedes\\_maux.pdf](http://www.centreosiris.org/data/IMG/pdf/Interpre_tedes_maux.pdf)

Mc Glynn Cindy, « Des interprètes en santé aident à franchir les barrières linguistiques », *Centre for Addiction and Mental Health*, 2004, vol. 7, n° 4, pp. 1-3.

Moussaoui Louisa, « L'interprète, le droit commun et l'interculturel », *Ecart d'identité*, septembre-décembre 1999, n° 90-91, pp. 39-46.

Nierat Clémentce, 2010, *Une enquête sociologique sur le « travail de care »*, 25/03/2010. Disponible à l'adresse : [https://www.nonfiction.fr/article-3461-une\\_enquete\\_sociologique\\_sur\\_le\\_travail\\_de\\_care.htm](https://www.nonfiction.fr/article-3461-une_enquete_sociologique_sur_le_travail_de_care.htm)

Jorro Anne, Wittorski Richard, « De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 2013/4, vol. 46, pp. 11-22.

Reynier Françoise, « De quelle langue es-tu ? Le travail psychologique avec un interprète », *Le Journal des psychologues*, 2006/1, n° 234, pp. 63-65.

Shaeda Isani, « Compétence de culture professionnelle : définition, degrés et didactisation », *ASp*, 2004, 2004, pp. 5-21.

Taïbi Nadia. « L'étranger et l'homme invisible », *Sens-Dessous*, vol. 7, n° 2, 2010, pp. 48-56.

Tourmen Claire, « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », *Santé Publique*, 2007, vol. 19, pp. 15-20.

Weber Jean Christophe, « Soigner sans, avec ou dans la parole : le paradigme de l'étranger », Conférence Nationale sur « L'interprétariat médical et social professionnel », Strasbourg, 2012, 9 p.

Wittorski Richard, « La professionnalisation », *Savoirs*, 2008/2, n° 17, pp. 9-36.

# **Annexes**

## Annexe 1 : Calendrier de stage

<b>Avril</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aide à l'organisation des formations sur « l'interprétariat en santé » (communication des dates de formation, inscriptions des participants)</li><li>- Participation au séminaire « pensée métisse » à l'UCLY</li></ul>
<b>Mai</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Participation et évaluation de la formation à Lyon</li><li>- Participation au module de cours du DIU Santé, Société et Migrations, intitulé « Le travail social à l'épreuve de l'interculturel » animé par Farid Righi</li></ul>
<b>Juin</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Participation réunions REMILAS (visionnage et analyses de consultations filmées avec interprète, lectures croisées d'articles sur le thème de l'interprétariat en santé)</li><li>- Participation et évaluation de formation à Valence</li><li>- Aide à l'organisation de la formation de Clermont-Ferrand</li><li>- Participation à la Journée d'étude sur la Mort et évaluation de la Journée d'étude</li><li>- Participation à la coordination santé mentale migrants Rhône, ayant pour thème la précarité des femmes migrantes en situation de grossesse</li></ul>
<b>Juillet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluation de la formation à Clermont-Ferrand</li><li>- Aide à l'organisation de la formation à Annecy</li><li>- Participation à l'organisation la prochaine journée d'étude en collaboration avec le laboratoire ICAR</li></ul>
<b>Août</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Analyse des données collectées et rédaction du rapport de stage</li></ul>

# Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France

adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012





## Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France

---

adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012

### Préambule

L'objectif de la présente charte est de promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel mis en œuvre en France par les associations sans but lucratif

- dans la visée de favoriser un égal accès de tous à la santé et aux droits sociaux,
- et conformément à la définition du métier d'interprète médical et social, telle que spécifiée par le Groupe de Travail National en 2011-2012, ici annexée (déontologie, fonctions et compétences), garantissant par son exercice les principes de fidélité, de confidentialité et d'impartialité.

\*\*\*\*\*

Considérant que la jouissance des droits à la santé et des droits sociaux *« doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation »*<sup>1</sup>,

Considérant que *« toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre »*<sup>2</sup> et de ses droits sociaux,

Considérant que la mise à disposition d'interprètes médicaux et sociaux formés permet de mieux garantir une égalité des personnes non francophones devant l'éducation, la santé et l'accès aux soins, les droits sociaux et administratifs,

Considérant que les entretiens et consultations en présence d'interprètes médicaux et sociaux formés garantissent le respect de la confidentialité,

Considérant que les consultations et entretiens en présence d'interprètes médicaux et sociaux formés protègent et renforcent le libre choix et l'autonomie des personnes non francophones dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé et de leur situation sociale,

---

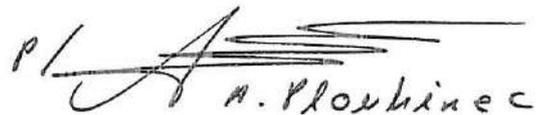
<sup>1</sup> Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie V, article E : Non-discrimination

<sup>2</sup> Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie I, article 11

### Les associations signataires de la présente charte s'engagent

- à développer sur l'ensemble du territoire national l'interprétariat professionnel au service des personnes (enfants ou adultes) peu ou non francophones, des structures et des institutions sanitaires, sociales, éducatives, ou des services administratifs,
- à informer les structures et institutions sanitaires, sociales, éducatives ou administratives et leur personnel de l'existence de l'interprétariat professionnel,
- à développer et approfondir la formation initiale et continue des interprètes médicaux et sociaux,
- à promouvoir la reconnaissance des formations et des qualifications des interprètes médicaux et sociaux auprès des pouvoirs publics,
- à promouvoir le métier d'interprète médical et social dans le but de la reconnaissance d'un statut national.
- à promouvoir la recherche dans le domaine de l'interprétariat médical et social,

ADATE, Grenoble  
Gisèle Perez,  
Présidente

P/   
A. Ploshinec  
14. 04. 2012

APTIRA, Angers  
Juliette Hubin,  
Présidente

P/ Directrice  
Radica Ouatiana  
APTIRA  
SIEGE  
Association pour la Promotion et l'Intégration  
dans la Région d'Angers  
35, rue Saint-Exupéry - 49100 ANGERS  
Tel. 02 41 88 64 33 - Fax. 02 41 88 80 51

ASAMLA, Nantes  
Hervé Divet,  
Président

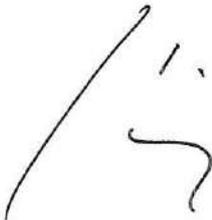
  
14. 14. 2012

COFRIMI, Toulouse  
Guy Tramier,  
Président

P/ 

ISM Est, Metz  
Monique Riou,  
Présidente

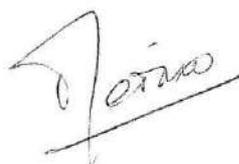
ISM Corum, Lyon  
Jean-Dominique Poncet,  
Président

p/o 

ISM - CORUM  
32, cours Lafayette  
69421 Lyon Cedex 3  
Tél. 04 72 84 78 90 - Fax 04 78 62 24 00

14/11/2012

ISM Interprétariat, Paris  
Hélène Merino,  
Présidente

 14/11/2012

MANA, Bordeaux  
Gérard Bodin,  
Président

pour le Président



Dr Claire MESTRE

Migrations Santé Alsace, Strasbourg  
Murielle Rondeau - Lutz,  
Présidente



MIGRATIONS SANTÉ ALSACE  
24 rue du 22 Novembre  
67000 STRASBOURG  
Tél. 03 88 22 60 22  
Fax 03 88 22 60 09

RVH35, Rennes  
Jean Marc Chapplain,  
Président



Les structures sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives, administratives et de formation, partageant le constat de l'utilité des services d'interprètes médicaux et sociaux professionnels pour un accès égal de tous à la santé et aux droits sociaux,

- s'associent par leur signature aux principes et aux objectifs énoncés dans la présente charte et son annexe,
- s'engagent à promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel au sein de leur établissement.
- s'engagent à inscrire l'interprétariat médical et social professionnel dans la planification stratégique de développement de leur établissement / organisation afin d'améliorer l'accessibilité des services pour les personnes non francophones,

pour la **Ville de Strasbourg**,

Signature :

Nom, prénom :

FELTZ Alexandre  
représentant le Maire de STRASBOURG  
Roland Ritz

Fonction :

conseiller municipal délégué de la santé

à Strasbourg,

le 14/11/2012

pour les **Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg**,

Signature :

Nom, prénom :

Au nom de M. Patrick Guillet, Directeur Général  
des HUS

Fonction :

Nicholas WOLFF, Directeur chargé des relations avec  
les usagers

à Strasbourg,

le 14 Novembre 2012

pour le **Centre Hospitalier d'Erstein**,

Signature :

Nom, prénom :

Fonction :

Signature validée mais non encore apposée  
à la date du 19 décembre 2012

à ....., le .....

pour le EPSAN (Etablissement Public de Santé d'Alsace Nord),

Signature :

Nom, prénom :

Fonction :

Signature validée mais non encore apposée  
à la date du 19 décembre 2012

à ....., le .....

pour le Centre Hospitalier ~~Saint-Joseph~~ de Rouffach,

Signature :

Nom, prénom : Pierre WESNER

Fonction : Directeur

à Rouffach, le 18 décembre 2012



pour l'UDAF du Bas-Rhin,

Signature :

Nom, prénom : Buisson Jacques

Fonction : Président

à Strasbourg, le 18/12/12

pour Parole Sans Frontière,

Signature :

Nom, prénom : Pierre Bertrand

Fonction : Président

à Strasbourg, le 14/11/2012

pour **Thémis**,

Signature :

Nom, prénom :

*François BIKOT*

Fonction :

*Président*

SERVICE D'ACCÈS AU DROIT  
POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES  
21 rue de la République  
67000 STRASBOURG  
Tél : 03 88 31 11 11 Fax : 03 88 36 48 75

à Strasbourg,

le *13 / 12 / 12*

pour l'**Institut Supérieur Social de Mulhouse**,

Signature :

Nom, prénom :

*Jean-Michel Klingler*

Fonction :

*Vice-Président*



à

*Strasbourg*, le *14.11.2012*

pour l'**Hôpital Avicenne, Bobigny**,  
APHP / Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Signature :

Nom, prénom :

Fonction :

Signature (page suivante)

à ....., le .....

Les structures sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives, administratives et de formation, partageant le constat de l'utilité des services d'interprètes médicaux et sociaux professionnels pour un accès égal de tous à la santé et aux droits sociaux,

- s'associent par leur signature aux principes et aux objectifs énoncés dans la présente charte et son annexe,
- s'engagent à promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel au sein de leur établissement.
- s'engagent à inscrire l'interprétariat médical et social professionnel dans la planification stratégique de développement de leur établissement / organisation afin d'améliorer l'accessibilité des services pour les personnes non francophones,

nom et prénom du signataire,  
 fonction,  
 dénomination de l'établissement,  
 date et lieu

**Dominique DE WILDE**  
 Directrice du Groupe Hospitalier  
 Avicenne - Jean Verdier - René Muret/Bigottini

*D. De Wilde*  
 13 novembre 2012  
 à Bobigny -

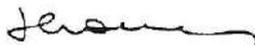
**Les structures sanitaires, sociales, éducatives, administratives et de formation**, partageant le constat de l'utilité des services d'interprètes médicaux et sociaux professionnels pour un accès égal de tous à la santé et aux droits sociaux,

- - s'associent par leur signature aux principes et aux objectifs énoncés dans la présente charte et son annexe,
- - s'engagent à inscrire l'interprétariat médical et social professionnel dans la planification stratégique de développement de leur établissement / organisation afin d'améliorer l'accessibilité des services pour les personnes non francophones,
- - s'engagent à promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel au sein de leur établissement.

Marseille, le 15 octobre 2012

Dr Bernard GRANJON

Président du centre de soins Osiris

  
✓

**OSIRIS**  
Siège Social: 50, Boulevard des Alpes-13012 Marseille  
Centre soins: 4, Avenue Rostand-13003 Marseille  
Tél./Fax. 04 91 91 89 73-E-mail: centre.osiris@frcc.fr  
Association loi 1901-Siret 43369091400018-APE913E

## Annexe

### Interprète médical et social Définition du métier

---

#### Préambule et visées

La dénomination « interprétariat en milieu médical et social » définit une forme d'interprétariat de liaison exercé dans les contextes spécifiques des champs médical, social, médico-social, éducatif et administratif.

L'interprétariat médical et social garantit aux professionnels des domaines concernés les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions.

L'interprétariat médical et social garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins.

#### Contexte d'intervention et cadres réglementaires

Porté par des associations à but non lucratif, l'interprétariat médical et social - dénommé également, selon les pays, interprétariat interculturel, interprétariat social, interprétariat communautaire, *public services interpreting, dialogue interpreting ...* – a émergé comme une spécialité à part au cours des années 1990 dans la dynamique impulsée par *Critical Link*. Ce réseau international, initié par une association canadienne, a posé l'objet de l'interprétariat médical et social comme mesure pour un égal accès de tous aux droits et à la santé, et fortement stimulé le questionnement des acteurs et des chercheurs sur la formation des interprètes opérant dans ces domaines et sur leurs conditions d'exercice dans le secteur public.

L'interprétariat médical et social mobilise des connaissances à la croisée de plusieurs spécialités : l'interprétation, l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, la communication, ...

A ce jour en France, comme dans beaucoup de pays, l'interprétariat médical et social n'est pas un droit juridiquement contraignant : ne pas proposer aux personnes ayant une maîtrise limitée du français des services garantissant leur expression et compréhension ne peut juridiquement pas être assimilé à une discrimination.

Cependant, la veille et la suppression des obstacles à la communication afin d'assurer l'accès de tous aux droits sont inscrits comme recommandations ou obligations, selon les cas, dans :

- les cadres réglementaires européen et français pour la promotion des droits et de l'accès équitable aux soins de santé de qualité \* :
  - la Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie I, article 11, et Partie V, article E,
  - Recommandation et Annexe à la Recommandation Rec(2006)18 du Comité des Ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe,
  - Recommandation de bonne pratique N° 13-IV.2, de la Haute Autorité de Santé (France),
  - Code de santé publique (version en vigueur 2 mai 2012), Chapitre 1, Titre 1,

- complétés par les cadres réglementaires propres aux institutions médicales et sociales françaises :
  - Codes de l'action sociale et des familles (droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux), lois du 2 janvier 2002
  - Charte du patient hospitalisé – 2011
  - Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015, Axe 2,
- ainsi que les priorités / recommandations définies par les Programmes Régionaux d'Intégration des Populations Immigrées déclinant les orientations des politiques publiques sur les différentes régions du territoire national.

## Définition

L'interprète en milieu médical et social exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

- restitue dans la langue cible le discours (les propos) exprimé dans la langue source, en termes de contenu, de niveau de langue, d'intention, de tonalité, ...
- retranscrit avec justesse - autant que possible - les nuances, les traits d'humour, les émotions, ...
- veille à la compréhension entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits,
- utilise des compétences non seulement linguistiques, mais aussi interculturelles ainsi que des connaissances spécifiques aux principaux champs d'intervention.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

- est spécialiste des échanges verbaux<sup>3</sup> ; il travaille en temps réel ; sa prestation est destinée exclusivement à l'audition directe et immédiate<sup>4</sup>,
- ne peut exercer autrement qu'en présence des parties au cours de consultations et d'entretiens individuels, ou de réunions en comité restreint, en face à face ou téléphoniques,
- pratique essentiellement l'« interprétation consécutive » : ce mode opératoire nécessite un discours scindé par séquences pour que l'interprète en restitue le contenu, au fur et à mesure, et par intervalles réguliers,
- intervient pour imposer un temps de traduction, et ce dans l'attention du maintien de la fluidité des échanges entre les parties.

<sup>3</sup> L'interprète médical et social peut être à la fois interprète et traducteur ; il s'agit toutefois de deux métiers distincts qui font appel à des compétences fondamentalement différentes.

<sup>4</sup> Nul enregistrement, y compris par les auditeurs, ne peut être fait sans leur consentement préalable.

De manière spécifique, l'interprète médical et social :

- exerce son activité au sein d'une diversité d'institutions et de lieux,
- exerce son activité entre des usagers non ou peu francophones, et les acteurs professionnels notamment des services publics, administrations, associations, (ou exerçant en privé), qu'ils soient travailleurs sociaux, médecins, soignants, éducateurs, enseignants, ....
- intervient au sein d'une relation souvent asymétrique, entre les professionnels des différents domaines et les usagers dans une position de besoins et de demandes.

## Déontologie

### Fidélité de la traduction

L'interprète en milieu médical et social restitue les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité<sup>5</sup>, sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens.

### Confidentialité et secret professionnel

L'interprète en milieu médical et social a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au même secret professionnel que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.

### Impartialité

L'interprète en milieu médical et social exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale aux différents protagonistes.

### Respect de l'autonomie des personnes

Il n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes. Il leur reconnaît les compétences pour s'exprimer en leur propre nom et prendre des décisions en toute autonomie. Il ne se substitue pas à l'un ou à l'autre des interlocuteurs.

---

<sup>5</sup> Comme pour toute interprétation et traduction, la précision et la fidélité visent la transmission satisfaisante de l'information et du style avant la restitution lexicale exhaustive.

## Fonctions essentielles

### ▶ TRADUCTION ORALE

L'interprète en milieu médical et social :

- traduit tous les propos énoncés par chacune des parties et les informe de cette règle au préalable,
- restitue le sens des propos au plus près des nuances exprimées grâce à l'utilisation de techniques d'interprétariat,
- respecte dans sa traduction les différents registres des discours - culturel, social, technique, ...,
- contribue à la fluidité des échanges en ayant le souci du rythme et une veille quant à la compréhension par chaque partie des propos traduits,
- garantit une traduction fidèle aux propos des usagers et professionnels et non à leurs intentions supposées,
- reste centré sur son travail de restitution, sans être influencé par les effets de relations majoritairement « asymétriques ».

### ▶ ATTENTION ET DISPONIBILITE INTERCULTURELLE

L'interprète en milieu médical et social :

- intervient au croisement de registres de langages, d'usages et de systèmes et fait preuve d'une attention et d'une disponibilité interculturelles afin de mettre en « relation de compréhension » les parties,
- analyse les situations et sait discerner les origines des dysfonctionnements ou blocages dans l'échange qui relèvent de la traduction (vide lexical et points aveugles), des mots tabous, des stéréotypes...,
- tient compte de la place et du rôle de chacun dans cette relation triangulaire inhérente à l'interprétariat de liaison en veillant à maintenir un positionnement impartial,
- reste centré sur son travail de traducteur en ayant conscience des enjeux linguistiques et/ou de positionnement que peuvent entraîner
  - sa maîtrise des deux langues,
  - sa responsabilité de « veille de la compréhension »,
  - et les attentes culturelles (conseil, expertise, explication, substitution ...) dont il peut être l'objet par les interlocuteurs.

### ▶ DISTANCIATION

L'interprète en milieu médical et social :

- inscrit son intervention au sein d'un cadre professionnel,
- assure la fonction de traduction orale consécutive pour laquelle il est mandaté, quel que soit le contexte émotionnel et interculturel de la situation,
- développe au sein de groupes de pairs des capacités d'analyse, de réflexivité et de décentration pour rester à l'écoute et stable dans son travail de traduction,
- respecte l'intégrité, l'autonomie et les stratégies / logiques des interlocuteurs.

## Responsabilités et délimitation de la pratique

L'interprète médical et social accomplit ses fonctions professionnelles en **engageant sa responsabilité** au regard :

- de la **justesse de la traduction**, entendue comme « une opération sur ce qui se dit à travers les langues », de la transmission du discours, donc du sens, à travers un choix de vocabulaire et d'expressions adéquates,
- d'une **veille de compréhension**, entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits<sup>6</sup> et non comme l'appropriation des enjeux de la situation par les personnes (blocages, difficultés de discernement, ...).
- d'une **attention interculturelle** favorisant le repérage d'incompréhensions et de malentendus entre les interlocuteurs. Selon le cas, il est amené à interagir pour leur explicitation :
  - il demande leur reformulation,
  - ou **sort de la traduction** en l'ayant annoncé, et en proposant - sous forme d'hypothèse à valider par les interlocuteurs - des informations, éclairages ou explications.

Il sait délimiter ses fonctions et responsabilités :

- il informe les parties des règles déontologiques propres à son exercice,
- il exerce avec neutralité et recul, quel que soit son propre parcours ; en aucun cas il ne prend la posture de conseil ou de défenseur de l'une ou de l'autre des parties,
- dans sa qualité d'interface linguistique, il n'entre pas dans une quelconque régulation ou conciliation : il garde une posture distancée, et n'est pas habilité à assumer des fonctions de médiateur social<sup>7</sup>,
- dans ce cadre, il n'effectue pour aucune des parties des services autres que l'interprétariat,
- il identifie ses limites linguistiques et de posture professionnelle ; il renforce sa pratique à travers la formation continue.

<sup>6</sup> Il s'agit d'un devoir de vérification propre à l'interprétariat de liaison et qui le distingue de l'interprétariat de conférence.

<sup>7</sup> La médiation étant un processus de règlement de conflit, d'aide à améliorer une relation nécessitant des compétences de négociation, de motivation des personnes, de connaissances historiques, sociologiques, ethnologiques...

## \* Textes réglementaires européens et français référencés

---

▪ **Charte sociale européenne (révisée 1996),** Partie V - Article E - Non-discrimination

*La jouissance des droits (...) « doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation. »*

▪ **Annexe à la Recommandation Rec(2006)18 / 3**

Stratégies d'amélioration de la santé des populations multiculturelles et des soins de santé qui leur sont dispensés – *Non-discrimination dans l'accès aux services de soins de santé,*

*« La suppression des obstacles à la communication est l'aspect qui nécessite l'intervention la plus urgente, claire et évidente.*

*(...) Des interprètes professionnels devraient être mis à disposition et utilisés régulièrement pour assister les patients membres de minorités ethniques, si nécessaire.*

*(...) Les professionnels de santé devraient être conscients que les obstacles linguistiques ont des effets négatifs sur la qualité des soins. Ils devraient être formés à travailler conjointement et efficacement avec des interprètes. Des programmes de formation s'imposent pour les interprètes travaillant dans le domaine de la santé.*

*(...) Les services de santé publique devraient être encouragés à contrôler la qualité des services d'interprétation médicale destinés aux minorités ethniques. »*

▪ **Code de santé publique (version en vigueur 2 mai 2012),**

Titre 1 : les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre 1 : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

*« Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté »*

Art. L1111-2 *« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

*Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.*

*Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »*

▪ **Code de l'action sociale et des familles, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, Article L311-3**

*L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :*

- 1. Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;*
- 2. Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;*
- 3. Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;*
- 4. La confidentialité des informations la concernant ;*
- 5. L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;*
- 6. Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;*
- 7. La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.*

▪ *Haute Autorité de Santé (France)*

Recommandation de bonne pratique N° 13 : Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement. Recommandations pour la pratique clinique, Accès aux informations concernant la santé d'une personne, décembre 2005 :

IV.2. Modalités de communication du dossier et accompagnement de l'accès

« Dans le cas particulier des personnes ayant des difficultés de communication, la transmission des informations doit être adaptée à leurs possibilités et les difficultés de compréhension doivent être prises en compte de manière spécifique. »

▪ *Charte du patient hospitalisé – 2011*

« L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches).

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. »

▪ *Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015*

Axe 2 : Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires

« Garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social

- Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider

(...) Compte tenu de ces difficultés, qui s'ajoutent aux obstacles liés à la maladie, ces populations doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communications adaptés, organisation du recours aux services de traduction). »

**Annexe 3 : Le projet Remilas, Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé**  
*Ce projet bénéficie du soutien financier de l'Agence National de la Recherche (ANR) depuis avril 2016, dans le cadre de son programme Flash Asile.*

Le projet Remilas concerne l'accueil des réfugiés et des migrants en France, et les problèmes linguistiques et culturels qui peuvent s'y poser. Il se concentre sur les situations d'interaction liées au domaine de la santé physique et mentale, en particulier sur les consultations et les entretiens obligatoires pour les demandes d'asile ou de statut de réfugié.

Rappelons que la France a connu entre 2007 et 2014 une augmentation de plus de 85% des demandes d'asile, la durée de la procédure étant de 2 ans en moyenne. En cas de refus, selon la législation française, les personnes ont accès à l'Aide Médicale d'État (AME) ainsi qu'aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Toutes ces procédures s'accomplissent à travers des interactions entre les demandeurs et des participants institutionnels, autant de situations potentiellement problématiques sur les plans linguistiques et culturels.

**L'objectif général** du projet est de comprendre le fonctionnement de ces communications multilingues et interculturelles. Il repose sur des analyses à un double niveau, celui des pratiques et celui des représentations. Les principaux axes d'étude sont :

- les difficultés rencontrées d'une façon générale par toute personne accueillie pour comprendre des procédures, des normes et des pratiques dont elle n'est pas experte ;
- les moyens effectivement mobilisés par les participants afin de surmonter les obstacles à l'intercompréhension et gérer les difficultés linguistiques et culturelles lorsqu'elles se posent ;
- les contraintes et les bénéfices liés à ce qui peut apparaître comme la solution à ces problèmes, c'est-à-dire la participation d'interprètes dans les interactions ;
- les représentations que les participants se font de ce que seraient les procédés les plus efficaces pour assurer l'intercompréhension dans ces situations, ainsi que leur vision du rôle et de la place des interprètes.

**L'objectif pratique** du projet est d'utiliser les savoir-faire et les ressources mis en oeuvre par les participants pour gérer ces situations, dont les analyses auront identifié l'efficacité, pour développer des formations et des campagnes de sensibilisation adressées aux praticiens et aux interprètes.

**Méthodologie.** Le projet repose sur la collecte et l'analyse de trois types de données : des entretiens avec des praticiens et des interprètes, des *focus groups*, et des enregistrements vidéo

d'interactions des réfugiés et migrants dans les services qu'ils consultent, avec et sans interprètes.

**Mots clés** : migration, santé, réfugiés, interprètes, langage, interaction, représentations

**Source** : <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/>

## Notes

---

<sup>i</sup> Issu du site : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra>

<sup>ii</sup> Issu du site : <http://www.agence-nationale-recherche.fr/informations/actualites/detail/cinq-projets-de-recherche-finances-en-accelere-dans-le-cadre-du-flash-asile/>

<sup>iii</sup> Communiqué de presse ANR, 11 mars 2016, « Politique migratoire, asile et refuge : cinq projets de recherche financés en accéléré dans le cadre du « Flash-Asile »

<sup>iv</sup> Les données sont issues du flyer REMILAS

<sup>v</sup> Les données sont issues du flyer REMILAS

<sup>vi</sup> Clémentce Nierat, 2010, *Une enquête sociologique sur le « travail de care »*, 25/03/2010. Disponible à l'adresse : <https://www.nonfiction.fr/article-3461-une-enquete-sociologique-sur-le-travail-de-care.htm>

<sup>vii</sup> Extrait d'entretien avec une psychiatre en milieu carcéral, réalisé par Natacha Carbonel et Gwen le Goff

<sup>viii</sup> Citation disponible à l'adresse :

[http://www.robertholcman.net/public/documents/these/chapitre\\_1\\_definition\\_appartenance\\_professionnelle\\_these\\_robert\\_holcman.pdf](http://www.robertholcman.net/public/documents/these/chapitre_1_definition_appartenance_professionnelle_these_robert_holcman.pdf), p. 38

<sup>ix</sup> Citation disponible à l'adresse :

[http://www.robertholcman.net/public/documents/these/chapitre\\_1\\_definition\\_appartenance\\_professionnelle\\_these\\_robert\\_holcman.pdf](http://www.robertholcman.net/public/documents/these/chapitre_1_definition_appartenance_professionnelle_these_robert_holcman.pdf), p. 37

<sup>x</sup> Extrait des Actes de la Journée Régionale organisée par Migrations santé alsace, le 15 janvier 1999.

<sup>xi</sup> Témoignage disponible à l'adresse : <https://www.migrationssante.org/axes-dintervention/interpretariat/temoignages-dinterpretes/>

<sup>xii</sup> Coordination Santé Mentale Migrants Rhône, organisée par l'Orspere Samdarra, le 27 juin 2017, intitulée « Quelle attention portée à la souffrance psychique des femmes migrantes dans le parcours de soins en périnatalité ? »

<sup>xiii</sup> Citation (p. 32) extraite des Actes de la Journée Régionale organisée par Migrations santé alsace, le 15 janvier 1999.

---

<sup>xiv</sup> Julia Masson, article intitulé « Les interprètes des maux », disponible à l'adresse suivante : [http://www.centrosiris.org/data/IMG/pdf/Interpre\\_tedes\\_maux.pdf](http://www.centrosiris.org/data/IMG/pdf/Interpre_tedes_maux.pdf)

<sup>xv</sup> Citation (p. 32) extraite des Actes de la Journée Régionale organisée par Migrations santé alsace, le 15 janvier 1999.

<sup>xvi</sup> Colloque organisé par l'association Osiris, le 25 juin 2012 à La Rochelle, intitulé « Quelle place pour l'interprète dans le soin proposé aux personnes exilées victimes de tortures ? »

<sup>xvii</sup> Farid Righi est intervenu, le 12 mai 2017, sur « Le travail social à l'épreuve de l'interculturel », dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire Santé, Sociétés et Migration organisé par l'Orspere-Samdarra.

<sup>xviii</sup> Définition disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/interface>

<sup>xix</sup> Disponible à l'adresse : [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2004.palisse\\_s&part=193254](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2004.palisse_s&part=193254)