

Arnaud Béal*Psychologue chargé d'études, Orspere-Samdarra,
Groupe de Recherche en Psychologie Sociale,
Université Lyon 2***Nicolas Chambon***Sociologue, Orspere-Samdarra,
Centre Max Weber
Université Lyon 2*

LE RECOURS À L'INTERPRÈTE EN SANTÉ MENTALE : ENJEUX ET PROBLÈMES

Cet article présente les enseignements d'une enquête de terrain menée par une équipe de recherche pluridisciplinaire de l'Orspere-Samdarra auprès de soignants en santé mentale, d'interprètes et des migrants ayant fait l'expérience d'être soignés en présence d'un interprète. Nous focaliserons notre attention sur les analyses d'entretiens de recherche effectuées avec des professionnels du soin en santé mentale portant sur leurs rapports expérientiels et représentationnels à l'interprétariat dans leurs pratiques professionnelles. D'une part, un regard psychosocial s'intéressera particulièrement aux représentations construites à propos du recours aux interprètes de la part des soignants. D'autre part, à partir d'une lecture pragmatiste, nous interrogerons ce qui fait épreuve dans le recours à l'interprétariat professionnel.

Les recherches menées en sciences humaines et sociales sur l'interprétariat n'ont trouvé, jusqu'à présent, que très peu d'écho en France, mises à part quelques recherches récentes (Schwarzinger, 2012 ; Ticca & Traverso, 2015). A contrario, les chercheurs anglo-saxons¹ ont largement investi cet objet d'étude s'intéressant (pour une revue de la littérature cf. Brisset et al., 2012) aux attentes quant aux rôles de l'interprète, aux difficultés de la pratique de soin avec ce tiers², ainsi qu'aux caractéristiques spécifiques de la communication dans cette situation (Ticca & Traverso, 2015). Aussi, si certaines recherches ont montré que la présence d'un interprète professionnel augmentait la qualité du soin de personnes allophones (Karliner et al., 2007 ; Bauer & Alegria, 2010.), l'efficacité du soin avec interprète fait quelque peu polémique (Schwarzinger, op. cit).

¹ Ainsi que la Belgique et la Suisse pour les pays francophones.

² Relatives aux enjeux de pouvoir, de contrôle et de confiance.

Le recours à l'interprète et l'accès au soin

S'il est difficile de quantifier l'efficacité du recours aux interprètes, certaines recherches, notamment nord-américaines, ont néanmoins souligné que la non-maîtrise et/ou le non-partage de la langue peut amener au moins à des « effets de filtre », mais plus problématiquement aussi à des erreurs de diagnostic et de trai-

3 Développés dans le recours aux services sociaux.

4 Il l'est par exemple dans la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005, promouvant « un accueil de qualité des personnes immigrées », impliquant des prestations d'interprétariat à chacune des étapes de cet accueil (Rémy Enfrun, préfet délégué pour l'Égalité des chances, s'exprimant lors du colloque organisé le 21 novembre 2006 par l'ISM Corum, L'interprétariat en milieu social : instrument d'une politique publique de non discrimination ?)

5 Le VIH-Sida, la tuberculose et l'hépatite. Historiquement, la nécessité du recours aux interprètes professionnels s'est imposée en France dans la prise en charge de patients allophones atteints de maladies infectieuses, notamment l'infection à VIH/SIDA et la tuberculose (Schwarzinger, op. cit.).

6 Aussi, des conventions ont parfois été signées par les lieux de soin s'engageant à rendre possible le recours à des interprètes professionnels.

7 CMU, CMUC, ACS, AME, etc.

8 Liste de personnels bilingues interne à l'établissement de soin mais non formés à l'interprétariat.

tement (Mader, 2000). Ainsi, les écarts linguistiques apparaissent comme l'une des causes majeures des inégalités de santé (Brisset *et al.*, op. cit.), la langue étant identifiée à un facteur freinant l'accès aux soins selon des travaux sur l'accès aux droits des migrants³ (Stanojevitch 2007 ; Hoyez 2012). De ce point de vue, le recours à un interprète permettant la compréhension mutuelle dans la prise en charge médico-sociale des publics allophones apparaît, *a priori*, nécessaire pour permettre le recours aux soins et réduire ces inégalités de santé.

Si cette nécessité semble exister dans le *droit à la santé* tel qu'il est édicté dans les directives politiques – à l'échelle internationale, nationale et locale⁴ – notamment dans ses grands principes, un décalage apparaît quand il est question de l'effectivité de l'accès aux soins pour les populations migrantes (Hoyez, op. cit.), rendu plus ou moins facile par le recours à l'aide d'un interprète afin de pouvoir exprimer ses problèmes, ses souffrances, ses besoins, etc., dans sa langue maternelle ou d'usage. En effet, le droit à bénéficier de cette aide n'est pas contraignant, excepté pour quelques pathologies⁵. Néanmoins, l'accès à un interprète dans le cadre du soin constitue un droit en tant que possibilité pour les acteurs de lui ou les sujets de soin de recourir à des *dispositifs* qui ont été construits afin de pouvoir obtenir l'aide d'un interprète au sein des établissements de soin⁶.

L'accès et l'utilisation d'un interprète dans le domaine médico-social et plus particulièrement dans celui de la santé mentale peut donc être lu à travers la problématique émergente, notamment depuis les années 1990, du *non-recours aux droits sociaux et aux services* (Warin, 2010 ; Chauveaud *et al.*, 2012) et plus spécifiquement du non-recours aux droits sociaux permettant de se faire soigner⁷ (Berrat, 2008 ; Leduc, 2008 ; Revil, 2014) et aux soins en tant que tels, devenus des enjeux de santé publique (Rode, 2009, 2010). Quelles sont les manières d'expliquer le non-recours à l'interprétariat du point de vue des soignants ?

Quelques raisons du non-recours aux interprètes

La méconnaissance des dispositifs

D'abord, nous pouvons questionner la *connaissance* qu'ont les soignants des dispositifs permettant de recourir aux interprètes professionnels extérieurs aux établissements⁸ de soin, mais aussi aux dispositifs internes aux établissements. Le manque de connaissance des possibilités institutionnelles pour recourir à un interprète a été émis par certains soignants psychiatres interrogés qui nous disent, par exemple, ne pas connaître le dispositif interne de leur établissement de soin quand on leur en parle, pointant un manque de communication institutionnelle. Par ailleurs, la connaissance des possibilités pour faire financer le recours aux interprètes apparaît aussi comme problématique. Les demandes de budgets spécifiques à l'interprétariat constituent pourtant l'enjeu principal de la possibilité du recours aux interprètes professionnels.

Les difficultés pour recourir

Une autre explication du non-recours aux interprètes apparaît comme plus conflictuelle car marquée par la *non-réception* du droit à l'interprétariat. Dans ce cas de

figure, la possibilité de recourir est connue par les acteurs et/ou les institutions de santé, une démarche est effectuée, ou une volonté de recourir est émise, mais le droit n'est pas reçu ou pas tout de suite⁹. Ici, des facteurs institutionnels rendent impossible, difficile ou complexe le recours. Le manque de financement est pointé comme l'un des facteurs principaux de cette non-réception. Les pouvoirs publics sont alors rendus responsables de ne pas suffisamment permettre financièrement le recours aux interprètes. Au-delà de la « pénurie budgétaire » évoquée par un certain nombre de soignants interviewés, émerge aussi le risque de voir les budgets encore se réduire, y compris par ceux exerçant à l'hôpital public, avec des conséquences directes sur l'accès au soin des publics allophones. Par ailleurs, certains acteurs de santé mentale rappellent que le coût de l'interprétariat doit être « pensé en amont » de la construction des projets d'établissement.

Au-delà de la question du coût, la non-réception du droit à l'interprète peut encore être expliquée par la complexité administrative des dispositifs et des démarches pour y avoir accès. Si certains soignants n'évoquent « pas de difficultés d'avoir un interprète » en lien avec la mise en place de recours automatisés au niveau institutionnel, pour d'autres soignants et/ou d'autres institutions de soin le recours est décrit et évalué comme une procédure complexe et longue, évoquant les difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir un interprète, soit au niveau de l'institution¹⁰ de soin dans laquelle ils exercent, soit au niveau des démarches à effectuer auprès des associations professionnelles d'interprétariat. Cette explication du non-recours peut laisser émerger un rapport relativement conflictuel avec l'institution ou avec le cadre légal et administratif qui codifie le recours aux interprètes.

Par ailleurs, la responsabilité de la non-réception peut trouver ses raisons dans l'offre d'interprétariat quantitativement trop faible sur un territoire, soit en terme d'interprètes disponibles par rapport à une demande chronique ou ponctuelle, soit en terme de variétés de langues (langues « rares »). Aussi, cette non-réception peut encore être expliquée par des manquements dans les comportements des interprètes professionnels eux-mêmes, une partie d'entre eux étant jugés négativement comme manquant de sérieux, de fiabilité, de professionnalisme, notamment concernant le respect des horaires d'entretien nécessaire à la bonne conduite du soin en santé mentale.

Une demande conditionnée

Le non-recours aux interprètes peut encore être expliqué par le choix d'activer ou non une *demande*, apparaissant davantage comme une attitude axiologique et/ou épistémologique vis-à-vis de ce droit à « bénéficier » d'un interprète pour se faire soigner. D'une part, la non-demande d'interprète peut être justifiée par les soignants par la référence à des valeurs éthiques auxquelles adhèrent les soignants et/ou les institutions. En effet, cette pratique professionnelle semble mettre en tension l'adhésion abstraite à des grands principes fondamentaux de justice sociale, notamment ceux relatifs à l'idée d'égalité de traitement des êtres humains. Dans les discours que nous avons recueillis, les professionnels construisent des conceptions des rapports sociaux et des représentations de la catégorie des « étrangers » en France, activant certains principes de justice et orientant les sujets quant à la

⁹ Non-recours « frictionnel » selon la typologie de la CNAF.

¹⁰ Comme c'est le cas dans certains services hospitaliers ou dans les dispositifs de soin spécialisés dans lesquels le recours est institué et ritualisé.

revendication ou à la remise en question du droit à l'interprétariat. Pour résumer, l'importance ou non que l'on donne à cette pratique de soin avec interprète peut ainsi être liée à la place que l'on fait ou que l'on veut faire aux étrangers en France. Ainsi, l'idée qu'une partie des migrants ne maîtrisant pas le français ait à recourir à un interprète pour accéder aux prestations sociales, aux services sociaux et sanitaires, apparaît comme polémique pour les soignants en santé mentale que nous avons interviewés, en lien avec le coût financier que cela représente. L'interprète apparaît comme le catalyseur de discours sur la justice sociale et notamment sur la « prise en charge » des étrangers par les pouvoirs publics français. Un psychologue nous a ainsi confié que « le non-recours à l'interprète, c'est l'arbre qui cache la forêt ». Dans une période où le public migrant précaire est quantitativement plus important dans les dispositifs destinés aux publics « précaires »¹¹ et pose problème dans les réponses à apporter à des situations complexes, le non-recours à l'interprète peut être une manière de ne pas prendre en charge ce public. Il semble aussi exister une crainte d'un possible « appel d'air » que pourrait créer un investissement financier et humain plus important pour le recours aux interprètes. Aussi, certains soignants émettent l'idée que les migrants nécessitant de se faire soigner à l'aide d'un interprète ne soient pas pris en charge par « l'hôpital de secteur », reléguant ainsi cette catégorie sociale, parfois définie à travers sa différence radicale, à travers le fait qu'elle ne soit « pas anodine », dans des structures de soins spécialisés. Certains soignants optent ainsi pour une solution ostraciste de ces demandes de soins perçues comme étranges, non-familiales, appelant au développement d'une médecine spécifique pour les migrants, voire d'une médecine « humanitaire », loin de l'idéal universaliste du droit et du système de soin français.

Parallèlement, la non-demande peut être expliquée par le non-besoin ou le *désintérêt* d'un point de vue professionnel. En effet, quelques soignants en santé mentale interviewés évoquent l'idée qu'ils puissent se passer de la communication orale et du langage pour communiquer et soigner les patients allophones. Ils évoquent notamment d'autres manières de communiquer, à un niveau « infraverbal »¹². Ces soignants comparent alors les thérapies mises en place à celles qui sont utilisées avec des catégories de patients présentant des handicaps communicationnels¹³, non sans conséquences sur l'identité sociale délégitimante qu'ils construisent et projettent potentiellement sur les patients allophones qu'ils soignent ainsi. On observe ici une volonté d'affronter l'impossibilité de communiquer avec l'autre par l'utilisation de connaissances et de pratiques de soin autres, spécifiques. Les soins aux patients allophones sans interprètes peuvent aussi se construire dans la « débrouille », le bidouillage. L'outil informatique, l'utilisation de logiciels de traduction accessibles sur internet peuvent être des moyens de communiquer verbalement à *minima*.

Néanmoins, pour une majorité de soignants que nous avons interviewés, la communication orale et verbale semble être une nécessité dans leur pratique de soins. Comme le notent également Gajo et ses collaborateurs (2001, p. 167), dans le colloque soignant/soigné, notamment dans le domaine psychiatrique, la communication orale, la verbalisation, sont souhaitables, voire essentielles. C'est ce que nous réaffirment donc la plupart des soignants interviewés exerçant en santé men-

¹¹ On pense par exemple aux PASS ou aux EMPP.

¹² La communication se fait à travers d'autres médias (dessin par exemple), d'autres canaux de communication (le regard, les postures corporelles), etc.

¹³ Comme par exemple les autistes ou les enfants n'ayant pas encore acquis le langage.

tale, y compris pour ceux et celles qui ont pu également affirmer durant l'interview qu'ils arrivent à communiquer et à soigner « autrement » les patients allophones. Parce qu'« on est quand même bien embêté quand on n'a pas la parole », l'oralité, le langage, apparaissent comme un vecteur fondamental de communication et de soin. Ainsi, ce besoin largement identifié par les soignants nécessite de recourir à un interprète, à un tiers, permettant la co-compréhension. Pour autant, et c'est que nous allons voir maintenant, différents types d'interprétariats peuvent s'offrir aux soignants, types qui engagent diverses difficultés.

Une démarche « qualité »

Dans un contexte de forte augmentation de la demande d'asile (augmentation de 85% au niveau national entre 2007 et 2013¹⁴), de précarisation des migrants primo-arrivants, les lieux d'accueil à bas seuil d'exigence – on pense aux Pass – sont de plus en plus sollicités par des migrants précaires. De ce fait, le recours à l'interprétariat dans les hôpitaux est statistiquement de plus en plus important. À la Pass du Centre Hospitalier Le Vinatier, sur une patientèle de 850 personnes pour l'année 2013, toutes migrantes, c'est environ la moitié qui est allophone. La demande d'interprètes a été multipliée par 4 en l'espace de 3 ans dans le pôle qui héberge la Pass.

C'est donc dans ce contexte que le Centre Hospitalier du Vinatier et le Réseau Samdarra ont engagé une démarche qualité débouchant sur un « état des lieux »¹⁵ sur les types de recours à l'interprétariat et leurs raisons. Entre un interprétariat communautaire¹⁶, ou émanant de professionnels de l'hôpital, ou de professionnels interprètes extérieurs, c'est cette dernière modalité qui est préférée (taux de satisfaction de 71 %). Alors que dans les faits c'est le recours à un membre de la famille ou de la communauté qui est le plus utilisé. Autrement dit, le recours à l'interprétariat professionnel n'est pas apparu être la norme alors qu'il est majoritairement le plus satisfaisant pour les soignants. Pour ces derniers, ce qui est perçu comme problématique¹⁷ dans l'interprétariat communautaire, c'est surtout le manque de confidentialité et l'intrusion dans la vie privée du compatriote ou du membre de la famille.

Dans une démarche de réduction des coûts liés à l'interprétariat¹⁸, les hôpitaux se sont dotés d'une liste de professionnels soignants parlant une langue étrangère et prêts à être interpellés comme interprète. Si ces professionnels soignants sont sensibilisés au secret médical c'est la confusion des rôles qui apparaît comme problématique pour les acteurs interrogés. Les cliniciens qui ont eu recours à ce type d'interprétariat avaient souvent eu l'impression d'être jugés dans leur pratique clinique. Ainsi, nous avons constaté dans les entretiens une certaine réticence à recourir à ces professionnels qui ne sont pas des professionnels de la langue mais du soin. C'est donc l'interprétariat professionnel qui est préféré justement parce qu'il est professionnel (quand bien même certains soulignent l'extrême diversité des profils des interprètes), et qu'il permet possiblement de travailler avec un même interprète. Pour autant, le manque de connaissances sur le soin en santé mentale, notamment concernant le cadre de l'entretien en psychiatrie, est considéré aussi comme un point problématique.

14 Selon les données de l'OFPPRA

15 Évaluation du système d'interprétariat. Fiche démarche qualité FDQ-093, CH Le Vinatier

16 Que ce soit la famille ou un membre de la communauté. Notons que les professionnels nous ont souvent affirmés que certains étaient payés. Aucun migrant questionné sur ce point nous l'a confirmé.

17 D'ailleurs dans un CADA, nous avons rencontré un interprète qui nous avait confié connaître toute la vie des gens : Il aurait été enthousiaste à nous la partager !

18 Certaines structures imposent un forfait de deux heures. Nous avons pu consulter les factures pour deux hôpitaux psychiatriques : le coût est en moyenne de 85 euros par déplacement pour l'année 2013, incluant deux heures et les frais de déplacement des interprètes. Les dispositifs sanitaires situés en zone rurale paient donc souvent plus cher l'interprète professionnel « physique ».

Un paradoxe

Si l'interprétariat professionnel est préféré par le personnel de l'hôpital, il leur pose donc problème. La présence de l'interprète rend la prise en charge des patients plus complexe. Néanmoins, si $\frac{3}{4}$ des cliniciens qui avaient été interrogés lors de la démarche qualité affirment être en difficulté dans l'entretien avec interprète, seulement 19% d'entre eux ont affirmé avoir besoin de formation spécifique pour travailler avec interprète. Surtout, beaucoup d'entre eux ont suggéré le fait que les interprètes devaient être sensibilisés à la particularité de la psychiatrie. Ce paradoxe nous intéresse ! Autrement dit, s'il y a problème, c'est celui des interprètes et non celui des cliniciens...

Dans une démarche pragmatiste, nous nous interrogeons donc maintenant sur ce qui est de l'ordre de l'épreuve (Barthe et al, 2014) pour le clinicien alors qu'il fait un entretien clinique avec un migrant allophone et un interprète. Au-delà du droit à recourir ou non à l'interprète, il se pose l'effectivité du soin avec ce tiers. Ces types d'épreuves nous permettent de caractériser ce qui pose problème, dans une visée de le travailler avec les professionnels du champ de la santé mentale.

La clinique éprouvée : Un tiers qui déplace la relation thérapeutique

L'interprète vient déplacer la relation thérapeutique. Il la déprivatise. On passe d'une relation duale à une relation tripartite. Et pour certains cliniciens interrogés, cela confond le soin. Il peut participer à rendre la relation de soin étrange, non dans son contenu mais dans sa forme. L'incommunicabilité se situerait moins dans l'impossibilité de se faire comprendre et de comprendre ce que dit l'autre, que dans l'impossibilité de comprendre ce type de communication en tant que tel et de savoir comment construire du soin avec elle. Le soin qui nécessiterait d'éprouver ce que ressent l'autre, n'est par rendu possible par l'interprète : « On rentre pas dedans. Moi j'y arrive pas » nous dit par exemple un psychiatre. C'est là que les soignants peuvent exprimer un sentiment d'exclusion de l'échange et finalement une perte de pouvoir et de contrôle, s'inscrivant dans leurs prérogatives et leur identité professionnelles¹⁹. Voici ce que nous dit l'un d'entre eux : « La difficulté quand vous avez un interprète et un soignant c'est que vous devez interpréter les deux. Vous devez soigner les deux. C'est-à-dire je dois comprendre la psychè de l'interprète et je dois comprendre la psychè du patient. » Pour ce clinicien il doit soigner deux personnes. Pour d'autres, cela instaure une dynamique groupale. Un psychiatre nous dit « 2 ce n'est pas le groupe. 3 ça l'est : l'interprète fait groupe (...) l'interprète prête son inconscient ». Mais qu'attend le clinicien de ce tiers ? Que doit-il faire ? Cet échange avec un psychiatre est à ce titre intéressant :

Psychiatre : C'est pas parce que... Parce qu'il y a un soignant que c'est un tiers soignant.

Sociologue : Il faut le réduire, il faut le réduire à quoi ?

P : C'est pas parce que c'est un soignant que c'est un tiers soignant.

¹⁹ Le soignant semble percevoir la présence d'un tiers comme une menace de désordre s'immisçant dans sa pratique. Cela éveille auprès du soignant en psychiatrie des craintes directement liées à la perte de contrôle de son rôle et au partage de l'exclusivité de son savoir (Gajo et al., 2001, p. 170).

S: Oui, mais pour vous il faudrait que ça soit quoi ?

*P: Ah mais je sais pas ce qu'il faudrait que ça soit.
Pour moi il faudrait que ce soit un interprète.*

S: D'accord. Donc qu'il soit... Donc la qualité professionnelle d'un interprète c'est qu'il ne soit qu'interprète.

P: C'est ça.

S: Donc qu'il ne traduise que les mots...

P: Qu'il fasse son boulot.

S: Oui mais son boulot (rires), c'est... C'est de traduire ?

P: C'est pas à moi de dire à un interprète quel doit être son boulot.

Dans cet exemple, le psychiatre ne définit pas explicitement ses attentes quant à l'interprète. Mais on comprend ici qu'il porte l'idéal d'un interprète traducteur, neutre, effacé ; une machine à interpréter. Plus loin dans l'entretien on comprendra que c'est une quête impossible car la plupart des ces interprètes « veulent être soignant ».

Finalement, cela nous interroge sur ce qu'on attend de manière pratique de ce tiers. Doit-il tout nous dire ? Ne faire que traduire ? Éclairer culturellement ? S'il sait des éléments entendus en la salle d'attente, doit-il en informer le clinicien ? Nous avons été surpris de découvrir que la distinction théorique entre l'interprète et le médiateur culturel avait une résonance particulière sur le terrain. Si la ligne de démarcation est claire en théorie, elle l'est beaucoup moins en pratique. Des « médiateurs » pour les soignants sont le plus souvent des interprètes professionnels à qui on prête des qualités de « passeurs culturels », sans pour autant qu'ils soient formés à la médiation. Notre plan d'enquête a alors consisté à interroger ce que l'on attend de ce tiers de manière pratique. Nous avons été surpris de constater que souvent, dans une même équipe, mais avec différents professionnels (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale), les attentes n'étaient pas les mêmes, voire opposées, et souvent justifiées sur le registre de l'évidence...

Beaucoup de professionnels rencontrés font référence au dispositif de soin promu par l'ethnopsychiatrie sans pour autant adopter ce modèle. Pour les promoteurs de l'ethnopsychiatrie (Nathan, 2000), la traduction et la médiation sont centrales dans le dispositif. Si des interprètes peuvent être présents, on peut aussi retrouver des « médiateurs »²⁰ soignants. Et l'interprète est celui qui, au-delà de la traduction stricte, a un rôle de passeur entre deux espaces linguistiques sur lequel s'appuie le clinicien. Nous avons constaté que les professionnels du champ de la santé mentale qui étaient le plus à l'aise dans le travail avec interprète étaient ceux qui les désignaient sous la catégorie de médiateur, quand bien même ils ne travaillaient pas dans un dispositif ethnopsychiatrique. Ils leur faisaient une place. En tout cas celle-ci était pensée dans le dispositif de soin. Sans entrer dans la controverse (Fassin, 1999, 2000) sur la place de la culture dans le soin, et les dangers du culturalisme cela nous interroge sur le mode de recueil de connaissance du « culturel », du « social ». Est-ce l'expertise de l'interprète ? Cet aspect vaut-il à être interrogé dans une visée thérapeutique ? Dans le contexte suisse, une réflexion (Fierro-Mühlemann, I. Eíríz

²⁰ Définis alors comme « collaborateurs, en général psychologue ou travailleur sociaux ayant obtenu ses diplômes en France, mais originaires de la même région que la famille (reçue), parlant sa langue et au fait des habitudes thérapeutiques locales ». Ibid. p. 158.

Martín & K. François, 2014) intéressante émerge à partir de l'activité de l'association Appartenances sur l'interprétariat professionnel communautaire. Il est alors précisé que « l'interprète communautaire n'est pas un représentant exemplaire de sa culture. (...) Il pourra fournir une médiation interculturelle de qualité en mettant en évidence des données socioculturelles de sa société d'origine, toujours en mouvement et en constante interaction avec d'autres groupes. »

Au-delà de la question théorique, il importerait de réfléchir en équipe sur les attentes des professionnels quant au rôle et à la place de l'interprète. Il ne s'agirait pas de le rendre expert en dimensions culturelle, sociale, anthropologique, mais de penser comment il peut venir étayer le professionnel dans sa démarche qui vise à comprendre cette altérité radicale. Nous avons en effet constaté que suivant les équipes, l'interprète est toujours attendu à une place déterminée mais qu'il est rarement au bon endroit pour les professionnels soignants !

La compréhension et l'interprétation mises à l'épreuve

L'interprétariat nous amène aussi à interroger l'activité du soignant. En étant caricatural, l'interprète ne pose pas problème quand on est dans le factuel, cela est plus problématique quand on est dans la clinique. Il y a la sensation à ce que l'interprète réduise la teneur des propos du patient alors que le clinicien a « besoin » d'un maximum d'éléments. Pour un psychiatre, « on perd le sens clinique là-dedans (...) le discours reste au stade de l'interprète. »

Surtout, pour certains des professionnels rencontrés, l'interprète est vu sur un registre concurrentiel. Il y aurait dans certains cas une coexistence problématique de différents modes interprétatifs. Voici ce que nous dit un psychiatre : « Je dis que le travail psychique est déjà, un travail d'interprétariat. (...) Quand un patient me parle, j'entends pas ce qu'il me dit, j'entends au-delà de ce qu'il me dit, sinon je ne suis pas clinicien. Mon travail c'est de l'interprétation. (...) mon travail est d'interpréter ce qui se passe dans la relation avec un patient, c'est parce que j'interprète que je peux dire s'il est malade ou pas par exemple »

Même chez les soignants « ouverts » à la pratique de soin avec interprète, on pointe le manque de familiarité représenté à travers la catégorie de l'étrangéité. Cette nouvelle configuration du colloque soignant/soigné leur apparaît comme bizarre. L'interprète vient perturber le cadre familial du soin à deux. Le travail de soin subit une défamiliarisation au regard de l'intervention de ce tiers, potentiel de tension et de rejet, et ainsi de non-recours. Par contre, des soignants (sans aller jusqu'à ceux qui développent des thérapies engagées sur la question de l'interprétariat, comme l'ethnopsychiatrie) peuvent *simplement* être dans l'acceptation de la nouveauté de leur pratique de soin : « C'est autre chose. Donc on fait autre chose » nous dira par exemple un psychiatre.

L'intrusion de l'interprète dans le soin aux patients allophones fait émerger des résistances ou au contraire la volonté de se familiariser avec ce nouveau cadre de soin original. Ainsi, il y a un rapport plus ou moins réflexif qui s'instaure chez les soignants pour faire face à l'étrangéité de cette pratique de soin avec les publics

allophones. Aussi, les manières d'envisager cette nouvelle pratique de soin vont également construire des attentes différentes vis-à-vis de l'interprète, quant à ses rôles, sa place, ce qu'il doit faire... Les soignants peuvent se situer différemment vis-à-vis de cet « autre étranger », venant remettre en question la familiarité du cadre de soin. Ces attitudes différentes vis-à-vis de l'interprète construisent des utilisations différentes des interprètes.

Nous observons donc deux attitudes majeures vis-à-vis de la pratique de soin avec interprète. D'un côté la volonté de faire face ; de l'autre le rejet, l'exclusion de l'idée de changer ses pratiques de soin classique. Autrement dit, une politique de reconnaissance de la nouveauté, au niveau individuel et/ou institutionnel, s'oppose à une politique de non-reconnaissance et de maintien dans l'étrange de cette pratique qui apparaît comme dérangement, mettant le soignant en difficulté, potentiellement synonyme de non-recours ou de recours limité (dans le temps et dans le soin) ; et par extension synonyme d'augmentation des inégalités de soins.

Cette mise en difficulté est un dénominateur commun à tous les professionnels du soin, particulièrement dans le domaine de la santé mentale. C'est ce que dit une psychologue clinicienne d'un centre de soin spécialisé, expliquant qu'au début elle ressentait de la résistance, voire de la peur vis-à-vis de cette intrusion du tiers dans le soin. Cependant, ce qui n'est pas commun c'est l'attitude qui est développée vis-à-vis de cette difficulté et l'envie, le désir de la surmonter. Toujours selon cette soignante, cette résistance qu'elle ressentait au début était finalement l'« occasion de changement », dans l'objectif de « vouloir être proches des personnes ».

En guise d'ouverture

D'une part, une des interprétations que nous pourrions formuler au regard de nos résultats, et sans vouloir rentrer dans des considérations relatives à ce qui serait une « bonne clinique », serait qu'il semble exister, coexister différentes attitudes vis-à-vis de la pratique de soin avec interprète. Les soignants, notamment ceux exerçant dans le domaine de la santé mentale, semblent adopter des attitudes différentes face à cette pratique de soin étrange au regard d'une pratique qui serait familière, plus habituelle. En effet, les psychologues/chiatres que nous avons interrogés dans notre enquête font largement émerger des difficultés de se représenter cette pratique de soin avec un interprète ; des difficultés de construire quelque chose de nouveau avec l'ancien.

Cela renvoie à différentes attentes envers le rôle de l'interprète largement mise en évidence dans les travaux sur ces sujets, allant de l'interprète comme « machine à traduire », mettant en évidence une forme de réification de la communication, à l'interprète comme co-thérapeute, mettant en évidence une reconnaissance de l'autre et de prise en compte dans sa totalité. ²¹

D'autre part, sur un registre sociopolitique, nous défendons que s'exprimer dans sa langue est aussi une question de santé publique, et qu'en santé mentale, il est alors préférable de recourir à un interprète professionnel. Paradoxalement, nous avons en effet constaté que le non-recours aux interprètes pour soigner les patients

²¹ Certains auteurs parlent aussi de statuts haut et bas attribués à cet autre étranger impliqué dans le travail de soin (Abdelhak, 2010).

allophones peut être justifié, paradoxalement, par une valeur égalitariste, le financement de l'interprétariat par les pouvoirs publics, l'investissement institutionnel dans cette prestation pouvant être évalués comme une injustice pour les Français. L'interprétariat créerait des inégalités de recours aux soins, puisqu'ils donneraient plus à ceux qui investiraient le moins. Autrement dit, ce positionnement se situe dans l'idée de la justice méritocratique, justifiant la différence dans l'accès aux soins. Nous défendons au contraire que d'autres pratiques de soin et/ou institutionnelles peuvent être marquées par la revendication d'une politique active pour pallier les inégalités de santé, passant nécessairement par un investissement financier dans l'interprétariat. Le droit à comprendre et à se faire comprendre dans une langue maternelle ou usuelle apparaît alors comme une possibilité de construire un système de santé égalitaire.

Cette figure de l'interprète oblige aussi le clinicien à ne pas être le seul dépositaire de la connaissance, que les épreuves précédemment documentées induisent de partager son temps, son espace, sa clinique et qu'elles questionnent aussi son rôle. En quoi l'interprète est-il aidant ? Quelle place fait-on au langage ? À ce titre, il nous apparaît important de faire exister le problème de manière collective, que ce soit en équipe ou dans une dynamique plus large. Soulignons à ce titre les nombreux conseils locaux de santé mentale, qui se saisissent de la question ou les « états des lieux » à l'initiative des ateliers santé ville²² ou d'autres recherches finalisées récemment²³. Sans négliger la débrouille (certains outils²⁴ sont d'un grand secours pour les professionnels), il importe de penser la professionnalisation des interprètes, et de questionner la spécialisation en santé mentale. Nous pensons aussi que les professionnels en santé mentale doivent être sensibilisés au travail avec interprète, ce qui constitue un objectif pour les années à venir pour l'Orspere-Samdarra.

22 L'ASV de Lyon a ainsi fait un « état des lieux de l'interprétariat ».

23 Comme celle porté par le Groupe d'Étude et de Recherche sociales, Études des usages et attentes en matière d'interprétariat dans l'accès aux soins dans la région Pays de la Loire. Agence Régionale de Santé, Pays de la Loire, 2014.

24 <http://www.traducmed.fr/> est un site Internet créé pour permettre au personnel médical d'estimer une situation en l'absence de traducteur et d'évaluer les urgences médicale, sociale ou administrative. Ce site permet aussi d'expliquer au patient le déroulement de l'examen médical. Il propose des traductions sonores d'un interrogatoire médical en Français et des phrases d'explication de la prise en charge médicale.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdelhak, E. - Modélisation des pratiques psychothérapeutiques avec des migrants allophones. L'interprète communautaire, « maillon essentiel » ou « chaînon manquant » ? *Psychothérapies* - 2010/1 - Vol. 30, p. 15-24.
- Barthe Yannick *et al.* - « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix* - 2013/3 - N° 103, p. 175-204.
- Bauer, A.M., Alegria, M. - Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review, *Psychiatr Serv* - 2010 - 61, pp. 765-73.
- Berrat B. - Le non-recours à la CMU complémentaire : enquête au sein de foyers et de résidences sociales en Ile-de-France. *Vie sociale* - 2008/1 - N° 1, p. 43-53.
- Brisset, C., Leanza, Y, Laforest, K. - Working with interpreters in health care : A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling* - 2012
- Chauveaud, C., Demezière, D., Dethyre, R., Djoulden, M., Féré, C., Gajdos, T., Laumet, D., Levy, J., Mazet, P., Okbani, N., Revil, H., Saillard, Y, Warin, P. - L'envers de la « fraude sociale ». Le scandale du non-recours aux droits sociaux. Paris : La Découverte - 2012
- Fassin D. - L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. In : Genèses, 35, L'Europe vue d'ailleurs - 1999 - pp. 146- 171.
- Fassin D. - « Les politiques de l'ethnopsychiatrie », L'Homme [En ligne], 153 - 2000/3 - <http://lhomme.revues.org/14>
- Fierro-Mühlemann I., Eiriz Martini i. et François K. - Quelle formation pour les interprètes communautaires ? Le dispositif mis en œuvre en Suisse romande, *Monografias de Cédille* 4 - 2014 - p 49-61
- Hoyez - Circulation des pratiques de santé et logiques de recours aux soins. *ESO, travaux & documents* - 2012 - N°34, pp. 49-55.
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. - Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency ? A systematic review of the literature. *Health Serv Res* - 2007 - 42, pp. 727-54.
- Leduc S. - Le non-recours et les logiques discriminatoires dans l'accès aux soins Le rôle des agents de l'Assurance maladie en question. *Vie sociale* - 2008/1 - N° 1, p. 69-93.
- Mader, J. - Etre compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client. *Soins infirmiers* - 2000 - 8, pp. 66-70.
- Nathan T. - « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie », *Genèses* - 2000/1 - n° 38, p. 136-159.
- Révil, H. - Le non-recours aux soins de santé. La vie des idées - 2014 - lavedesidees.fr
- Rode, A. - La construction du « non-recours » aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité. In. *La légitimité des politiques sociales en question* - 2009 - Grenoble.
- Rode, A. - Le « non-recours » aux soins des populations précaires. *Constructions et réceptions des normes.* - 2010 - Thèse de doctorat.
- Schwarzinger, M. - Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète - 2012 - Ministère des affaires sociales et de la santé. Pour le compte de la direction générale de la santé.
- Stanojevitch, E. A. - Repères sur la Santé des migrants. *La santé de l'homme* - 2007 - 392, pp. 21-24.
- Ticca, A. C., Traverso, V. - « Interprétation, traduction orale et formes de médiation dans les situations sociales », Numéro Spécial de *Langage et Société* - 2015/6 - (à paraître)
- Warin, P. - Le non-recours : définition et typologies. *Document de travail.* - 2010 - N°1. Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE).