

L'interprétariat médico-social : une exigence éthique

Laurence Kotobi,
anthropologue,
maître de conférences Hdr,
UMR 5319 Passages CNRS-Université
de Bordeaux.

D'un point de vue anthropologique, la question du plurilinguisme n'est pas nouvelle et se pose différemment selon les sociétés et les époques. Elle donne à voir le rapport à l'Altérité qu'élaborent les groupes sociaux dès lors qu'ils sont en contact. L'histoire a montré comment les langues arabe, anglaise, portugaise ou encore chinoise ont participé à véhiculer et diffuser des savoirs, des influences, des valeurs et à asseoir une puissance politique, religieuse, économique, en situation coloniale, de découvertes ou d'expansion. De nos jours, certaines sociétés multiculturelles (Australie, Canada, Bolivie) favorisent la coexistence des langues, tandis que d'autres – au-delà de la diversité qui les constitue – ont adopté une langue nationale dominante, comme c'est le cas du français dans notre république. Ces choix ne sont pas neutres et intéressent l'anthropologue qui tente de saisir l'orientation des sociétés dans ce rapport universel de l'homme et du langage.

Du brassage des langues et des savoirs dans l'histoire

Élément de culture à part entière, la langue agit comme un révélateur des identités en présence, qui doivent trouver un langage commun à travers lequel groupes et individus vont communiquer. Mis à part les gestes, mimes

ou dessins que les individus utilisent pour communiquer, ce sont les interprètes qui jouent le rôle de passeurs des mots, idées et nuances exprimés. S'agit-il d'ailleurs d'interprétariat ou d'interprétation ?

La difficulté de cet art complexe, résumée dans la célèbre formule « traduire, c'est trahir », tient de la responsabilité éthique pour rendre compte au mieux du message communiqué. En effet, il ne s'agit pas d'être approximatif tant l'exercice est exigeant. C'est grâce à cette activité érudite d'interprétation que les synthèses et les découvertes scientifiques ont pu enrichir les savoirs savants dont l'humanité dispose. Certains mots – ceux qui sont intraduisibles – ont résisté, quand d'autres sont passés d'une langue à l'autre, et de nouveaux ont été créés sous l'effet du métissage linguistique. De même, l'interprétation simultanée de conférence, qui a pris naissance au XX^e siècle, a permis une meilleure communication entre les États (conférence de la paix en 1919, Société des Nations) ou dans des instances juridiques internationales (procès de Nuremberg). Enfin, le droit ou la possibilité de s'exprimer dans sa langue ou de comprendre ce qui se dit marque aussi les histoires individuelles, comme le montre le travail quotidien des interprètes professionnels en santé ou dans les procédures de demandes d'asile.

L'interprétariat médico-social n'est pas perçu comme une priorité française

La « barrière de la langue » est tantôt posée en France comme un problème politique d'intégration au modèle

national républicain, tantôt comme un facteur de distanciation à l'Autre par la différence culturelle irréductible qu'une telle expression mobilise. Courante chez les soignants, elle indique un « obstacle » qu'ils cernent dans la qualité des soins.

Dans notre pays, reconnaître la place essentielle de l'interprétariat dans le champ de la médecine, de la santé et du social est une question qui ne va pas de soi. La question linguistique a du mal à être pensée et organisée, même si, sur un principe d'égalité, de nombreuses structures (hôpitaux, centres de protection maternelle et infantile – PMI, Caisses primaires d'assurance maladie – CPAM, centres sociaux, centres de planification et d'éducation familiale – CPEF, etc.) accueillent parmi leur public des populations allophones. Historiquement portée par la société civile en France, cette activité s'est vue largement déployée, mieux formalisée et mieux reconnue dans les pays anglo-saxons qui ont, semble-t-il, bénéficié d'une écoute plus attentive des États.

Dans une perspective militante, l'association Inter Service Migrants (ISM) interprétariat a, dès ses débuts, considéré que l'interprétariat professionnel médico-social est un outil de lutte contre les exclusions, puis contre les inégalités d'accès à la prévention et aux soins des populations immigrées [1], et proposé une offre spécialisée et accessible par téléphone 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, dans plus de 300 langues aujourd'hui ; elle a également ouvert récemment un service de visioconférence. Le tissu associatif s'est mobilisé au sein d'un

L'ESSENTIEL

- ▶ **Par manque d'organisation et de soutien financier, la possibilité de recourir à un interprète formé demeure peu connue en France et peu accessible aux professionnels du secteur médico-social.**
- ▶ **Pourtant, l'interprétariat est indispensable pour que tout patient puisse être – dans l'accès aux soins et à la prévention – sur un pied d'égalité avec l'ensemble de la population. Tout patient doit comprendre ce qu'on lui propose, ne serait-ce que pour pouvoir donner son consentement éclairé et prendre en charge au mieux sa santé. Le langage est donc une clé.**
- ▶ **Très récemment, un décret gouvernemental a défini précisément les fonctions de l'interprète linguistique. Et le référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS) précise les compétences et les formations requises, en vue de mettre en œuvre des pratiques pertinentes.**



© Centre Pompidou, MNM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / André Merin

Groupe de travail national. Il a organisé plusieurs colloques, dont celui de 2010, au cours duquel la ministre de la Santé Roselyne Bachelot rappelait que l'interprétariat « *n'est pas un luxe accessoire offert au patient* », mais « *une pratique qui obéit à des impératifs éthiques, avec lesquels on ne saurait transiger.* »

La conférence nationale de Strasbourg sur « L'interprétariat médical et social professionnel » (2012) a donné naissance à une charte¹ qui a permis de sensibiliser les associations et les institutions signataires à la nécessité de rendre visible et lisible ce métier d'interface, en vue de garantir un meilleur accès aux droits et aux soins pour les populations non francophones ou peu familières avec notre système de santé et de protection sociale.

Les enjeux multiples de l'interprétariat professionnel

À Bordeaux, le colloque « L'interprétariat en santé : traduire et passer les frontières » (2016) a tenté de montrer les passerelles possibles entre les différents champs que l'interprétariat recouvre : au-delà de la seule médecine, il s'agissait de penser ensemble la traduction, la linguistique et l'interculturalité pour améliorer les pratiques, y compris celles des interprètes. L'anthropologie médicale [2] a montré en effet qu'il existe aussi une exigence à distinguer les souffrances. Les représentations sociales et culturelles des maux sont plus complexes qu'il n'y paraît. Donner la possibilité aux populations peu familières avec le système de santé du pays d'accueil ou de résidence d'exprimer ses maux tient d'une posture éthique et de justice sociale.

Mieux accueillir, mieux soigner, mieux prévenir ou promouvoir la santé demande aux acteurs du secteur médico-social de réfléchir au sens des actions menées. Et cela passe inévitablement par une adhésion des publics destinataires à qui il est indispensable de traduire ce que l'on propose, pour au moins les en informer et obtenir leur consentement éclairé (qui plus est, quand il doit être écrit). Le fait de travailler avec un interprète demande aussi à être formé à cette relation triangulaire peu habituelle.

Les enjeux se situent donc bien aussi dans les pratiques à l'œuvre. Une recherche-action a été menée en 2011 dans trois établissements hospitaliers du nord parisien [3] recevant une forte proportion de patients étrangers ou allophones ; les observations pointaient des pratiques approximatives et

improvisées liées au manque de règles formelles dans les structures investiguées.

L'interprétariat simultané pratiqué dans les consultations (en face à face ou par téléphone) est un exercice difficile d'ajustement d'un contexte culturel à un autre, que les acteurs et les autorités sanitaires commencent à reconnaître. La place et le rôle des multiples interprètes recensés doivent être mieux définis, en regard de leur besoin impératif de formation (neutralité, confidentialité, déontologie), car ils sont le plus souvent confrontés à des situations complexes. Souvent eux-mêmes issus du même pays que les patients, ils ont vécu une expérience migratoire qui n'est pas suffisamment prise en compte dans les interactions.

Il existe aussi des non-dits culturels, des malentendus qui, s'ils ne sont pas repérés par les soignants, mettent l'interprète dans des situations de tension, parfois extrêmes ; cela d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un interprète occasionnel (voir, dans les hôpitaux, les listes des personnels parlant une langue étrangère), de fortune – un accompagnant, parfois un enfant, quelqu'un pris dans la salle d'attente – qui peut être amené à faire de graves contresens.

À l'inverse, ne pas recourir à un interprète peut participer à une forme de déni des soignants comme des soignés : lorsqu'on observe une difficulté à dire ou à annoncer comme à entendre un diagnostic grave. Des attitudes d'évitement existent également lorsqu'il s'agit d'évoquer certains éléments tabous (la mort, la sexualité, la violence) dans la relation thérapeutique ou d'accompagnement. À cet égard, l'étude mentionnée ci-dessus [3] avait souligné la rareté de la mobilisation d'un interprète professionnel, ce dernier intervenant le plus souvent en dernier recours.

D'autres recherches ont pointé une tendance à associer les difficultés linguistiques – dans les soins ou les suivis – à la lourdeur des prises en charge – en termes de temps, de personnes à mobiliser et de moyens financiers. Contrairement au Québec et aux pays anglo-saxons, il existe à ce jour en France peu d'études mesurant le coût et l'efficacité de cette activité à partir de l'évaluation médico-économique des dispositifs d'interprétariats [4].

L'intérêt inégal et le peu de moyens jusqu'ici accordés aux dispositifs d'interprétariat, tant par les institutions que par les professionnels, participent à constituer une offre très disparate selon les structures, les régions (métropole, départements et territoires d'outre-mer – DOM-TOM), renforçant les inégalités géographiques de santé. Certains territoires ne sont pas couverts par une offre fiable d'interprétariat en santé, tandis que d'autres fonctionnent depuis plusieurs années en réseau (permanences d'accès aux soins, associations, hôpital, médecins généralistes). De même, les crédits octroyés – mais pas toujours reconduits – par les conseils départementaux ont permis de financer des systèmes d'interprétariat dans certaines maternités et PMI, ce qui évite de faire appel à des proches, voire aux enfants des familles (Roms en particulier).

Au manque d'organisation et de directives, la Haute Autorité de santé (HAS) répond par un référentiel

Des initiatives se sont largement déployées dans différentes régions de France pour tenter de répondre aux besoins croissants, mais les associations rencontrent des problèmes chroniques de financement, qui les fragilisent.

Les politiques publiques sanitaires ont redessiné l'offre de soins et le système de santé français, et depuis très récemment seulement, un décret² définit les fonctions respectives d'interprétariat linguistique et de médiation sanitaire. Si, le 26 octobre dernier, la HAS a publié sur son site les référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques relatifs à ces deux activités, qui encadrent les modalités d'interventions des acteurs³, il n'en reste pas moins que celles-ci demeurent à ce jour peu connues et peu accessibles aux professionnels du secteur médico-social et aux personnes concernées ou qui souhaiteraient y recourir, par manque d'organisation et de soutien financier.

Les outils numériques de traduction et les applications gratuites téléchargeables participant à faciliter l'exercice remportent du succès parmi les soignants et les travailleurs sociaux. Mais, même ponctuellement utilisés,

ils ne sont bien entendu pas suffisamment élaborés pour suppléer cette activité humaine d'interculturalité si spécifique et si sensible – demandant parfois des compétences de médiation. L'interprétariat est indispensable pour que chaque partie prenante assume sa responsabilité, ainsi que pour assurer la fiabilité des informations échangées. ■

1. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée par le Groupe de travail national interassociatif à Strasbourg en 2012. En ligne : <http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-sig-nee-scan19-12-2012.pdf>

2. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, *Journal officiel*, 7 mai 2017. Cette initiative fait suite à l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, qui a introduit dans le Code de la santé publique (CSP) l'article L. 1110-13, visant à développer le cadre pratique des acteurs participant à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique.

3. HAS, référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Oct 2017. 55 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretrariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences...pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés. *Hommes & Migrations*, 2009, n° 1282 : p. 102-106. En ligne : <https://hommesmigrations.revues.org/456#text>

[2] Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York : Basic Books Inc., 1988 : 304 p.

[3] Kotobi L., Larchanché S., Kessar Z. Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier : une recherche-action autour de l'annonce d'une maladie grave. *Migrations santé*, 2013, n° 146-147 : p. 53-80.

[4] Schwarzwinger 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*. [Rapport d'étude] Paris : Direction générale de la santé, décembre 2012. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000116.pdf>. Pour le Québec, voir Brisset C., Leanza Y. *et al.*, 2013.