

L'INTERPRÈTE, UN INTERVENANT EN SANTÉ MENTALE ?

Nicolas Chambon et Natacha Carbonel

Orspere-Samdarra - Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés |
« Rhizome »

2015/1 N° 55 | pages 86 à 97

ISSN 1622-2032

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-rhizome-2015-1-page-86.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Orspere-Samdarra - Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés.

© Orspere-Samdarra - Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Nicolas Chambon

Sociologue, Orspere-Samdarra,
Centre Max Weber-Lyon 2

Natacha Carbonel

Chargée d'étude,
Orspere-Samdarra

L'INTERPRÈTE : UN INTERVENANT EN SANTÉ MENTALE ?

C'est dans le cadre d'une étude menée par l'Orspere-Samdarra depuis décembre 2013 qu'un travail d'enquête questionne la problématique de l'interprétariat en santé mentale auprès du public allophone, et plus spécifiquement la place et le rôle de l'interprète. Sans a priori normatif sur le sujet, notre enquête a alors consisté à interroger¹ les interprètes, à les observer dans leurs activités et ainsi être attentif aux compétences mobilisées et aux difficultés rencontrées dans cet exercice.

Traductions incorrectes, perte de sens, comportements et rôles inappropriés au cours des entretiens, cadres professionnels classiques bouleversés, liens et relations modifiés et biaisés avec le public, barrière aux soins, attentes non définies... Les critiques des professionnels soignants sont nombreuses au sujet des interprètes. Si l'interprète peut être perçu par certains soignants comme une personne cruciale dans le cadre d'entretiens thérapeutiques, sa présence peut être contestée par d'autres². Qu'attend-on de l'interprète ? Est-il un médiateur culturel ou « simple » traducteur ? Si de manière théorique, la distinction paraît claire, l'enjeu de ce plan d'enquête est bien de voir comment les interprètes rendent compte de leur activité.

¹ Au niveau quantitatif, vingt et un entretiens enregistrés ont été réalisés du côté des interprètes et six avec des migrants ayant vécu des entretiens cliniques en présence d'interprète. Ces entretiens ont été complétés par des observations ethnographiques d'entretiens cliniques, permettant de suivre les interprètes dans l'exercice de leur fonction.

² Comme on le problématise dans l'article *La clinique à l'épreuve de l'interprétariat* de ce numéro.

Interprète, une profession ?

Le premier enseignement de cette enquête est que le métier est extrêmement précaire et qu'il y a déjà à cet endroit enjeu à professionnalisation. Du fait d'un nombre d'heures de travail souvent réduit, des déplacements imposés, c'est une activité qui est *a priori* complémentaire d'une autre, mais qui dans les faits est toujours l'activité principale pour les interprètes que nous avons rencontrés. Ils se tournent majoritairement vers ce métier avec l'objectif de mettre à profit leur bilinguisme, pour certains comme première activité après avoir obtenu l'asile. Notons aussi que l'accès au marché d'interprétariat dépend essentiellement des flux migratoires du moment. Cela signifie qu'un interprète peut avoir du travail pendant quelques années, par exemple suite à un fort afflux, et ne plus trouver de travail ensuite. Ces derniers mois la demande d'interprète était par exemple forte en albanais en région Rhône-Alpes. Le contexte est aussi très concurrentiel. Plusieurs fois, nous avons été face

à des situations où des interprètes ont répondu positivement à nos sollicitations d'entretiens pensant que nous pourrions leur apporter des marchés.

Les interprètes professionnels interrogés ont aussi fait valoir, et de manière marquée, un fort sentiment d'isolement. En effet il n'y a pas de syndicats, de lieux de rencontre pour les interprètes. Et quand bien même certains interprètes travaillent pour le compte de structures d'interprétariat les liens qu'ils peuvent avoir avec les collègues sont très rares. Les rencontres avec les autres interprètes peuvent alors se faire dans les salles d'attentes (et donc très marginalement avec des compatriotes de leur langue), ou, et c'est beaucoup plus rare, lors de séances d'analyse de la pratique ou de formations.

Cet enjeu de la professionnalisation de l'interprète se retrouve aussi dans la volonté d'homogénéiser les pratiques. Cette dynamique a pris de l'ampleur en France ces dernières années à la faveur de la mobilisation d'acteurs tels que les organismes salariant des interprètes ou associations de soutiens aux migrants, demandeurs d'asile... Comment alors qualifier la profession d'interprète ? Qu'est-ce qu'un professionnel de l'interprétariat et qu'attend-on de lui ? La charte de Strasbourg de 2012 sur *« l'interprétariat médical et social professionnel en France »*³ pose un cadre déontologique à la pratique de l'interprétariat médical et social et renforce le travail en réseau des acteurs. Il est intéressant de noter que la catégorie de « médiateurs culturels » n'est pas portée par les structures qui proposent de l'interprétariat, et que sa promotion par certains centres de soins spécialisés est considérée comme une concurrence, au détriment du métier d'interprète. D'ailleurs plus les interprètes rencontrés étaient inexpérimentés plus ils faisaient justement valoir des compétences de « médiations », comme celles de comprendre les patients et usagers, et être en mesure d'apaiser les situations conflictuelles.

Soulignons le rôle joué par les structures d'interprétariat⁴ dans la formalisation du métier, et dans l'organisation de l'offre en interprètes sur le territoire. Dans les villes où ces structures sont absentes, et où l'interprétariat est faiblement structuré, les acteurs de santé mentale s'en plaignent. Il est important de rappeler que ce n'est pas un métier reconnu, avec une formation spécifique⁵. C'est alors le portage par la structure d'interprétariat qui joue ce rôle de légitimation. Il est apparu de manière très claire que les interprètes liés à des structures bénéficient de plus de reconnaissance de leur activité. Autrement dit, ils sont considérés comme interprètes professionnels. Les structures d'interprétariat et de traduction sont en effet plus attentives quant aux aptitudes professionnelles, en particulier en ce qui concerne la bonne maîtrise et la compréhension des langues parlées et peuvent parfois proposer des formations spécifiques aux interprètes qu'elles recrutent. Mais au-delà de ces formations, les connaissances professionnelles semblent s'acquérir majoritairement grâce aux expériences de terrain, leurs accumulations et sont donc liées à la temporalité du travail exercée dans le métier.

3 L'objectif de cette charte est de lutter pour la reconnaissance de l'interprétariat médical et social professionnel et d'encourager les structures médicales et sociales à s'engager à promouvoir l'interprétariat professionnel dans leur secteur. Cette charte définit le métier d'interprétariat, détermine les fonctions essentielles d'un interprète (assurer une traduction littérale et fidèle et la fluidité des échanges), ainsi que la déontologie défendue par ce métier (principes de confidentialité et secret professionnel, d'impartialité, de neutralité et de distanciation ainsi que la mise à disposition des compétences interculturelles maîtrisées).

4 Nous faisons ici le choix de ne pas les nommer. Il est apparu dans cette étude que le contexte est assez concurrentiel, des acteurs se plaignant aussi de l'hégémonie de certaines structures sur des territoires.

5 Par exemple certains interprètes s'assurent d'une légitimité dans le domaine de l'interprétariat judiciaire grâce à des cartes de visite habilement présentées selon un article du Canard enchaîné du 9 avril 2014.

Quel cadre ? Quelle place ?

Selon les enquêtés leur rôle n'est, dans la majorité des cas, pas réellement défini et d'autant plus en santé mentale. Les attentes du professionnel ne sont pas clairement formulées. Le plus souvent, et malgré lui, l'interprète se voit alors muni d'une certaine autonomie. Il peut alors vivre ce manque de cadre de travail comme un manque de soutien de la part du professionnel au cours de l'entretien, ce qui peut être source de pression et d'isolement dans sa pratique professionnelle (Leanza & Boivin, 2008).

Surtout l'interprète doit s'adapter à des situations différentes, parfois sur une même journée. Des mêmes personnes sont rencontrées à divers endroits, dans des cadres variés, qu'il soit hospitalier, judiciaire... D'ailleurs un interprète qui exerce depuis une vingtaine d'années nous a confié sa gêne à voir parfois des mêmes individus sous différentes identités ! Une observation d'une séance d'analyse de la pratique avec des interprètes nous a confirmé que cette difficulté était partagée. Précisons aussi que les interprètes apparaissent en difficulté à un endroit auquel nous n'avions pas pensé : être amené à comprendre ce qui était de l'ordre de la vérité ou du mensonge. Ils ont évoqué la faculté qu'ils avaient de comprendre très vite quand l'histoire⁶ était vraie ou non ; notamment parce que beaucoup d'entre elles sont stéréotypées. À ce titre, un des interprètes nous a déclaré être « mal à l'aise, d'autant plus quand l'assistante sociale se plie en quatre pour résoudre un problème ».

Ainsi, l'interprète doit négocier de manière constante sa place tout au long de l'entretien, en respectant les limites dictées dans chaque univers professionnel. Il doit s'adapter, et faire preuve de souplesse, injonction souvent déstabilisante. Une interprète nous dit : « parfois on a trois, quatre, cinq missions d'interprétariat qui se suivent, dans des contextes complètement différents et dans lesquels on doit s'adapter constamment. On nous demande une adaptation qui est très compliquée, mais qui n'est pas évidente à gérer, dans lesquels les professionnels n'ont pas forcément à le faire parce qu'ils ont un cadre. Par exemple un bureau fixe dans lequel vous avez défini votre limite et votre espace, qui vous permet du coup de construire votre cadre de travail. Nous non. Nous sommes mobiles, nous nous déplaçons d'un espace à l'autre constamment, nous nous adaptons constamment. Et pour ça je pense qu'il faut arrêter de se mentir et de dire que nous sommes simplement un traducteur automatique dans laquelle on appuie sur un bouton et on va répéter. On doit constamment s'adapter, dans la façon dont la langue est parlée et utilisée, et dans la façon dont le professionnel va recevoir ce qu'il a besoin. Sachant que si nous traduisons pour un psychiatre, pour un psychologue, pour une assistante sociale, pour un médecin, pour un avocat, nous n'allons pas traduire forcément de la même façon selon le besoin du professionnel. » Et quand on sait que les attentes peuvent varier suivant les cliniciens, la question des modalités d'intervention des interprètes se pose. Cet extrait d'entretien nous paraît très intéressant car justement il place la ligne problématique entre une machine à traduire à un humain interprétant, et donc pose la question de la plus-value de l'intervention humaine dans l'interprétariat...

⁶ On pense notamment aux récits de vies déposés dans le cadre de la demande d'asile qui se retrouvent, selon les soignants interrogés, racontés de manière souvent stéréotypée dans le cadre d'entretien clinique.

L'interprète : un intervenant en santé mentale ?

Nous postulons maintenant que l'interprète est un intervenant en santé mentale. Et nous le disons non en tant que clinicien et de manière normative - il faut - mais constative - il l'est. Nous constatons que l'interprète *intervient* et que justement il y a un enjeu à caractériser ce mode d'intervention, pour le penser aussi dans une perspective clinique. Il interviendrait donc comme traducteur, avec une épreuve du choix des mots, mais aussi comme médiateur, où seraient attendues des qualités humaines. Autrement dit ce qui est apparu comme une difficulté du côté des interprètes peut aussi se comprendre comme une modalité d'intervention : ce sont justement les endroits où en tant qu'interprètes ils sont amenés à participer à la relation entre le clinicien et le migrant allophone.

L'expression italienne « *Traduttore, traditore* »⁷ présente bien les difficultés auxquelles sont confrontés les interprètes. Il y aurait toujours une imperfection dans la traduction qu'elle soit écrite ou orale. Les interprètes rencontrés ont fait valoir la difficulté à traduire les termes employés de part et d'autres. Les compétences langagières de l'interprète sont constamment mises à l'épreuve au cours de l'exercice de traduction. Les interprètes nous ont confié aussi des difficultés à transmettre l'« éprouvé » formulé par le sujet lors de sa traduction, ce qui peut être alors considéré comme une entrave dans le travail clinique et donc une gêne pour le clinicien. La perfection est une quête impossible. L'intervention d'un interprète au cours de l'entretien introduit le risque de déformation et/ou de synthétisation de ce qui est dit.

Il faut arriver à « choisir les bons mots » suivant le contexte. Selon une interprète : « on fait la traduction mais en même temps on... En fait, on est face aux pertes (...), les choix à faire, (...) puisque déjà les structures des langues ne nous permettent pas de tout reconstituer. Mais en même temps on cherche à réadapter notre traduction en fonction de... De ce qui est le sens... Des paroles du patient, et en même temps de l'attente des soignants. L'attente supposée. Ça dépend si c'est un professionnel avec qui on a déjà pu travailler ou quelqu'un qui est pressé, qui montre de l'impatience, et du coup on est vraiment obligé de synthétiser même si c'est pas forcément notre choix.(...) Il existe un décalage entre ce qu'on reçoit et ce qu'on peut donner, euh, malgré nous, malgré tous nos efforts. » Il y a donc bien un choix à faire, suivant le contexte, suivant les attentes du professionnel.

Ainsi pour Sandrine Denis-Kalla, et Louisa Moussaoui (Denis-Kalla & Moussaoui, 2006) : « traduire est un acte de parole qui fait intervenir un sujet humain, un être de chair et d'émotion, l'interprète, qui interprète, réexprime, fait le choix à partir des différentes possibilités offertes par les langues concernées de moyens qui conviennent le mieux à la formulation, du vouloir dire dans l'espace interactif ». Une interprète nous confie : « derrière la langue c'est toute une vision du monde. Et quand on fait de l'interprétariat, traduction, ben il y a une manière de traduire, il y a le choix des mots. (...) Dans le panier que nous offre la langue, nous offre l'infinité de mots et il faut savoir... Trouver peut être le plus juste, celui qui va le mieux rendre compte de ce qui vient d'être dit. (...) L'interprète, je dirais qu'il reconstruit, il

est obligé puisqu'on ne peut pas traduire mot à mot sinon on obtient quelque chose d'incompréhensible. Donc il y a une reconstruction hein». S'il y a une impossibilité de faire du mot à mot, l'interprète doit donc chercher à retranscrire du mieux possible ce qui lui a été transmis, même quand *a priori* ce qui est dit est intraduisible.

Il revient donc à l'interprète de traduire ce qu'il pense être le plus juste à traduire dans un contexte déterminé. Il apparaît alors important à ce que l'interprète comprenne au mieux les enjeux de la clinique. Il n'est pas sûr que le clinicien ait par exemple besoin que cette tierce personne vienne «pacifier» ou «rendre l'entretien le plus normal possible» comme certains interprètes ont pu nous dire en entretien, ou de venir signifier quand la personne allophone ment. À ce titre, il nous importerait de former ou tout du moins sensibiliser les interprètes aux spécificités des entretiens en santé mentale. Si l'interprète n'est pas une machine c'est donc qu'il peut situer ce qu'il doit traduire dans son contexte.

Un interprète médiateur

Ce côté humain, c'est aussi être à une place entre le clinicien et la personne allophone et de faire médiation. Dans les entretiens est souvent revenue une compétence en humanité dont seraient dotés les interprètes. D'ailleurs on attend aussi des compétences en ce sens. Ainsi peut-on lire dans un «guide de l'interprète» d'une structure d'interprétariat dans la partie «profil»: «outre ses compétences linguistiques dans les deux langues, le français et la langue et / ou le dialecte du pays d'origine, l'interprète de la structure devra faire preuve de qualités relationnelles: ouverture, sens du contact humain, qualité d'écoute, empathie, respect de l'autre». Un peu plus loin dans une sous-partie «rôle: un tiers médiateur», on peut lire: «considéré comme une tierce personne, l'interprète est coresponsable au niveau de la réexpression linguistique et culturelle des contenus véhiculés par les deux interlocuteurs. (...) Il ne traduit pas seulement les mots, il décode, explicite certains comportements, adapte son langage quand c'est nécessaire (...) il incarne le passage d'une langue à l'autre, d'une culture à l'autre, d'une rive à l'autre».

Au cœur de la relation tripartite l'interprète est *a priori* plus proche du public que du soignant. En tout cas il y a 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. Mais malgré lui l'interprète a une place importante dans la relation de soin. Les observations ethnographiques ont révélé que ce sont les interventions de l'interprète qui sont majoritaires d'un point de vue temporel. Il est fréquent qu'il pose plus de questions à ses différents interlocuteurs pour être sûr de bien comprendre le sens de leurs dires. Ces questions, le plus souvent de l'ordre de l'approfondissement de ce qui a été dit, ne sont pas forcément traduites aux interlocuteurs. Ces moments peuvent être la conséquence d'un sentiment d'exclusion et de perte de maîtrise de l'entretien dont se plaignent certains soignants (Tremblay & Leanza, 2011).

L'interprète est un intermédiaire (Moussaoui, 1999) dans le soin et est à l'interface de toutes les interactions lors de l'entretien : il est au cœur des dialogues, interactions et jeux de regards. Il permet de faire un entretien « en confiance » selon l'un d'entre eux. L'entretien thérapeutique mené par le clinicien est bouleversé car il devient groupal et non plus dual. À ce titre l'interprète a une place et participe du cadre clinique sur un registre parfois inattendu. Ainsi une psychiatre d'un Centre Médico Psychologique d'une ville de Bourgogne, habituée au travail avec interprète, nous confie que la présence de l'interprète est très importante, car elle se sent « protégée ». Tout le long de l'entretien elle nous a exprimé qu'elle ne pourrait pas faire sans interprète car elle se sentirait complètement seule et dépossédée. Il peut donc y avoir une attente à la médiation de l'interprète dans la relation soignant-soigné, d'autant pour un public migrant en situation d'extrême précarité, dont les souffrances psychiques sont très complexes, et qui remet en question les cadres classiques du soin. Si soigner se fait de plus en plus avec la personne, pouvoir communiquer avec elle, alors l'interprétariat en présence permet justement de participer de la demande de reconnaissance du patient, de légitimer sa parole, de remettre de la vitalité.

Se trouvant généralement dans une situation de précarité extrême au vu de son vécu et de sa situation actuelle en France, le public allophone se sent le plus souvent réconforté par la présence de l'interprète selon les interprètes que l'on a rencontrés. Pour autant cette assertion peut être à relativiser, les migrants qui avaient vécu des situations d'interprétariat avaient aussi mentionné en entretien la très grande difficulté de se confier à quelqu'un de sa communauté, ou au contraire avec une personne d'une communauté avec qui il y avait pu y avoir conflit. Pour le clinicien, il s'agit alors de ne pas réduire ou amalgamer le migrant à la culture de l'interprète.

Par contre les interprètes nous ont aussi parlé de la forte demande du public à leur égard. Le public essaye de chercher le soutien et une certaine solidarité face à sa propre situation. Beaucoup cherchent à garder un lien, à demander le numéro de téléphone personnel de l'interprète. Cette relation privilégiée qui s'instaure entre l'interprète et le public peut avoir des conséquences dans la relation de soin. Le soignant peut ressentir une certaine exclusion ou perte de contrôle dans son propre entretien. L'interprète peut lui-même être très vite impacté par cette démarche s'il n'arrive pas à instaurer une certaine distanciation avec le public qu'il rencontre et risque ainsi d'être touché émotionnellement par l'empathie qu'il peut ressentir.

Les enquêtés ont fait part de leur difficulté à maîtriser le phénomène de distanciation d'un point de vue affectif et empathique. Les interprètes, ne possédant pas spécifiquement de formations ou d'expériences dans les domaines du médico-social, ne sont, pour le plus souvent, pas préparés à être confrontés aux réalités et souffrances vécues par les migrants allophones. Ce manque de sensibilisation à ce public spécifique a le plus souvent des impacts importants pour les interprètes car cela met à l'épreuve leur principe de distanciation. En effet, tous les interprètes ont fait valoir l'empathie qu'ils ressentaient lors des rencontres avec des migrants. Néanmoins, nous avons pu constater que les limites entre les expériences pro-

fessionnelles et personnelles sont très fines pour de nombreux interprètes. Les interprètes ayant vécu eux-mêmes des parcours migratoires particuliers, voire difficiles, sont tout de même les individus qui semblent avoir le plus de difficultés à créer de la distanciation avec le public. Un interprète, passé par la demande d'asile, nous a confié qu'il lui arrivait souvent de pleurer après des entretiens difficiles et lorsqu'il trouve la personne vraiment triste, « il l'invitait à boire un café ». Pour un autre, voir les patients en dehors des consultations est la limite à ne pas dépasser : « il faut faire attention de rester professionnel. (...) Il faut savoir toujours rester à la frontière. »

Donc nous défendons ici que l'interprète est une personne intervenante en santé mentale. Il se distingue de la traduction machinale (qui peut aujourd'hui se matérialiser par l'usage des outils de traduction sur internet, ou dans une moindre mesure par l'interprétariat téléphonique) par sa présence dans l'entretien. Que ce soit dans le choix des mots, ou sur un plan relationnel, l'interprète intervient. Mais ces deux épreuves agissant comme deux pôles, entre l'exigence de la langue et celle liée à la présence de la personne, il s'agit de trouver sa place. Mais c'est bien sûr l'activité clinique qui se trouve questionnée. Au regard de différentes cliniques, il nous apparaît que cette question doit se poser dans les équipes : de quoi l'interprète se fait-il le partenaire ? À quoi prend-il part ?

L'INTERPRÉTARIAT TÉLÉPHONIQUE

Le CADA/HUDA⁸ dans laquelle se déroule cette observation est localisé dans une petite ville de la région Rhône-Alpes, et est situé dans un quartier populaire à l'extérieur de la ville. C'est au cœur de ces bâtiments, des immeubles de type logement social qui semblent mal vieillir et se dégrader rapidement, destinés à l'accueil des migrants en procédure de demande d'asile, que j'ai accompagné une infirmière psychologue lors de la réalisation d'entretiens thérapeutiques.

Après avoir réalisé un premier entretien avec une jeune mineure d'origine kosovare dans le CADA, nous avons changé d'étage pour nous rendre dans le HUDA où nous attendait la travailleuse sociale de la structure afin de continuer les consultations avec des personnes qui avaient déjà été déboutées une première fois de leur demande d'asile⁹, ou qui étaient sur d'autres procédures. Nous avons été installées dans le bureau dans lequel se déroulent habituellement les consultations, situé en face de celui de la travailleuse sociale qui accueille les familles hébergées dans la structure. La pièce était petite et lumineuse, au milieu de laquelle un bureau était placé, ainsi que des chaises de chaque côté. Comme lors de la consultation précédente, l'infirmière m'a placée à ses côtés. Les patients prenaient place en face de nous.

Les consultations suivantes concernaient des premières rencontres entre l'infirmière psychologue et les patients. Dès notre arrivée, la première consultation a débuté très rapidement. La patiente était une femme d'origine albanaise, d'une cinquantaine d'années, et était étonnamment accompagnée d'un enfant d'environ une dizaine d'années. Les deux personnes sont entrées dans

⁸ Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) / Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA).

la pièce, ont fermé la porte et ont pris place. Très déstabilisée par la présence de l'enfant, la soignante a immédiatement demandé, en français, qui était cet enfant et pour quelles raisons il était présent lors de l'entretien. Cependant, la femme, tout comme l'enfant, ne semblaient pas du tout comprendre ce qui leur a été dit ni les questions qui leur ont été posées par la soignante. Parallèlement, la patiente s'adressait d'un ton sévère et agacé à son fils et lui a demandé de traduire à la soignante ce qu'elle avait dit. La patiente semblait très agitée; son regard était exorbité, elle se tenait la tête entre les mains, remuait sur sa chaise et soupirait très fort. L'enfant tentait, tant bien que mal, de traduire de l'albanais au français ce que disait la patiente. Elle souhaitait, en réalité, que la soignante lui prescrive des médicaments car elle se plaignait de très forts maux de tête.

Comprenant que la présence du fils gênait la soignante, la femme a finalement demandé à l'enfant d'aller chercher sa fille, plus âgée, pour pouvoir traduire la conversation et lui servir ainsi d'interprète. L'enfant s'est levé en tentant d'expliquer ce que sa mère lui avait demandé et a commencé à rouvrir la porte pour quitter la pièce. Perplexe, l'infirmière a demandé pour qui avait été prise cette séance. Quand elle a compris que c'était pour la femme, elle a tenté de lui expliquer qu'elle allait avoir recours à un interprète par téléphone pour pouvoir réaliser la consultation sans ses enfants et qu'il était donc préférable que son enfant quitte la pièce. Très rapidement, la situation est devenue très confuse, laissant place à un véritable « brouhaha » causé par les plaintes de la patiente en albanais, les quelques mots que baragouinait l'enfant en français et ses entrées et sorties et les explications de l'infirmière. L'enfant étant parti chercher sa grande sœur dans leur hébergement, obéissant ainsi aux ordres de sa mère, l'infirmière a fini par appeler directement l'interprète pour clarifier la situation avec la patiente vu que la situation ne s'était pas améliorée. Le téléphone portable utilisé pour appeler l'interprète est un téléphone basique de faible qualité. L'infirmière semblait ne pas savoir comment manier l'appareil et m'a demandé de l'aide. Le haut-parleur a été activé pour que toutes les personnes présentes puissent entendre l'interprète. Le son était toutefois de très mauvaise qualité. Dès que la communication fut établie avec l'interprète, l'infirmière a expliqué, un peu paniquée, qu'elle était confrontée à un problème conséquent puisque la patiente était venue en consultation avec un enfant âgé d'une dizaine d'années et qu'elle voulait s'assurer qui était cet enfant, pourquoi il était là et pour qui était la consultation. Dans un même temps, elle a également expliqué dans la précipitation, que j'étais présente lors des consultations et voulait avoir l'aval de l'interprète pour que je puisse observer les entretiens.

Dans l'agitation, l'infirmière me passa l'interprète au téléphone. Je lui ai donc expliqué ma démarche et l'interprète m'a confirmé que cela ne lui posait pas de problème particulier. L'infirmière a récupéré le téléphone avec empressement. Entre-temps l'enfant était revenu dans la pièce. L'infirmière a demandé à l'interprète de questionner la femme afin de savoir pour qui était la consultation. L'interprète a traduit. La patiente semblait étonnée de la scène, elle a regardé

9 Le formulaire reprend les informations principales sur les personnes : nom ; prénom ; date de naissance ; pays et ville d'origine ; date d'arrivée en France ; membres avec qui elle est hébergée en France ; situation familiale ; situation administrative et évolution ; problème de santé connu ; raison de demande d'asile.

10 En essayant de répondre au formulaire de l'infirmière, la patiente a éprouvé de grandes difficultés à raconter en détail les raisons qui ont poussé la famille à quitter l'Albanie. Habitants d'un village, la famille a vécu des agressions violentes et a été menacé de mort à la suite de créances non honorées. Elle-même a été battue avec violence au niveau de la mâchoire. Elle a d'ailleurs perdu de nombreuses dents, ce qu'elle a tenu à nous montrer.

le téléphone d'où sortait une voix albanaise avec un air d'incompréhension et de fort étonnement. L'enfant semblait également perplexe. De manière évidente, la patiente et son fils ne devaient pas être habitués à l'interprétariat téléphonique. Elle a répondu que la consultation était bien pour elle. Quand l'interprète l'a informé que la présence de l'enfant n'était pas souhaitable sauf si elle le désirait vraiment, la femme a demandé à l'enfant de quitter la pièce. Après une bonne quinzaine de minutes, la consultation a enfin débuté. L'infirmière a commencé par questionner la femme afin de remplir le formulaire qu'elle remplissait avec chaque nouveau patient. Le formulaire récapitule toutes les informations de base concernant la situation familiale, administrative et le parcours de vie du demandeur d'asile⁹. Ces questions sont posées et reposées de manière incessante aux personnes en demande d'asile. La femme a répondu aux questions du formulaire. Elle semblait fatiguée et agacée de répondre à ces questions formelles.

Les interactions entre l'infirmière et la patiente étaient rythmées par l'intervention de l'interprète, matérialisée par un objet d'où sortait le son d'une voix qui alternait entre l'albanais et le français. Le portable était posé au centre du bureau donc au centre des deux acteurs. L'infirmière, sûrement habituée à ce type d'exercice, avait tendance à se pencher au-dessus de la table pour se rapprocher du téléphone lorsqu'elle parlait. La patiente, assise sur sa chaise en ayant toujours un comportement très agité, restait plus distante de l'appareil. Cela entraînait une mauvaise compréhension des phrases formulées par la patiente de la part de l'interprète. L'interprète demandait donc à la patiente de répéter plusieurs fois ce qu'elle disait. La patiente étant proche d'un malaise ou d'une crise de panique, l'exercice de répétition et reformulation semblait être très fatigant pour elle. Les temps de paroles des interlocutrices, l'infirmière et la patiente, étant relativement longs, l'interprète écourtait les dialogues en synthétisant leurs propos et en résumant à l'essentiel.

La patiente est hébergée dans le HUDA avec son mari et avec ses deux enfants cadets, sa fille adolescente et son fil âgé d'un peu plus de dix ans, qui était présent au début de l'entretien. Elle est également mère de deux enfants plus âgés, deux filles mariées, restées en Albanie. La famille doit être en fin de recours de demande d'asile.

En évoquant son parcours d'asile et les raisons qui l'ont poussé à quitter l'Albanie¹⁰, elle avait des bouffées de chaleur et avait l'impression d'étouffer. À ce moment-là, elle s'est plainte d'avoir la nausée. Elle a demandé à ouvrir la fenêtre. Au vu de son état perturbé à cet instant, l'interprétariat téléphonique s'est compliqué. L'interprète avait des difficultés pour comprendre ce que la femme disait, ce qui a créé des incompréhensions du côté de l'infirmière qui essayait de connaître la patiente pour pouvoir établir un premier diagnostic clinique. La communication difficile entre la patiente et l'interprète s'explique aussi par le fait que la patiente, étant agitée, n'arrivait pas à rester immobile à proximité du téléphone. Par exemple, au début, l'interprète n'avait pas compris que c'était la patiente elle-même qui s'était fait édenté. La patiente

s'est soudain écroulée et est partie dans une crise de larmes. À ce moment-là, l'interprète ne comprenait pas ce qu'il se passait. Elle disait donc à l'autre bout du téléphone : « Allô ?! Allô ?! Je n'entends plus rien ! ». L'infirmière tenait donc deux rôles en même temps, puisqu'elle devait rassurer sa patiente, elle a par exemple essayé de lui tendre une main que la patiente a ignorée, et, en parallèle, elle devait intégrer l'interprète qui n'était pas présent en lui apportant des renseignements sur la situation et donc lui expliquer que la patiente était renfermée dans ses pleurs et ne parlait plus.

La patiente se plaignait d'avoir des maux de têtes très importants, elle se tenait d'ailleurs souvent la tête entre les mains et la nuque qui semblait être raide. Elle souhaitait que l'infirmière lui prescrive des médicaments pour pallier ses maux de têtes permanents. L'infirmière lui a expliqué qu'elle n'était pas autorisée à lui prescrire des médicaments compte tenu de son statut. En considérant l'état très perturbé de la patiente à ce moment-là, l'infirmière a préféré écouter l'entretien. Elle a demandé à la femme d'aller lui chercher le dossier médical concernant ses problèmes cardiaques et sa médication actuelle¹¹. La femme a quitté la pièce et est partie chercher son dossier médical. L'infirmière a donc décidé de raccrocher avec l'interprète et de la rappeler plus tard, quand la patiente serait revenue.

Au bout d'une dizaine de minutes, la femme est revenue dans la pièce avec son dossier médical. Elle l'a donné à l'infirmière qui a confirmé que la femme avait subi des opérations cardiaques lourdes depuis son arrivée en France. Elle a essayé par la suite de communiquer avec la patiente en lui faisant des signes et des mimiques par rapport aux médicaments qu'elle devait prendre pour les insomnies, l'anxiété et les maux de têtes ce qui s'est révélé être un véritable jeu de devinettes. Toutefois la femme ne semblait pas vraiment comprendre tout ce qui lui était dit. Finalement l'infirmière a décidé de rappeler l'interprète pour pouvoir communiquer avec sa patiente. Entre-temps, le mari de la patiente suivante s'impatientait derrière la porte du bureau et ne cessait de l'ouvrir et de la refermer, ce qui a fini par agacer l'infirmière. L'infirmière a terminé la consultation en convenant d'une nouvelle rencontre avec la patiente. Celle-ci a insisté une dernière fois pour avoir des médicaments pour alléger ses maux de têtes. L'infirmière lui a une nouvelle fois expliqué qu'elle ne pouvait rien lui prescrire et qu'elle devait se diriger vers le médecin généraliste pour avoir des médicaments plus forts. Les attentes de la patiente ne semblaient pas avoir été satisfaites. Lorsque celle-ci a quitté la pièce définitivement, l'infirmière a demandé à l'interprète son ressenti par rapport à la patiente. Elle voulait surtout savoir si elle considérait les propos de la femme délirants. L'interprète a alors répondu en disant qu'elle avait surtout eu de grandes difficultés à comprendre ce que la femme disait, à cause de la qualité sonore de l'appel. Au vu de l'impatience de la patiente suivante, l'infirmière lui a fait prendre place dans la pièce sans raccrocher avec l'interprète en albanais qui était également sollicitée pour la consultation suivante.

11 La patiente nous a expliqué que, dès son arrivée en France, elle avait été opérée trois fois au cœur. Au vu des cicatrices qu'elle nous a montrées au niveau de sa poitrine et de sa jambe (opération également liée à ses problèmes cardiaques), les opérations semblaient être assez sérieuses. Depuis on lui a prescrit un grand nombre de médicaments à prendre quotidiennement. Actuellement, la femme est suivie par un médecin généraliste en contact avec les migrants du CADA/HUDA.

Les autres observations avec l'interprétariat téléphonique ont montré le même genre de difficultés¹². Une série d'éléments et de situations s'enchaînent de manière rapide. Les moments d'incompréhensions et de malentendus se multiplient. Ils mettent non seulement à l'épreuve les rôles et les attentes de chaque acteur mais, de plus, ils créent inévitablement une certaine tension auprès des acteurs concernés.

L'interprétariat téléphonique est une pratique qui se développe pour des raisons pratiques et financières. Si l'on postule que la relation tripartite et le lien entre les professionnels et le public sont facilités par la présence de l'interprète, son absence peut être considérée comme problématique. Un interprète nous confie « détester faire les interprétariats par téléphone. C'est très impersonnel et on passe la moitié de l'interprétariat à résoudre des questions de mauvaise entente téléphonique ». L'interprète devient alors un simple traducteur, une machine à interpréter. Un autre interprète nous dit qu'il lui manque les expressions par téléphone, que la complicité n'y est pas, rendant l'interaction très froide. N'étant plus sollicité en tant que personne mais en tant qu'outil de traduction, l'interprétariat téléphonique accentue leur invisibilité lors des entretiens et peut devenir un facteur excluant. « Parce que le téléphone grésille, parce que du coup on n'a pas entendu les trois quart de la phrase de la personne, parce qu'il y a quelqu'un qui rentre dans la pièce et il se met à parler avec le professionnel et on se demande ce qui se passe et qui c'est qui parle et qu'est ce qu'on doit faire... (...) Dans le cadre de la psychiatrie, de la psychologie (...) On fait un maximum d'effort pour traduire, même les hésitations et mêmes les incohérences. Dans certains cas comme celui là (le téléphone) on peut pas, on n'a pas le temps. On a quarante minutes dans lesquels on doit retranscrire et là on est dans l'interprétariat total, c'est-à-dire qu'on va simplement faire au mieux pour retranscrire une idée, ou un symptôme... Où est ce qu'il veut arriver. Du coup effectivement c'est très compliqué par téléphone. » L'interprétariat téléphonique est le contre exemple de ce que nous documentons dans l'article : il ôte une forte dose d'humanité.

¹² Même les cliniciens rencontrés étaient réservés sur l'utilisation de l'interprétariat téléphonique.

BIBLIOGRAPHIE

«Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France» - Strasbourg - 14.11.12 - 17 p.

Leanza, Y., Boivin, I. - Interpréter n'est pas traduire. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire. Actes en ligne du colloque international: *L'éducation en contextes pluriculturels: la recherche entre bilan et prospectives*, Université de Genève - 2008 - 12 p. [https://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocSSRE/07 %20GE/LeanzaYBoivinI.pdf](https://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocSSRE/07%20GE/LeanzaYBoivinI.pdf)

Denis-kalla, S., Moussaoui, L. - « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient! ». Communication présentée à la Journée d'étude ONSMP-ORSPERE: Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle», Centre Hospitalier Le Vinatier. - 2006

Tremblay, L., entrevue avec Leanza, Y. - « Intervenir avec un interprète en santé mentale ». *Entre-vues METISS et ses recherches en actions*, volume 2, 05.2011/N° 3, 4 p - 2011

Moussaoui, L. - « L'interprète, le droit commun et l'interculturel ». *Ecarts d'identité*, 09-12.1999/ N° 90-91, pp. 39-45 - 1999

ERRATUM

Des erreurs de syntaxe se sont glissées dans l'édition du précédent numéro suite à une inversion de version, nous vous présentons nos excuses pour cela.