

Elizaveta Chernyshova

Laboratoire Liris (UMR 5205)
 Université Claude-Bernard Lyon 1
 Lyon

Anna Claudia Ticca

Laboratoire Icar (UMR 5191)
 École normale supérieure
 Lyon

L'INTERPRÈTE COMME « MACHINE À TRADUIRE » ET LA NÉGOCIATION DE LA SIGNIFICATION EN INTERACTION : DEUX PRATIQUES EN TENSION ?

L'intervention d'un tiers dans le contexte de consultations en santé mentale représente un défi aussi bien pour le professionnel de santé que pour le patient et pour le tiers en question. Lorsque le patient est en situation de migration, l'enjeu de la présence d'un tiers est d'autant plus important qu'elle se veut garante de l'intercompréhension entre les parties, et donc du « bon » déroulement de la consultation. Dans cet article, nous allons nous intéresser précisément aux pratiques mises en place par un type de tiers particulier, l'interprète, en mettant en lumière les tensions face auxquelles il se trouve dans le cadre d'une consultation avec une patiente non francophone en situation de migration.

Notre contribution s'inscrit dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas)¹, mis en place par le laboratoire « Interactions, corpus, apprentissages, représentations » (Icar) et l'Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés (Orspere-Samdarra). Les recherches menées dans le cadre de ce projet se focalisent principalement sur les problématiques linguistiques et culturelles qui émergent lors des rencontres entre soignants et le public migrant, entre autres dans les démarches liées au suivi en santé mentale. En effet, du fait de la diversité linguistique, les participants peuvent faire appel à un interprète/médiateur, permettant de faciliter la communication. Ce sont les « bricolages » linguistiques mis en place pour pallier les difficultés de communication entre les personnes migrantes et les professionnels de santé qui nous intéressent ici.

¹ <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-Remilas/>

Dans notre analyse, nous allons nous concentrer sur une interaction vidéo particulière, enregistrée dans le cadre de ce projet. Il s'agit d'une consultation médicale en santé mentale se déroulant entre une psychiatre et une patiente tchétchène, demandeuse d'asile, en présence d'une infirmière. La patiente n'ayant pas une maîtrise suffisante du français, un interprète russe/français, membre d'une association d'interprètes, participe à l'interaction. Nous allons plus particulièrement nous focaliser sur deux moments de cette interaction, illustrant la façon dont l'interprète « navigue » entre deux pratiques en tension : d'une part, ce participant s'aligne à l'idéal de l'interprétariat comme « machine à traduire » (*translation machine*) (Bot, 2005) et, d'autre part, il se positionne en tant que participant à part entière, s'affirmant ainsi comme interlocuteur ayant une voix et une présence dans l'interaction. En effet, l'interprète, dans ses productions verbales, suit parfaitement la séquentialité de l'échange entre la psychiatre et la patiente, mais prend l'initiative à plusieurs moments afin de clarifier un élément à traduire. Avec cette étude, et en ligne avec la tradition des études sur l'interprétation linguistique (*Interpreting Studies*), nous montrons que les notions d'« invisibilité » et de « neutralité » ne sont pas applicables à l'activité d'interprétation dialogique (Wadensjö, 1998). Nous défendons également l'idée que la qualité de l'interprétation n'est pas responsabilité exclusive du tiers, mais elle est le résultat d'une entreprise collective qui implique tout participant à l'interaction.

Interprétation linguistique : de la théorie à la pratique

Dans le cadre de l'interprétation linguistique, le débat sur la « qualité » de la traduction des interprètes engagés dans une interaction (situation dite d'interprétation dialogique), est une question centrale. Elle peut se décliner en termes de fidélité aux productions linguistiques originales, de précision, de neutralité, d'invisibilité de l'interprète. Les recherches actuelles montrent bien que cette construction normative de l'interprète invisible et neutre, qui devrait agir en tant que « machine à traduire », non seulement est impossible à atteindre, mais elle est en même temps controversée puisqu'elle ne rend pas compte de la complexité du rôle incarné par l'interprète (Ozolins, 2016, cité dans Cirillo et Niemants, 2017). En effet, lors d'une interaction, l'interprète se trouve à gérer le flux de parole alterné d'au moins deux interlocuteurs. Ceci implique sa participation à la construction du sens et à l'intercompréhension, à travers des actions langagières telles que les reformulations, les explications, les reprises, etc., car l'interprète doit, avant tout, comprendre et se faire comprendre (Pöchhacker, 2008). Ces actions vont nécessairement impacter le déroulement séquentiel d'une interaction, dans le sens où l'alternance de tours de parole de chaque participant est « modifiée » par les interventions de l'interprète, qui peut, par exemple, échanger avec un participant pour demander des précisions, pour vérifier sa compréhension de ce qui vient d'être dit ou

alors pour corriger la compréhension d'un des interlocuteurs (Ticca et Traverso, 2015 ; Pasquandrea, 2011). Bien que parmi les chercheurs ces questions fassent l'unanimité, c'est au niveau institutionnel, notamment en ce qui concerne les associations des interprètes, que les positions se cristallisent. Il suffit de regarder le code déontologique des associations d'interprètes, comme celui de la France ou du Canada², pour comprendre à quel point le comportement attendu des interprètes est normé.

Il est important de signaler que, dans le domaine médical, les situations de soin sont assez diversifiées. De fait, bien que la parole soit au centre de toute consultation, la place du discours n'est pas la même en santé générale et en santé mentale. Si en santé générale les participants ne parlant pas la même langue peuvent se servir de ressources autres que le langage pour communiquer et pour traiter un problème, notamment quand il est d'origine somatique, les choses sont bien plus complexes en santé mentale. Dans ce cadre, les mots, les formulations et les images évoquées par le patient représentent une ressource pour le soignant dans son évaluation de l'état psychique du patient (Béal et Chambon, 2015 ; Peräkylä *et al.*, 2008). Le rôle de l'interprète devient donc délicat pour le soignant, qui se retrouve à exercer son travail d'interprétation thérapeutique tout en étant dépendant du travail de traduction du tiers. Il n'est par ailleurs pas rare que certains médecins en santé mentale soient réticents à recevoir des patients non francophones en présence d'un interprète (Bischoff *et al.*, 2003 ; Boivin *et al.*, 2012 ; Graz *et al.*, 2002 ; Hudelson et Vilpert, 2011 ; Weber et Molina, 2003). Hanneke Bot (2005) aborde cette question en identifiant deux modèles distincts concernant la place de l'interprète dans les consultations : le modèle « machine à traduire » (*translating machine model*) et le modèle « interactif » (*interactive model*). Le premier cas de figure ne prévoit aucune activité de briefing de l'interprète concernant le contexte et la situation de l'interaction et préconise la traduction de la conversation entre le médecin et le patient fidèle et équivalente à l'original, rendue avec du discours rapporté direct. Dans ce modèle, l'interprète n'a aucun espace pour ses initiatives propres et doit se limiter à produire des tours de parole traductifs. Dans le deuxième cas de figure, au contraire, l'interprète est considéré comme un participant à part entière : il est briefé avant la consultation, il mène un travail qui puisse faciliter la relation médecin-patient, et ses interventions spontanées sont les bienvenues. Ce modèle interactif renvoie aux procédés qui caractérisent l'ethnopsychiatrie, ou la clinique transculturelle (Devereux, 1972 ; Moro, 1998). Dans ce cadre, l'interprète participe aux séances de thérapie collective dans la prise en charge des familles et des enfants des populations migrantes, ou encore des familles réfugiées, où l'altérité linguistique et culturelle des participants est un trait saillant. L'interprète, grâce à ses connaissances socioculturelles partagées avec le patient, ce qui lui offre des clés d'interprétation aux contenus discursifs, agit en tant que cothérapeute, coconstruisant l'activité thérapeutique.

² Pour la France : <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf> ; pour le Canada : <http://www.ailia.ca/National+Standards+for+Interpretation+Services+-+NSGCIS>

Dans ce qui suit, nous allons mobiliser le cadre théorique et méthodologique de l'analyse conversationnelle (Gülich et Mondada, 2001 ; Traverso, 2016) afin de décrire le détail d'une pratique d'interprétation, intégrant des éléments des deux modèles. En accordant une attention particulière à la façon dont se déroule l'échange dans une consultation en santé mentale médiée, tour de parole par tour de parole, nous souhaitons mettre en lumière la façon dont l'interprète fait face aux contingences interactionnelles, lorsqu'un problème surgit dans l'échange. C'est en particulier dans ces moments qu'il doit gérer l'équilibre délicat de sa « double posture » : il est à la fois « machine à traduire », garant de la fidélité de la traduction, et participant à part entière, garant de l'intercompréhension entre des participants ne partageant pas la même langue.

3 Les noms des participants ont été remplacés par des pseudonymes, afin de préserver leur anonymat.

4 La transcription a été effectuée en suivant la convention lcor (http://icar.cnrs.fr/projets/corinte/documents/2013_Conv_ICOR_250313.pdf), dont un aperçu est donné à la fin de cet article. La transcription en russe est d'inspiration phonétique. Elle tient compte des particularités articulatoires des deux locuteurs du russe, ainsi que des éventuelles constructions grammaticales non-standard (précédés d'un astérisque). La traduction littérale de chaque tour de parole en russe est indiquée en caractères italiques.

Éléments de la convention de transcription :

- [] : chevauchement
- / : intonation montante
- \ : intonation descendante
- (()) : commentaire du transcritteur
- °voilà° : segment prononcé avec voix basse
- & : (indique la) suite d'un tour de parole
- (0.4) : pause chronométrée en secondes
- (.) : micropause (< 0.2 seconde).

Illustration d'une situation d'interaction avec tiers en santé mentale

Par les deux extraits que nous présentons ci-dessous, nous illustrons la façon dont l'interprète (IPC)³ se manifeste en tant que participant à part entière dans l'interaction entre la psychiatre (PAH) et la patiente (MAL), tout en gardant son rôle (apparent) de « machine à traduire ». Ce « double jeu » est particulièrement visible dans des séquences de réparation, ou correction (Schegloff *et al.*, 1974), moments où le déroulement de l'interaction est entravé par la présence d'un élément problématique. Ce type de séquences conversationnelles permet d'observer de près la façon dont le sens des mots est coconstruit et négocié dans l'échange, et est donc le lieu privilégié pour l'étude de l'émergence de significations et des interprétations faites par les participants « en direct » (Chernyshova, 2018). L'analyse de ces séquences est donc d'un grand intérêt pour l'étude d'interactions en santé mentale, où la parole du patient est au cœur de la consultation. Pour illustrer la pratique en question, voici un premier extrait⁴ :

Extrait 1 – « Les gens »

01	PAH	bon (.) c'est trop difficile de parler d` ça
02		(0.7)
03	IPC	sliškom složna gavarit' ab etam <i>trop difficile de parler de ça</i>
04		(5.1)
05	MAL	mne očen' bol'no kagda (.) pra svaju semju gavar'at ((renifle)) <i>ça me fait très mal quand on parle de sa (propre) famille</i>
06	IPC	vous savez ce ça me fait très mal hein quand j'aborde le sujet :

07		euh de vie de ma famille
08		(0.7)
09	MAL	°ja° očēn' t'až'oluju ž'izn' perež'ila <i>j'ai vécu une vie très difficile</i>
10	IPC	vous savez j'ai vécu une vie tellement dure
11		(4.9)
12	MAL	((en pleurant))j- jesli men'a ne tak ponimajut h: ja ne magu <i>si on ne me comprend pas bien h: je peux pas</i>
13		et' (.) [terpet'] <i>le supporter</i>
14	IPC	[et si] les gens ne me comprennent pas même avec tout
15		c` que j'ai vécu hein
16	MAL	((renifle))
17	IPC	j'en peux plus\
18		(2.1)
19	PAH	les gens c'est qui °madame Nagaeva°
20 ⇒	IPC	KTO ne panimaet (.) l'udi kto/ (.) kakie l'udi <i>QUI ne comprend pas les gens qui/ quels gens</i>
21		(1.0)
22	MAL	deti moi rodnije de[ti] <i>mes enfants mes propres enfants</i>
23	IPC	[ah] je parle de mes:: z- en- [fruits de mes] &
24	PAH	[vos enfants]
25	IPC	& entrailles mes enfants ⁵
26		(0.4)
27	PAH	hm
28		(3.5)
29		((MAL soupire))

Suite au constat de la psychiatre (01), des plaintes de la patiente s'enchaînent (05, 09, 12) et sont respectivement traduites par l'interprète (06-07, 10, 14-15), selon le modèle de la « machine à traduire ». C'est tout particulièrement la dernière plainte, ou plutôt sa traduction (« *si les gens ne me comprennent pas même avec tout c` que j'ai vécu hein* », 14-15) qui sert de terrain pour la psychiatre pour rebondir avec une question après une longue pause : « *les gens c'est qui* » (19). Face à cette question, l'interprète se retrouve dans une situation délicate : le terme « les gens » (en russe *l'udi*) n'a pas été employé par la patiente dans sa plainte, il s'agit là du choix de l'interprète pour traduire la construction grammaticale sans sujet employée par la patiente. En effet, celle-ci a précisément

⁵ L'analyse détaillée des traductions offertes par l'interprète, bien qu'importante, ne peut pas être présentée dans cette étude faute d'espace.

dit « *men'a ne tak ponimajut* » (12), littéralement : « ils ne me comprennent pas comme il faut ». Cette construction impersonnelle désigne comme sujet de l'incompréhension « les autres », une instance non spécifiée, et est traduite par l'interprète non pas par le pronom indéfini français « on », mais par la paraphrase « les gens ».

Face à ce problème interactionnel, l'interprète reformule à la patiente la question de la psychiatre : « *qui ne comprend pas/les gens qui/quels gens* » (20). Il formule ainsi dans un premier temps le cœur de la question de la psychiatre, qui cherche un sujet défini, puis traduit de façon fidèle sa question. C'est dans ce moment précis que l'interprète se manifeste non seulement comme le participant « machine », mais aussi comme participant à part entière, dont le rôle est de garantir l'intercompréhension entre les deux participantes principales, malgré les éventuels aléas engendrés par sa médiation. En préfaçant son tour de parole par « *qui ne comprend pas/* », il donne à la patiente les éléments indispensables pour faire le lien entre ce qu'elle vient de dire et la demande de précision formulée par la psychiatre.

Nous retrouvons cette même pratique plus tard dans la consultation, où l'interprète prend de nouveau l'initiative. Il préface sa traduction de la demande de la psychiatre par une question supplémentaire qui n'est pas la traduction d'un tour de parole précédent. Le modèle de traduction tour par tour est là aussi respecté.

Extrait 2 – « les reproches »

01	IPC	ses insultes\
02		(1.3)
03		((MAL renifle))
04	MAL	patom mne kanfe:ti što-nibud' tak prin'es'ot što b' (.) <i>après elle me ramène des (chocolats ; bonbons) comme ça pour que</i>
05		[et` vs'o prašlo] <i>tout ça passe</i>
06	IPC	[après euh:::] apporte quelques chocola:ts quelques
07		bonb[ons:] voilà: pour faire passer [la chose hein]
08	PAH	[hm]
09	PAH	[c'est c'est des rep]
10		roches/ (.) c'est des reproches qu'elle vous fait/
11	IPC	i protiv *vam gavarit što-nibud'/ inagda// <i>et contre *vous elle dit quelque chose/ parfois//</i>

quelles raisons » (20-21). Avec cette reformulation, qui spécifie davantage la question de la psychiatre, l'interprète s'oriente vers la résolution de l'incompréhension qu'elle a contribué à produire. Suite à cela, la patiente répond à la question de la psychiatre et l'interaction poursuit son cours.

Comme dans l'extrait précédent, ici, l'interprète corrige une traduction non fidèle à l'original qui semble être à l'origine d'une incompréhension entre la patiente et la soignante. La modalité de résolution du problème ne modifie pas la structure de traduction selon le modèle de la « machine à traduire ».

Pour résumer, le mécanisme que nous avons mis en évidence dans ces deux extraits consiste pour l'interprète, après avoir identifié l'élément problématique, à construire son rendu d'une question adressée par la psychiatre à la patiente en deux temps : dans un premier temps, il produit une question qui n'est pas la traduction du tour de parole de la psychiatre, donnant à la patiente les éléments nécessaires pour la compréhension ; dans un deuxième temps, il produit une question qui est la traduction du tour de parole de la psychiatre. Grâce à cette « manœuvre », l'interprète assure l'intercompréhension entre la patiente et la psychiatre, tout en anticipant ou en « réparant » un problème de compréhension dû à sa propre traduction. À travers ce traitement des contenus, il intègre des éléments des deux modèles évoqués : il traduit tour de parole par tour de parole, en respectant la séquentialité des échanges (*i. e.* modèle « machine à traduire ») et en même temps il modifie les contenus de la traduction, qui ne sont pas « fidèles » aux tours originaux (*i. e.* modèle interactif).

Conclusions

L'analyse détaillée d'une situation d'interaction située nous a permis d'étudier la pratique d'interprétation lors d'une consultation en santé mentale avec une patiente allophone. Notre réflexion a eu pour point de départ la dichotomie présente dans les modèles prescrivant la pratique de l'interprète : le modèle prévoyant le comportement de l'interprète comme « machine à traduire » d'une part, et le format lui laissant plus de degrés de liberté d'autre part, également appelé « modèle interactif ». Sur la base de l'analyse de deux extraits, nous avons voulu mettre en évidence que ces deux modèles sont non seulement compatibles, mais qu'ils sont complémentaires dès lors que l'interprète se trouve face à un « problème » lié au sens au cours de l'échange. En effet, dans les deux extraits étudiés, l'interprète compose avec les deux modèles qui lui donnent des outils dans le (r)établissement de l'intercompréhension entre la psychiatre et la patiente, face aux contingences de l'interaction.

Des études précédentes dans le cadre du projet Remilas (Ticca et Traverso, 2015 ; 2017) ainsi que d'autres (voir Pasquandrea, 2012), montrent que les interprètes peuvent également opter pour d'autres modalités pour faire face à des incompréhensions, comme les séquences dyadiques avec un seul interlocuteur. Assez fréquentes dans les interactions en santé, elles permettent de négocier la signification de certains mots ou contenus et sont donc orientées à assurer l'intercompréhension des participants.

Les aléas d'une consultation médicale, et plus particulièrement dans le cadre des consultations en santé mentale, représentent des défis pour l'interprète. C'est lors des moments de tension liés à une signification, et donc à la négociation de la signification d'un mot ou d'une formulation, que son rôle devient crucial : c'est son interprétation du discours du soignant ou du patient qui donne des éléments à l'autre pour rebondir, reformuler, développer. Nous avons ainsi tâché de montrer que l'interprétation dans ce cas est le résultat d'une entreprise collective qui implique tout participant à l'interaction. L'interprète y a donc autant une voix que les autres participants, et cette voix lui est indispensable pour pouvoir composer avec les ressources à sa disposition. ▶

BIBLIOGRAPHIE

- Bischoff, A., Perneger, T. V., Bovier, P. A., Loutan, L. et Stalder, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 53(942), 541-546.
- Boivin, I., Leanza, Y. et Rosenberg, E. (2012). Représentations et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu. *Alterstice*, 2(2), 35-46.
- Béal, A. et Chambon, N. (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Cahiers de Rhizome*, 1(55), 9-26.
- Bot, H. (2005). Dialogue interpreting in mental health, *Utrecht Studies in Language and Communication* 19. Amsterdam/ New York: Rodopi.
- Chernyshova, E. (2018). *Expliciter et inférer dans la conversation. Modélisation de la séquence d'explicitation dans l'interaction* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.
- Cirillo, L. et Niemants, N. (2017). Dialogue interpreting : Research, education and professional practice. Dans L. Cirillo et N. Niemants (dir.), *Teaching dialogue interpreting* (p. 1-25). Amsterdam : John Benjamins.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- Gülich, E. et Mondada, L. (2001). *Kversationsanalyse. Analyse conversationnelle*. Dans G. Holtus, M. Metzeltin, et C. Schmitt (dir.), *Lexikon der Romanistischen Linguistik (LRL). Band I, 2*. (p. 196-250). Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Graz, B., Vader, J. P. et Raynault, M. F. (2002). Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé publique*, 14(1), 75-81.
- Hudelson, P. et Vilpert, S. (2011). Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Service Research*, (9). Repéré à <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-187>
- Moro, M. R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod.
- Ozolins, U. (2016). The myth of the myth of invisibility ?, *Interpreting*, 18(2), 273-284.
- Pasquandrea, S. (2011). Managing multiple actions through multimodality. Doctors' involvement in interpreter-mediated interactions. *Language in Society*, 40(4), 455-481.
- Pasquandrea, S. (2012). Co-constructing dyadic sequences in healthcare interpreting: A multimodal account. *New Voices in Translation Studies*, 8(1), 132-157.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen S. et Leudar, I. (2008). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge, UK: Cambridge University press.
- Pöschhacker, F. (2008). Interpreting as Mediation. Dans C. Valero-Garcés et A. Martin, *Crossing borders in community interpreting : Definitions and dilemmas* (p. 9-26). Amsterdam: John Benjamins.
- Schegloff, E. A., Jefferson, G. et Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53(2), 361-382.
- Ticca, A. C. et Traverso, V. (2015). La bonne information : quand les interprètes corrigent les réponses du patient au docteur dans la consultation médicale. *The Interpreters' Newsletter*, (20), 161-174.
- Ticca, A. C. et Traverso, V. (2017). Parole, voix et corps : lorsque l'interprète et le soignant s'alignent dans les consultations avec migrants. *L'Autre*, 18(3), 304-314.
- Traverso, V. (2016). *Décrire le français parlé en interaction*. Paris : Ophrys.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Longman.
- Weber, O. et Molina, M. E. (2003). Le point de vue des médiateurs culturels/interprètes. Dans P. Guex et P. Singy (dir.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes* (p. 85-112). Genève : Éditions Médecine et hygiène.