

Aurélie BONNEAUD

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Master 2 de Sociologie Appliquée au Développement Local
Année 2015 /2016**

**De l'interprétariat dans le soin
des patients allophones :**
Réflexions autour de la formation, les enjeux de
professionnalisation et de reconnaissance
des interprètes en santé



Directeur de recherche : Bruno MILLY
Second lecteur : Gilles HERREROS
Directeur de stage : Nicolas CHAMBON

Université Lumière Lyon 2



« On qualifie l'étranger d'ingrat, dans la mesure où il refuse de reconnaître que le modèle culturel qu'on lui propose lui procure asile et protection. Mais les gens qui le traitent ainsi ne s'aperçoivent pas que, au cours de la phase de transition, l'étranger ne considère pas du tout ce modèle comme un asile protecteur mais plutôt un labyrinthe dans lequel il a perdu tous de sens de l'orientation. »

Alfred SCHÜTZ, *L'étranger*, 1944

Remerciements

Je tiens à remercier Bruno MILLY pour avoir accepté de guider ma recherche et de l'avoir éclairé avec ses conseils toujours très précieux.

Je remercie Gilles HERREROS pour avoir accepté d'être membre de mon jury en tant que deuxième lecteur et dont j'ai particulièrement apprécié les enseignements de master.

Je remercie Nicolas CHAMBON pour avoir été un directeur de stage toujours disponible et attentif à ce que ma recherche se déroule dans les meilleures conditions.

Je remercie Halima ZEROUG-VIAL, Gwen LE GOFF et toute l'équipe de l'Orspere-Samdarra pour m'avoir si bien accueillie en stage. Avec eux, j'ai passé des moments riches de partages d'expériences, de réflexions interdisciplinaires mais aussi de convivialités.

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder du temps pour me rencontrer lors de mes entretiens et m'apporter leurs points de vue sur mes réflexions au fil de mon travail de terrain.

Merci à Beatrice MAURINES pour son soutien durant cette année de master SADL. Je tiens à adresser mes pensées les plus sincères à l'ensemble des étudiant-e-s de la promotion 2015-2016 du master SADL pour cette année de travail et d'amitié partagée.

A Lila, pour avoir si bien compris que sa maman avait « un vraiment gros devoir à faire ».

Sommaire

Remerciements	3
Sommaire	4
Préambule.....	5
Introduction	7
Partie 1 : Du contexte d'un débat public sur la professionnalisation, discours et pratiques sur l'interprétariat dans le soin	21
1. L'interprétariat dans le soin, un métier peu (re)connu ?	21
1.1. Typologie des interprètes en santé	22
1.2. Interprétariat dans le soin et accueil du migrant	26
2. Un recours qui ne fait pas évidence	33
2.1. Des structures de soins aux pratiques hétérogènes	35
2.2. Une action publique « labellisante »	39
2.3. Un patient allophone ne participant pas aux débats publics	45
3. Une définition comparative.....	49
Partie 2 : De l'engagement dans une carrière d'interprète en santé, quels moments pour « faire monde commun » ?	56
1. La carrière de l'interprète : d'une opportunité biographique à un « engagement »	58
2. La formation comme espace d'échange des « ficelles du métier »	69
3. Quels moments pour faire « monde commun » ?.....	75
Partie 3 : La lutte pour la reconnaissance de l'interprétariat dans le soin : comment permettre la coopération ?	84
1. Les enjeux de la lutte pour la reconnaissance : autonomie et coopération.....	85
2. « Faire réseau » : quelle coordination ?.....	89
2.1. Autour des actions de sensibilisation au recours à l'interprétariat en santé.....	90
2.2. L'Orspere-Samdarra comme lieu ressource pour « faire réseau ».....	93
3. Perspectives et points de vigilance.....	94
Conclusion	96
Bibliographie	100
Annexes	106

Préambule

Colloque Interculturalité et soin le 20 novembre 2014, intervention de Gabriel URIBELARREA, doctorant en sociologie et Aurélie BONNEAUD, assistante sociale, « Intercompréhension et reconnaissance dans l'accompagnement aux soins des personnes sans domicile - l'exemple de l'équipe mobile du Réseau Social Rue Hôpital ».

« Mr Scargo, 40 ans, est polonais et ne parle pas français même s'il comprend certains mots. Il parle un peu l'anglais. Je ne parle pas le polonais. Nous communiquons dans un mélange de français, d'anglais, d'écritures et de dessins. Il y a 4 mois, Mr Scargo s'est fracturé le poignet. Après avoir écourté son séjour aux Lits Halte Soins Santé où je l'avais orienté, il est reparti dans la rue. Accompagné par une collègue du Samu Social, il a pu retirer son plâtre aux urgences. Deux semaines plus tard, nous partons en maraude à sa recherche. Nous le retrouvons à une station de tramway. Nous remarquons d'emblée l'aspect de son poignet : gonflé, tordu. Il nous confirme que c'est douloureux et par des gestes nous fait comprendre que « ça le lance ». Il a eu mal toute la nuit. Il précise qu'il n'est pas tombé. Nous commençons à lui expliquer qu'il faut qu'il montre son poignet à un médecin. Il refuse catégoriquement. Nous commençons à négocier en lui expliquant qu'il « ne peut pas rester comme ça, à avoir mal ». (...) Mr Scargo me fait signe de la tête « non pas hôpital », « pas dormir hôpital ». Nous lui expliquons qu'il ne sera pas contraint de rester dormir s'il ne le souhaite pas. « Hôpital not good, not good », lâche-t-il bruyamment en faisant des grands « non » de son bras encore valide. Essayant de désamorcer la tension émanant de ce refus catégorique je lance : « I'm working in this hospital, there's good people too ». Il rit et acquiesce. Il acceptera finalement d'être accompagné aux urgences. »

Avant de commencer cette recherche, l'interprétariat dans le soin n'était pas un domaine totalement « étranger » pour moi. Dans ma pratique professionnelle d'assistante sociale, j'ai travaillé auprès de personnes ne maîtrisant pas la langue française dans différentes situations et suivant différentes missions (accompagnement aux soins de personnes « sans abris », aide au récit dans la demande d'asile, entretien social, etc.). Il m'est arrivé d'accompagner des personnes dans des consultations médicales et je me suis trouvée en position de « tiers », ayant pour rôle d'expliquer le soin au patient et le « social » au médecin pour que celui-ci adapte le soin aux conditions de vies du patient.

Au fil de ces expériences, j'ai pu rencontrer une diversité des formes d'interprétariat possible (professionnels, personnels soignants bilingues, membre de la famille, compatriote au téléphone, etc.) et mobiliser les différents outils de traduction informatique (« tradumed », « Google trad », etc.) dont j'ai toujours une des applications sur mon téléphone. J'ai aussi connu les nombreuses « galères » de l'interprétariat par téléphone, que je mobilisais souvent dans les situations d'urgences (mettre à l'abri une femme victime de violence conjugale, accueillir un mineur isolé étranger, etc.).

Et surtout, j'ai pratiqué les nombreux systèmes de « débrouilles » pour communiquer, donner des informations de base quand il n'y a pas le partage d'une langue commune. Sont alors utilisés, les gestes, les dessins, les mots « universels » (« *Ok* », « *catastrophe* » sont connus dans une majorité de pays) ou quelques mots glanés au fil de l'expérience.

Mais si mon objet de recherche n'était pas étranger pour moi, l'aborder avec un regard sociologique était une nouvelle perspective. J'ai donc choisi de mobiliser mon savoir d'expérience dans ce qu'il pouvait m'apporter en termes de compréhension des problématiques rencontrées par les acteurs en ayant le souci d'adopter une position de prudence des évidences trop rapides. Avec la « boîte à outils » constituée dans la formation de master de sociologie appliquée au développement local, j'ai requestionné les situations de soin du patient allophone avec un interprète, en espérant ainsi apporter une contribution personnelle au débat public au sens où « le rapport de recherche a toutes les chances de devenir à son tour une pièce du dossier, une contribution au débat, une ressource pouvant être mobilisée pour appuyer des arguments et faire avancer l'affaire dans laquelle les acteurs sont engagés »¹.

¹ Luc BOLTANSKI, *L'Amour et la Justice comme compétences*, Métailié, 1990, p. 45.

Introduction

Clôture de la matinée, Journée d'étude Orspere-Samdarra, Chambéry, 1^{er} juillet 2014, « La clinique à l'épreuve de l'interprétariat ». Retranscription AB.

Sociologue discutant : « Est-ce que, au final le gros problème, c'est pas les médecins ? »

(Rires dans la salle)

« C'est pas les soignants ? Parce qu'à vous écouter, ce qui est très intéressant, c'est qu'on parle de métiers mal définis, on parle d'intrus, on parle d'une position tierce, qui du coup, qui raisonne avec métiers mal définis et intrus. Or tiers, c'est un sur trois. Et quand on vous écoute, on n'a pas du tout l'image de l'interprète comme étant un sur trois, dans cette relation-là. La question que je me pose ici, c'est vraiment l'interaction entre les métiers de soignants qui sont des métiers bien définis, bien balisés, avec une certaine notoriété et la place de ce métier mal défini d'interprète. Quelque chose qui dessert, à mon sens, à nouveau l'interprète, c'est ce truc de la « traduction est une trahison ». Et du coup, quand on entend ça, ça rejette encore la faute sur l'interprète qui trahit, c'est pour ça que j'ai apprécié quand vous avez dit « traduire, c'est trouver des équivalences déformer les propos parce qu'on les reformuler », cela paraît plus juste. (...) Cette position-là de l'interprète, où on lui demande qu'il s'adapte, qu'il trouve des équivalences, et cetera. Le gros problème arrive à partir du moment quand en face, on a une situation de rejet. Ou le soignant, me semble-t-il, trouve que l'interprète empiète sur son métier. Et dans les exemples que vous avez cités, vous, choisir un mot plutôt qu'un autre... Là on est dans le métier là où le soignant ne va pas vous remettre en question. Par contre le soignant va vous remettre en question à partir du moment où vous allez dire, dans les mots qu'il vient de prononcer, il n'y a rien de délirant. Et là, est-ce qu'on ne fait pas un bout de diagnostic ? Quand est-ce que l'on arrive et que l'on empiète sur le domaine ? Donc là, il serait bien que pour le coup, les soignants réagissent aussi. Mais ce qui me fait conclure, on a beaucoup parlé de tenir sa place, on a assez peu parlé, au final, du médecin qui doit aussi tenir sa place. Le médecin qui dit « demandez-lui de, demandez-lui de » pour le coup, ne tient pas sa place. Et au final, ce qui en tant que sociologue du travail m'intéresse plus, c'est pas tant la traduction que la relation professionnelle entre le personnel soignant et les interprètes. Là, il y a pas de travail, à proprement parler à faire. On a quoi, on va avoir 10 minutes d'introduction dans les pratiques qui sont faites. Bon ben voilà, ce que je veux grosso modo. On va avoir 10 minutes, 20 minutes de débriefing derrière mais est-ce que ça, c'est vraiment inclure l'interprète dans la relation de soin ? Et à ce moment-là, effectivement, est-ce qu'il ne faut pas former médicalement parlant, en termes de compétences, certains interprètes de la même manière qui ne faudrait pas former certains soignants aux compétences de l'interprétariat ? ».

Une interprète : « Si on faisait équipe, on gérait ensemble avec les professionnels »

Une psychologue supervisant un groupe d'analyse de la pratique pour des interprètes :
« Vous disiez comment on pourrait faire, former les médecins, former les interprètes ? Parce que c'est vrai que c'est une vraie question sur la place du travail et des représentations de chacun. Est-ce que, ben, Samdarra, ce serait peut-être une idée comme ça. Est-ce que ce serait envisageable, à titre expérimental qu'il y ait un groupe de médecin avec interprète, d'analyse de la pratique de médecins avec interprètes pour voir qu'est-ce qui se joue, dans une relation de suivi avec des patients. Est-ce qu'il n'y aurait pas un enseignement à trouver à partir de ça, parce que bon, dire que les médecins, ils sont en position de savoir, c'est évident. Et qu'ils ont l'habitude aussi d'être ceux qui détiennent une certaine vérité. Dire que cela peut créer avec les

interprètes un sentiment de soumission, bon. Mais comment dépasser travailler ça ? Est-ce que c'est par la formation des personnes ? Est-ce que c'est par un travail de continuer à réfléchir à ce qui peut se produire, ce qui peut se faire dans cette relation à trois. »

Psychiatre discutant : « Bon, on est tous d'accord sur la notion d'inter-culturalité entre soignant et soigné. Il faut aussi qu'il y ait une inter-culturalité entre professionnel du soin et de l'interprétariat. Et je crois ce qui manque peut-être encore finalement à l'heure actuelle aux interprètes, c'est finalement une sorte de culture commune. Là où la culture du soin, la culture clinique est quand même bien assise. Et je crois qu'effectivement, les interprètes sont vécus comme d'autant plus intrusifs qu'ils n'ont pas la culture clinique et que forcément, le psychiatre est bien assis sur sa culture, il est dans ses petits souliers. Il fait un petit peu ce qu'il veut, quoi. Il faut bien le dire, faut l'avouer. Et je crois que finalement, au-delà de la culture de l'approche clinique que peut apporter les groupes d'analyses de la pratique, je pense qu'aussi, cet apport de créer une certaine forme de culture commune entre les interprètes, je pense que c'est très important. »

Une interprète : « On apprend en travaillant ».

Directrice de l'Orspere-Samdarra : « On voit bien que c'est un dispositif soignant-soigné qui est contraint et qui finalement est bricolé sans réfléchir à ce qu'on y fait. On voit bien que les pratiques sont extrêmement différentes d'un interprète à l'autre et également d'un psychiatre, d'un thérapeute à l'autre. Chacun y va de sa propre façon de voir, de ses propres représentations. Et peut-être que finalement, ce dispositif n'est pas assez réfléchi. Il n'y a pas assez d'élaboration théorique autour de ce dispositif. Et on y va un peu à l'aventure, et quelques fois, avec nos représentations qui peuvent nous persécuter. C'est-à-dire que des fois, on peut se dire : « ah la la, cet interprète, moi, j'avoue (...) C'est pas comme d'habitude ». On voit bien que c'est des dispositifs dont on n'a pas l'habitude de faire avec dans notre pratique quotidienne et qui méritent qu'on élabore ensemble et que si l'on pense au niveau théorique, l'habitude, et qui mérite qu'on élabore ensemble une théorie de ce qui se passe. Heu, j'ai bien apprécié que vous pouviez dire dans le quotidien, finalement, quel est le... Qu'est-ce qui se passe vraiment quand on est dans le cabinet médical et de travailler autant sur la forme que sur le fond et essayer d'élaborer ensemble une théorie de ce qui se passe quand on est dans ces dispositifs-là.

Donc autant l'interprète a besoin d'avancer vers les soignants, autant les soignants ont besoin d'avancer vers l'interprète pour travailler ensemble et pour trouver une culture commune. Et oui, c'est peut-être notre rôle de travailler à ces questions. »

Cette recherche est d'abord née d'une offre de stage parue en décembre 2015 à destination d'un-e étudiant-e de Master en « Sociologie Appliquée aux Développement Local » (SADL) provenant de l'Orspere-Samdarra (l'Observatoire santé mentale, vulnérabilités, société) autour d'un projet de formation à destination des interprètes et des soignants « afin d'améliorer la prise en charge du public allophone dans les domaines de la santé » financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes.

L'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (Orspere) a été créé en 1996 au Centre Hospitalier le Vinatier par un psychiatre (Jean FURTOS)

et un sociologue (Christian LAVAL) dans un contexte de questionnement sur les liens complexes entre précarité sociale et santé mentale et les difficultés exprimées, voire les « souffrances » des intervenants². En rupture avec les définitions jugées trop réductrices telle celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé, Jean FURTOS propose d'envisager la santé mentale « suffisamment bonne, comme étant la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non sans révolte, c'est-à-dire la capacité d'investir et de créer dans cet environnement donné, y compris des productions atypiques et non normatives ».

L'objectif de l'Orspere, qui devient un observatoire national (Orspere-Onsmp) en 2002, est de permettre un espace de réflexion pluridisciplinaire permanent, un lieu ressource et d'échanges des pratiques. Il s'inscrit dans une promotion de la clinique psychosociale définie comme « l'ensemble des pratiques qui prennent en compte l'expression d'une souffrance sur les lieux de travail social et différentes scènes publiques »³ à travers des recherches-actions, des colloques et par *Rhizome*, le « bulletin national santé mentale et précarité ». Il est financé de façon triennale par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (D.G.C.S.) et annuelle de la Direction Générale de la Santé (D.G.S.).

Dans la période 2003-2007, l'Orspere-Onsmp mène une recherche-action autour de la santé mentale des demandeurs d'asile en Rhône-Alpes, dans un contexte régional d'une arrivée qualifiée de « massive » de réfugiés fuyant les guerres et les conflits des Balkans à la fin des années 90. La question de l'accompagnement de ces migrants est amenée sous le prisme de la santé mentale, notamment avec une demande forte en soin autour des traumatismes des victimes et des difficultés exprimées par les professionnels qui se disent contraints de « bricoler » pour proposer des dispositifs de soins adaptés. En effet, « l'isolement » et le besoin de « soutien »⁴ des intervenants sont alors mis en avant dans leurs rencontres avec des personnes ayant parfois vécu des « situations extrêmes »⁵ dans leur pays d'origine et confrontées à leur arrivée en France à des situations de précarités diverses, notamment en lien avec une obtention du droit de séjour incertaine.

² « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », rapport du groupe de travail DIV-DIRMI- « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » présidé par le Pr Antoine LAZARUS, rapporteur général, Hélène STROHL, IGAS, rapporteurs Olivier QUEROUIL, DIRMI, Marguerite ARENE, DIV. DIV-DIRMI, 1995.

³ Jean FURTOS et Christian LAVAL (sous la direction de), *La santé mentale en actes-De la clinique au politique*, Erès, Ramonville- St-Agne, 2005.

⁴ « Pour un réseau Régional Santé mentale- Précarité-demandeurs d'Asile, Réfugiés », rapport de l'Orspere-Onsmp pour la DRASS, 2007, p. 25.

⁵ Michael POLAK, *Une identité blessée*, Métailié, Paris, 1993.

Le réseau Samdarra (Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes) est créé en novembre 2007 et bénéficie d'un financement annuel de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Rhône-Alpes. Hébergé au Vinatier et en filiation directe avec les membres de l'Orspere-Samdarra qui par exemple, sont membres du « comité technique », son objectif est de mettre en lien les initiatives, les « dispositifs » d'accompagnements et les intervenants dans plusieurs champs pour « faciliter l'accès aux soins des demandeurs d'asile et réfugiés, promouvoir les pratiques sociales de soutien à la santé mentale afin de réduire les risques d'ores et déjà authentifiés, faciliter la construction d'une réponse coordonnée entre les professionnels des différents secteurs d'intervention en réponse aux besoins de santé mentale et offrir aux professions un espace d'échanges »⁶. Le réseau est voulu ouvert à tous les intervenants, professionnels ou bénévoles qui souhaitent participer à la réflexion et qui ont possibilité de venir aux temps collectifs de réflexion, comme les « journées d'études » gratuites.

Suite au départ en retraite du directeur de l'Orspere-Onsmp et au travail commun des deux structures sollicitées de façon grandissante sur des problématiques transversales, une fusion s'opère en 2013 pour créer l'Orspere-Samdarra, sous la direction de Halima ZEROUG-VIAL (psychiatre)⁷, et permettre également une mise en commun des moyens humains et financiers. « S'organisent alors sous une même entité, deux pôles, dont la distinction ne se fait plus sur les publics (demandeurs d'asile, précaires...) mais sur les objectifs du savoir constitué : un pôle recherche et un pôle ressource »⁸. Ces deux pôles ne sont pas censés fonctionner en vase clos, ils s'alimentent l'un et l'autre, les chercheurs contribuant largement au pôle ressource et menant leurs recherches-actions dans des liens étroits avec les intervenants du champ de la santé mentale et/ou de la précarité.

Le pôle ressource souhaite venir répondre aux demandes et sollicitations des professionnels sur des thématiques portées par l'observatoire »⁹. Il a pour mission de diffuser les connaissances et les pratiques, soutenir les praticiens, faciliter la construction de réponses coordonnées entre les professions des différents champs d'intervention. Cette fonction ressource prend à la fois la forme de formations, de publications (*Rhizome*), de réunions de coordination des acteurs (comme par exemple, le comité technique qui « est une instance régionale réunissant des acteurs du social et de la santé mentale autour des questions liées à la

⁶ Rapport d'activité du Réseau Samdarra, année 2014.

⁷ Le Dr ZEROUG-VIAL était directrice du réseau Samdarra depuis sa création en 2007.

⁸ Rapport d'activité Orspere-Samdarra, année 2015, p. 5.

⁹ <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/outils/orspere-samdarra/presentation-865.html> (le 25/08/2016)

demande d'asile»¹⁰), des séminaires cliniques, des journées d'étude... Un Diplôme Inter Universitaire « Santé, société et migration » accueille chaque année des promotions d'une quinzaine de professionnels du monde du soin et/ou du social (infirmiers, médecins, assistants sociaux, etc.)

Le pôle recherche développe des recherches-actions sur les liens entre les problématiques sociales et la santé mentale dans une approche pluridisciplinaire (psychologie, sociologie, psychiatrie, science politique, etc.). Ces recherches s'articulent autour de quatre axes : « Habitat précaire et santé mentale », « Migrations et santé mentale », « Précarités, vulnérabilités et épreuves professionnalités » et « Participation des usagers (non) recours et enjeux de démocratisation ». Les recherches sur l'interprétariat s'inscrivent dans l'axe « migrations et santé mentale »

La question de l'interprétariat en santé mentale a été abordée pour la première fois de façon large par l'Orspere en juin 2006 dans le cadre d'une journée d'étude intitulée « la figure du tiers dans la rencontre clinique interculturelle ». Avec une table ronde consacrée à « l'interprète dans la consultation psychologique » animée notamment par une interprète, les interventions ont été consacrées à la posture de l'interprète entendu comme un « médiateur », « un tiers actif ». « Le tiers peut à la fois pacifier et compromettre ; le garde-fou des interprètes-médiateurs est l'éthique et la déontologie professionnelle. Nous constatons que la position de tiers que tient l'interprète dans la relation triangulaire est variable »¹¹.

Face à une forte augmentation des demandes d'interprétariats¹², une démarche qualité sur « l'évaluation du système d'interprétariat » est réalisée en 2012 par le Centre Hospitalier le Vinatier et le réseau Samdarra. Des préconisations ont été établies notamment au niveau de la diffusion de l'information des modalités d'accès à l'interprétariat au Vinatier auprès du personnel et des patients mais aussi en termes de sensibilisation des « professionnels de soin au travail avec interprètes » et des « interprètes à l'interprétariat en santé mentale »¹³

Suite à ce premier « état des lieux », l'Orspere-Samdarra lance en 2013 une recherche pluridisciplinaire sur le recours à l'interprétariat en santé mentale, qui combine deux approches. Une première, sociologique, se questionne sur les postures de l'interprète lors d'une relation de

¹⁰ Rapport d'activité Orspere-Samdarra, année 2015, p13.

¹¹ Louisa MOUSSAOUI et Sandrine DENIS-KALLA, « *Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se reliant !* », Actes de la journée d'étude de l'Orspere, *Figures du tiers dans la rencontre clinique interculturelle*, 2006, p. 9.

¹² « La demande d'interprètes a été multipliée par 4 en l'espace de 3 ans dans le pôle qui héberge la PASS ». Arnaud BEAL et Nicolas CHAMBON, « *le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes* », in *L'interprétariat en santé mentale, Les Cahiers de Rhizome n°55*, février 2015, p. 13.

¹³ *Evaluation du système d'interprétariat*, Fiche démarche qualité FDQ-093, le 27/06/2013, p. 15.

soin dans un dispositif de santé mentale. Elle a mis notamment à jour les épreuves traversées par les acteurs de cette relation de soin à trois (soignant-interprète-patient). Cette configuration nouvelle rendue incontournable dans un soin déjà basé sur l'interprétation (le clinicien est celui qui traditionnellement, interprète pour « soigner » le patient) bouscule les représentations, les savoir-faire, savoir-être (« savoir-dire » ?), des professionnels mais aussi du public. Des sentiments d'être étranger au monde de l'autre, tout comme des places difficiles à trouver entre proximité et distance ont ainsi été mis à jour par les enquêtes ethnographiques. Ces recherches ont abouti à la préconisation de proposer une formation des interprètes afin de les rendre plus « familiers » à l'intervention dans le domaine de la santé mentale et de soutenir « la professionnalisation des interprètes ».

La deuxième, menée par un psychologue social, croise des données quantitatives sur le recours à l'interprétariat par les soignants ainsi que des matériaux permettant des analyses qualitatives abordant les représentations, les difficultés rencontrées par les soignants ? Dans leurs pratiques de soins avec interprétariat. La réflexion se porte sur les différents enjeux des rapports existants entre le soignant et le soigné en présence d'un interprète pour tenter de dégager une typologie explicative et cerner les enjeux du non-recours à l'interprétariat dans le soin.

Une des premières restitutions de cette recherche a eu lieu lors d'une journée d'étude à Chambéry le 1^{er} juillet 2014. Cette journée a rassemblé une centaine de participants (soignants, travailleurs sociaux, interprètes...), il n'existe pas d'actes regroupant les retranscriptions écrites des interventions mais des enregistrements sonores que j'ai retranscrits.

Durant les échanges entre les professionnels à la suite des interventions, la nécessité d'une formation pour faire « culture commune » a été largement mise en avant. Dans la salle, l'Orspere-Samdarra a été interpellé à plusieurs reprises par les participants afin de proposer les formations préconisées dans ses restitutions de recherche. Face à cette demande, l'Orspere-Samdarra a alors choisi de développer cette perspective en effectuant une demande de subvention à l'ARS Rhône-Alpes pour ce projet de formation, dans un contexte, où des formations sont proposées aux interprètes essentiellement par les structures qui les emploient et de façons très diverses selon les territoires.

En février 2016, j'ai été recrutée en tant que stagiaire pour six mois au sein l'Orspere-Samdarra autour de la mise en œuvre et le suivi de ce projet de formations « à destination des interprètes et des soignants de la région Rhône-Alpes » avec un « objectif de sensibilisation et

de formation pour favoriser le recours à l'interprétariat en santé pour le public migrant allophone ». Conformément à la demande de l'ARS au moment où l'Orspere-Samdarra a soumis son projet de demande de subvention des formations, la santé y est abordée de façon large et non uniquement sous l'angle de la santé mentale. Cette ouverture nouvelle se caractérise également par la participation de l'Orspere-Samdarra à un projet collaboratif de recherche intitulé « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » financé par l'Agence Nationale de Recherche et pensé dans un partenariat entre l'Orspere-Samdarra et le laboratoire de recherches en linguistique ICAR (Unité Mixte de Recherche, ENS de Lyon, CNRS, Université Lyon 2).

D'un point de vue opérationnel, les formations s'organisent sous trois volets : deux journées réservées aux interprètes, une demi-journée pour les soignants et une demi-journée commune sous forme d'un groupe de travail entre les interprètes et les soignants. Elles doivent s'organiser dans quatre villes correspondant à quatre villes de la région-Rhône-Alpes déjà identifiées lors de l'élaboration du projet, soit avant mon arrivée en tant que stagiaire comme « zones de la région Rhône-Alpes les plus concernées par la prise en charge du public allophone ». Une entrée territoriale a donc été choisie pour aborder ce projet dans les « zones de la région Rhône-Alpes où le besoin en interprétariat est le plus marquée ». La sociologie appliquée au développement local est alors mobilisée pour contribuer au diagnostic social de territoire entendu comme une cartographie non pas des problèmes mais des « problématiseurs », « les personnes concernées »¹⁴.

Les attentes énoncées autour de ma fonction de stagiaire étaient d'apporter des éléments de réponse à la pertinence pour l'Orspere-Samdarra de développer et pérenniser un dispositif de formation mais aussi de proposition de pistes d'améliorations possibles. Ainsi, ce projet subventionné par l'ARS serait en quelque sorte une première ébauche d'un dispositif de formation qualifiante, sous forme d'un diplôme universitaire proposé par l'Orspere-Samdarra en région Rhône-Alpes¹⁵.

La posture sociologique que j'ai choisi d'adopter en tant qu'étudiante en master de Sociologie Appliquée au Développement Local est de tenter d'apporter des éléments de réflexion autour de ce projet, en tant que « tiers aidant »¹⁶. Il s'agirait ici de considérer que

¹⁴ John DEWEY, *Le public et ses problèmes*, Paris, Gallimard, 2010.

¹⁵ *Cela a déjà été précisé, l'Orspere-Samdarra propose déjà un DIU intitulé « Santé, société et migrations ».*

¹⁶ Gilles HERREROS, *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse, Érès, 2009, p. 135.

l'apport sociologique peut contribuer à l'action tout en adoptant une posture tentant d'analyser les effets, enjeux, perspectives de cette action.

La mise en œuvre du projet de formations a débuté avec mon arrivée en stage et le recrutement de la psychologue coordinatrice en charge des formations à l'Orspere-Samdarra. J'ai d'abord rencontré les sociologues et le psychologue social qui avaient effectué des recherches sur l'interprétariat et participé à l'écriture du projet de formations. Un groupe de travail s'est rapidement constitué autour du suivi de la mise en œuvre de ces formations et a choisi de se réunir une fois par semaine. Il était constitué de mon directeur de stage, la sous-directrice de l'Orspere-Samdarra, la chargée de projet, la psychologue coordinatrice et moi-même. Rapidement, un « rétro planning » a été établi pour fixer la réalisation de ces formations entre mai et octobre 2016.

Les différentes tâches accomplies par ce groupe de travail ont été l'écriture d'un argumentaire, la recherche d'intervenants, la communication du programme, la gestion des inscriptions ; il s'est aussi agi de veiller au bon déroulement des formations et de permettre une évaluation de la formation par ces participants. J'ai contribué à l'ensemble de ces actions en soutien aux salariés de l'Orspere-Samdarra, tout en disposant du temps pour cette recherche, notamment la possibilité de me déplacer pour mener des entretiens. J'ai également participé à l'intégralité de la première formation ayant eu lieu fin mai-début juin à Lyon.

En tant que stagiaire à l'Orspere-Samdarra, j'ai également eu la possibilité d'être présente à toutes les rencontres organisées en interne à l'équipe (réunion d'équipe hebdomadaire mais aussi visites d'expositions, etc.), aux réunions institutionnelles (comité technique de l'Orspere-Samdarra), aux modules de formations du D.I.U et aux rencontres ouvertes à tous (conférences, séminaires cliniques, etc.). Ces temps ont représenté des moments de recueil d'informations et d'échanges de points de vue entre différents « experts » du soin et/ou de l'interprétariat. Un journal de terrain a été tenu dès mon arrivée en stage pour consigner quotidiennement mes observations et réflexions.

Mes réflexions se sont d'abord portées sur la compréhension de la démarche militante des membres de l'Orspere-Samdarra autour de la promotion d'un recours à l'interprétariat familial à l'intervention en milieu médical lors du soin auprès d'un patient allophone. « Nous défendons l'idée selon laquelle s'exprimer dans sa langue est aussi une question de santé publique. Le

droit à comprendre et à se faire comprendre dans une langue maternelle ou usuelle apparaît comme une condition pour construire un système de santé égalitaire »¹⁷.

En lien avec cette démarche de promotion du recours à l'interprétariat dans les pratiques de soin auprès des patients allophones, l'Orspere-Samdarra a choisi de développer des actions de sensibilisation des intervenants à travers des formations spécifiquement dédiées à l'interprétariat en santé.

Si des écoles d'interprètes existent en France, il n'existe pas de « spécialisation » proposée dans le domaine de santé. A titre d'exemple, une de ces écoles propose des masters professionnels tels que « l'interprétation de conférence », « l'interprétation français/langue des signes » et un diplôme universitaire « traducteur-interprète judiciaire ». En région Rhône-Alpes¹⁸, ces mêmes formations existent mais aucune dans le domaine de la santé. Deux diplômes universitaires ont été repérés en France, mis en place récemment, il semblerait qu'il soit peu connu par les interprètes.

Apparue à partir des années 70 autour de politiques de santé publique et de cohésion sociale, l'activité d'interprétariat dans le soin se singularise par une présence physique de l'interprète lors de la consultation ou son intervention par téléphone et plus rarement, par vision conférence. Cette activité est proposée par des structures associatives ayant pour mission l'accès aux droits des personnes migrantes ou dans la palette d'intervention des interprètes « indépendants » (libéraux ou auto-entrepreneurs). Des formations à « l'interprétariat en milieu médical et social » sont souvent proposées par certaines de ces structures d'interprétariat aux interprètes qu'elles emploient.

Il a d'abord été observé que de nombreux écrits ont été produits par des acteurs directement impliqués dans l'activité d'interprétariat dans le soin : interprètes, médecins, psychologues, directeurs ou chefs de service d'une structure d'interprétariat, psychiatres... Ces écrits ou communications de colloques analysent souvent la relation de soin à trois, ses enjeux et bénéfices en s'inscrivant dans une approche en lien avec une certaine promotion en faveur du recours à l'interprétariat dans le soin.

Mais peu de recherches scientifiques ou institutionnelles sur l'interprétariat dans le soin ont été déjà menées en France, contrairement à d'autres pays tels que le Canada (notamment au

¹⁷ Gwen LE GOFF, Nicolas CHAMBON, « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales* 2016/2 (n° 6), p. 123-140, p. 137.

¹⁸ Projet réalisé et soumis à l'ARS avant la fusion entre la région Rhône-Alpes et Auvergne.

Québec) ou la Belgique, où les interprètes en milieu médical sont des professions réglementées. J'ai repéré deux études s'intéressant à l'interprétariat médical en France ayant la forme de rapports commandés par des instances de l'Etat.

En 2012, une étude que l'on pourrait qualifier de « médico-économique » a été financée par la Direction Générale de la Santé dans le but de mesurer « l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel »¹⁹. Le rapport final propose des recommandations « en matière d'étapes de la prise en charge » qui seraient nécessaires si « le médecin n'est pas bilingue lui-même », telles qu'intégrer « la question des patients allophones et de l'interprétariat dans la formation initiale des médecins et des autres soignants » ou « simplifier autant que possible les modalités de recours à l'interprète professionnel ».

Un rapport²⁰ a aussi été réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne et commandé par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) Auvergne dans le cadre du Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI) 2010-2012. Dans un contexte de disparition en 2009 d'une structure d'interprétariat pour « des problèmes de gestion et de baisses de subventions », cette étude sur l'offre et la demande d'interprétariat et de traduction propose comme piste d'amélioration la création d'une plate-forme à la fois pour gérer l'adéquation entre l'offre et la demande mais aussi comme « lieu-ressource » pour les interprètes.

Ces différents avis d'experts, recherches, discours rencontrés apparaissent en faveur d'une « promotion d'un interprétariat professionnel en santé ». Ils décrivent souvent les interactions entre les trois acteurs de cette relation de soin et donnent des informations sur les postures à adopter dans une situation d'interprétariat auprès du patient allophone, des définitions de « professionnalités ».

Un premier constat apparaît clairement dans ces argumentaires, c'est la récurrence du terme « professionnalisation », employé de façon polysémique mais généralement relié à une volonté de reconnaissance de l'interprétariat en santé comme une « profession ». Au regard de ce constat, il m'a semblé important d'éviter l'écueil du « piège définitionnel »²¹ du *folk concept*

¹⁹ Michaël SCHWARZINGER, « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé », Rapport d'étude réalisé pour le compte de la Direction Générale de la Santé, décembre 2012, Paris.

²⁰ Laure VAISSADE, S. MAQUINGHEN, « Etat des lieux sur l'interprétariat et la traduction en milieu social et médical en Auvergne », rapport de l'Observatoire de la Santé Auvergne, Juin 2012.

²¹ Howard S. BECKER, Préface de *Sociologie des groupes professionnels*, Didier DEMAZIERE et Charles GADEA, 2009, p. 10.

de profession en proposant un questionnement de type « est-ce que l'interprète en santé est un professionnel ? »²². Reprenant les enseignements du sociologue Everett HUGHES, un spécialiste de l'analyse des groupes professionnels, on peut dire que ce type de question est un piège dans toutes les sociétés où l'étiquette profession renvoie à des enjeux institutionnels forts : « C'est une fausse question car le concept de « profession » dans notre société n'est pas tant un terme descriptif qu'un jugement de valeur et de prestige »²³.

J'ai plutôt porté ma réflexion autour des « jeux » des acteurs qui en viennent à vouloir agir sur un processus qu'ils désignent comme de « professionnalisation » et qu'ils auraient identifié comme nécessaire pour des objectifs et intérêts qui leur appartiennent. Le questionnement qui a d'abord guidé ma recherche a été : *Les discours repérés sur la « professionnalisation des interprètes » ne représenteraient-ils pas une forme d'illustration de cet affrontement entre plusieurs mondes, des signes de la lutte pour la reconnaissance des différents acteurs aux intérêts et horizons divers ?*

Pour les sociologues Didier DEMAZIERE et Charles GADEA, « la professionnalisation, à la fois concept en vogue et catégorie récurrente des débats publics sur le travail, n'a rien d'un processus univoque et linéaire. Elle correspond à des dynamiques plurielles et multidirectionnelles : elles sont souvent partielles et peuvent être réversibles, elles sont marquées par des tournants qui ont des effets d'augmentation de la cohésion ou de fragmentation, elles peuvent provoquer des déplacements de frontières, elles peuvent susciter des alliances ou faire éclater des conflits, alimenter des mécanismes de sélection et d'exclusions, etc. »²⁴.

Mon attention s'est donc portée sur le contexte de débat public autour de la définition de ce « groupe professionnel »²⁵ par le repérage des espaces de « socialisation professionnelle », moments où un monde commun se construit entre les acteurs de

²² « Les enseignements et séminaires intitulés « Professions », « Métiers » ou « Sociologie du travail » (que j'assume depuis plus de vingt-cinq ans) attirent invariablement de nombreuses personnes étrangères à la sociologie. La plupart du temps, celles-ci veulent rédiger un mémoire pour prouver qu'un métier – le leur – est devenu ou est en passe de devenir une véritable profession », Everett HUGHES, *Les professions établies (1963)*, in *Le regard sociologique*, 1996, p. 111.

²³ Everett HUGHES, *Le travail et le soi (1951)*, in *Le regard sociologique*, 1996.

²⁴ Didier DEMAZIERE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, 2009, p. 437.

²⁵ « Le recours à l'expression « groupes professionnels » (...) désigne des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division du travail, et caractérisé par une légitimité symbolique. Ils ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance juridique, mais du moins d'une reconnaissance de fait. », *Ibid*, p. 20.

l'interprétariat dans le soin et où des « négociations » s'opèrent pour permettre la création d'espaces de références et de pratiques professionnelles communes.

Des « injonctions au professionnalisme »²⁶ semblent parfois apparaître, au-delà de la promotion du recours aux interprètes formés et reconnus comme professionnels (et même peut-être porteurs d'une qualification réglementée), dans la nécessité de « bien soigner »²⁷. Trois pistes de réflexion ont été alors reliées à ces débats observés autour de la confrontation des différentes définitions des acteurs de ce qu'est être un « bon professionnel » de l'interprétariat dans le soin. Il m'a semblé important de m'intéresser au contexte d'émergence de ces discours sur la professionnalisation des interprètes en « récoltant » les avis d'experts des acteurs. Ce recueil d'expériences m'a amenée à m'intéresser de près à la carrière des interprètes en santé et à vouloir approcher leurs représentations.

Mon regard s'est également orienté sur les moments de « socialisation professionnelle » où les interprètes confrontent des points de vue et négocient pour construire un « monde commun » qui leur permettent d'exercer une activité influencée par la demande du « marché ». « Dans tous les cas, la définition du caractère professionnel de l'activité de travail est un enjeu qui met aux prises des professionnels, plus ou moins reconnus comme tels, et d'autres acteurs, occupant des places variées dans les configurations pertinentes »²⁸.

Pour alimenter mon questionnement, la recherche s'est portée sur le recueil d'observations et de discours au fil du stage mais aussi sur l'organisation d'entretiens spécifiquement dédiés à la recherche. En effet, j'ai souhaité aborder ces problématiques sous l'angle du « vécu » des acteurs, de leurs « expériences », en recueillant leurs points de vue sur ces questions. Ceci, en ayant conscience qu'ils peuvent eux-mêmes être traversés par des ambivalences ou des contradictions et être sous l'emprise de différentes injonctions parfois contradictoires.

En lien avec la demande d'apporter des éléments d'évaluation à l'offre de formation de l'Orspere-Samdarra, il m'a semblé intéressant de pouvoir envisager les différents dispositifs de

²⁶ « Les mondes du travail contemporains se caractérisent par la montée d'exigences de professionnalisme portées de l'extérieur aux groupes et non pas introduites par les travailleurs concernés », Valérie BOUSSARD, Didier DEMAZIERE et Philip MILBURN, *L'injonction au professionnalisme, Analyses d'une dynamique plurielle*, PUR, p. 17.

²⁷ « Une crise des identités professionnelles dès lors que la « professionnalisation » est à la fois un idéal normatif dans une société où l'individu se définit par projet, une injonction managériale », Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD, *La sociologie des professions*, Paris, Colin, 2011, p. 18.

²⁸ Valérie BOUSSARD, Didier DEMAZIERE, Philip MILBURN, *L'injonction au professionnalisme, Analyses d'une dynamique plurielle*, 2010, p.173.

formations qui peuvent être proposés ou imposés aux interprètes amenés à exercer en milieu médical et social. Ceci en rencontrant des acteurs concernés par ces formations, pour les organiser, les dispenser ou les recevoir. Ainsi, cette recherche m'a amenée à rencontrer des interprètes ayant différents statuts et champs d'activité.

Tout d'abord, j'ai pris contact avec des acteurs proches de l'Orspere-Samdarra (membre du comité technique, formatrice, etc.). J'ai ensuite effectué un repérage des structures associatives d'interprétariat en France en m'appuyant notamment sur les signataires de la charte de déontologie. Le terrain ne s'est pas limité à la région Rhône-Alpes mais a pris une dimension nationale, avec notamment des déplacements financés ou des entretiens téléphoniques.

Au total, treize entretiens semi-directifs ont été réalisés entre avril et juin 2016. Les rendez-vous ont été pris d'abord auprès de membres du comité technique de l'Orspere-Samdarra puis via des mails de contact auprès de structures repérées au cours de ma recherche. J'ai réalisé dix entretiens « physiques », trois entretiens par téléphone dans sept villes et cinq régions différentes en France. Pour des raisons évidentes d'accessibilité de terrain et de « commande de stage », la région Auvergne-Rhône-Alpes et la ville de Lyon sont les plus représentées. Le choix a été fait de ne pas révéler les villes « visitées » dans un souci d'anonymat. Un entretien a été arrêté au bout de dix minutes, la personne n'étant visiblement pas à l'aise avec la situation d'entretien. Les personnes interviewées sont onze femmes et deux hommes.

Deux guides d'entretien (en annexe) ont été élaborés pour correspondre aux deux types de statuts d'acteurs face à la question de l'interprétariat : les responsables des structures d'interprétariat et les interprètes. Concernant les premiers, mon premier entretien s'est déroulé avec un directeur d'association qui comportait un pôle d'interprétariat (un rendez-vous pris suite à une rencontre lors du comité technique de l'Orspere-Samdarra) puis mes demandes de rendez-vous envoyés par mail ont été orientées vers les coordinateurs (ou chefs) de services d'interprétariat au sein d'une association. Sur les sept coordinateurs de services interviewés, quatre ont été ou sont également des interprètes.

Les premiers interprètes rencontrés étaient également en lien avec l'Orspere-Samdarra, trois d'entre eux ayant participé à la première session de formation. Les autres ont été approchés via un syndicat d'interprète indépendant (un entretien avec une interprète libérale et ancienne coordinatrice du syndicat, dont elle est toujours membre) et une structure associative d'interprétariat (deux interprètes ayant participé à un dispositif de tutorat).

D'emblée, je peux préciser que ma méthode de terrain m'a poussé à rencontrer des acteurs particulièrement « concernés » par les dispositifs de formation et participant aux débats publics sur la professionnalisation des interprètes de santé (un tableau récapitulatif des entretiens est en annexe). Ceci représenterait un premier élément explicatif du fait qu'il se dégage une relative homogénéité des discours voire des pratiques.

Dans ce mémoire, nous nous arrêterons d'abord en première partie, sur le débat public autour de la professionnalisation des interprètes de santé par l'observation des discours et des pratiques. Nous pourrions ainsi tenter de mieux comprendre le contexte d'émergence de l'interprétariat au regard des pratiques décrites par les acteurs rencontrés lors de la recherche pour faire apparaître, dans le premier chapitre, des observations sur un « métier peu (re)connu ». En apportant des réflexions autour des différents jeux des acteurs « concernés » par l'interprétariat dans le soin, nous pourrions mieux cerner en quoi le recours à l'interprétariat « ne fait pas évidence » dans les pratiques de soin. Enfin, nous remarquerons que les interprètes reprennent une méthode comparative pour construire leur définition de l'interprétariat dans le soin entre deux figures repoussoirs.

Dans une deuxième partie, nous observerons la carrière professionnelle des interprètes en nous centrant d'abord, sur les conditions d'engagement et de maintien dans cette carrière. Nous nous focaliserons ensuite sur la formation appréhendée comme espace d'échange des « ficelles du métier ». Enfin, nous chercherons à opérer un repérage des moments pour « faire monde commun » afin de mieux cerner les espaces de socialisation professionnelle pour les interprètes en santé.

Enfin, nos réflexions porteront sur la lutte pour la reconnaissance menée par les acteurs repérés. Dans cette troisième partie, nous recherchons à mettre en lumière les enjeux de cette lutte pour la reconnaissance, l'autonomie et la coopération. Nous nous pencherons alors sur la question de « comment faire réseau » et chercherons à établir des réflexions autour de la commande de stage centrée sur un projet de sensibilisation au recours à l'interprétariat dans le soin. Des préconisations et des points de vigilance pourront alors se dégager pour apporter des perspectives possibles dans les interventions à venir.

Partie 1 : Du contexte d'un débat public sur la professionnalisation, discours et pratiques sur l'interprétariat dans le soin

Dans cette première partie, à travers l'observation des discours et pratiques des acteurs rencontrés durant la recherche, nous reviendrons sur le débat public sur la professionnalisation de l'interprétariat dans le soin. Les enjeux soulevés autour du recours à l'interprétariat dans les pratiques de soins pourront ainsi apporter une mise en contexte du projet de formations de l'Orspere-Samdarra qui s'inscrit dans une action publique de favoriser l'accès aux soins du patient allophone. D'emblée, l'interprétariat dans le soin a été décrit dans les discours des acteurs rencontrés comme une activité peu connue, voire peu reconnue. Tout d'abord, nous tenterons donc de mieux cerner le groupe des interprètes en santé établissant une typologie des différents interprètes mobilisés lors du soin du patient allophone mais aussi en retraçant l'histoire de l'émergence de cette activité comme tributaire d'un marché.

1. L'interprétariat dans le soin, un métier peu (re)connu ?

En France, malgré une longue histoire d'intervention, l'activité d'interprétariat ne s'inscrit que partiellement dans une réglementation professionnelle et recoupe des champs d'interventions très variés selon le type d'activités des personnes qui y ont recours. La diversité des besoins des « clients » implique des variations sur les conditions d'exercice, la mise en œuvre de techniques et les postures professionnelles de l'interprète. Une première distinction s'opère entre les « traducteurs », travaillant à l'écrit, et les « interprètes », intervenant à l'oral puisque « l'interprète parle, le traducteur rédige »²⁹. Un débat a également lieu autour du terme à utiliser pour définir l'activité de l'interprète, entre « l'interprétariat » et « l'interprétation », qui serait connotée de façon positive, plus noble. Dans cet écrit, j'ai choisi d'utiliser le terme « interprétariat » car il a été retrouvé plus fréquemment dans les discours des acteurs rencontrés.

La démarche de recherche m'a amenée à rencontrer de nombreuses logiques professionnelles, façons d'exercer leur activité, chez les interprètes selon leurs trajectoires. Les interprètes sont parfois spécialisés dans un domaine (la conférence internationale, l'expertise judiciaire, etc.) et/ou peuvent cumuler leur activité avec la traduction de documents écrits. Ils

²⁹ <https://www.sft.fr>

ont aussi des statuts variés : ainsi, en France, les interprètes peuvent exercer leur activité en tant que salariés (d'une entreprise, d'une association, etc.), libéraux, auto-entrepreneurs, de façon cumulée ou non. Un recensement exhaustif du nombre d'interprètes exerçant en France en 2015 est d'ailleurs compliqué dans la mesure où certains cumulent parfois ces statuts. De même, il est difficile d'accéder à des statistiques sur le taux de féminisation : on peut seulement dire que les femmes seraient fortement majoritaires dans ce milieu professionnel.

1.1. Typologie des interprètes en santé

Pour contextualiser les discours autour de la professionnalisation des interprètes en santé, il est important de repérer des premières lignes de structuration du groupe des interprètes en santé. Nous allons donc nous risquer à une première typologie.

Cahier de terrain AB. Le 12/05/2016. Conférence Regards croisés, « Traduire, est-ce guérir ou trahir ? ». Prise de note du « retour sur expérience » d'un médecin dans une PASS.

« En tant que médecin, on passe notre temps à traduire. Donc oui, traduire c'est guérir. L'exemple classique, c'est quand le patient parle pendant 1min30 et que l'interprète improvisé dit « oui, oui, ça va ». En tant que soignant, vous passez plus de temps à dire au pseudo interprète de bien faire son boulot. La deuxième situation, c'est quand il n'y a pas d'interprète du tout. Quand il ne parle pas du tout notre langue. D'autres choses parlent sans la parole. Comme au *Time's up*, c'est un jeu de mimes. On n'est pas dans le cadre psy, on arrive à s'en sortir. Moi, je n'estime pas avoir eu une relation de soin efficace, mais ponctuellement, on y arrive. La situation 3, c'est un proche investi. L'exemple le plus fréquent à la PASS. Mais la limite du proche, c'est qu'il y a toujours de l'interprétation dans la tierce personne qui vient traduire. Moi, par exemple, si c'est de la famille proche, il y a des questions que je ne vais pas poser. La situation la plus efficace est l'interprète professionnel. Ça nous met en confiance, la garantie du travail bien fait. Un contrat est établi, un vrai contrat de confiance entre les 3 parties. »

Au fil de mon terrain, j'ai pu repérer et constituer quatre types d'interprètes mobilisés dans des situations de soin auprès d'un public allophone : l'interprète « ad hoc », l'interprète bénévole, le professionnel soignant interprète et l'interprète professionnel. Ces types ne se rencontrent pas dans toutes les situations de soins. Une nette distinction s'opère de fait entre les situations de soins, en fonction de qui a « fait venir » l'interprète : le patient allophone ou le soignant.

L'interprète « ad hoc »

Tout d'abord, nous pouvons distinguer les interprètes amenés par le patient, souvent désignés comme des interprètes « *ad hoc* » ou « communautaires ». Il s'agit alors de personnes tierces accompagnant la personne en soin. Membre de l'entourage de la personne (conjoint, enfant, ami, etc.) ou migrant dispensant ce service contre rétribution, l'interprète *ad hoc* se caractérise généralement par un éloignement du monde professionnel du soin. Aux yeux des soignants et des patients, il aurait ainsi les mêmes caractéristiques que le patient lui-même. Bien que largement mobilisé par les professionnels du soin soumis à des contraintes budgétaires ou d'urgences médicales, ce type d'interprétariat de « fortune » est considéré comme une figure repoussoir par de nombreux soignants car il pose la question de la confidentialité des échanges et de la liberté de parole du migrant à s'exprimer.

Face aux nombreux « problèmes » que poserait « l'interprétariat *ad hoc* », les professionnels du soin préfèrent généralement solliciter un autre type d'interprétariat qu'ils jugent plus « acceptable » en termes de garantie. Une distinction s'opère alors entre l'interprète qui est un professionnel du soin dans la même structure et l'interprète professionnel extérieur à l'institution.

Le professionnel soignant interprète

Une pratique souvent observée dans les centres de soins accueillant le public allophone est de mobiliser des soignants parlant la langue des patients allophones accueillis. De par la maîtrise d'une autre langue, ces soignants sont alors amenés à jouer le rôle d'interprète alors que leur formation professionnelle et leur métier font qu'ils possèdent des savoirs et des références sur la santé. Une forte proximité peut alors exister entre les soignants et le « soignants-interprètes », issus des mêmes mondes professionnels. Il reste que ce « bricolage » n'est pas forcément très apprécié par les soignants, car certains y voient un risque de substitution des rôles et la crainte d'être sous le regard d'un pair et donc une forme de « contrôle » sur leur activité professionnelle.

L'interprète professionnel

Les interprètes professionnels, c'est-à-dire recevant une rémunération directement liée à leur activité de traduction d'une langue à l'autre sont habituellement regroupés sous deux statuts correspondant à leur façon d'avoir accès au « marché ».

Les « indépendants », c'est-à-dire ayant le statut d'auto-entrepreneur ou de libéral, se distinguent par une activité qui dépend des réseaux de « clients » dont ils disposent. Leurs possibilités d'accéder à des formations sont très réduites, tout comme leur participation à des temps d'échanges collectifs tels que des analyses de la pratique. Ce statut est donc soumis à des incertitudes sous diverses formes (précarité, « souffrance au travail », risques psycho-sociaux ...). Par ailleurs, ce statut conduit à un relatif isolement professionnel, qui peut les amener à construire eux-mêmes leurs référentiels professionnels et à définir leurs façons d'exercer leur métier en fonction de leur segment de marché et carrière dans ce segment. On peut ainsi faire l'hypothèse que les postures professionnelles adoptées sont principalement issues des expériences personnelles chez les interprètes indépendants.

Les interprètes travaillant pour une structure d'interprétariat n'ont pas à démarcher eux-mêmes des structures de soin ou à gérer les relations de « commandes » ou de « clientèle », la structure d'interprétariat jouant un rôle d'interface entre la demande d'interprétariat et l'interprète. Ces structures d'interprétariat affichent, la plupart du temps, des pratiques de contrôle de la bonne maîtrise de la langue lors du recrutement. Elles proposent également souvent un accès à des formations et des temps d'analyse de la pratique pour l'apprentissage des postures à adopter lors de la relation de soin. Ces éléments sont mis en avant par les structures et par les soignants comme garantie de « professionnalisme » de l'interprète.

Par exemple, la « charte de l'interprétariat en milieu social et médical en France » a été issue d'un groupe de travail entre des structures d'interprétariat dans une « volonté d'harmonisation des pratiques » et dans un souci de promotion de l'interprétariat professionnel dans le soin. Cette charte a été signée par onze structures d'interprétariats en France. Ces structures d'interprétariats semblent compter le plus d'interprètes sous le statut de salarié et apparaître comme très visibles sur la scène des débats et rencontres publics en faveur d'une « professionnalisation » des interprètes en santé.

Ces structures sont des associations « sans but lucratif »³⁰ ayant des missions diverses de promotion de la santé des migrants », de « l'accueil et l'intégration des personnes d'origines étrangères », etc. Elles sont désignées dans cette recherche comme des structures associatives d'interprétariats et non des associations d'interprètes, en termes de regroupements de professionnels ou de professionnels ou de « confraternité »³¹.

Nous avons pu observer que ces structures d'interprétariat étaient généralement décrites par les soignants comme apportant des garanties de « professionnalisme » de l'activité des interprètes. Par leur rôle d'interface avec le commanditaire, et donc le client, elles apporteraient des sécurités aux interprètes qui n'ont pas à démarcher eux-mêmes les structures de soins pour s'assurer une activité professionnelle. Autour de ces relations apparaissent des réflexions et des discours autour des « enjeux d'une professionnalisation » notamment contre les situations de précarités des interprètes³² mais aussi « dans la volonté d'homogénéiser les pratiques »³³.

L'interprète bénévole

Certaines associations d'accès aux soins ou d'accompagnement aux soins disposent d'un réseau de bénévoles leurs permettant d'assurer l'interprétariat entre le soignant (bénévole ou non) et le patient allophone. Ces structures associatives proposent parfois une formation à ces interprètes bénévoles. Cette « catégorie » n'étant pas appréhendée dans les recherches antérieures de l'Orspere-Samdarra sur l'interprétariat dans le soin, je disposais de peu d'informations sur la nature des représentations des soignants ou des patients allophones les concernant. Cependant, elles resteraient proches de celles attribuées aux interprètes professionnels car elles n'ont pas été sollicitées directement par le patient mais par une structure associative faisant l'interface. Durant ma recherche, j'ai rencontré des interprètes bénévoles exerçant en plus de leur activité d'interprète professionnel. De même que deux interprètes bénévoles ont assisté à la première session de formation de l'Orspere-Samdarra. Je n'ai alors pas observé, dans leur discours sur leur façon d'appréhender l'activité d'interprétariat dans le

³⁰ Préambule de la « Charte de l'interprétariat en milieu social et médial en France ».

³¹ Anselm L. STRAUSS et alii, « *La dynamique des professions* », in *La Trame de la négociation*, Paris, l'Harmattan, 1982, p. 77.

³² « Le métier est extrêmement précaire et il y a déjà à cet endroit en jeu à la professionnalisation », Natacha CARBONEL et Nicolas CHAMBON, « L'interprète : un intervenant en santé mentale ? », in *Les Cahiers de Rhizome*, Février 2015, p. 86.

³³ *Ibid.*, p. 55.

milieu de la santé, des divergences ou une hétérogénéité par rapport aux autres discours des interprètes exclusivement « professionnels ».

De cette typologie se dégage des représentations et des pratiques différentes chez les acteurs de la relation de soin avec le patient allophone. Les discours autour de la « professionnalisation » de l'interprétariat dans le soin apparaissent alors comme reliés à des demandes de garanties qui pourraient se formaliser autour d'une relation de type « client-prestataire ». Il nous semble donc pertinent de nous pencher davantage sur ces « clients » et leurs besoins en interprétariat pour mettre en lumière l'émergence et le développement de cette activité autour de la demande du marché.

1.2. Interprétariat dans le soin et accueil du migrant

Durant le travail de terrain, les entretiens menés auprès des responsables de structures d'interprétariat ont souvent conduit ceux-ci à retracer l'histoire de l'activité d'interprétariat dans le soin et les caractéristiques des publics qui y ont recours et ainsi à donner leur propre vision et définition du « patient allophone ».

En premier lieu, l'interprétariat « professionnel » est très fréquemment relié par les acteurs rencontrés durant cette recherche à l'exemple de l'activité d'interprétariat de conférence qui est apparu publiquement dans les premières grandes rencontres internationales durant la seconde guerre mondiale. Le repère historique le plus souvent repris est le procès de Nuremberg ayant eu lieu du 20 novembre 1945 au 1^{er} octobre 1946 pour vingt-deux accusés. La nécessité d'une traduction fiable simultanée en quatre langues, pendant 402 séances était sans précédent et a alors demandé la mise en place de techniques inédites (la traduction simultanée³⁴), l'utilisation de nouveaux outils (écouteurs, micros, cabines) mais également le recrutement massif d'interprètes. Face à une demande forte d'interprètes durant les grandes rencontres internationales, des écoles d'interprètes et de formation se créent progressivement sur le modèle de l'école de Genève ouverte en 1941. L'Association International des Interprètes de

³⁴ *Auparavant, c'est la traduction en consécutif qui primait lors des conférences, c'est-à-dire une traduction après que l'orateur a terminé l'intégralité de son discours, ce qui impliquait une temporalité différente et ne pouvait pas être appliqué lors d'un procès où le « débat » entre les différentes parties est recherché.*

Conférence (AIIC) se crée en 1953 et définit un « code éthique » et des « normes professionnelles »³⁵.

L'exemple des interprètes de conférence est largement mobilisé par les acteurs rencontrés comme une illustration d'une activité professionnelle qui ne ferait pas l'objet de lutte pour la reconnaissance³⁶. Dans une perspective où « il s'agit non plus de se demander quels métiers sont des professions mais quelles circonstances permettent à un métier de devenir une profession »³⁷, il semble alors ici particulièrement pertinent d'observer le contexte d'apparition de l'interprétariat dans le soin comme une activité rémunérée en le reliant à la demande de clients et donc en la situant dans un « marché ».

De fait, l'émergence de l'interprétariat dans le domaine de la santé comme activité professionnelle se dessine en parallèle de l'histoire migratoire et des politiques sociales en France. Les structures d'interprétariat associatives, d'abord largement financées par des subventions publiques, se sont créées pour répondre à des besoins de traduction en suivant ces orientations politiques. Ces associations se définissent elles-mêmes comme des structures d'accès aux droits pour le public migrant et comportent le plus souvent d'autres domaines d'activités (accompagnement social, centre d'hébergement, etc.) et de type de traduction (dans le domaine médical mais aussi social, éducatif, parfois judiciaire, etc.).

Dans cette histoire institutionnelle de l'interprétariat en santé et plus largement de l'interprétariat, un premier repère majeur se situe dans les années 70 avec la création de structures associatives de traduction des documents des « travailleurs migrants » auprès des services administratifs français (Préfecture, etc.). Cette activité de traduction écrite « assermentée » est alors financée par l'Etat (sous forme de subventions directes des associations) et était proposée gratuitement aux migrants afin d'obtenir une régularité de séjour et d'accès à l'emploi.

³⁵ Source internet <http://france.aiic.net/> (le 08/08/2016)

³⁶ « Si l'interprétariat professionnel est bien reconnu, admis et apparaît même comme « évident » dans les champs traditionnels de la diplomatie, du commerce international ou de la justice, il reste méconnu et sous-estimé dans les champs administratifs, social et médical », Aziz TABOURI (*sous-directeur d'une structure d'interprétariat*), *L'interprétariat dans le domaine de la santé une question aux enjeux souvent ignorés*, Hommes et migrations. <https://hommesmigrations.revues.org/456>

³⁷ Florent CHAMPY, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009, p. 28.

Extrait de portrait de la structure 4 (entretien chef de service d'une structure associative d'interprétariat et interprète) :

Structure d'interprétariat créée en 1975 d'abord autour de la traduction des documents des « travailleurs immigrés ». Gratuité des usagers assurés par des subventions de l'Etat. « La France a fait venir de la main-d'œuvre étrangère, il a fallu créer un service pour traduire les documents de ces personnes en français ».

L'interprétariat (en tant que traduction directe à l'orale) s'est ensuite développé autour de l'accès aux administrations, notamment les services proposant des aides sociales et nécessitant pour les bénéficiaires de se rendre aux « guichets », notamment dans les agences de la Caisse d'Allocation Familiale.

Extrait entretien 3 (coordinatrice du service interprétariat d'une structure associative et interprète)

« Dans certaines administrations, par exemple, la CAF, dans les années 70/ 80, avait une permanence interprétariat en langue turque pour aider. L'interprète était vraiment là avec l'accueillant de la CAF, c'étaient des permanences qui étaient liées à ces populations-là. Donc progressivement, est venu le domaine de la santé, quand même assez rapidement. Parce que la PMI, c'est un service qui a contractualisé avec (*nom de l'association*). Et à partir de ce moment-là, il y a eu un petit peu une spécialisation des interprètes à (*nom de l'association*) qui inclue bien souvent, il fallait aussi faire d'autres activités. Souvent les intervenants étaient quand même polyvalents. Ils pouvaient aussi bien faire de l'accueil sociojuridique, faire un peu d'animation auprès des femmes ou les enfants, et de l'interprétariat. C'était un petit peu comme ça, confondu avec les autres activités.

Ainsi, un des premiers moments de l'interprétariat est repéré au début des années 80, autour du public des familles migrantes arrivées en France notamment via le « regroupement familial ». Les « clients » des interventions d'interprètes sont alors bien souvent les institutions d'aide sociale autour des enfants et de la famille ou encore des bailleurs sociaux. En effet, dans les quartiers souvent désignés comme ciblés par « les politiques de la ville », la figure du « médiateur social » apparaît pour permettre le lien entre les habitants et les institutions sociales.

Portrait de la structure 1 (entretien 1 avec le directeur de structure associative) :

L'association existe depuis 1981 et s'est constitué autour de « nouvelles questions » des professionnels de l'action sociale, et particulièrement du logement social, pour l'accueil « des familles qui sont venues au moment du regroupement familial ». Les 15 premières années, l'association proposait des formations, des mises en réseaux aux professionnels et des « femmes relais médiatrices », salariées de l'association. Puis en 1996, un service d'interprétariat s'est créé pour répondre aux besoins des professionnels en recrutant, en tant

qu'interprètes, ces femmes-relais médiatrices ou des femmes qui ont suivi une formation proposée par l'association en tant que de primo arrivantes. La création d'un service d'interprétariat est à relier avec un contrat décroché pour le CAI [*Contrat d'Accueil et d'Intégration*]. « Pourquoi ça a été un tournant ? Parce que cela nous a obligé d'étoffer notre catalogue de langues à toutes les langues présentes » dans le département.

A la fin des années 90, la demande d'interprétariat auprès d'un public en situation de migration s'articule aux transformations des politiques de régulation des flux migratoires orientée progressivement vers une « immigration choisie ». Les pays d'origines évoluent au fil des « vagues » d'arrivées de personnes contraintes de fuir différentes situations (conflits, génocides, catastrophes climatiques, persécutions de genre, etc.). Cette diversification constante implique de nouvelles langues pratiquées par les personnes allophones et donc des besoins en interprétariat comportant des « langues rares », c'est-à-dire pour lesquelles il n'existe pas encore d'interprète en exercice.

Aujourd'hui, le public en situation de migration rassemble des personnes aux parcours variés, marqués par des conditions multiples et complexes d'exil et d'installation : cette variété est mise en avant dans les réflexions globales et positionnement de l'Orspere-Samdarra. C'est aussi le cas de sa « vulnérabilité ». Pour Nicolas CHAMBON³⁸, la figure du « migrant précaire » émerge comme « figure cumulative des vulnérabilités ». En effet, les structures destinées à recevoir les personnes en situation de précarité sont largement investies par le public de migrant comme par exemple la Permanence d'Accès aux Soins de Santé³⁹ de l'hôpital du Vinatier qui comporte à 99% de ses patients des « migrants ».

Des structures se spécialisent dans l'accès aux soins du public migrant comme par exemple, la structure 11, qui a développé un pôle interprétariat suite à l'ouverture d'un centre de soins à destination des migrants.

Extrait entretien 11 (coordinatrice du service interprétariat dans structure associative)

En fait notre réseau ville hôpital était créé en 91, c'était surtout un réseau VIH donc on a travaillé en lien entre la ville et l'hôpital pour les personnes atteintes du VIH. Et en fait, on a développé notre activité sur les migrants à partir de 2006, fin 2005. Et nous avons un centre médical, (...) où nous avons des consultations médicales pour les personnes migrantes et on

³⁸ Nicolas CHAMBON, « *Le migrant précaire comme figure du débordement* », in *Rhizome* n° 48, « *le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentale* », juillet 2013.

³⁹ Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Source internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_synthese.pdf (le 10/05/2016)

avait besoin d'interprètes dans le cadre des consultations médicales chez nous. Et c'est pour ça qu'on avait créé le pôle interprétariat en 2006 avec des interprètes en différentes langues pour intervenir dans tout ce qui est médico-social.

Parce que du coup, il n'y a pas d'interprètes ? (...)

Oui voilà. Et nous dans le cadre des consultations médicales, on trouvait ça difficile de faire intervenir les membres de la famille ou de la communauté pour des questions de confidentialité. Donc du coup, nous avons bien besoin d'interprètes formés et qui sont tenus à la confidentialité aussi, pour tout ce qui est annonce de diagnostic, et cetera, pour toutes ces choses qui sont un peu confidentielles.

D'accord, donc d'emblée, le souhait était de recruter des interprètes spécialisés dans le domaine de la santé ?

En fait, ce n'est pas... On savait très bien qu'on n'aurait pas de personnes spécialisées dans le domaine de la santé mais on a proposé des formations spécialisées à des interprètes que nous avons recrutés et nous avons travaillé sur leur formation ».

Si certains centres de soins choisissent d'employer directement des interprètes, d'autres ont arrêté après une expérimentation en avançant l'argument d'une perte de souplesse et de capacité d'adaptation aux besoins d'interprétariat qui sont très dépendants des flux migratoires.

De par les parcours d'exil parfois traumatiques et des situations de vulnérabilités en France, le public des migrants précaires vient donc requestionner les liens entre santé mentale et précarité, objet de recherche de l'Orspere-Samdarra. « Nous défendons que ce public cumule des vulnérabilités psychiques, sociales et administratives. Cette précarité a bien évidemment des effets sur la santé mentale »⁴⁰. En santé mentale, si les dispositifs traditionnels de soin doivent réinventer des dispositifs cliniques adaptés aux situations et pathologies des patients (ethnopsychiatrie, clinique transculturelle, de l'exil...), des structures dédiées à ces cliniques particulières ouvrent également la porte.

Extrait de portrait de la structure 9 (entretien 9 avec coordinatrice du service interprétariat)

L'association est constituée de 3 services :

- un qui soutient un service hospitalier et qui fait des prises en charges psychothérapeutiques à l'hôpital. « L'association met en place des ateliers et participe à des étayages que l'hôpital ne peut pas fournir » (atelier peinture, réunions pluridisciplinaires comme des psychologues spécialisés dans la périnatalité auprès des migrants, les mineurs isolés étrangers, réunions interprofessionnelles pour soutien aux professionnelles et orientation des patient...) mais la prise en charge thérapeutique faite par l'hôpital.
- service auprès de la population d'un quartier politique de la ville

⁴⁰ Gwen LE GOFF, CHAMBON, « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales* 2016/2 (n° 6), p. 123-140.

- **pôle interprétariat** : « L'association s'est orienté sur la prise en charge de migrants et à développer la clinique transculturelle. Une prise en charge particulière qui prend en compte la culture du bénéficiaire pour pouvoir mieux adhérer au soin. Rapidement, elle s'est aperçu que les bénéficiaires, ne parlaient pas français et pour ceux qui baragouinait en français, exprimait mieux leur ressenti et leur émotion dans leur langue maternelle ».

Aujourd'hui, le contexte migratoire est souvent qualifié en termes de « débordement » avec une arrivée massive en Europe de « la vague de réfugiés la plus importante depuis la seconde guerre mondiale »⁴¹. Actuellement, la demande d'asile est largement mobilisée par les « arrivants » pour tenter d'obtenir une régularité de séjour et un accès à une certaine forme d'aide sociale (hébergement, allocation, etc.). En France, « la demande d'asile a augmenté de 85% entre 2007 et 2014 et de 22% en 2015 »⁴². Au cours des démarches administratives que doit mener le migrant, sa capacité à énoncer un « récit de malheur » pour être reconnu comme réfugié⁴³ (voire de justifier un statut « d'étranger malade »⁴⁴) est souvent au centre d'une installation possible sur le territoire ou non.

Des enjeux politiques et des débats fortement publicisés se confrontent autour de la notion d'accueil des migrants mais aussi dans le fait même d'intervenir auprès des personnes migrantes. « Partout domine la politique de l'autruche. Pour Calais et Sangatte, point de départ sous la Manche, le récent rapport au ministre de l'Intérieur sur la situation des migrants (*Le pas d'après*, remis en juin 2005 par Jean ARIBAUD et Jérôme VIGNON) relève les contradictions de la politique menée par les forces de sécurité pour lutter contre les prétendus « appels d'air » d'un côté, et les autres acteurs locaux de l'autre »⁴⁵.

⁴¹ Alexandre POUCHARD et Pierre BRETEAU, « Le nombre de migrants et de réfugiés a explosé au XXI^e siècle », *Le monde*, le 03/09/15. URL://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/09/03/le-nombre-de-migrants-et-refugies-a-explose-au-xxie-siecle-dans-le-monde_4744977_4355770.html (le 12/03/2016)

⁴² Gwen LE GOFF, CHAMBON, « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales* 2016/2 (n° 6), p. 123-140.

⁴³ Pour l'article 1^{er} de la convention de Genève du 28 juillet 1951 régissant la demande d'asile en France : « le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ».

⁴⁴ Le titre de séjour pour raison de santé portant la mention « étranger malade » est également une des démarches possibles pour les migrants qui demandent une régularité de séjour en France.

⁴⁵ Catherine WIHTOL DE WENDEN, « Une nouvelle donne migratoire », *Politique étrangère* 3/2015 (Automne), p. 103 p. 95-106. URL : www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2015-3-page-95.htm (le 16/07/2016)

Cahier de terrain AB. Le 06/07/2016. Séminaire clinique Orspere-Samdarra. Intervention de Farid RIGHI, sociologue.

« Il se dessine une dimension politique dans le fait de travailler auprès des demandeurs d'asile, car le public de demandeurs d'asile est considéré comme indigne, c'est indigne de travailler avec ce public. Le travail auprès du public permet de le rendre digne, de participer à sa reconnaissance ».

Ces contradictions se retrouvent autour de l'accès aux soins pour le public allophone en situation de migration qui représente parfois un des seuls droits accessibles⁴⁶. Les intervenants doivent apporter un soin inconditionnel si l'état de la santé le nécessite qui supplante parfois les statuts administratifs en rapport avec la « régularité de séjour ». Ceci, dans un contexte de budgets alloués par les politiques publiques qui ne cessent de se restreindre, instaurant des priorisations à faire dans l'accompagnement (comme par exemple l'attention portée aux familles pour l'accès à un hébergement, tandis que de nombreux « isolés » n'y ont aucun accès). De même, les restrictions budgétaires ont des impacts sur le nombre de professionnels intervenant dans les structures d'accueil et notamment concernant le financement de l'interprétariat.

Dans ce contexte de « débordement », de nouveaux territoires sont concernés par des arrivées de migrants alors que les structures d'accueil n'étaient pas traditionnellement dédiées à l'accueil de ce public. Ceci nécessite à la fois une adaptation des professionnels mais aussi une sollicitation accrue de certains services déjà existants.

Extrait entretien 11 (coordinatrice du service interprétariat dans une structure associative)

« C'est vrai que maintenant on est confronté à beaucoup beaucoup de travail et de demandes qui arrivent récemment. On va recevoir encore 300 personnes sur notre région qui arrivent. Donc on travaille beaucoup en urgence ne plus, ces derniers temps. Je pense que c'est le cas de beaucoup de structures actuellement, car du coup, il y a cette arrivée, les personnes sont dispatchées sur différentes régions donc nous, il faut qu'on réponde vite. Parfois c'est des personnes qui arrivent jeudi, on nous demande de l'interprétariat dès jeudi, donc voilà. C'est

⁴⁶ « Si les restrictions en matière d'immigration, y compris pour ce qui concerne des domaines longtemps protégés comme le regroupement familial, n'ont cessé de s'amplifier, le droit aux soins est resté, jusqu'à une période récente, relativement épargné par cette évolution. Au fond, il était assez largement admis que, d'un côté, on pouvait se montrer de plus en plus sévère en matière de contrôle de l'immigration et de plus en plus disqualifiant à l'encontre des immigrés, mais que, de l'autre, on devait au moins garantir à tous ceux qui se trouvaient sur le territoire français, même en situation irrégulière, un accès à des prestations minimales de santé. Illégitimité de la population, d'un côté, légitimité du corps, de l'autre ». Didier FASSIN, « *Le droit d'avoir des droits* », *Hommes et migrations*, 1282, 2009, 20-23, p. 21.

des choses pas évidentes à organiser parce qu'on le sait pas beaucoup en avance. Mais bon, je pense que c'est partout comme ça dans les régions actuellement.

Et c'est un phénomène nouveau pour votre ville ou c'est traditionnellement un endroit où il y avait beaucoup de demandeurs d'asile ?

Non, justement, c'est assez récent, c'est pour ça que dans notre région, des personnes des centres d'accueil de demandeurs d'asile se trouve un peu démuni. Parce que c'est un phénomène assez récent. Si dans notre ville, on avait déjà des migrants depuis un moment mais en comparant avec le Sud de la France ou Paris, c'était rien. Et là, on a quand même beaucoup plus d'arrivées qu'il y a quelques années, ça c'est sûr. » (...) « Dans la région, c'est quand même assez récent. Par rapport à d'autres régions. Par rapport à votre région, je pense, où il y avait des arrivées quand même plus tôt que dans notre région » (...) « C'est plutôt des hommes isolés, de Syrie, Afghanistan, kurdes, des personnes des zones de conflit ».

Par ailleurs, de nouvelles structures d'accueil de ces migrants ouvrent dans des territoires dépourvus de structures de soins – « les déserts médicaux » et d'interprètes –, « des déserts d'interprétariat » favorisant le recours à l'interprétariat par téléphone (ou par visioconférence) qui est mobilisé pour limiter les déplacements des interprètes et permettre les interventions en urgence mais plus largement, les systèmes de débrouilles.

Pour conclure, il apparaît que l'interprétariat dans le soin était tributaire des flux migratoires en Europe et des politiques institutionnelles dans le registre migratoire et dans le registre hospitalier. Dans un contexte actuellement qualifié de « débordement », les soins aux patients allophones sont traversés par des représentations et des enjeux multiples. Il semble maintenant nécessaire de s'intéresser aux pratiques actuellement observées en matière de recours à l'interprétariat dans le soin pour tenter de mieux comprendre le contexte d'exercice de l'activité d'interprétariat et des discours autour de sa professionnalisation.

2. Un recours qui ne fait pas évidence

Juridiquement, le fait de recourir à un interprète relève ou non d'une obligation légale selon les domaines d'interventions auprès du public allophone. La loi du 5 août 2013⁴⁷,

⁴⁷ Loi du 5 Août 2013, chapitre III, Article 4. I : « Si cette personne ne comprend pas la langue française, elle a droit, dans une langue qu'elle comprend et jusqu'au terme de la procédure, à l'assistance d'un interprète, y compris pour les entretiens avec son avocat ayant un lien direct avec tout interrogatoire ou toute audience, et, sauf renonciation expresse et éclairée de sa part, à la traduction des pièces essentielles à l'exercice de sa défense et à la

« portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France » a introduit un « droit à l'interprétation et à la traduction »⁴⁸ dans les procédures pénales et les modalités d'interpellation des interprètes experts et assermentés⁴⁹.

Cependant, s'il est seulement légiféré dans le domaine de la justice, le recours à l'interprétariat n'est pas coercitif dans le domaine de la santé. En effet, ce recours à l'interprétariat dans le soin relève de recommandations de bonnes pratiques dispensées par le comité des ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres, la Haute Autorité de Santé. Il est aussi présent dans la Charte du patient hospitalisé. Il n'y a pas de dispositions prévues par le *code pénal* en cas de non recours à l'interprétariat dans le soin. Dans ce cadre juridique relativement peu contraignant, la réalité des pratiques apparaît éloignée des « bonnes pratiques » espérées.

La présence de nombreux patients allophones est observée dans les structures de soins et particulièrement les dispositifs d'accès inconditionnel aux soins pour les personnes en situation de précarité. Pourtant, le fait de recourir à l'interprétariat ne fait pas toujours évidence et n'est pas la pratique la plus répandue pour le soin d'un patient allophone qui se déroule la plupart du temps à deux (« patient » / « soignant »). Pour communiquer avec les patients allophones, des systèmes de « débrouille » sont souvent mis en place par les professionnels soignants. Ceci, soit en mobilisant des interprètes « *ad hoc* » (cf. supra) « amenés » par le patient, soit en utilisant des outils de traduction informatiques (tels ceux proposés par « *Google trad* », « *tradumed* », etc.) ou des systèmes de communications infra-verbaux (dessins, gestes, etc.).

Cahier de terrain AB. Le 12-02-15, Journée de formation « paroles et altérité » du DIU de l'Orspere-Samdarra, fin de la matinée, moment d'échange avec les étudiants (des professionnels des soins et du social), autour de leurs pratiques de recours à l'interprétariat dans le soin.

« Ça coute trop cher » (*infirmier dans un service de psychiatrie*).

garantie du caractère équitable du procès qui doivent, à ce titre, lui être remises ou notifiées en application du présent code».

⁴⁸ Chapitre III, dispositions portant transposition de la directive 2010/64/UE du parlement européen et du Conseil du 20 octobre 2010 relative au droit à l'interprétation et à la traduction dans le cadre des procédures pénales.

⁴⁹ CESEDA, article R111-1

« Parfois on a un vrai interprète mais c'est trop cher » (...) « Sans interprète, on fait de la médecine vétérinaire » (*médecin dans un dispensaire de santé*).

« Pour certains patients que je suis, systématiquement on prend un interprète » (*infirmière dans une PASS mobile*).

« Dans notre département, on utilise souvent une structure d'interprétariat associative. Autrement, système D avec les compatriotes » (*infirmière dans une équipe mobile psychiatrie précarité*).

« J'ai juste une expérience avec un interprète au téléphone, ça avait été un peu compliqué » (*interne en médecine*).

« En prison, il y a régulièrement des patients d'Europe de l'Est. On n'a pas possibilité de faire appel à l'extérieur, on prend du personnel de l'hôpital et c'est problématique. La plupart du temps, on se débrouille sans », (*infirmier*)

« On n'a pas de budget. Quand, je reçois les personnes, elles viennent accompagnées d'un tiers » (*assistante sociale*).

« Des niveaux de consultations différents : soit on ne comprend rien. Soit c'est un enfant de 7 ans qui ne comprend pas bien. Soit un enfant qui comprend mais cela reste l'enfant. Soit c'est une personne qui fait payer. C'est rarement des interprètes empathiques. » (*médecin généraliste*).

« Souvent on se débrouille avec un Smartphone, un peu comme on peut » (*infirmier*).

Il nous apparaît alors intéressant de nous questionner davantage sur ces pratiques observées dans les structures de soin qui sont apparues au, fil du terrain, comme très hétérogènes.

2.1. Des structures de soins aux pratiques hétérogènes

Le caractère non coercitif du recours à l'interprétariat dans le soin des patients allophones semble avoir des répercussions sur la façon dont l'interprétariat est appréhendé dans le domaine médical. Des considérations économiques, des recommandations de « bonnes pratiques », tout comme des obligations éthiques peuvent être mobilisées par les structures de soins qui présentent des pratiques hétérogènes dans leurs recours à l'interprétariat.

Tout d'abord, la question du financement de l'interprétariat semble être au cœur des discours des structures de soin. En effet, à l'exception de subventions spécifiques allouées directement par la Direction Générale des Soins pour les malades de maladies infectieuses tels

le VIH, la tuberculose, l'interprétariat est le plus souvent financé sur le budget global des structures.

Le recours à l'interprétariat est donc laissé à l'appréciation d'une série d'acteurs dans une « chaîne » de décisions qui inclut la direction du centre de soins (directeur de l'hôpital, etc.), le chef de service, le médecin, l'infirmier... Ces choix portent sur des niveaux différents et impliquent des pratiques variées en faveur du recours à l'interprétariat au sein de la structure de soin : l'inclusion de l'interprétariat dans le budget global⁵⁰, l'accès à l'information de la possibilité de recourir à un interprète chez les salariés, la connaissance de la « procédure » de demande d'interprétariat, etc. Ainsi, de nombreux professionnels du monde médical ignorent la possibilité de pouvoir recourir à un interprète rémunéré par la structure de soin employeuse ou doivent procéder à de nombreuses étapes avant de pouvoir y recourir. Ces questions rejoignent la question de non-recours défini notamment par Philippe WARIN, c'est-à-dire une « personne éligible à une prestation sociale et qui ne la perçoit pas »⁵¹. Pour Arnaud BEAL⁵², psychologue social à l'Orspere-Samdarra, une typologie explicative des non-recours à l'interprétariat dans le soin se dégage entre la « non connaissance », la « non réception » et la « non demande ».

Cahier de terrain AB. Notes prises à la conférence « Regards croisés- Traduire, est-ce guérir ou trahir ? ». Faculté de médecine St Etienne. Une interne en pédiatrie présente le protocole de recours à l'interprétariat au centre hospitalier universitaire (CHU).

Un protocole a été établi par le service achat du CHU, le service qui s'occupe des « commandes de prestation de l'interprète ». Ce protocole est accessible par tous les salariés du CHU via l'intranet. Première phrase du protocole est un rappel du coût de l'interprétariat, à savoir 174 000 euros. Ensuite une procédure qui est dans une logique de « brokering », soit un courtage, une négociation institutionnalisée, selon l'interne qui présente la procédure. Il y est recommandé de d'abord consulter la liste des membres du personnel du CHU qui ont déclarés parler une autre langue. Il s'agirait d'un item à remplir sur un formulaire donné par le service de ressource humaine à l'embauche du salarié. Ainsi, si aucun salarié du CHU n'est disponible après contact via le répertoire, le protocole recommande de s'assurer qu'aucune personne dans l'entourage du patient ne peut assurer la traduction ou de contacter une association en lien avec le patient pour trouver s'assurer qu'elle ne peut pas se charger de trouver un interprète bénévole ou programmer (et payer) une prestation d'un interprète. Si enfin, après avoir effectué toutes ces étapes, le salarié du CHU peut faire une demande à un service d'interprétariat payant.

⁵⁰ « Certains acteurs de la santé mentale rappellent que le coût de l'interprétariat doit être « pensé en amont » de la construction des projets d'établissement ». Arnaud BEAL, Nicolas CHAMBON, « Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problème », in *L'interprétariat en santé mentale*, les Cahiers de *Rhizome*, n°55, p. 9-18, Février 2015, p. 11.

⁵¹ Source: <https://odenore.msh-alpes.fr/> (le 19 février 2016)

⁵² Note prise durant le séminaire clinique de l'Orspere-Samdarra à Roanne du 1^{er} juin 2016, « l'interprétariat dans le soin », intervention d'Arnaud BEAL, psychologue social.

Selon une étude de l'Observatoire Régional de Santé en Auvergne effectuée en 2012, la raison la plus souvent évoquée, pour expliquer « le faible recours aux interprètes professionnels » observé pour près de la moitié des services ayant répondu à l'enquête, est en la raison financière (37,4% des réponses). D'un autre côté, le bénéfice d'une bonne communication entre le soignant et le patient pour éviter que le patient ne multiplie les consultations ou les demandes de prise en charge, est souvent mis en avant par les promoteurs d'une professionnalisation de l'interprétariat en santé⁵³. Leurs arguments alors mobilisés autour des notions de « continuité des soins » et de « parcours de santé » pour encourager à une rationalisation se retrouvent largement dans les discours des politiques de santé.

Vidéo du colloque ISM « Interprétariat, santé et prévention », Jeudi 18 mars 2010, retranscription de l'interview Roselyne Bachelot (Ministre de la santé).

« On comprend bien que si la personne ne va pas communiquer sur son état de santé, on va multiplier les examens de diagnostic, parfois inutiles si la personne pouvait se faire comprendre. Bien communiquer, c'est une stratégie gagnante. Gagnante pour le malade, pour le soignant, le médecin, mais aussi pour l'ensemble de la collectivité nationale ».

Mais dans un contexte français de réformes de la politique santé influencée par le « New Public Management », où il s'agit prioritairement de rechercher une « rationalisation gestionnaire » et donc une limitation des coûts, ces arguments peinent à être entendus. Ainsi, « à partir des années 1980, l'objectif des politiques de santé dans de nombreux pays, devient celui de garantir l'équilibre financier des systèmes de santé »⁵⁴. Le patient devient consommateur et « les cliniciens ne sont plus les seuls producteurs de connaissance sur la bonne façon de soigner les malades »⁵⁵. Le « bien soigner » devient une définition négociée entre divers acteurs, incluant le patient comme détenteur des droits et des devoirs, et possédant chacun leur expertise. Dans ce contexte où la nature des soins (leur « qualité ») tend à se normaliser dans les différentes structures de soins, le fait de recourir à un interprète professionnel pour un patient allophone est alors intéressant à questionner. En effet, les pratiques de recours à l'interprétariat dans le soin ne sont pas règlementées en tant que telles mais de l'ordre des recommandations pour viser la qualité des « soins », des questions d'ordres « éthiques » viennent alors se superposer à ces définitions des « bonnes pratiques ».

⁵³ « Le médecin n'étant pas un vétérinaire, la qualité de sa communication, de l'échange avec son patient apparaît alors comme établir un diagnostic, annoncer une maladie, expliquer les prescriptions d'un traitement ou de faire de la prévention » Aziz TABOURI, « L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés » in *Hommes et migrations*, n°1282, 2009, p. 104.

⁵⁴ Henri BERGERON, Patrick CASTEL, *Sociologie politique de la santé*, PUF, Paris, 2014, p. 77.

⁵⁵ *Ibid.* p. 90.

Tout d'abord, au niveau législatif, le « droit à la protection de la santé », inscrit dans la constitution de 1946⁵⁶ et le *Code de la santé publique* depuis 1953 est un des principes fondateurs du système de soin français. Soigner toute personne dont l'état de santé le nécessite est une obligation légale⁵⁷ et relève également d'une obligation éthique, voire morale, pour les « soignants » soumis à des codes de déontologies professionnelles⁵⁸ et parfois placés sous le contrôle des ordres professionnels.

Cependant, en dehors des injonctions sanitaires et sécuritaires, « il arrive que, dans certaines circonstances, le professionnel soit dans l'obligation de soigner, et que son refus de le faire soit de ce fait sanctionnable. Dans d'autres cas, il dispose d'une faculté de refus ou se voit même imposer une obligation de ne pas intervenir »⁵⁹. Le refus de soin peut être licite et venir se confronter, par exemple, à la question de la « liberté thérapeutique »⁶⁰. Le non-recours à l'interprétariat dans le soin ne peut pour autant par être totalement assimilé au refus de soin mais revêt des enjeux en termes de pratiques professionnelles qui auraient des effets sur la qualité des soins proposées.

Par exemple, la *Charte du patient hospitalisé* (2011) précise « le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché ». Pourtant, à l'heure actuelle, il n'existe pas d'obligations autour de la traduction de cette charte du patient hospitalisé ou les autres documents médicaux, mais seulement des recommandations⁶¹ qui trouvent des applications diverses dans les structures de soins.

D'un autre côté les discours de promotion du recours à l'interprétariat s'appuient sur la notion de « consentement libre et éclairé du patient »⁶² que le médecin se doit de recueillir lors de la dispensation des soins. En effet, cette obligation légale et déontologique devient

⁵⁶ « Elle [la nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ». Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

⁵⁷ *Code de santé publique*, Article L1110-1 « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

⁵⁸ *Code de santé publique*, Articles 4.

⁵⁹ Henri BERGERON, Patrick CASTEL, *Sociologie politique de la santé*, PUF, Paris, 2014, p. 56.

⁶⁰ *Code de santé publique*, article R.4127- 8

⁶¹ Michaël SCHWARZINGER, « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé », Rapport d'étude réalisé pour le compte de la Direction Générale de la Santé, Paris, décembre 2012.

⁶² *Code de santé publique*, article L111-4.

problématique dans son application pratique lorsque le recours à l'interprétariat n'est pas prévu dans les structures de soin. Ainsi, les discours pour promouvoir le recours à l'interprétariat professionnel dans le soin des différents acteurs mobilisent souvent des questions éthiques⁶³ et introduisent la question générale de l'accès aux soins du public allophone au même titre que tous les autres usagers des systèmes de soins.

L'hétérogénéité des pratiques de recours à l'interprétariat observées dans les structures de soins s'expliqueraient donc par des orientations prises en termes de financement et de sollicitation des interprètes s'appuyant principalement sur des questions éthiques et des recommandations, voire des représentations de ce qui constitue les « bonnes pratiques », à défaut de reposer sur une réglementation dédiée.

2.2. Une action publique « labellisante »

Si aucune obligation légale autour du recours à l'interprétariat dans les structures de soin n'a pu être repérée, des actions publiques semblent progressivement être mises en œuvre pour encourager la mise en application des recommandations sur les « bonnes pratiques ». L'accès aux soins pour les patients allophones et notamment les migrants précaires a été d'abord abordé par les pouvoirs publics dans une perspective de cohésion sociale⁶⁴. Ces interventions publiques sont menées dans une logique de « territorialisation », c'est-à-dire basée sur l'adaptation des actions de santé en réponses aux problématiques repérées sur les territoires⁶⁵.

Ainsi, « l'accès aux soins des populations précaires » est inscrit dans les Programmes Régionaux de Santé Pluriannuels (PRAPS)⁶⁶ et le PRAPS 2012-2017 en Rhône-Alpes,

⁶³ « Seul le recours à des réseaux d'interprètes professionnels, formés au métier de l'interprétariat, soumis à des règles de la confidentialité, du secret professionnel et de la neutralité, formés aux thématiques médicales, permet de donner au dialogue entre le soignant et le patient la même qualité pour des personnes ne maîtrisant pas ou mal la langue française que pour les autres personnes. (...) L'éthique médicale s'en trouve garantie, en termes de qualité des informations transmises, de recueil de consentement éclairé quand il est nécessaire, et de respect de la confidentialité et du secret médicale ». Aziz TABOURI, (sous-directeur d'une structure d'interprétariat), « *L'interprétariat dans le domaine de la santé : une question aux enjeux souvent ignorés* », in *Hommes et migrations*, n°1282, 2009, p. 3.

⁶⁴ La loi de « lutte contre les exclusions » du 29 juillet 1998 comporte un volet « accès aux soins » et instaure la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

⁶⁵ La loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires » (HPST) instaure l'obligation d'élaboration des Programmes Régionaux de Santé Pluriannuels et définit les missions des Agences Régionales de Santé

⁶⁶ La loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires » (HPST) instaure l'obligation d'élaboration des PRAPS et définit les missions des Agences Régionales de Santé.

comporte le principe de favoriser des interventions sur le système de santé pour « une réflexion régionale sur le développement du recours à l'interprétariat professionnel »⁶⁷. Cette orientation a été mobilisée par l'Orspere-Samdarra lors de sa demande de subvention du projet de formations et pour lequel un financement lui a été attribué dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR).⁶⁸

Ces dispositions prévues sont les premières orientations des politiques publiques repérées en faveur de l'interprétariat dans le soin jusqu'à la promulgation récente de la loi du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé ». En effet, l'article 90 de cette loi amorce une première inscription de l'interprétariat dans le soin dans le *Code de santé publique* et le *Code de l'action sociale*.

27 janvier 2016, JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Article 90 I. – Le chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1110-13.* – La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

« Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

II. – Le 5o de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

Avec la loi du 26 janvier 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) est donc missionnée pour établir un référentiel. Cette autorité publique qui a pour fonction l'évaluation, l'établissement de recommandation et la certification/accréditation avait déjà approché la thématique de l'accès aux soins pour le public allophone avec la recommandation de bonnes pratiques n°13 sur l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

⁶⁷ A noter que l'on retrouve ces orientations dans d'autres PRAPS en France, tel que par exemple, le PRAPS d'Alsace 2012-2017.

⁶⁸ *Code de santé publique*, articles L. 1435-8 et R.1435-16 à 22.

Cet article de la « loi de santé » promulguée, au début de ma recherche, ne semble pas avoir suscité de communiqué de presse ou de réaction particulière dans le débat public (alors que, par exemple, une médiatisation de mesures comme la généralisation du Tiers payant ou la légalisation des « *shoots room* » a été alors observée). Au fil du terrain, une distinction s'est alors dégagée au sein des acteurs rencontrés. D'un côté, les interprètes (libéraux ou salariés) semblaient en majorité ignorer cette nouvelle actualité. D'un autre côté, les coordinateurs des structures associatives regroupés en « réseau » en tant que signataires de la « charte de l'interprétariat en milieu social et médical en France »⁶⁹ m'expliquaient avoir été en contact par les pouvoirs publics en amont de la promulgation de la loi de santé. En effet, en continuation des travaux d'écriture de cette charte, ces structures associatives d'interprétariat ont poursuivi leur groupe de travail au sein « du réseau » où un « référentiel de compétences » a été élaboré et transmis aux pouvoirs publics.

Extrait d'entretien 3 (coordinatrice d'un service d'interprétariat dans une structure associative et interprète)

« Donc on a travaillé sur une charte, vous connaissez sans doute. Donc là, on travaille sur les compétences, un référentiel de compétence. Qui doit devenir un référentiel de formation. Et après, il y a le travail des universités, je sais que le ministère de la santé travaille également sur cette thématique. Donc on leur a transmis notre référentiel.

Il est fait là ?

Il est fait, oui. Il est fait, bon, il reste à affiner mais globalement il est fait.

D'accord, ça c'était en amont par rapport à la loi de santé qui est passé ?

Voilà.

Le fait que la haute autorité de santé va faire un référentiel, vous en amont, vous aviez commencé à travailler ?

On a travaillé indépendamment du texte. En fait, ça fait maintenant plusieurs années qu'on le travail. Mais entre temps, on a été contacté par Madame... du ministère, qui s'est intéressé aux travaux du réseau. Et je pense qu'elle est a fait un travail, un petit peu, aussi, de réunir, ce qui existe nationalement pour se faire une idée, pour faire évoluer les choses. Je pense qu'elle a dû demander à plusieurs organismes. Tous ceux qui travaillent dans ce champ-là, un peu les travaux en cours.

D'accord. Donc vous vous étiez au courant des travaux au niveau du ministère ?

Oui.

⁶⁹ En Annexe, se trouve la carte des associations signataires et « la charte de l'interprétariat en milieu social et médical ».

Ce n'était pas une surprise particulière quand l'article sur l'interprétariat et sur la médiation sanitaire est sorti ?

Non, c'était pas une surprise mais après, au niveau de l'application, quand même... on ne sait pas qu'elle suite ils vont donner à ça. Parce que malgré tout, il y a une réalité qui est très paradoxale. En même temps, il y a des textes qui affirment la nécessité d'avoir des interprètes professionnels dans... et en même temps, dans les hôpitaux, il y a de pratiques qui tendent à formaliser le recours à l'interprète non professionnel. Ils constituent des annuaires internes, et cetera. Vous connaissez, parce que tous les hôpitaux font la même chose. (*Rire*) voilà. Tout le monde connaît ça et il y a une tendance. On verra ce que ça donne mais je pense que dans tous les cas, il y a une prise de conscience que dans certaines situations, on ne peut pas s'en passer. Je crois que cela évolue un peu vers ça. On peut aussi pourquoi pas utiliser les interprètes de proximité mais il y a des situations où il faut vraiment l'éviter, parce que c'est vraiment... mais il y a quelque chose qui avance malgré tout. »

Si la « loi de santé » représente une première reconnaissance soulignée par les acteurs « du réseau » des structures associatives d'interprétariat rencontrés, il demeure une certaine attente quant à ses répercussions pratiques, notamment en termes de financement de l'interprétariat dans les structures de soin.

En effet, le « marché » a été décrit comme actuellement fortement marqué par le système « des appels d'offres » régissant la « commande publique ». Ces nouvelles « règles du jeu » impliquent que tous les acteurs de l'interprétariat peuvent se positionner sur le marché de l'interprétariat dans le soin, y compris les cabinets d'interprètes qui sont à l'origine des entreprises spécialisées dans la mise en relation des interprètes ou traducteurs et des clients, principalement dans le domaine commercial. Ces cabinets apparaissent comme des concurrents des structures associatives d'interprétariat qui proposaient de l'interprétariat en santé dès leur création⁷⁰. Cependant, il semblerait que cette situation concurrentielle se retrouve particulièrement dans certains territoires où les structures de soins et les interprètes sont nombreux.

Dans ce contexte, les structures d'interprétariats associatives répondraient aux appels d'offres des structures de soins en avançant des arguments en termes de l'expérience d'exercice de l'interprétariat en santé, de « qualité » pour se démarquer des concurrents. Les prix des prestations sont fixés dans le cadre de ces appels d'offres et auraient alors des répercussions sur la rémunération des interprètes salariés. Ainsi, les tarifs de prestations en interprétariat dans le soin ont été majoritairement décrits par toutes les personnes rencontrées comme peu élevés par rapport aux tarifs pratiqués dans les autres domaines d'interprétariat. Il en résulterait une

⁷⁰Avant la « réforme de la commande publique », les structures de soins et les structures associatives d'interprétariat signaient des conventions individuelles afin de fixer le cadre de leur prestation.

précarité financière des interprètes salariés par les structures associatives se caractérisant par une rémunération faible, un travail à temps partiel et des temps de déplacements pour se rendre à la consultation thérapeutique pas toujours défrayés.

Extrait d'entretien 5 (interprète salariée dans une structure associative)

« Alors que nous, on a un travail qui demande des disponibilités hallucinantes et payer des clopinettes, quoi. Vraiment payé rien. Et en fait, ça m'est déjà arrivé d'aller l'assistante sociale et de me dire « mais oui, moi je suis dans les mêmes conditions économiques que la personne là ». Donc là, il y a un truc qui va pas, là ! *(Rire)* mais ouais ! Le fait qu'il y est ces réflexions-là je me dis qu'il y a peu des choses qui vont bouger, est-ce que ça va aboutir ou pas... j'espère, en fait. Parce que ouais, en Suisse, au Canada, la profession elle n'est pas considérée pareil. »

De leur côté, les interprètes indépendants doivent faire leur place dans ce marché en dehors des appels d'offres. Ceci, en tissant des liens particuliers avec les structures de soins qui ont tendance à les solliciter en dernier recours, lorsque la structure associative n'a pas d'interprète disponible. Dépourvus d'intermédiaires avec la structure de soins, ils décrivent des problèmes récurrents de retard ou d'absence de paiement. Ils doivent alors eux-mêmes faire les démarches pour être rémunérés et se retrouvent précarisés par cette situation.

Dans ce contexte caractérisé à la fois par une première reconnaissance de « l'interprétariat linguistique » dans le domaine de la santé par les pouvoirs publics mais aussi de diminution des financements directs ou non de l'interprétariat, le marché de la demande semble ainsi permettre des logiques de mise en concurrence et des processus de précarisation des interprètes. Pour les acteurs rencontrés, les pouvoirs publics n'agiraient en fait que partiellement au recours à l'interprétariat dans le soin dans la mesure où il n'y a pas eu de dispositions spécifiquement dédiées aux financements pérennes de la présence d'interprètes dans les structures publiques de soin. Face à ce constat, certaines associations de défense de l'accès aux soins des migrants militent dans le sens de l'instauration d'un service public d'interprétariat dans le système de santé en France. D'autres acteurs semblent déplorer que les structures associatives d'interprétariat ne bénéficient pas actuellement d'un « financement public direct ». Tout ceci, dans la perspective que la gratuité serait un des leviers pour le recours à l'interprétariat dans le soin.

Extrait d'entretien 9 (coordinatrice de structure d'interprétariat associative)

« Il y a une député qui a placé une phrase dans une loi de santé. L'interprète en milieu médical et social, ça commence à être reconnu tout doucement. Mais c'est vrai qu'à l'heure actuelle, moi, je vois, je travaille avec pas mal d'asso, ils travaillent toujours avec des gens pseudos bénévoles. Enfin, ce qu'on appelle nous, les interprètes de fortune. Encore avec des membres de la famille ou des gens on ne sait pas trop d'où ils viennent et ce qu'ils font exactement, comment ils traduisent exactement, enfin voilà. Et nous, on leur assure ce côté professionnel.

Et ils sont plutôt en demande, les lieux soin par rapport à ce côté professionnel ?

Ah, ils sont très en demande, sauf qu'ils voudraient que ce soit gratuit. On a ce problème-là. C'est-à-dire que c'est le côté financier qui bloque. Quand on leur présente notre façon de travailler en professionnalisant les personnes, ils sont super contents mais dès qu'on leur demande mais bon, c'est des professionnels et là, ça se paye. Et c'est là où ça bloque encore un peu. Mais bon, ça avance. Ça avance tout doucement mais ça avance.

C'est-à-dire qu'il y a de plus en plus de budget pour l'interprétariat ?

C'est là où certains doivent se le créer ce budget, d'autres, c'est fait mais qui diminue, d'ailleurs en peau de chagrin. Mais c'est là où voilà, on essaye de trouver des solutions... Avec eux, hein, il y en a on leur dit, il faudrait solliciter l'ARS par exemple, ou le conseil départemental. Alors je vous dis, ça commence un peu tout doucement.

Si l'action publique se centre actuellement sur la mise en œuvre de projets territorialisés, tel que la formation de l'Orspere-Samdarra, ou sur l'inscription de la nécessité d'établir « un référentiel » autour de « l'interprétariat linguistique » dans la loi de santé du 26 janvier 2016. L'intervention publique aurait donc plus, à l'heure actuelle une action de « labellisation » des dispositifs et des référentiels existants sans proposer de définition d'un statut (avec droits et devoirs), de modalités de qualification (diplôme, licence...) ou de tenter de réguler le marché (fixer les prix ou la rémunération des interprètes).

Pour le sociologue François ABALLEA, « les processus de professionnalisation s'appuient à un moment où un autre de leur déroulement sur l'action publique »⁷¹. Les discours rencontrés autour de la professionnalisation de l'interprétariat dans le soin semblent être teintés de nombreuses attentes d'une l'intervention publique pour instituer « les bonnes pratiques » dans les structures de soin et ainsi insuffler un sentiment de reconnaissance chez tous les acteurs « concernés ».

Cependant, nous avons déjà pu observer une première distinction s'opérant parmi les « acteurs » participant au débat public autour du recours à l'interprétariat dans le soin. Ainsi,

⁷¹ François ABALLEA, *La professionnalisation inachevée des assistantes maternelles*, p. 55.

selon les statuts, voire les positions hiérarchiques des interprètes, les réflexions et les informations ne semblent pas pouvoir toujours être partagés. Mais qu'en est-il des patients allophones ? Il me semble ici particulièrement essentiel de poursuivre la réflexion en tentant d'observer les logiques traversées par les patients allophones pour essayer de repérer leur positionnement dans ce débat public autour du recours à l'interprétariat.

2.3. Un patient allophone ne participant pas aux débats publics

Après le détour historique opéré précédemment pour mieux comprendre l'émergence de l'interprétariat dans le soin, le public des « bénéficiaires » se dessine mieux au-delà de la définition de « patient allophone ». Tout d'abord, les « personnes allophones » sont habituellement caractérisées par une langue maternelle distincte de la langue dominante du pays dans lequel elles se trouvent parce que pour la plupart, elles viennent d'y entrer. Par exemple, l'Education nationale définit « l'élève allophone » comme « un élève arrivé en France depuis moins d'un an dont la langue maternelle n'est pas le français et qui est *débutant complet* en langue française ou qui *n'en maîtrise que quelques éléments* écrits et parlés »⁷².

Cependant, si les « patients allophones » peuvent être « de passage » sur le territoire (touristes, personnes en visite de proches, voyages d'affaires, etc.), ce sont principalement des « migrants », c'est-à-dire des personnes ayant pour projet de s'installer plus ou moins durablement en France sous différents statuts administratifs et pour divers motifs. Les arguments déclinés par l'Orspere-Samdarra dans la demande de subventions du projet de formations de l'ARS (en mobilisant des orientations du PRAS et du PRIRI) s'orientent effectivement en ce sens, c'est-à-dire la délimitation de la population concernée vers des patients migrants allophones même si l'interprétariat dans le soin concerne une « patientèle » plus large.

Comme tout patient du système de santé français, le patient allophone dispose de droits individuels qui est appréhendé, notamment par les « militants » pour l'égalité d'accès aux soins des migrants, comme se déclinant autour du droit à pouvoir bénéficier de l'interprétariat. Par exemple, la loi de « modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016 comporte de nouvelles dispositions dans le droit à l'information, à l'accès aux données concernant le soin

⁷² Site internet de l'Académie de Nantes, *fiche Scolariser les élèves allophones nouvellement arrivés (EANA)*, <http://www.ia49.ac-nantes.fr>

(notamment sur l'information du coût qui devrait être remise à la fin d'une hospitalisation, par exemple) qui reste dans la philosophie de la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé ». Elle aborde à la fois des préoccupations de « sécurité sanitaire » mais aussi la notion de qualité de soin et pour la première fois, de « démocratie sanitaire ».

Rattachée au droit collectif du malade, la notion de « démocratie sanitaire » est alors intéressante à questionner pour le patient allophone⁷³. En effet, si la place des usagers des structures de soins et des associations de représentants s'affirme de plus en plus dans les lois en matière de santé, la question se pose pour le public allophone. Ainsi, par exemple, quelle « participation » des patients allophones serait possible dans les instances des structures de soins dont ils sont « usagers » ? Cette question m'a amenée à entrer en contact avec un juriste du Collectif Inter associatif Sur la Santé en Rhône-Alpes pour lui demander si des travaux ou des réflexions existaient sur cette question. Cette thématique, bien que très peu encore abordée en termes de prise de position du collectif, lui apparaissait comme tout à fait en lien avec les préoccupations du CISS-RA en matière d'accès universel aux droits de santé.

Enfin, si la présence d'un interprète est prescrite de façon systématique pour le patient allophone ayant recours à une structure de soin, cette obligation restreindrait-elle le choix du patient de communiquer ou non avec sa langue d'origine ? Cette question n'a pas pour visée de supplanter l'idée d'une nécessité de recours mais laisse à penser que la liberté de choisir devrait être envisagée comme possible pour le migrant.

La recherche menée antérieurement sur la thématique de l'interprétariat à l'Orspere-Samdarra a retranscrit des entretiens auprès de personnes auparavant allophones et ayant eu recours à des soins en santé mentale. Il a été relevé des rapports ambigus entre les patients migrants allophones et les interprètes professionnels empreints de tension entre proximité et distance, de confiance et méfiance vis-à-vis de ce migrant « qui a réussi » ou de ce membre de la communauté qui n'est pas choisi par le patient lui-même. En effet, « l'interprète peut être vu comme un allié duquel il souhaite se rapprocher ou comme une menace, avec qui on peut

⁷³ « Les droits collectifs recouvrent le droit de représentation des usagers du système de santé réservé aux membres des associations agréées au niveau national, régional dans les instances de santé publique et dans les établissements de santé ». Site internet du CISSRA. Source : <http://cissra.org/fr/sante-vos-droits/les-droits-collectifs-et-la-democratie-sanitaire>.

ressentir de la honte, avec le risque ressenti de stigmatisation et/ou de violation de confidentialité notamment dans la communauté d'appartenance »⁷⁴.

Ces quelques discours recueillis apparaissent comme moins convaincus que ceux décrits plus haut en faveur de la professionnalisation de l'activité d'interprétariat dans le domaine de la santé. Par ailleurs, aucun dispositif d'information des patients n'a encore été repéré autour des bénéficiaires à être accompagné par un interprète professionnel pour le patient allophone. De même que très peu de discours n'ont été repérés en faveur d'une prudence vis-à-vis d'un risque à « l'injonction » à bénéficier d'un interprète chez le patient allophone.

Cahier de terrain A.B. Conférence avec Christine DAVOUDIAN « Migrations et grossesses à l'épreuve des ruptures » organisée par l'Orspere-Samdarra le 10 Mars 16 au CH Le Vinatier.

Les femmes migrantes rencontrées par Christine DAVOUDIAN, médecin de Protection Maternelle et Infantile à St Denis se sont exilées de leur pays d'origine dans des situations diverses (fuite par rapport à des violences généralisées, intrafamiliales, intracommunautaires, etc.) mais avec une thématique transversale, « la recherche d'une loi qui tienne ». La France est idéalisée comme pays des droits de l'homme. Ces femmes sont des intrus dans leurs pays, elles ont un rapport à la culture d'origine perturbé. « Certaines langues sont contaminées par la violence. La langue du bourreau qui a violé ». Le français représente une « langue refuge », un « détour par un espace transitionnel du pays d'accueil » et selon elle, il n'y a pas forcément besoin d'un interprète.

D'une manière générale, les patients migrants allophones, bien qu'ils expriment parfois des sentiments de sécurité créés par l'idée d'un « professionnalisme » de l'interprète, ne sont pas des acteurs qui s'expriment publiquement dans le registre de ces discours repérés autour de la « professionnalisation » des interprètes. S'ils peuvent apparaître au regard des orientations des politiques de santé⁷⁵, comme les clients des soignants, ils ne semblent pas être perçus comme les clients des interprètes, qui seraient eux, les commanditaires, c'est-à-dire les structures de soins et leurs financeurs.

Plus largement, cela implique la question de l'accueil dispensant par les structures de soins envers les patients allophones, pris parfois dans des logiques institutionnelles ou des considérations politiques qu'ils ne maîtrisent, voire ne soupçonnent pas. Par exemple, la question de l'accès à l'apprentissage de la langue française, inscrite dans la loi du 7 mars 2016

⁷⁴ *L'entretien thérapeutique avec interprète au centre Hospitalier le Vinatier*, Rapport d'étape de l'étude du CSR, Orspere-Samdarra et CH Le Vinatier, 2012, p. 3.

⁷⁵ « Certaines interventions ne visent pas seulement l'information des tiers et la réduction des incertitudes pour le patient devenu consommateur, mais aussi et surtout à améliorer l'organisation de la chaîne de soins ». Henri BERGERON et Patrick CASTEL, *Sociologie politique de la santé*, PUF, Paris, 2014, p. 90.

« relative aux droits des étrangers en France » et prévue notamment dans le « Contrat d'Intégration Républicaine »⁷⁶ peut ainsi se poser en filigrane.

Cahier de terrain AB. Le 12-02-15, Journée de formation « paroles et altérité » du DIU de l'Orspere-Samdarra, fin de la matinée, moment d'échange avec les étudiants (des professionnels des soins et du social), autour de la thématique de l'interprétariat dans le soin.

Un infirmier nous raconte comment il a vu un médecin refuser de demander l'intervention d'un interprète pour un patient allophone parce qu'il vivait en France depuis plusieurs années. Le médecin sous entendait que le patient aurait « pu apprendre le français depuis tout ce temps ».

Pour conclure, si les patients allophones apparaissent comme absent du débat public sur l'interprétariat dans le soin, une question se pose autour de leur possibilité de participer au principe de « démocratie sanitaire ». Devant cette inaccessibilité des informations sur le recours à l'interprétariat globalement observée pour les patients allophones, il en résulterait chez eux une méconnaissance du rôle et des missions de l'interprète en santé. Nous pouvons faire ici un lien avec nos réflexions autour des discours sur la professionnalisation de l'interprète qui illustreraient des jeux d'acteurs autour de la définition de l'interprétariat dans le soin. Différents niveaux et moments de définitions communes, semblent alors se dessiner pour les acteurs « rencontrés » selon les statuts et les rôles.

Comment les acteurs rencontrés durant la recherche définissent-ils l'interprétariat dans le soin ? Cette question nous paraît ici particulièrement pertinente dans la mesure où un flou déjà observé précédemment autour de cette définition. Ceci, d'abord, par le constat d'une absence de réglementation des conditions d'exercice de l'interprétariat dans le soin qui introduirait une hétérogénéité des pratiques des structures de soin. Nous allons à présent observer les discours des interprètes et des coordinateurs de service d'interprétariat qui mobilisent très souvent une méthode comparative pour définir l'interprétariat dans le soin.

⁷⁶ Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), Article L311-9.

3. Une définition comparative

Au fil du terrain, il est apparu que les différents acteurs rencontrés utilisent des termes différents pour définir ce type d'interprétariat tel « interprète de liaison », « interprète social », « interprète médico-social », etc. Face à cette absence de référence « normative » commune, j'ai pu observer dans l'ensemble des discours recueillis durant ma recherche que les acteurs mobilisent majoritairement une méthode « comparative » pour définir l'activité d'interprétariat dans le soin et expliquer la posture professionnelle qu'ils se représentent comme « bonne ».

Ces comparaisons sont mises en œuvre par les interprètes et les coordinateurs de structures d'interprétariat pour leur permettre d'opérer une distinction entre les « non professionnels » et les « professionnels » puis parmi, les professionnels, « ceux qui font le même métier » et les « bons professionnels ». Leurs représentations de ce qu'est la professionnalité se dégagent dans les discours recueillis tout comme une opinion de ce qu'il s'agirait de devoir défendre pour exister dans la sphère de l'interprétariat. Parmi les figures mobilisées dans une définition de l'interprétariat en soin, des figures que j'ai choisi de qualifier de « repoussoirs » sont mises en avant : « l'amateur bilingue » et « l'interprète machine ». Ces figures sont à mettre en lien avec la première typologie dégagée plus haut.

L'amateur bilingue

« L'amateur bilingue » porte ici l'idée que la maîtrise de deux langues n'implique pas automatiquement une compétence à être un interprète. L'enjeu serait là de distinguer le professionnel de celui qui ne l'est pas. La place des « savoirs profanes » semble particulièrement intéressante pour l'activité d'interprétariat dans le soin car la question de la formation est souvent mise en avant pour distinguer « l'amateur » du « professionnel ».

Extrait d'entretien 2 (Interprète libérale)

« Mais on est... Il faut absolument répéter ce qu'il se passe. Si, en l'occurrence c'était chez les gendarmes, à la gendarmerie. Et le gendarme, il posait la même question mais de manière un peu différente à peu près 5 fois. Des fois, tu as envie de dire « bon, allez, ça va, il t'a dit ». Mais non, il pose la question ? Tu poses la question. Il la pose 5 fois ? Tu la poses 5 fois, sur le même ton. Ça m'est arrivé, il y a quelques années. C'était une arrestation de quelqu'un qui transportait de la drogue et c'était mais absolument évidemment qu'il n'était pas innocent, quoi. Il avait été arrêté au péage, enfin, voilà. Et il racontait mais des bobards mais gros comme lui. Mais moi, j'interprète. Il raconte un bobard ? Et ben je racontais un bobard ! Mais ça, pour le coup, prendre quelqu'un qui n'est pas du métier, c'est pas...

C'est pas évident ?

C'est pas facile, hein.

Du coup, on ne s'improvise pas interprète ?

Non. Non.

Mais comment on apprend, du coup, à devenir interprète ?

Et bien, il y a des formations. Et maintenant, ce qu'il y a de bien pour tout ce qui est assermentation, il y a une obligation de formation ».

La formation permettrait de réfléchir autour de la bonne « distance » à avoir et marquerait une posture attendue chez l'interprète « professionnel ».

Extrait entretien 11 (coordinatrice du service interprétariat dans structure associative)

« C'est surtout de garder un certain équilibre entre la distance et la proximité avec des personnes. C'est vrai que les personnes migrantes, quand ils voient une personne qui parle leur langue ont la tendance à penser que c'est un compatriote qui va forcément les défendre et prendre, heu, les aider. Mais pour l'interprète professionnel, c'est vraiment pas la même chose que pour un interprète de proximité ou bénévole. On a le devoir de garder cette distance en fait et de devoir rester professionnel. Et donc de pas trop entrer dans une relation personnelle, de donner son numéro de téléphone, de les héberger ou des choses comme ça. Donc ça, c'est souvent compliqué pour les interprètes au début mais on travaille beaucoup ça en formation, par exemple. »

L'amateur bilingue représente une figure repoussoir qui porte l'idée que la maîtrise d'une langue ne suffit pas à devenir interprète. Par exemple, pour un syndicat d'interprète, « en matière d'interprétation, faire appel à un amateur « bilingue » peut être néfaste »⁷⁷. Pour faire le lien avec la typologie établie précédemment pour mieux comprendre les pratiques d'interprétariat en santé, la figure de l'amateur bilingue correspondrait à la fois à l'interprète bénévole, le personnel soignant et l'interprète *ad hoc*.

Cahier de terrain AB. Formation « l'interprétariat en santé » de l'Orspere-Samdarra, le 3 juin 2016. Prise de notes lors de l'intervention d'une psychologue d'une « association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique ».

« Le pire du pire, c'est l'interprétariat familial car il donne lieu à des censures. Cela ne peut être que du dépannage où des choses très factuelles. On parentalise les enfants »

⁷⁷ Source site Société Française de traduction <https://www.sft.fr/bienvenue.html#.V7q3oIvxu70>

Outre le fait de « parler à la place de », il est rattaché cette figure repoussoir des problèmes de « confidentialité » et de « neutralité » qui entraverait le soin auprès du patient allophone.

L'interprète machine

Nous l'avons déjà observé, l'exemple de l'interprète de conférence est largement mobilisé par les personnes rencontrées en entretien. L'idée phare qui se dégage alors est que « ce n'est pas le même métier », principalement autour de la condition d'exercice de l'interprète de conférence installé dans une cabine d'interprétariat. Cette espace est identifiée comme une protection qui isole physiquement les interprètes des personnes dont ils doivent transcrire le discours. Les interprètes de conférence ne seraient alors protégés des « épreuves de proximités » induite par l'entretien thérapeutique où leur présence physique est incontournable. L'interaction de face à face sous la forme d'une triangulation avec la personne dispensant le soin et le patient allophone représenterait alors un moment de négociation où l'enjeu se situerait dans la capacité pour l'interprète de santé à « tenir » sa place de distanciation dans la proximité physique.

Extrait entretien 3 (coordinatrice de service d'interprétariat et interprète)

Et pour vous, un interprète, ne pourra jamais cumuler avec un interprète de conférence ?

Si, il peut cumuler. Par contre il faut bien qu'il fasse des distinctions que c'est pas le même métier quelque part, sauf dans le contenu même de la reformulation linguistique. Bien sûr, dans la reformulation linguistique, il y a le vocabulaire, la syntaxe, il y a des connaissances de bases, ça, bien sûr. Il y a la capacité d'analyser un message. Tout ça, c'est transversal au métier d'interprétation. Mais après, le positionnement n'est pas pareil. Etre là, avec vous en proximité, et ben, ce n'est pas pareil. Je peux me sentir très bien dans une cabine en extériorité et très mal à proximité des gens. Quelqu'un, peut être va me toucher. Me demander « tu es né où ? ». Si ça m'énerve tout de suite, et ben, je ne peux pas aller plus loin. En fait, c'est un autre rapport. Vous allez, la personne veut vous embrasser, par exemple. Ben, oui, il faut gérer la bonne distance. Même avec les professionnels, ça peut être la même chose, hein. Certains peuvent vouloir que vous transmettiez tel ou tel message sans les repousser, dire « mais attendez, nous on est là pour faire communiquer, et cetera ». Il y a d'autres compétences qui ne sont pas celles d'un interprète de conférence qui lui a d'autres compétences en termes de mémorisation. Rapidité, justesse, bien sûr. Sur le plan technique, nous on peut aussi contourner, quand vous ne connaissez pas un mot, qu'est-ce qui vous empêche de dire « excusez-moi mais qu'est-ce que cela veut dire ? ». Ben lui, il doit peut-être préparer un peu plus en amont. D'ailleurs, ils ont les préparations. Ils ont les textes, bien sûr. C'est un peu différent, mais c'est la même famille. C'est pour ça que je disais que c'est encore mal défini parce que c'est voilà. (...) En interprétation sociale, les gens sont dans leur intimité, ils sont des fois en détresse, ils peuvent vouloir que vous les aidiez, chacun d'entre nous. C'est des situations particulières à laquelle il faut réfléchir, à laquelle il

faut se préparer, il faut... c'est une autre posture, je dirais, c'est une autre posture qui reste à travailler.

Si l'interprète de conférence et l'interprète en santé retrouvent des « savoirs techniques » autour d'une même compétence à la traduction linguistique, une distinction se poserait plutôt autour de la prestation, le rôle à jouer en tant qu'interprète. La question de la « posture » à adopter serait donc un élément central pour l'interprète dans le milieu médical qui va devoir trouver un cadre symbolique, en quelque sorte une cabine invisible qui le protège, le soutient face aux « épreuves de proximité » lors de son intervention dans le monde du soin.

Extrait d'entretien 8 (coordinatrice service interprétariat et ancienne interprète)

« Il y a souvent des représentations du métier qui sont différentes entre des difficultés rencontrées dans le travail. Moi, par exemple, dans ma propre expérience, je pensais que les difficultés étaient de l'ordre de la traduction ou des capacités linguistiques. J'étais préoccupée par le fait que j'avais peur de ne pas trouver le mot rapidement, voyez... De ne pas assurer la traduction fluide. Cependant je ne me rendais pas compte que la part de l'émotion, par exemple ou les attentes décalées des professionnels ou des usagers peuvent autant perturber cette capacité de traduire. On ne s'imagine pas à quel point le contexte de travail des interprètes médical et social professionnel est difficile par rapport à ce que les interprètes d'institut de traductions appellent en se moquant un petit peu « la stérilité de la cabine ». (...) L'interprétariat de conférence, la personne est presque isolée, elle n'est pas en contact direct avec les protagonistes de l'entretien. »

Il se dégage ici une autre figure repoussoir, celle de « l'interprète-machine » qui ne serait qu'un outil de traduction à disposition des « clients ». Pour les interprètes rencontrés, ce sentiment d'être instrumentalisé, voire déshumanisé, revient souvent dans leur discours sur les soignants ou les structures de soin (pour rappel, les prestations en interprétariat sont gérées par le service achat des hôpitaux). « On est des fournitures » (*une interprète*).

Ce mouvement peut également être observé dans leur perception de l'interprétariat par téléphone, un contexte dans lequel tous les interprètes rencontrés sont ou ont été amenés à exercer. Cette activité n'a pas été décrite positivement par les interprètes car elle réduit l'acte de traduction alors qu'elle est recherchée par les intervenants dans le soin dans certaines situations.

L'idée qui semble se dégager ici est que derrière cette image de l'interprète machine, se dégage la notion de contrôle de l'interaction, de pouvoir du soignant dans l'entretien avec l'interprète. Le soin avec un interprète implique un troisième « étranger » dont dépend la

« définition de la situation »⁷⁸. Le fait de devoir jouer un rôle de soignant dans une scène modifiée semble être en toile de fond des relations décrites comme parfois conflictuelles entre les interprètes et certains acteurs du monde du soin. Une injonction est alors portée vers l'interprète « il doit tout traduire ». Cette représentation pourrait se cristalliser autour de l'adage « *traduire, c'est trahir* », qui introduit la notion de la confiance et donc de recherche d'éléments de sécurisation pour le « client ».

Une définition entre deux pôles, une interaction entre trois « étrangers »

Le soin auprès du public allophone nécessite la mise en présence de trois acteurs qui se retrouvent dans une situation d'interaction de face-à-face triangulaire. Chacun des acteurs est issu d'un monde différent, un nécessaire décryptage de l'univers de l'autre s'opère. Il s'agit alors pour l'intervenant dispensant le soin de comprendre les maux de la personne à soigner, d'entrer dans son univers pour mettre en place, ajuster un dispositif qui va soigner. Cependant, ce décryptage n'est plus basé sur un acte thérapeutique au sein d'une relation soignant-soigné « de routine » mais implique l'intervention de l'interprète dans ce « processus d'enquête », au sens d'Alfred SCHÜTZ.

En effet, selon lui, « si, dans notre vie, nous rencontrons quelque chose d'inconnu, quelque chose qui sort donc du cours ordinaire de notre savoir, nous entamons alors un processus d'enquête. Nous cherchons tout d'abord à définir le fait nouveau ; nous nous efforçons dans saisir le sens, nous transformons ensuite pas à pas notre schéma général d'interprétation du monde de telle sorte que ce fait étrange et sa signification deviennent compatibles avec tous les autres faits et significations de notre propre expérience et constituent avec eux un système cohérent. Si nous réussissons cette entreprise, alors ce qui était auparavant dans notre esprit un fait étrange et un problème troublant se métamorphose en un simple élément que nous ajoutons à notre connaissance garantie. Nous avons ainsi élargi et ajusté notre savoir d'expérience »⁷⁹.

Ainsi, pour que l'étrangeté de la situation de l'interprétariat dans le soin disparaisse, la formation de l'Orspere-Samdarra suit la perspective de rendre les intervenants « familiers » à

⁷⁸ « Toute conduite autodéterminée est précédée d'une phase d'examen et de délibération que nous pourrions appeler définition de la situation ». William ISAAC THOMAS, *Définir la situation*, in *l'école de Chicago*, 1984, p. 80.

⁷⁹ Alfred SCHÜTZ, *L'étranger, un essai de psychologie sociale*, Paris, Allia, 2003 (1966), p. 38.

l'interprétariat et au soin. Cela implique une nécessaire réflexion sur les processus qui permettent aux interprètes désignés comme professionnels de « tenir » leur place face aux représentations et aux attentes des autres acteurs de la relation de soin, c'est-à-dire le « soignant » et le « patient ». Mais aussi pour l'interprète, il s'agit de pouvoir intervenir dans un univers étranger, celui du soin, qui implique de nombreux décryptages et des capacités de gestion des « charges émotionnelles ». La formation proposée par l'Orspere-Samdarra serait une contribution à la constitution du « savoir d'expérience » des interprètes.

La définition du rôle à jouer en tant qu'interprète en santé, de la place à trouver lors de l'interaction triangulaire se situe donc entre deux figures repoussoirs, « l'amateur bilingue » et « l'interprète machine ». « Être professionnel » se caractériserait alors par une capacité à exercer l'activité d'interprétariat en adaptant son rôle à la situation, c'est-à-dire à trouver une posture entre proximité et distance, familier et étranger. Le questionnement autour de cette définition floue, y compris du côté des institutions, m'a permis de mieux appréhender ce contexte constaté de prime abord d'un discours sur la professionnalisation des interprètes à travers l'observation d'une confrontation des différentes définitions des acteurs de ce qu'est être un « professionnel » de l'interprétariat dans le soin.

Selon Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD, « le terme « professionnalisation » devenu un slogan peut ainsi être utilisé de diverses manières à la fois. Dans le registre de l'injonction managériale ou étatique, où l'on parlera alors de « professionnalisme ». Dans celui de la revendication identitaire, où l'on parlera plutôt dans ce cas de « professionnalité ». Dans les deux cas, le terme est associé à une remise en cause plus ou moins radicale, non seulement de l'amateurisme du dilettante ou des maladresses du débutant mais aussi de la subordination passive à un statut à un statut ou à des règles formelles et de l'obéissance aveugle à des consignes portant sur l'activité »⁸⁰.

Une définition floue de l'activité par la méthode comparative introduirait la notion du mépris engendré par la méconnaissance des spécificités de l'activité d'interprétariat dans le soin et d'un sentiment qu'une lutte doit être menée par les acteurs agissant dans ce monde.

Extrait entretien 4 (chef de service interprétariat et interprète)

« Et c'est surtout reconnaître et faire reconnaître par, je dirais les services publics, par l'état, par les utilisateurs, le statut d'interprète en milieu médico-social. Parce que c'est vrai, que

⁸⁰ Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD, *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris, 2015, p. 313.

malheureusement, heu, l'interprète en milieu médico-social, il est perçu comme un métier, comme quelqu'un qui est moins compétent qu'un interprète de conférence ou qu'un interprète, voyez, commercial. C'est un interprète, heu... *Par qui ?* Tout le monde. *En gros, les clients ?* Pas nos clients, je dirais qui font appeler à nous, qui savent les spécificités de notre interprétariat mais vis-à-vis de l'extérieur, vis-à-vis de l'État, bon, à l'exception de la Direction Générale de la Santé. C'est un métier, ok. Mais bon, c'est ceux qui ne réussissent pas quelque part l'interprétariat de conférence qui font faire de l'interprétariat en milieu médico-social. (...) C'est les immigrés, c'est les gens qui s'occupent des immigrés. »

Partie 2 : De l'engagement dans une carrière d'interprète en santé, quels moments pour « faire monde commun » ?

Essentiellement catégorisé par des processus de différenciation face à des figures repoussoirs, marqué par une histoire reliée à un travail avec le « migrant précaire » souvent catégorisé comme « indigne », le métier d'interprète en milieu médical serait-il relié à du « sale boulot » ? Comment les individus en viennent à devenir interprète professionnel dans ce domaine, c'est-à-dire s'engager dans un statut durant leur carrière mais surtout à le rester ? Le questionnement s'est ainsi orienté sur le processus de construction d'une norme commune entre les interprètes se désignant eux-mêmes comme appartenant au monde de l'interprétariat en milieu médical. En effet, la réflexion se porte ici autant autour de la question « comment devient-on un interprète « professionnel » ? » que « comment le reste-t-on ? » et a été largement abordé dans mes entretiens.

Après avoir dégagé une typologie des interprètes en santé et les figures repoussoirs participant à une définition de l'interprétariat « professionnel » en santé, nous pouvons proposer ici un tableau récapitulatif en y intégrant les savoirs qui seraient alors reliés. L'identité professionnelle des interprètes intervenant dans le monde du soin se composerait dans la construction d'un « savoir d'expérience » combinant « savoir profane » et « savoir technique ».

Amateur bilingue	Interprète professionnel	Interprète machine
Interprète « <i>ad hoc</i> » Bénévole Personnel soignant faisant office d'interprète	« Indépendant » Salarié de structure associative	Interprète au téléphone ou par visioconférence « <i>Google trad</i> humain »
Figure repoussoir	Doit apporter des garanties face aux figures repoussoirs	Figure repoussoir
Savoir profane-----	Savoir d'expérience-----	Savoir technique

Tout d'abord, il est important de préciser ici qu'un individu peut tout à fait, à différents moments de sa trajectoire exercer l'activité d'interprétariat dans chacun de ces « catégories » selon les contextes d'interventions.

Extrait de l'entretien 7 (interprète salariée dans la structure associative HUIT)

« Avant de travailler à HUIT, j'ai travaillé en tant que bénévole avec une association, CS. C'est une association qui aide les demandeurs d'asile dans leur procédure de demandeurs d'asile. (...) Donc avec eux, je faisais du bénévolat depuis des années. Je ne sais plus à partir de quand, mais ça fait longtemps.

Depuis que vous étiez étudiante ?

Même avant, j'étais au lycée quand j'ai commencé. J'ai commencé par un stage et puis j'y retournais régulièrement en tant que bénévole. Donc c'était à partir de 2009, 2010, comme ça. (...) C'était intéressant aussi, les études mais ça ne m'a pas plus. J'ai senti que ce n'était pas pour moi, le commerce. Je voulais quelque chose vraiment dans le domaine social et puis utiliser les langues que je parle. Et finalement. L'association CS m'a parlé de HUIT et puis j'ai déposé mon cv. J'ai proposé ma candidature et au bout de quelques mois, ils ont eu la nécessité d'un interprète en langue géorgien. Du coup, moi, j'ai eu un entretien. J'ai passé des tests. Et puis, d'abord, j'ai été pris en CDD pour 6 mois et comme tout s'est très bien passé, j'ai été embauché. (...) Le géorgien, c'est ma langue maternelle. Je suis géorgienne et puis je maîtrise bien la langue géorgienne et puis le français, par contre je l'ai appris ici.

D'accord, vous êtes arrivée en France...

Ça fait... je suis arrivée à l'âge de 14 ans.

D'accord. Vous êtes arrivée avec votre famille ?

Oui, je suis arrivée avec ma mère, oui.

Et du coup, ça explique un peu pourquoi vous avez eu envie de faire du bénévolat pour les demandeurs d'asile ?

Oui, bien sûr, oui. C'était en lien. Parce que j'avais, pas moi, mais ma mère passée par cette association et puis quand j'ai eu un certain âge je me suis dit que ça serait bien de se sentir utile à quelqu'un. Et finalement, ça me plaisait bien. Mais je ne savais pas si je pouvais faire ça comme un métier. Finalement, quand on m'en a parlé... parce que je connaissais pas, cette association HUIT, qu'on pouvait travailler en tant qu'interprète. Sinon, je pense qu'à l'époque j'aurais choisi un autre parcours.

Vous auriez aimé faire une école pour être interprète ?

Oui. Finalement quand j'ai su que l'on pouvait travailler en tant qu'interprète, j'ai tout de suite pensé que si je pouvais exercer en tant que profession, en tant que pas job d'étudiant mais profession beaucoup plus stable, j'ai beaucoup aimé cette idée et quand j'ai été acceptée ici, j'étais vraiment très ravie.

Et du coup, est-ce que vous avez été interprète pour votre mère, pour des amis, avant ?

Oui, oui, bien sûr, je faisais de l'interprétariat pour ma mère. Et puis après, je pense ça dépend de la personnalité. Je pense que c'était vraiment mon domaine tout ce qui est social, tout ce qui est interprétariat. Et puis, quand je voyais des personnes à mon entourage, des amis ou des proches qui ne parlaient pas, je leur proposais régulièrement de les accompagner, de leur faire la traduction. Oui, oui, je pratiquais ça aussi.

Donc vous faisiez le métier, déjà ?

Oui, mais je ne savais pas que c'était un métier, c'était ça en fait. Même, je me souviens, parce que je suis passée par la demande d'asile aussi, quand je vivais dans un foyer, il y avait beaucoup de familles qui ne maîtrisaient pas la langue française. Je faisais des traductions pendant mes vacances. Parce que je vivais là-bas, donc. Alors je faisais les traductions sur place. C'était en russe. Je faisais.

Et vous pensez que cette expérience-là, personnelle, elle vous aide aujourd'hui ou c'est plutôt compliqué aujourd'hui de voir des gens en difficulté ?

Est-ce que cette expérience-là m'aide ? D'un côté oui mais de l'autre côté non, parce que ce que je faisais avant, ce n'était pas un travail. Et là dans un travail en tant qu'interprète professionnel, notre aide est dans la traduction. Donc je veux dire par ça que l'on a pas le droit par exemple de conseiller l'utilisateur, heu, comment il devrait parler ? Comment il devrait s'exprimer ou ajouter quelque chose au professionnel parce qu'on connaît la situation. Il y a tous ces éléments qui n'existent pas. Donc maintenant, je ne traduisais pas fidèlement avant mais à cette époque-là, j'accompagnais l'utilisateur. Donc j'étais avec l'utilisateur, je traduisais la situation de l'utilisateur. Donc s'il oubliait des choses, je pouvais en dire parce que j'avais l'autorisation. Alors que là, je suis neutre parce que je suis ni du côté de l'utilisateur ni du côté professionnel. Mon aide consiste dans la traduction. Enlever cette barrière linguistique.

1. La carrière de l'interprète : d'une opportunité biographique à un « engagement »

La notion de « carrière »⁸¹ m'a semblé ici particulièrement intéressante à mobiliser dans la possibilité d'envisager que « la carrière des interprètes » peut être marquée par l'acquisition successive et séquentielle de différents statuts au cours de son implication dans le monde de l'interprétariat dans le soin.

Une de mes premières hypothèses était que les interprètes choisissent pour, la majorité, cette activité professionnelle d'abord de part des compétences linguistiques antérieurement acquises, souvent venues d'un bilinguisme comme vestige d'un parcours migratoire passé. Les coordinateurs de services des structures d'interprétariat m'ont tous précisé que même si ce trait commun était très courant chez les interprètes de leurs structures, certains avaient acquis des

⁸¹ « Cette notion désigne les facteurs dont dépend la mobilité d'une position à l'autre, c'est-à-dire aussi bien les faits d'objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs de l'individu », Howard S. BECKER, *Outsiders*, (1963), Paris, Métailié, 1985, p. 47.

compétences linguistiques exclusivement via l'enseignement scolaire et pour certains, via des écoles d'interprétariat.

J'ai effectivement rencontré une majorité d'interprètes ayant un parcours migratoire inscrit dans leur histoire familiale ou étant eux-mêmes des « migrants ». Cependant, il semblerait que ce « profil » d'individu optant pour la carrière d'interprète ne soit pas spécifique à l'interprétariat en santé mais pour l'ensemble des champs possibles d'interventions des interprètes.

Portrait entretien 2 (interprète libérale spécialisée dans le domaine médical)

Elle explique « ne pas avoir un parcours typique » car elle est devenue interprète à l'âge de 40 ans. Après avoir travaillé dans la gestion d'entreprise et pris un an de congés sabbatique « pour réfléchir à ce qu'elle allait pouvoir faire », elle décide de devenir interprète sous le statut du libéral. Bilingue en espagnol et en allemand, les langues de ses parents, elle avait suivi des études en anglais. Un parcours de migration est inscrit dans son histoire familiale, tout comme l'interprétariat.

« Je suis fille d'étranger, de réfugiés, tous les deux. Donc mon père était espagnol et ma mère était allemande. (...) donc moi, en fait, toute petite, j'interprétais quand il y avait la grand-mère allemande qui venait avec ma sœur, dès l'âge de 6 ans, on interprétait. Donc j'avais quand même une expérience, je savais ce que c'était interpréter, quoi. »

Elle relie notamment ce parcours à sa définition du métier d'interprète « le fait qu'un interprète soit un traducteur, soit un vecteur entre deux cultures, deux langues et que ça, c'est profondément en moi, ça ».

Pour les interprètes « indépendants » (ayant un statut de libéral ou d'auto entrepreneur), le choix d'entrer dans une carrière professionnelle implique un certain nombre de démarches pour s'installer dans la profession, notamment autour du « démarchage de clientèle ». Les salariés des structures associatives d'interprétariat expliquent qu'ils préfèrent ne pas avoir à gérer la relation directe avec la clientèle ou de devoir « gérer toute cette paperasse ». La structure d'interprétariat représenterait donc un filtre face au marché et la sécurité d'avoir un statut d'interprète sans devoir accomplir des tâches de gestions. Pour les interprètes libéraux, outre l'avantage de pouvoir fixer eux-mêmes les prix de leurs prestations, avoir une relation directe avec le client permettrait une meilleure reconnaissance du travail accompli.

Extrait entretien 11 (interprète libérale)

« Je ne travaille plus avec les agences depuis, oh ça fait un petit... ça va faire un an et demi, deux ans. Je travaille que vraiment sporadiquement, sur des missions ponctuelles. Mais je n'ai plus d'agence de traduction comme client principal.

D'accord, c'est un choix?

C'est un choix.

D'arrêter... tu préfères gérer toute seule ?

Oui. C'est une relation client plus direct. Alors, certains dirons plus rémunérateur. C'est vrai parce qu'il n'y a pas d'intermédiaire. En même temps, c'est plus facile pour déjà, revendiquer la paternité de notre travail. Puisque quand je travaille en direct, je peux revendiquer la paternité de ce que je fais et donc montrer, faire la promotion de la traduction directement. Ce que je ne peux pas faire quand je passe par un intermédiaire, parce que ce n'est pas mon client.

Il y a une meilleure reconnaissance de ton travail?

Voilà, tout à fait ».

Du côté des interprètes salariés dans les structures associatives, les différents portraits que j'ai tracés suite aux entretiens menés font émerger pour la plupart, une entrée dans une carrière d'interprète fortuite. Le choix d'opter pour cette activité professionnelle est bien souvent présenté comme une opportunité biographique d'abord basée sur des compétences linguistiques.

Extrait de portrait entretien 5 (interprète dans structure d'interprétariat associative)

A commencé fin 2008/début 2009. Alors qu'elle avait interrompu sa thèse d'anthropologie pour la naissance de sa fille. N'a finalement pas repris sa thèse. Depuis, elle est interprète en espagnole et portugais en tant que salariée d'une structure associative d'interprétariat, langue acquise avant son arrivée en France. « Je suis née au Chili. Je suis arrivée en France à 12 ans et entre temps, j'ai vécu au Brésil aussi. »

« Alors comment j'avais commencé, j'avais juste entendu parler d'une copine qui avait travaillé mais juste un tout petit peu à (nom de la structure). Elle a pas fait trop longtemps, mais elle m'a dit oui tu devrais aller voir, et cetera. (...) J'étais étudiante et j'avais un autre boulot étudiant. Surtout, j'avais pas calculé qu'est-ce que c'était enfin, quel genre d'interprétariat c'était, tu vois. Elle me disait oui, dès fois, tu peux travailler à la police, et cetera. Donc j'entendais parler mais sans trop savoir. (...) J'ai décidé de postuler, d'envoyer un CV comme ça. Mais je savais pas en fait en quoi ça consistait. (...) J'avais pas pris conscience du travail que ça impliquait ».

« Et ça m'arrangeait à cause des horaires parce qu'on reçoit les vacances et on dit oui ou non, je peux je peux pas. Et comme j'avais ma fille qui était petite, qui était bébé, ça m'arrangeait justement. Je disais je peux travailler, je peux disposer de l'emploi du temps tout en... Ce qui arrive pas mal aux interprètes. *D'être jeune parent ?* Oui, le côté pratique, c'est la question des horaires ».

Le caractère fortuit de l'entrée dans la carrière d'interprète professionnel viendrait du fait que la motivation pour s'y engager serait d'avantage d'ordre pragmatique que d'une « vocation », dans la mesure où de nombreux individus s'y engagent sans avoir une connaissance du métier. Il est quasiment exceptionnel de travailler à temps plein et cela implique que les interprètes s'engagent dans d'autres carrières professionnelles en parallèle ou bénéficient de plus de disponibilités pour agir dans d'autres sphères.

Extrait portrait entretien 6 (interprète dans une structure d'interprétariat associative)

Elle travaillait en tant qu'enseignante au Maroc et en Algérie. Elle est arrivée en France « dans un cadre particulier » en suivant son mari pour une mission de quelques années.

« Je suis venue à l'interprétariat par accident, on va dire. Par hasard, parce que à l'époque je venais d'arriver en France, je ne travaillais pas encore. Et en fait, j'avais des études, un master 1. Bon, j'avais des diplômes dans mon pays mais il fallait valider. Il faut toujours avoir des diplômes en français donc j'ai repris les études. Et puis c'est là qu'il y a une amie qui m'a dit. Là, il y a telle association, qui cherche quelqu'un donc je suis arrivée comme ça. (...) Ça remonte à 2002. »

A l'issu de son master, elle deviendra formatrice FLE pour adulte et coordinatrice d'un réseau, tout en poursuivant parallèlement son activité d'interprète.

Selon les chefs de services des structures d'interprétariat rencontrées, les interprètes poursuivent des activités variées tout au long de leur carrière d'interprète alors que d'autres vont ensuite se diriger vers une activité plus rémunératrice, leur permettant d'exercer un seul métier à temps plein. Par ailleurs, la demande d'interprétariat dans une langue étant souvent reliée à des flux migratoires, les heures proposées de travail peuvent diminuer considérablement et pousser des interprètes à l'arrêt de leur carrière. Cependant, un *turn over* des salariés ne serait pas spécialement observé par les structures d'interprétariat.

Au-delà de la compétence linguistique, un parcours migratoire semble être porteur de compétence spécifique pour les « clients » des interprètes. En effet, il apparaît que les interprètes en santé sont attendus pour amener des expertises culturelles en plus de la traduction, les propos du patient allophone nécessitant un décryptage particulier dont l'interprète serait un expert.

Retranscription colloque ISM Paris, le 18 Mars 2010, Dr Jean-Claude METRAUX (pédopsychiatre), membre de l'association Appartenance, actrice de l'interprétariat dans le soin en santé mentale en Suisse.

« L'interprète a une double appartenance car il est probablement lui aussi passé par des vécus de précarité, des vécus d'exclusion, de vécus de xénophobies, etc. Il va pouvoir, si on lui donne un rôle de véritable partenaire permettre de rééquilibrer la relation entre le soignant et le patient. Et ça, c'est extrêmement précieux. »

Les interprètes mobilisés ne partagent pas forcément le même parcours migratoire ou ne sont pas issus du même pays d'origine que tous les patients allophones pour lesquels ils sont amenés à intervenir et développent, au fil de leur activité, cette expertise « culturelle ».

Extrait de portrait suite à l'entretien 13 (interprète salariée d'une structure associative)

En Russie, a fait des études d'interprétariat. Dès la 4^e année, commence à travailler en tant que guide-interprète, puis interprète pour des sociétés commerciales russes. Après ses études, travaille dans une entreprise interprétariat. Venue en France pour « sa vie personnelle », elle participe à une formation civique par l'ANAEM (*aujourd'hui OFII*) où intervient un interprète de la structure associative pour laquelle elle travaille aujourd'hui. On lui suggère de proposer sa candidature, elle est rapidement recrutée.

« Mais c'est très différent, l'interprétariat commercial pour les sociétés, c'est très très différent de l'interprétariat dans le milieu social.

Oui, c'est différent ?

Oui. Déjà le public n'est pas le même. Les objectifs ne sont pas les mêmes du coup. Heu, la prise de contact, la position de l'interprète du tout... Parce que par exemple, dans l'interprétariat, souvent on ne nous demande pas nos connaissances culturelles ou ce genre de choses, vraiment. Où l'interprète... je dirais que l'interprète commercial est vraiment un outil de communication. Tandis que l'interprète en milieu médical et social, c'est plus qu'un outil d'interprétariat ou de traduction. (...) Beaucoup plus qu'un outil parce qu'on a besoin de nos connaissances culturelles, interculturelles en fait. (...) c'est bien plus.

Mais du coup, toi, tu es russe et tu es amenée à traduire pour des gens qui ne sont pas tous russe ?

Oui.

Et du coup comment tu fais parce que du coup, tu connais la culture russe ou de ta ville d'origine... mais du coup, comment tu fais dans ces cas-là ?

J'ai connu la culture soviétique puisque je suis née à l'époque soviétique. Et pas mal de gens, pas de ma génération, de la génération de mes parents, ils ont gardé des traces de cette culture. Chaque pays, ethnie soviétique a ses particularités, sa culture mais en même temps, il y a cette culture commune soviétique. Et puis j'ai pas mal d'amis qui sont géorgiens, arméniens, tchéchènes, et qui sont au pays donc ça aide. Ça brasse pas mal en Russie, malgré la montée du nationalisme, il y a pas mal des gens qui sont mélangés. Et puis le travail, avec l'expérience, aussi, ça m'aide beaucoup.

Oui ? Au fil du temps, de connaître les histoires ?

Oui, comme j'imagine les interprètes en portugais ou en espagnol, qui traduisent ici, forcément ils ne connaissent pas tous les pays. »

Apporter des éléments culturels permettrait de détacher l'interprète de la figure repoussoir de « l'interprète machine », comme « un outil de traduction » mais le rapprocherait de la figure de « l'amateur bilingue » mobilisant son « savoir profane », des connaissances partagées avec le patient allophone qui implique la notion de proximité.

La question du recrutement des interprètes par les structures associatives apparaît comme marquée par une certaine ambiguïté par rapport à la valorisation du parcours migratoire.

D'un côté, cette expérience biographique est valorisée comme amenant des éléments culturels dans l'interprétariat ou même pour certaine structure de soin en santé mentale, l'interprète se rapprochant alors très fortement de la figure du « médiateur culturel » des dispositifs d'ethnopsychiatrie ou de soins transculturels. D'autre part, une certaine distance est recherchée avec ce parcours migratoire soit par le fait de recruter des personnes qui ont « une certaine expérience de la vie » (chef de service interprétariat) d'autres expériences univers de référence tels des étudiants, soit en tentant de recruter des personnes dont le parcours migratoire est plus ancien.

Extrait d'entretien 1 (directeur d'association)

« C'est aussi accéder à des personnes qui sont dans des situations un peu stabilisées, sur des questions de séjour, et cetera. Des personnes qui se sont un peu éloignées des parcours des personnes pour qui elles vont être interprète. Je pense à tout ce qui est demande d'asile, par exemple. Parce que le même, parfois est compliqué, quoi. »

Commencer à exercer en tant qu'interprète professionnelle a été décrit par les personnes interviewées comme un « baptême du feu », un moment où « ça passe ou ça casse ». Ceci d'autant plus dans un contexte régi par l'urgence de répondre à des besoins en interprétariat. En effet, les exigences de recrutements fluctuent selon les demandes du « marché », notamment lorsqu'un besoin en « langue rare » se présente sur un territoire comme c'est le cas actuellement dans un contexte de « débordement » décrit précédemment.

Extrait de l'entretien 5 (chef de service structure interprétariat)

« Pour certaines langues, je dirais, on est beaucoup plus exigeant. Les tests d'entrée ne sont pas les mêmes entre une langue et une autre. Selon la langue, si elle est rare ou pas, dans des langues rares où vous avez pas le choix, vous êtes obligé de prendre ce qu'il y a. Vous n'avez pas le choix, surtout au début. Le temps que la communauté s'installe. Là, il y a eu une arrivée de 86 érythréens, vous avez du en entendre parler. *Oui*. Heu, pour trouver un interprète en tigrigna, je peux vous dire, ça a été la galère. J'ai réussi à trouver quelqu'un, un étudiant ingénieur, (...), il a un très bon niveau en français, il parle bien. Mais en interprétariat... bon, il a fait de l'interprétariat à titre bénévole, mais bon, j'ai qu'une personne. Comment vous voulez que... faut bien faire un choix. Il passe le test en français, il parle très bien. Je ne suis pas capable de juger s'il parle le tigrigna. Alors là, l'intérêt du réseau, c'est que l'on peut faire des tests avec les autres membres du réseau » (...)

« Là, aussi il peut être bien, je veux dire, il peut se débrouiller en langue mais en relation, en gestion du stress, gestion de... je dirais l'échange, l'interaction qui va avoir lieu, parce que c'est une interaction, hein, dans la relation à trois. Cette interaction. Ça, c'est qu'en forgeant que l'on devient forgeron. Qu'en travaillant, qu'on peut avoir le retour. *C'est un pari, un peu ?* Voilà. Alors il m'arrive souvent, de prendre contact avec le professionnel pour dire « comment ça s'est passé ? ».

Selon eux, les coordinateurs des services d'interprétariat ont dû développer une expérience pour déceler des aptitudes relationnelles lors de l'entretien de recrutement des interprètes. Ces entretiens d'embauches représentent un moment d'explication des postures professionnelles à adopter et de transmission de règle déontologique par transmission de la Charte associative. Ces premiers entretiens sont décrits comme des moments de formations et représentent souvent, l'unique formation avant de commencer à exercer. « On est recruté mais on n'est pas formé » (*une interprète dans une structure associative*).

Les coordinateurs expliquent rester vigilants autour des premières interventions des jeunes recrues en étant attentif aux retours que les clients peuvent faire. Ils sont alors amenés à proposer des entretiens individuels complémentaires aux interprètes ou parfois à interrompre leur contrat durant sa période d'essai. Cette pratique, décrite comme peu fréquente, est partagée par toutes les structures associatives rencontrées. Certains interprètes décideraient également d'interrompre leur activité de leur propre initiative, après avoir découvert l'exercice de l'interprétariat et ne souhaitant pas poursuivre leur carrière.

La plupart des interprètes rencontrés décrivent une entrée immédiate dans l'exercice professionnel et souvent, des situations des personnes pour lesquelles elles interviennent, notamment, une découverte de la demande d'asile. Isolés dans leur pratique, il apparaît que les interprètes mobilisent leurs expériences personnelles, leurs « savoir profane » pour surmonter cette épreuve du risque de s'identifier aux récits que l'on doit traduire et se protéger face « aux histoires sordides que l'on doit écouter tout le temps » (*une interprète libérale*).

Extrait entretien 13 (interprète salariée d'une structure associative)

Et du coup, quand tu es arrivée, tu as eu des formations ou tu as tout de suite...

Oui ! (*Rire*) Oui !

Tu as tout de suite travaillé ?

Oui ! En fait, j'ai eu l'entretien, on m'a expliqué ce que c'était l'interprète dans le milieu social avec quelques brochures. Heu, j'ai consulté le site de (*nom de la structure d'interprétariat*). Mais, mais je me souviens de mon tout premier entretien. Ma toute première mission, c'était le récit de... C'était le recours...

Oui ?

Alors tout de suite ! (*Rire*) Les perquisitions, les coups, et moi qui n'avait connu ça, j'ai jamais connu ce milieu-là.

Tu ne savais pas ce que c'était une demande d'asile, rien du tout ?

Non. Non. J'étais chamboulée ! (*Rire*). Et du coup, je traduais, j'avais le... je traduais ce que la personne disait mais le juriste, il a remarqué par mon comportement. Il disait, c'est la première fois que vous faites une traduction. Voilà. Les premiers mois, c'est compliqué.

Ça a été dur ?

Heu (*Blanc*) Oui. Et puis si pendant l'entretien, je ne le montrais pas parce qu'il fallait que je fasse mon travail. Donc je faisais mon travail mais je sortais ben... Le matin quand on se lève... de devoir gérer... avec le temps, on y arrive. C'est pas que l'on construit un mur, non. On arrive à garder la distance. A se dire « voilà, c'est l'histoire des personnes, c'est pas mon histoire ». Mais les premières fois... les gens qui ont tous abandonné, qui ont vécu des choses atroces...

Et comment tu penses que tu as réussi à faire tout ça ?

Je pense que j'ai fait un peu comme des médecins. J'ai des médecins dans ma famille, en pensant à eux comment ils faisaient avec leur patient, j'ai vu qu'ils arrivaient à garder cette distance. Déjà de ne pas me projeter dans leur histoire, ne pas me l'approprier même si je le verbalise, j'utilise le plus souvent possible, quand c'est possible, la traduction il, elle, la troisième personne.

Ouais, ça t'aide ?

Et de se rendre compte que ce n'est pas mon histoire. Je suis là pour aider cette personne et que si je perds mes moyens, c'est... ça serait pas utile ni pour les personnes ni pour moi-même.

Et du coup c'est un peu toi qui t'es construit tout ça ? Tu as en discuté avec les gens de ta famille qui travaillaient dans le milieu médical ?

Non pas tellement mais je pensais à eux. Je voyais comment eux faisaient. J'imaginai ce qu'ils disaient. C'est en pensant à eux que je pense que j'ai construit un peu ce modèle.

Et du coup comment tu as rencontré les autres interprètes ?

Ah c'est ça le souci. C'est que l'on ne se voit pas beaucoup. C'était dans le GAP (*Groupe d'Analyse de la Pratique*). On se croisait un peu dans les réunions, s'il y avait plusieurs interprètes qui étaient appelés. Mais ce n'est pas des réunions pour les interprètes, c'est des réunions dans les foyers, pour le service social.

L'entrée dans une carrière d'interprète professionnel pourrait correspondre à la découverte d'un « moi potentiel »⁸² lors de l'interaction ayant lieu dans la relation de soin. Ce « moment décisif » d'acquisition du statut d'interprète « professionnel » se produit la plupart du temps sans qu'il n'y ait eu rencontre avec d'autres interprètes ayant la même activité. La question de la (re)construction identitaire alors à l'œuvre semble centrée sur un cheminement

⁸² « Il se produit une forme de transformation relativement subtile lorsque quelqu'un a joué de façon inattendue un rôle important dans lequel il a exceptionnellement bien réussi. Peu importe que ce rôle suscite l'admiration ou le mépris de celui qui l'a ainsi joué, l'important est qu'il n'aurait jamais envisagé être pourvu de ce « moi » potentiel ». Anselm L. STRAUSS, *Miroirs et masques, une introduction à l'interactionnisme*, Métailié, 1993, p. 102.

individuel pratiquement dépourvu de rencontres avec des pairs, de moments d'initiations aux normes en vigueur et conduites à tenir.

Pourtant, les discours recueillis des interprètes sur leurs pratiques restent relativement homogènes et se rejoignent notamment autour de la « déontologie ». Des normes communes sont énoncées, même si j'ai retrouvé des débats autour de leur application pratique, notamment autour de la notion de « neutralité », question au combien épineuse quand il s'agit pour les interprètes de confronter entre eux leurs définitions.

En effet, la figure du « médiateur » semble se dessiner pour caractériser l'interprète en santé mais selon les acteurs rencontrés, sa définition repose sur des espaces de références différents. Ainsi, selon les besoins d'interprétariat sur un territoire et dans un contexte historiquement situé, l'interprète en santé est relié au « médiateur culturel », au « médiateur social », etc. Ceci, dans une perspective où le « savoir profane » des interprètes est valorisé car il permet d'apporter un éclairage particulier à la relation de soin, de permettre une « alliance thérapeutique », en dépassant l'étrangeté de la situation de soin du patient allophone en présence d'un tiers.

Cahier de terrain AB. Prise de note formation Orspere-Samdarra, le 31 mai après-midi. Intervention psychiatre directrice de l'Orspere-Samdarra, échange avec les interprètes participants

Psychiatre : « vous votre rôle d'interprète, c'est d'être le trait d'union ».

Tout le monde acquiesce.

Une interprète décrit la proximité qui s'installe avec le patient allophone. « On a la même langue, la même tête », à l'interprète « on lui fait confiance ». « On essaye d'être neutre ». « Souvent on nous demande, est-ce que je peux lui poser cette question ? »

Psychiatre : « l'interprète a une sorte de rôle de médiation culturelle ».

Une autre interprète : « on n'est ni du côté du patient, ni du côté du médecin »

Psychiatre : « une question de posture à prendre... ». La notion de distance. La professionnalisation permettrait « une meilleur efficacité critique ». « Trouver la juste distance. Suffisamment proche et distant. »

Interprète : « ça, c'est possible quand on a un cadre »

Tout le monde acquiesce (signes de tête).

Interprète de conférence : « un bon interprète doit se faire oublier »

Personne ne semble d'accord sauf un autre interprète (sa collègue).

Interprète : « il faut savoir se tenir à sa place »

Interprète langue chinoise : « je suis obligée d'expliquer car sinon les gens ne parlent pas »

Il est apparu que les collectifs d'interprètes formalisent des règles centrées sur la notion de « neutralité », comme nécessaire à la relation de soin à trois, comme pour diminuer les réticences observées chez le patient et le « soignant » suite à l'introduction d'un tiers et ainsi favoriser une « alliance thérapeutique ». Ainsi, les interprètes sont attendus à la fois pour apporter des savoirs expérientiels singuliers issus de leur activité d'interprétariat dans le soin tout en adoptant une posture « neutre » se situant entre « l'amateur bilingue » et « l'interprète machine ».

Au-delà des différentes postures adoptées, c'est l'attachement à des valeurs qui semblent guider le fait de poursuivre une carrière professionnelle. L'engagement et l'installation dans cette carrière revêt même parfois une dimension militante exprimée en tant que telle autour de l'intervention auprès des migrants.

Extrait d'entretien 6 (interprète salariée dans une structure associative)

Et en fait, moi je... pour moi, c'est pas un travail. C'est un travail militant. C'est pour ça que je m'investis, voilà, je considère que c'est important, aujourd'hui. J'aurais pu faire ça bénévolement dans une association où on dit « voilà, il y a des personnes qui ont des droits, il faut les aider à accéder à leurs droits ». Mais j'aurais fait ça.

D'accord, donc c'est plus pour l'accès aux droits que vous travaillez ?

Ben l'accès aux droits, la dignité des personnes, voilà, de permettre l'expression de la parole, permettre... C'est tout ça.

D'accord. Et est-ce que vous avez déjà été avant dans le militantisme par rapport à tout ça où ça s'est développé en arrivant ici ?

C'est-à-dire que moi, quand je suis arrivée en France, finalement, je me suis rendu compte que j'étais privilégiée. J'arrivais en France, je maîtrise la langue, capable de faire tout mieux que certains français, et cetera (*Rire*) reprendre des études à un âge quand même qui n'était pas jeune. Et c'est là où j'ai rencontré des gens qui étaient là depuis plus longtemps que moi mais vraiment pour qui la société française était totalement étrangère alors qu'il vivait dans cette société. Ils ne comprenaient rien de cette société. Qui était isolé. Et donc voilà, quand j'ai fait ce travail je me suis dit « ça, c'est important ».

Cette posture militante va parfois faire sortir certains interprètes de « leur cadre » en transgressant la norme de non-intervention auprès du public allophone. Ceci, par de l'aide

dispensée en dehors de l'exercice professionnel ou par une prise de position face au professionnel pour qui est assuré l'interprétariat.

Extrait entretien 5 (interprète dans une structure associative)

Est-ce que ça t'es déjà arrivée de faire du bénévolat ?

Oui. Alors on n'a absolument pas le droit en fait, mais je l'ai fait.

Pas le droit ? C'est écrit dans ton contrat que tu ne peux pas être interprète sans...

Non, que tu peux en fait pas donner tes coordonnées à la personne. Tu ne peux pas sortir du cadre de ton travail d'interprète. Enfin, ça c'est dans la déontologie en fait.

Dans la déontologie de CINQ (nom de la structure) ?

Alors ce qui m'est arrivée, c'est de traduire des petits bouts de journaux c'est-à-dire la personne devait amener à son avocat des preuves et elle avait trouvé des journaux qui parlaient de l'assassinat de sa femme notamment. Et l'avocat voulait une traduction mais pour ça, il fallait que la personne la paye de sa poche. Heu, une traduction avec un interprète, il y en a pour 50 euros, quoi. Je l'ai fait ça m'a pris 10 minutes. C'était...

C'est vraiment exceptionnel, en fait ?

Voilà. J'ai fait ça et j'ai fait d'autres choses aussi (*Rire*). Mais là où j'ai pas pu, c'était... J'ai fait dormir des gens dans la salle où je donne cours. (...)

Parce que tu n'en pouvais plus ?

C'est ça. C'était en plein hiver, en fait. En plus, c'était il y a 2, 3 ans où il y avait eu un hiver horrible. Ça faisait deux semaines qu'ils étaient à la rue. Ils étaient à la rue, ils n'avaient pas manger, en fait. C'était un couple (...) ils avaient leur enfants disparus. Ils étaient tous les deux tous seuls ici. On est arrivé pour la demande d'asile et ils n'avaient pas dormi, ils avaient dormis dans un local à poubelle. Ils n'avaient pas mangé. Depuis une semaine, presque rien. Et on était là, à parler de toute leur vie alors que ils n'avaient absolument pas eu... Enfin, je n'ai pas pu. Mais je lui ai dit à l'assistante sociale, je lui ai dit « désolée, là, moi, je vais sortir de mon cadre. ». Et il y avait une pause, en fait. J'ai dit à un moment donné « je peux pas travailler avec vous ». Je suis partie faire des courses. Je leur ai fait des courses. Et après en sortant, en fait, au moment de partir... (*Rire*) J'ai pas pu...

Tu n'as pas pu leur dire au revoir, comme ça ?

Ouais, j'ai pas pu. Heu, voilà. Je les ai fait dormir là et ensuite, j'ai trouvé des amis qui ont pu les accueillir le jour jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par une association.

Au-delà de la capacité à activer des « marges de manœuvre », c'est-à-dire agir en dehors des conditions d'exercices balisées par la « déontologie », l'engagement dans une carrière d'interprète en santé correspondrait à une adhésion à des valeurs permettant de contrebalancer l'acceptation d'un statut précaire et des conditions de travail décrites comme « difficiles ».

Extrait entretien 13 (interprète salariée d'une structure associative)

Et ça va, ça te convient ou tu aurais bien aimé...

Si j'étais toute seule, ça non. Ça ne me conviendrait pas. En couple ça va.

Donc une femme toute seule ou un homme tout seul, ne pourrait pas ?

Ben, il y a des interprètes qui vivent seuls avec ce salaire-là.

Et du coup c'est un choix pour toi de rester ?

Oui, oui, oui. J'avais la possibilité de changer, de basculer à nouveau vers l'interprétariat commercial, d'affaire et je me sens plus utile comme interprète en milieu social.

Tu as besoin de cette dimension-là dans ton travail ?

Hum

Donc en fait, oui, tu pourrais mieux gagner ta vie ?

Oui. Etre dans un autre milieu (*Rire*). On va dire. Ne pas me confronter aux récits parfois horribles mais... mais c'est pas que je recherche, c'est pas ce que je veux. Je l'ai connu, j'ai travaillé pendant trois ans et demi dans ce milieu, dans le milieu d'affaire. C'était bien, intéressant. Mais j'apprécie beaucoup ce que je fais en ce moment. De voir les gens qui... De suivre une personne qui avait une maladie au départ et le voir guérir. Pas directement moi mais participer, y être pour quelque chose. »

2. La formation comme espace d'échange des « ficelles du métier »

L'importance de la formation comme un moment de « socialisation professionnelle » est particulièrement mis en avant par les acteurs rencontrés durant cette recherche. Tout d'abord, le fait même de participer à des formations contribuerait à la délimitation de l'appartenance ou non à un groupe professionnel de l'interprétariat dans le soin.

Les « savoirs profanes » se mêleraient alors aux « savoirs savants » acquis lors de formations. En quelque sorte, les formations offrirait un espace de légitimation des savoirs profanes dans la mesure où la mise en commun de ces savoirs issus de l'expérience permettrait de les transformer en compétence recherchée par les clients et même à les faire valoir comme une des spécificités de « l'interprétariat professionnel » en soin. Il s'agirait donc de proposer

un « savoir profane » en rupture avec la seule expérience biographique après l'avoir soumis aux partages d'expériences d'un collectif d'interprètes ayant des activités proches.

Pour le sociologue François ABALLEA, « les dynamiques de professionnalisation se révèlent être moins un processus technique ou administratif qu'un processus de socialisation et de légitimation, donc fondamentalement culturel et interactif »⁸³. Les formations comporteraient donc des enjeux identitaires pour les interprètes engagés dans une carrière professionnelle mais aussi dans une dimension collective, des espaces de légitimations et d'apports de garanties vis-à-vis des « clients ».

Les discours des interprètes rencontrés comportaient largement la description d'un métier marqué par l'isolement où les rencontres avec les pairs se font rares. Les moments de formations sont décrits comme des moments importants d'échanges autour des pratiques professionnelles, d'échanges des « ficelles du métier »⁸⁴. Durant ma recherche, j'ai observé des accès différents à la formation selon les statuts et pour les interprètes salariés, le territoire dans lequel ils se trouvaient.

Ainsi pour les interprètes libéraux, l'accès à la formation représente à la fois une démarche de recherche des offres existantes, de recherche de financement et un choix d'investissement car si leur coût peut être parfois pris en charge, un « manque à gagner » est présent dans le fait même de ne pas être en activité rémunérée.

Extrait de portrait entretien 2 (interprète libérale ancienne déléguée d'un syndicat d'interprètes et traducteur)

Elle a participé activement à l'organisation de formations et de rencontres pour les interprètes lorsqu'elle était déléguée régionale du « syndicat ». Selon elle, la formation des interprètes est à la fois :

- un « droit », elle a connaissance des possibilités de financements par le Fond Interprofession de Formation des Professionnels Libéraux (FIFPL) même si « ça ne couvre jamais tout ». Elle évoque la formation continue pour les interprètes salariés.

- un coût : « mais quand on est en formation, on ne peut pas travailler. Donc on a une perte de revenu. Donc c'est pas seulement le coût de la formation qui est seulement pris en charge, c'est le fait que vous perdez, entre guillemet des jours de travail », « parce quand on est en formation, on ne peut pas travailler, donc on ne produit pas, et si on produit pas, on n'encaisse pas ! »

- un investissement, elle a financé elle-même certaines formations qui étaient reconnues dans le milieu de l'interprétariat dans le domaine médical.

⁸³ François ABALLEA, « *La professionnalisation inachevée des assistantes maternelles* », 2005, p. 65.

⁸⁴ Howard S. Becker, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 2002.

- un « besoin »

- un moment d'apprentissage de la posture professionnelle. « Donc il y aura des gens qui ne seront peut-être pas formés mais seront très bien. Et puis il y a des gens qui ne seront pas formés mais qui ne seront peut-être pas bien non plus. Parce qu'on ne leur aura pas expliqué ou ils n'auront peut-être pas compris que cette neutralité est tellement importante ».

La dimension économique est également mise en avant par les coordinateurs de services des structures d'interprétariat et ceci, notamment pour la participation des interprètes salariés à la formation proposée par l'Orspere-Samdarra. En effet, il leur apparaît compliqué d'envisager une formation où tous les salariés d'une structure d'interprétariat seraient présents car cela implique de ne pas répondre à la demande en interprétariat des clients pendant ce même moment. Une difficulté est également mise en avant autour de la rémunération des interprètes à assurer durant les formations. De même, le coût des formations n'étant pas pris en charge, les structures d'interprétariat sont souvent dans l'obligation de dispenser elles-mêmes les formations via les coordinateurs de services qui prennent alors le rôle de formateurs.

Extrait d'entretien 1 (directeur d'association)

Ben oui parce que le problème, c'est que nous, on est une toute petite équipe, les anciens ne reviennent pas forcément en formation. Donc, on est sur des tout petits groupes et donc c'est intéressant de croiser un petit peu plus. Et puis aussi de professionnaliser ce champ de formation. Ma collègue et moi, on a une expertise en interprétariat. Moi, en utilisateur. Elle, est par ailleurs interprète mais on n'a pas toutes les compétences pour retraduire ça en formation. Aussi, ils nous manquent des éléments.

C'est vous qui assurez les formations habituellement ?

Moi, je co-anime les formations, oui, oui.

Oui ? Avec votre collègue ?

Oui, oui. Et puis dès fois, on fait venir des intervenants, ben ça dépend des sujets, quoi. Voilà, donc sur la formation, c'est encore modeste mais c'est là aussi, c'est aussi des questions de rationalité. Je veux dire quelqu'un qui intervient 10 heures dans l'année, on va ne pas lui faire une semaine de formation. On le paye, hein, pendant ce temps-là l'interprète. C'est aussi un équilibre à trouver, quoi.

Parce que, du coup, c'est compté sur un du budget de formation ?

Il n'y a pas de budget ! Il n'y a pas de budget ! Il y a eu une réforme de la formation professionnelle qui est à mon sens une catastrophe pour les salariés. Et ça, ça va être pleins pot pour l'employeur, en l'occurrence l'association. Donc nous, on souhaite maintenir de la formation et cetera, mais on ne pourra pas le passer en formation professionnelle. Le champ qui est réservé à la formation professionnelle et très très restreint maintenant et réservé aux

compétences de base. L'interprétariat (*Rire*) sur le champ social ne va pas rentrer dans aucune des classifications

Le tutorat

Le tutorat mis en place est un des éléments sur lesquels il semblerait que les structures d'interprétariat ont des avis encore divergents. Ce type de formation est proposé juste après le recrutement et avant l'exercice dans la profession. Un interprète « expérimenté », c'est-à-dire en exercice depuis plusieurs années et qui a suivi une formation pour être tuteur, prend en charge l'interprète récemment recruté. Dans un premier temps, l'interprète observe le tuteur pendant son travail. Puis c'est l'interprète en formation qui est observé par le tuteur.

Dans certaines structures associatives, le tutorat est mis en place depuis longtemps pour d'autres, elles ne sont pas envisageables dans la mesure où il implique la présence d'une quatrième personne durant la relation de soin, l'interprète en formation. Pour d'autres acteurs rencontrés, il s'agirait d'un dispositif indispensable à l'apprentissage *in situ* du métier et permettre que les premiers moments d'exercice de l'interprétariat en santé soient dégagés d'un « choc de la réalité », c'est-à-dire limiter les risques liés à une entrée brutale dans une carrière professionnelle d'interprète.

Extrait d'entretien 7 (interprète salarié dans une structure associative)

Avec le tutorat, ça a changé des choses pour vous de voir d'autres collègues ?

Oui, parce que c'est bien d'observer quelqu'un quand vous ne connaissez pas le métier, c'est toujours intéressant de voir des personnes comment ils travaillent et ce qui est vraiment demandé. C'est beaucoup plus compliqué que la traduction, juste. C'est vraiment l'ambiance en général. Il y a des petites nuances, comme ça qu'il faut vraiment faire attention. Et donc c'est toujours intéressant de regarder comment l'interprète travaille, comment linguistiquement, même comment il laisse la place, voir comment il se positionne et puis c'est bien d'être observé aussi. Parce qu'il y a des choses que vous-mêmes vous ne remarquez pas lors de vos interventions. Et puis en sortant, par exemple votre collègue peut vous dire « à ce moment, vous pouviez faire ça ou vous pouvez demander plus de temps pour traduire ou il ne fallait pas interrompre le patient ou le professionnel. Donc c'est intéressant.

Ça permet d'avoir des conseils vraiment pratiques ?

Pratiques, oui, oui. Parce que ça se fait en pratique, voilà ce qui est bien. Ça n'est pas théorique. Vous vous trouvez vraiment sur le terrain avec le professionnel qui est votre collègue et vous voyez vraiment comment ça se passe en réalité. Et ça c'est quelque chose de très utile.

Et qu'est-ce que vous avez appris qui vous a marqué, pendant ce tutorat, et que maintenant vous appliquez ?

C'était l'importance de la présentation. Comment il fallait se positionner dès le départ pour se présenter. Parce que (...) Théoriquement je savais parce qu'on m'avait expliqué lors de l'entretien mais en pratique, dès fois, c'est surtout, dans les hôpitaux, c'est difficile de se positionner parce que le médecin arrive en retard. Il y a des temps d'attentes, des choses comme ça. Alors quand il commence à parler, c'est quand même difficile de dire « d'abord vous me laissez la parole en disant « je dois me présenter ». J'exagère un peu mais c'est à peu près ça. Et laissez-moi deux minutes pour vous expliquer mon cadre de travail, présenter mon association à l'utilisateur, au professionnel. Et puis on commence l'entretien. Donc ça, j'ai vu comment en réalité l'interprète prenait cette position si l'interprète ne lui laissait pas cette place. Je pense qu'il y a des professionnels qui travaillent depuis longtemps avec des interprètes, donc avec eux, c'est plus facile parce qu'ils nous présentent. Et donc ils se présentent eux-mêmes et après ils nous présentent. Il y a des petites astuces comme ça.

Ce que j'entends, c'est que ça vous a aidé à avoir un cadre et à le poser ?

Oui, avoir un cadre, savoir comment se conduire. Et avec le professionnel et avec l'utilisateur. Et puis comment mettre en pratique moi-même. Dès fois, il y a vraiment des petites choses qu'on se pose. Quand j'arrive, à qui je m'adresse ? En salle d'attente comment le professionnel va me reconnaître ? Comment l'utilisateur va me reconnaître ? Est-ce que moi qui va vers eux. Donc c'est des choses comme ça.

Le tutorat représenterait donc un apprentissage aux « rites d'interaction », un moment d'acquisition d'un « savoir-faire »⁸⁵ permettant à l'interprète de pouvoir « garder la face » durant la rencontre thérapeutique dans laquelle il doit intervenir, l'interaction à trois. Pour Erving GOFFMAN, « ce qu'une personne protège et défend, ce en quoi elle investit ses sentiments, c'est une idée d'elle-même, et les idées sont vulnérables, non pas aux faits matériels, mais à la communication »⁸⁶.

D'une façon générale, tous les moments de formations repérés, à l'exception des formations techniques sur les traductions ou les démarches administratives autour du statut

⁸⁵ « Il est probable que les membres de tout groupe social ont une certaine connaissance de la figuration et une certaine connaissance expérience de son emploi. Dans notre société, une telle capacité porte parfois le nom de tact, de savoir-faire, de diplomatie ou d'aisance. L'efficacité en peut varier, mais guère la fréquence d'emploi, car presque tous les actes qui impliquent d'autres personnes se voient modifiés positivement ou négativement, par le souci porté à la face », Erving GOFFMAN, *les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974, p.16.

⁸⁶ *Ibid*, p. 40.

libéral, semblent porter majoritairement sur le partage de connaissances du rôle à jouer en tant qu'interprète et donc de réflexions sur la « posture professionnelle ».

L'analyse de la pratique

Parmi ces moments d'échanges de « ficelles », l'analyse de la pratique a été largement abordée lors des entretiens avec les coordinateurs et les interprètes salariés de ces structures. Comptabilisée dans les heures de formations proposées aux interprètes, l'analyse de la pratique est largement catégorisée comme telle. Ces groupes sont le plus souvent supervisés par un psychologue extérieur à la structure d'interprétariat et revêtent un caractère obligatoire ou non selon les structures. Les interprètes participant sont rémunérés et sont invités à faire part au groupe constitué des difficultés rencontrées sur le terrain d'exercice de leur activité.

Ces temps d'analyses de la pratique représenteraient des moments particuliers d'ajustement de la pratique professionnelle « de mettre de la distance » quand les situations ont généré trop de « charges émotionnelles ». Ainsi, l'analyse de la pratique serait un dispositif de « gestion du risque » face à l'épreuve de proximité rencontrée par les interprètes lors de leur intervention dans la relation de soin.

Extrait entretien 8 (coordinatrice d'un service interprétariat dans une structure associative)

« Je dis toujours que la place de l'interprète ce n'est pas une place où l'on pas peut vraiment s'asseoir confortablement. Donc dès que vous pensez que vous avez tout vu, il y a une situation qui surgit qui vous déstabilise et il faut être prêt à ça. Et saisir aussi ces occasions pour analyser les fonctions, la place, les responsabilités et sa posture professionnelle. »

Les « situations problématiques » présentées aux collectifs permettent le partage d'une définition commune du métier et l'échange de « ficelles » entre les interprètes. Le groupe serait alors à la fois un support aux épreuves rencontrées durant l'exercice solitaire du métier, à la fois dans la gestion individuelle de l'implication émotionnelle induite par certaines « histoires sordides » mais aussi dans un support collectif face aux exigences des clients, aux contraintes du marché.

Extrait de l'entretien 5 (interprète salariée dans une structure associative)

« En fait, c'est hyper rigolo, parce que je pense qu'ils ne le savent pas, mais on a notre classement des gens avec qui on aime travailler avec qui on aime pas travailler. Enfin, non, non. On a ce groupe de l'analyse de la pratique où on échange beaucoup sur ça. Et d'ailleurs ça allait mieux à partir du moment où on a ce groupe d'analyse de la pratique, justement. Ça a été mis

en place, moi, quand j'ai commencé à travailler, c'était pas encore. Ça a été mis en place l'année d'après ou deux ans après. Et là, oui, effectivement, quand on se raconte toutes les expériences, comme on est hyper libre de ça. On se dit « tu as déjà travaillé avec untel ? Oui, c'est l'horreur ». Et ouais ! (Rire) »

Une fois leur formation initiale achevée, les groupes d'analyse de la pratique représentent souvent la seule rencontre régulière avec les autres interprètes pour les salariés d'une même structure tandis que les interprètes libéraux n'y ont généralement aucune possibilité d'accès.

3. Quels moments pour faire « monde commun » ?

A travers l'étude de la carrière des interprètes et des moments de formation, se dessine un besoin exprimé par les interprètes rencontrés de pouvoir participer à des moments collectifs pour rompre l'isolement et échanger des « ficelles », des « supports de « professionnalités ». Dans un exercice d'une activité quotidienne marquée par un isolement, le partage des vécus semble être fortement recherché. Durant mon travail de terrain, j'ai élaboré une typologie des collectifs rencontrés pour essayer de repérer, les moments pour faire « monde commun », les espaces participants aux processus de « socialisation professionnelle » des interprètes en santé.

Ceci dans une perspective, où « la socialisation professionnelle s'inscrit dans le temps d'apprentissage par paliers et dans une multiplicité d'interactions et d'échanges, pour aboutir à une véritable conversion identitaire. Pour autant, la socialisation professionnelle n'assure pas nécessairement une homogénéité de pratiques et des conceptions du travail, même si elle marque les recrues, en les dotant de savoirs spécialisés de valeurs particulières, de référents symboliques »⁸⁷.

Le syndicat d'interprètes

Le syndicat des interprètes qui regroupe le plus de traducteurs et de interprètes exerçant en tant qu'indépendant propose notamment un « annuaire » à destination des clients, une *mailing list* qui permet aux membres d'échanger des informations et organiser des formations. Une charte de déontologie a été rédigée par « de nombreux membres » et publiée en 2009. « Ce code énonce les principes et les bonnes pratiques de l'exercice des métiers de la traduction. Il

⁸⁷ Didier DEMAZIERE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels*, p. 22.

offre à tous les intéressés, fournisseurs comme clients, une garantie de sérieux, de compétence, d'honnêteté et de moralité dans leurs échanges »⁸⁸.

Extrait de portrait entretien 2 (interprète libérale membre du syndicat)

Durant notre entretien, la thématique du « marché » revient de façon récurrente. Ainsi, il faut « gagner sa vie » alors que « l'activité peut fluctuer de 50% d'une année sur l'autre ». Ceci, en négociant un prix face aux clients qui parfois, ne veulent pas payer ou « vont mégoter ». Proche de la retraite, elle n'a plus à suivre les demandes du marché et « peut maintenant se permettre de refuser ce qui « l'a gonfle », ce qui n'a pas toujours été le cas dans « les périodes où vraiment elle n'avait plus un sou ». L'intérêt de se rassembler autour d'un syndicat d'interprète dont elle a été déléguée régionale permet notamment de discuter ouvertement des tarifs, pour permettre « la qualité » et ainsi « défendre le métier ».

« Non, je pense que c'est, enfin que c'est important d'échanger avec les collègues. C'est important de défendre le métier. Moi, je crois en le syndicalisme en général. Que ce soit le syndicalisme de salarié ou les indépendants, enfin. Je pense qu'il y a un vrai besoin de défendre le métier.

Et qu'est-ce que vous pensez qu'il y aurait à défendre particulièrement pour le métier d'interprète ?

(...) La qualité. Les prix en traduction. En interprétation, ça va mieux. En traduction, les prix baissent.

Alors du coup, ça veut dire que c'est les interprètes qui vont à la baisse ou que c'est les clients qui imposent la baisse des prix ?

Ah ben c'est un peu les clients qui imposent, mais bon, on peut toujours refuser. Il y a des gens qui refusent pas. Peut-être qu'ils ont besoins aussi de gagner leur croûte, hein.

Et vous pensez que c'est dommage du coup et que d'être dans un syndicat, ça aide à vous serrer les coudes par rapport à ça ?

Ben ça aide à savoir quels sont les vrais prix. Si on parle de manière ouverte, hein. Ben, qu'est-ce que tu as accepté comme prix pour tel contrat ? Tu es prêt à baisser de combien ? Enfin, tout ça. Et puis nous, on en sait rien. On sait pas ce que les autres font. Il y a des tarifs, mais qui sont très variables.

Les structures d'interprétariat

En dehors des différents temps considérés comme de la formation (formation collective groupe d'analyse de la pratique, tutorat, etc.), les structures d'interprétariat expriment bien souvent avoir compris la nécessité pour les interprètes à se retrouver en collectif. Les structures d'interprétariat proposent souvent des réunions d'équipe aux interprètes. De plus, la création d'espaces de sociabilité entre les interprètes est décrite par les différents coordinateurs de

⁸⁸ Source site internet de la SFT : <https://www.sft.fr/textes-de-reference.html#.V7GcjKJpAjU> (le 02/03/2016)

services rencontrés, via par exemple, la mise à disposition d'un local dédié aux interprètes dans les locaux de l'association ou l'organisation de rencontres « conviviales » autour d'un café, de la « galette des rois », etc.

Le « réseau » des structures associatives d'interprétariat

Le « réseau » des structures d'interprétariat associatives a été largement évoquée par les coordinateurs interviewés membre du réseau. Ce réseau s'est mis en place à partir de 2010 autour de l'écriture d'une charte de déontologie présentée lors de l'organisation d'un colloque à Strasbourg en 2012. Cette charte représente une mise en commun des différentes chartes qui existaient déjà dans chaque structure d'interprétariat.

Extrait d'entretien 4 (chef de service structure d'interprétariat)

« Si vous regardez bien la charte, c'est plus un engagement de qualité qu'on fournit aux prestataires, quelque part, puisque c'est un marché. On leur fournit une charte de qualité en leur disant « on vous garantit une certaine neutralité ». Je dis une certaine, parce que c'est vrai que la neutralité à 100%, c'est quand même un rêve, hein, auquel aspirent tous les interprètes, mais, bon, quand on travaille dans l'interprétariat, on ne peut jamais être neutre à 100%. Mais au moins, on s'engage à assurer une formation aux interprètes, à ne pas envoyer n'importe qui. Si vous voulez, donc il y a un gage de garantie. Mais je ne sais pas pourquoi, je n'ai pas réussi à faire signer aucun de mes partenaires cette charte. Ça ne veut pas dire qu'ils nous font pas confiance, ils font appel à nous ».

En continuation de ces travaux, le groupe de travail a poursuivi des rencontres régulières et a rédigé un « référentiel du métier ». Au moment de la promulgation de la loi de santé 2016, la Direction Générale de la Santé a demandé à ce réseau de leur transmettre leur référentiel.

Le réseau travaille actuellement sur un « référentiel de formation » et s'est constitué en association avec des statuts propres en juin 2016. L'idée est de trouver une définition commune au contour de l'exercice « de l'activité d'interprétariat en milieu médical et social », mais aussi de mutualiser les ressources pour proposer des formations aux interprètes recrutés les plus rapprochés possibles de leurs recrutements.

Extrait d'entretien 9 (coordinatrice de service interprétariat dans structure associative)

« Pour l'instant les associations font tous des formations de leur côté, mais en fait l'objectif est de former les interprètes dans les 18 mois à partir du moment de leur recrutement dans l'association, ils doivent avoir eu les 35 H de formation. (...) Comment on peut organiser les choses au niveau national car ce sont des associations qui ont des tailles différentes. Il y a des

associations qui ont 300 salariés et d'autres 60. Donc c'est vrai que dans le réseau... moi, par exemple, cette année je n'ai que deux interprètes qui sont arrivés cette année-là. Donc je peux pas forcément faire une formation pour deux personnes tous les mois ou des choses comme ça. Donc on va voir comment on va pouvoir mutualiser les temps. Peut-être qu'on pourrait faire des formations communes où les interprètes s'inscrivent ensemble, c'était ça notre difficulté. »

Ces élaborations communes impliquent une négociation entre les différentes définitions de l'activité professionnelle entre les différentes structures d'interprétariat associatives qui se sont développées dans des contextes territoriaux différents et avec des origines parfois différentes. En effet, nous avons vu que l'histoire dans l'interprétariat dans le soin est marquée de différentes étapes reliées à l'histoire migratoire en France. Ainsi, des définitions différentes de l'interprétariat dans le soin se retrouvent en miroir de cette histoire.

Extrait d'entretien 2 (coordinatrice de service d'interprétariat dans structure associative)

Et le référentiel du coup, c'est vraiment les points où là, c'est important, c'est vraiment un, là où il faut qu'il y ait ces points-là qui soient respectés pour être dans un exercice de la profession acceptable ou c'est plus, on peut piocher et chacun compose ?

Ah non, le nôtre, en tous les cas non. C'est un référentiel partagé. Donc nous, notre démarche est quand même d'aboutir progressivement à ce que chacun se retrouve. On ne pioche pas. Non, non.

D'accord. C'est essayé de trouver des bases communes...

Oui, oui. Après, ce n'est pas encore complètement le cas. Parce que par exemple, à (NEUF), qui utilise les interprètes dans le cadre d'un service psychiatrique, il est donné quand même pour eux, clairement, que l'interprète est aussi médiateur. Enfin, après, qu'est-ce qu'ils entendent par médiateurs aussi ? Médiateur, aussi, c'est un mot valise, comme ça. Mais on était, effectivement, pas du tout en phase. Donc on a. ils ont quand même participé à la construction. Ils ont dit qu'ils ont évolué dans leur manière de voir les choses. Pareil pour (autre structure non rencontrée) qui était aussi un petit peu sur une démarche interprète aidant, accompagnateur de l'utilisateur, et cetera. Donc, eux aussi, ils disent qu'ils ont évolué. Donc chacun d'entre nous, sans doute, a un peu évolué à travers ce travail en commun. Sans doute, que l'on n'est pas tous sur les mêmes longueurs d'ondes, pas complètement sur les mêmes longueurs d'ondes actuellement. Mais on tend vers ça. C'est l'objectif, c'est notre objectif.

Les interprètes rencontrés lors de mes entretiens semblent être informés a posteriori des décisions prises des réflexions menées par le « réseau » émergents des structures associatives. Des raisons pratiques d'organisations sont mises en avant par les coordinateurs de service lorsque la question de la participation des interprètes salariés a été abordée.

Extrait d'entretien 3 (coordinatrice de structures associatives)

Du coup, je voulais vous demander si les interprètes étaient associés à ce travail du réseau, est-ce qu'ils sont tenus au courant ?

Ils sont tenus au courant et puis ils ont les résultats mais on ne peut pas financièrement faire participer... enfin, c'est moi qui suis le réseau. Et c'est pas trop possible. Par contre, ils sont informés, oui. Ils savent que le travail existe après, on a partagé la charte. Maintenant, le référentiel, le réseau souhaite qu'il ne soit pas diffusé pour l'instant. Donc on n'a pas diffusé même aux interprètes. Ils savent qu'il y a un travail, oui.

De même que certaines structures d'interprétariat n'ont pas été invitées à rejoindre ce groupe de travail ou ne seraient pas informées de la possibilité d'y participer.

Extrait d'entretien 1 (directeur de structure associative)

« La charte, donc, on n'a pas été invité. Donc (*structure TROIS*) qui a travaillé là-dessus, a pas fait le lien avec nous.

A pas relayé ?

Voilà. Et donc on l'a récupérée après.

Mais vous vous inscrivez totalement dans ce qui y est écrit ?

Ah oui, oui, oui. Et puis je ne sais pas si à l'époque on aurait eu les moyens humains de se mobiliser ? Parce qu'on est tout petit, quand même. Hein, on est tout petit. Donc (*structure QUATRE*) doit être à 30 000 heures. Donc moi, je vous disais 2000. (*Structure TROIS*) doit être à 10 000. Donc nous 2000... Donc on est un acteur... on est petit nous. »

L'objectif affiché du « réseau » des structures d'interprétariat serait de mutualiser les ressources en termes de formation et de faire valoir cette spécificité d'avoir des salariés « formés », en termes de garanties apportées au marché. Ce groupe ne met pas en place d'action pour tenter de réduire le caractère concurrentiel du marché en lui-même.

Extrait entretien 4 (chef de service interprétariat dans structure associative)

Et du coup, vous pensez que vous mettre en réseau au niveau de la France, ça va vous aider un peu à garantir à...

Non, pas pour le marché en lui-même.

Pas pour le marché ?

Non, pas pour le marché en lui-même. Pour la qualité, pour montrer... Pour la professionnalisation, du métier, déjà.

Oui ?

Parce que quand on y va, si vous voulez dans le cahier des charges, quand on y va avec un... je dirais comme argument comme quoi on a des interprètes formés pour tel domaine. Je pense tous ne jouent pas le critère du prix. Donc il y a certains qui regardent un peu plus la qualité. La preuve, la ville de (...), moi, je l'ai rencontré, ils nous ont pris quand même. Même si on était plus cher que les autres. Parce que ils savent bien qu'ils ont investis sur nos interprètes parce qu'ils les ont formés aussi, on en a formés les interprètes. Les interprètes travaillent avec eux depuis 20ans. Et du jour au lendemain faire venir un cabinet parisien, comme ça. Ils ont dit non. Voyez, ils ont dit, non on préfère payer un peu plus cher. C'était vraiment... mais si on regardait

le critère de prix, c'est eux qui passeraient en premier. Mais ils ont dit ben non, on reste avec (...) parce qu'on a long partenariat avec (...). Et donc le réseau ne servira pas à ça, il servira juste à professionnaliser le métier.

Oui ?

Et à donner un statut aux interprètes. Et à garantir surtout aux usagers aux utilisateurs, hein, un service de qualité, aussi. C'est ça le plus important ».

Les « réseaux » entre les interprètes

Durant mes rencontres avec les interprètes libéraux, le « réseau » est apparu comme très important pour se faire une place dans le marché. En effet, les interprètes libéraux sont amenés à se coopter entre eux, voire exclure un collègue qui serait considéré comme incompetent. Ce « réseau » informel représente un espace d'échange de pratique pour les interprètes libéraux qui disposent d'espaces de rencontres collectives encore plus restreints que les interprètes salariés des structures.

Extrait d'entretien 12 (interprète libérale ayant suivi la formation Orspere-Samdarra)

J'ai l'impression que pour les interprètes l'idée du réseau est importante...

Oui, oui oui. Parce que de une, on est amené à travailler en binôme. De deux parce que cela peut être amené à être une source de recommandations, pour le travail. Et puis de trois, c'est pour échanger aussi nos pratiques.

Et du coup, est-ce qu'il y a de la concurrence, quand même, entre vous ?

Oui, elle existe mais disons, on fait en sorte que, on va dire l'échange de pratique prime sur la concurrence. Mais effectivement, oui, oui, on ne va pas forcément dévoiler toute sa clientèle à tout le monde, ou voilà. Oui, oui bien sûr.

Ainsi, les interprètes libéraux n'ont pas de possibilité d'accès à l'analyse de la pratique, celle-ci étant organisée par les structures associatives à destination des interprètes qu'elles salarient.

La formation de l'Orspere-Samdarra

La première session de formation de l'Orspere-Samdarra à laquelle j'ai pu participer a rassemblé à la fois des interprètes libéraux, des salariés de la même structure et des bénévoles. Dans des 18 interprètes présents (le groupe avait été limité à 15 participants lors de l'élaboration du projet), j'ai repéré 3 salariés de la même structure associative d'interprétariat et 15 interprètes libéraux et 2 interprètes bénévoles dans une association d'accompagnement social (dont une ancienne salariée d'une structure d'interprétariat associative).

Dans les échanges observés durant la première session de formation de l'Orspere-Samdarra, la thématique de la posture professionnelle a largement été abordée. Ceci, à la fois, du choix de sa place dans l'espace pour favoriser une triangularité mais aussi dans la posture à adopter face aux « épreuves de professionnalité », notamment « l'épreuve de proximité », rencontré par les interprètes.

Cette formation aurait également permis aux interprètes de nouer de « nouvelles relations professionnelles ». Une demande a été formulée auprès des organisateurs pour diffuser dans l'avenir la liste des contacts des personnes participantes dans le but de construire un « réseau » des interprètes ainsi suivi la formation. Ceci, notamment dans un objectif affiché de se coopter en cas de demande de la « clientèle » mais aussi de rester en lien entre interprètes intervenant dans le soin auprès du patient allophone.

La particularité de la formation de l'Orspere-Samdarra a été de permettre une rencontre entre le monde du soin et le monde de l'interprétariat en dehors de l'interaction triangulaire mais dans un moment collectif, sans enjeux de « bien soigner ». La dernière session de formation a rassemblé le groupe d'interprète et un groupe de 9 « soignants » composé de 2 médecins bénévoles dans une association humanitaire d'accès aux soins, une orthophoniste ayant également la fonction d'interprète soignant dans un centre hospitalier et de 5 infirmiers (dont 2 infirmiers de structure de soin en santé mentale). Tous les participants avaient des expériences de l'interprétariat dans la relation de soin du patient allophone dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes.

Dans les évaluations restituées à la fin de formation, les participants ont décrit un « moment de découverte » (*une infirmière*), « un échange de vues constructif » (*un médecin*), « un enrichissement professionnel » par l'explication réciproque des mondes respectifs de chacun qui n'avait pas été possible dans d'autres formations. Le groupe de travail mixte « soignant-interprète » est apparu comme très apprécié par l'ensemble des participants. Ces observations rejoignent l'idée que les espaces d'échanges créent entre les soignants et les interprètes participeraient à la co-construction « d'une culture commune », dans le sens « d'être des familiers » et donc de rendre la rencontre entre des « définitions normatives » moins problématiques en la transformant en négociations.

Extrait de l'entretien 5 (interprète salariée dans une structure associative qui est intervenue dans la formation)

Et du coup, tu penses que ton travail va évoluer et tu es plus dans un truc où tu te dis que l'interprète, il a un rôle à jouer dans tout ça ?

Ouais, parce que c'est à double tranchant. On nous considère comme un outil de traduction et en même temps, on nous demande de tout porter, tu vois. Donc dès fois, c'est pas, c'est pas volontaire, c'est parce que les personnes ne comprennent pas comment on travaille, d'où on sort, qui on est, qu'est-ce qui se passe dans notre monde d'interprète et tout ça. Et c'est à nous aussi, toutes les réflexions que l'on a en commun avec les collègues, tout ça, de montrer et d'expliquer. Et je pense qu'à force de réfléchir sur ça et ce que j'entends des retours des formations, c'est que c'est à nous de nous imposer en tant que professionnel. Tu comprends. Sans entraver le travail de l'autre. Et à un moment, oui, on peut rester comme ça à un moment...

Soumis ?

Oui voilà et subir, en fait, tout et n'importe quoi. Mais l'idée en fait, c'est que je me dis, on peut s'adapter, en fait. Moi, j'ai pas de soucis à faire une traduction où j'interviens pas du tout. Si on s'est mis d'accord, si on est clair sur la situation, donc pas de problème, en fait tu vois.

Pour conclure, l'engagement dans une carrière d'interprète s'effectue dans un contexte où l'interprétariat dans le soin n'est pas encore défini par l'intervention publique et s'opère par des processus d'identification ou de rejet à des figures. Mais aussi dans une « gestion du risque », la prise de risque n'étant pas exclusivement centrée sur l'engagement dans un statut professionnel précaire mais également par un risque « émotionnel », une « souffrance », face à la confrontation aux situations particulières de maladie, détresse humaine du « migrant précaire ». Ces « épreuves de professionnalités » peuvent être accentuées par une expérience biographique où se trouve parfois un parcours migratoire qui vient faire miroir, être dans la proximité avec la situation personnelle, le vécu.

La poursuite d'une carrière professionnelle serait reliée chez les interprètes rencontrés, à des valeurs militantes autour de l'accueil et de l'accès aux droits des migrants. L'apprentissage du plaisir à pratiquer cette activité se construit lors de la relation de soin, c'est à dire lors de la participation au soin du patient allophone.

A travers les moments rencontrés durant cette recherche, où les interprètes peuvent faire monde commun, soit échanger collectivement des ficelles », il apparaît que le « groupe professionnel », le collectif des pairs, permet d'être un support face aux « épreuves de professionnalités ». D'abord, par le partage des expériences difficiles voire traumatiques, qui permette de banaliser et dédramatiser. Ce processus de généralisation dans un ensemble de

pratique acceptable permettrait de tenir une place en proximité et distance dans sa « posture professionnelle ».

Le savoir d'expérience des interprètes se retrouve transformé, consolidé durant les moments de formations et particulièrement ceux où les interprètes peuvent échanger « librement » sur leurs pratiques. En effet, les moments de socialisation professionnelle les plus mis en avant par les interprètes sont les groupes d'analyses de la pratique où la règle de confidentialité et de non jugement des propos prévaut.

Le collectif, désigné comme « réseau », permet également d'être un support face aux exigences du marché en apportant comme garantie une déontologie, entendue comme « cadre d'intervention » dans l'activité d'interprétariat « professionnelle » dans le soin. Le travail de terrain auprès des structures d'interprétariat met en évidence que les différentes définitions et débats se centrent sur la posture professionnelle.

Partie 3 : La lutte pour la reconnaissance de l'interprétariat dans le soin : comment permettre la coopération ?

Dans un contexte où l'intervention publique semble actuellement se centrer sur une « labellisation » des définitions et « référentiels », les enjeux à participer à la négociation à l'œuvre pour la délimitation d'un « groupe professionnel » ont été largement mis en avant par les acteurs rencontrés. Durant le travail de terrain, les participants au groupe de travail du réseau des structures d'interprétariat associatives apparaissent parmi les plus visibles sur la scène publique des discours de « promotion de l'interprétariat dans le soin ». Ceci, d'autant plus que ce réseau de structures a été sollicité par les pouvoirs publics pour la transmission de leur référentiel en lien avec les dispositions prévues par la loi « de modernisation du système de santé » du 26 janvier 2016.

Pourtant, la thématique de « la lutte pour la reconnaissance » a été abordée par tous les acteurs rencontrés durant la recherche et mise en œuvre sur différents niveaux. Il s'agirait à la fois de « tenir » sa place dans l'interaction routinière de la pratique d'interprétariat dans le soin que de défendre un statut de « professionnel » dans le « marché » et de le faire reconnaître « officiellement » auprès des pouvoirs publics. Cependant, alors que les discours des acteurs rencontrés dans la recherche ont fait apparaître que tous agissaient à leur manière dans un processus qu'ils désignent eux-mêmes de « professionnalisation » mais de façon cloisonnée par différents espaces, moments ou statuts.

En s'appuyant sur la perspective développée par les travaux d'Howard BECKER autour des processus pour faire appliquer des normes comportant à la fois une « démarche d'entreprise », la « publicité » et « l'intérêt personnel »⁸⁹, il semble évident que certains acteurs seraient plus enclins à endosser le rôle « d'entrepreneurs de morale »⁹⁰. Pourtant, la participation de l'ensemble des acteurs « concernés » à la délimitation des contours de l'interprétariat dans le soin comporterait l'enjeu de créer des « forums hybrides »⁹¹ où s'associent différentes formes d'expertises. Ceci permettrait de limiter le risque d'un sentiment de mépris ou d'analyse d'une exclusion fondée sur une logique de « classes sociales ».

⁸⁹ Howard S. BECKER, *Outsiders*, 1963, Paris, Métailié, 1985, p 146.

⁹⁰ « Les normes sont le produit de l'initiative de certains individus, et nous pouvons considérer ceux qui prennent de telles initiatives comme des entrepreneurs de morale. Deux types d'entrepreneurs retiendront notre attention : ceux qui créent les normes et ceux qui les font appliquer ». *Ibid.*, p. 171.

⁹¹ Michel CALLON, Pierre LASCOUMES, Yannick BARTHE, *Agir dans un monde incertain, Essai sur la démocratie technique*, 2001, p 193.

Extrait d'entretien 5 (interprète dans une structure associative)

« Juste pour en parler 5 minutes, je comprends pas. Moi, sincèrement, je comprends qu'il y a 3000 tonnes de réflexions qui sont construites et qu'il n'y a aucun interprète au milieu. Justement, comme si on était un peu les ouvriers, tu vois. C'est un peu le cliché mais tu vois, il y a la réflexion du patronat et il y a les ouvriers qui travaillent. »

Comme je l'ai déjà observé précédemment, les formations au sein de l'Orspere-Samdarra représentent des espaces où des collectifs sont possibles dans un contexte différent, même si bien entendu, il ne sera pas dénué de tous enjeux, voire de « violence symbolique »⁹², pour les interprètes. Par ailleurs, le réseau Samdarra s'étant officiellement fondé pour lutter contre les phénomènes d'isolement des professionnels, nous pouvons interroger la mise en œuvre de cet objectif : Comment l'Orspere-Samdarra joue-t-il cette mission de « faire ressource » et « faire réseau » pour les interprètes ? Comment pourrait-il mieux la jouer ?

1. Les enjeux de la lutte pour la reconnaissance : autonomie et coopération

Au regard des observations déjà énoncées précédemment autour des discours recueillis sur la professionnalisation des interprètes, un des enjeux de « la lutte pour la reconnaissance » que les acteurs mènent pour promouvoir le recours à l'interprétariat dans le soin apparaîtrait autour du gain d'une « autonomie ». En effet, pour reprendre les réflexions de Valérie BOUSSARD, Didier DEMAZIERE et Philip MILBURN, « le résultat de la professionnalisation, quelle que soit la manière dont elle est conceptualisée, aboutit à une autonomie que l'on peut qualifier d'institutionnelle pour indiquer que la profession est alors organisée en vue de contrôler une expertise et une exclusivité, de diverses formes, sur un segment de marché. Mais cette autonomie demeure toujours limitée car, en réalité, l'institutionnalisation des professions repose sur une combinaison d'autonomie (coalition, organisation propre, titre spécifique...) et d'hétéronomie (reconnaissance de cette autonomie par des autorités légitimes, étatiques par exemple). »⁹³

⁹² L'offre de formation proposée par l'Orspere-Samdarra aux interprètes a été diffusée par les structures d'interprétariat les employant. Tout comme la possibilité d'être disponible pour suivre cette formation a été « négociée » avec ces mêmes structures.

⁹³ Valérie BOUSSARD, Didier DEMAZIERE et Philip MILBURN, *L'injonction au professionnalisme, Analyses d'une dynamique plurielle*, p.158.

Dans cette perspective de recherche de l'autonomie, les différentes scènes où se définissent l'activité d'interprétariat dans le soin comme « professionnelle » représenteraient des niveaux particuliers d'expérience du mépris et font échos aux réflexions d'Axel HONNETH qui envisagent « la lutte pour la reconnaissance » sous trois formes, « l'amour, le droit et la solidarité »⁹⁴.

Lors de la relation de soin : valeurs et « amour » du métier

Cela a déjà été évoqué, la « figure de l'étranger » recoupant à la fois le proche et l'inconnu, semble se retrouver chez les acteurs de la relation de soins à trois dans les représentations qu'ils peuvent avoir réciproquement les uns sur les deux autres groupes. Si l'acte même de traduire est souvent raccroché, aussi bien chez les soignants que les patients allophones, à de la « trahison » et donc à une perte de contrôle de l'interaction, un nœud s'opère ici entre les représentations, les attitudes de méfiance et les injonctions à devoir faire ensemble.

Extrait d'entretien 6 (interprète salariée d'une structure associative)

« On peut échanger à la fin de l'entretien, par exemple, on peut dire « voilà j'ai senti ça ou ça », des choses comme ça. Il peut demander « est-ce que ça se passe comme ça dans le pays ? » ou « est-ce que parce que ceci ou cela ? » Bon après, nous, on peut donner quelques éléments mais après, on reste quand même à notre place. Donc là, il y a un échange, il y a une coopération avec le professionnel. Maintenant, si le professionnel, lui de demande de rein, on peut en rester là. Mais il m'est arrivé de dire parfois de dire « Excusez-moi ou entre parenthèse, je voudrais dire ça ou ça ». Quand je vois que l'utilisateur va faire des interprétations un peu rapides... (*Rire*) Un peu... Quand, surtout quand on parle dans les cultures du Maghreb, ça se passe comme ça, les femmes sont comme ça, l'islam est comme ça. Donc tout de suite dans les clichés. Là, il m'arrive, il m'arrive de dire « ben non, entre parenthèse », « est-ce que je peux ouvrir une parenthèse ? », soit dans l'entretien ou à la fin. (...) quand je sens que le professionnel peut entendre ça aussi. »

« Faire sa place » pour l'interprète se négocierait au fil des interactions dans la relation de soin et représenterait une lutte pour la reconnaissance à jouer en rôle qui peut être désigné comme de l'ordre d'une coopération mise en œuvre autour du soin du patient allophone constitué majoritairement d'un public de « migrant précaire ». L'engagement dans une carrière d'interprète en santé s'appuierait notamment sur une dimension militante ou du moins à l'adhésion à des valeurs autour du soin et de l'accueil comme un des fondements de l'identité

⁹⁴ Axel HONNETH, *La lutte pour la reconnaissance*, 1992.

professionnelle. Cet « amour du métier » représenterait une première reconnaissance pour l'interprète qui se retrouve dans des conditions d'exercices précaires.

La valorisation des savoirs expérientiels semble également être une dimension intéressante pour la reconnaissance de l'expertise que l'interprète peut apporter lors du soin et en d'autre terme, contribuer au « raisonnement médical » dans la mesure où « aucune source de connaissance ne dispose à elle seule des informations suffisantes à l'accomplissement du travail nécessaire, elles ne peuvent faire autrement que coopérer »⁹⁵. Ceci, notamment au regard d'un contexte où des perspectives d'évolutions du marché ont été envisagées par certains acteurs rencontrés autour du développement de nouvelles technologies de traduction simultanée ou des « délocalisations » de traduction vers des pays moins couteux.

Extrait d'entretien 2 (interprète libérale membre d'un syndicat)

Et pour vous du coup, c'est un peu la mort de la profession ? Avec la machine ?

Non, non, non, c'est pas la mort, c'est le changement. On a toujours besoin des humains. Faut prendre des humaines très qualifiés. Parce qu'il y a certaines traductions, il faut que ce soit un humain qui le fasse.

Dans les groupes d'interprètes : participer au débat

L'importance (voire la nécessité) des moments où les interprètes « font groupe » pour transmettre, négocier, valider les normes communes et délimiter l'exercice de l'interprétariat dans le soin, c'est-à-dire définir les contours de la profession, a largement été soulignée dans les discours des acteurs rencontrés. Les espaces de socialisations professionnelles seraient des espaces « d'accords »⁹⁶ entre les interprètes et permettraient la construction de « références professionnelles partagées qui les sécuriseraient face à des décisions à prendre ou leur permettraient de répondre aux injonctions ou aux exigences »⁹⁷. Cependant, ces moments pour « faire monde commun » autour « d'une posture professionnelle » sont apparus, la plupart du

⁹⁵ CICOURCEL A. V., 2002, « L'intégration de la connaissance distribuée dans le diagnostic médical d'équipe » in CICOURCEL A. V., *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, textes réunis et présentés par BOURDIEU P. et WINKIN Y., Paris, Seuil, p.146-147

⁹⁶ « Là où l'action n'est pas réglementée, elle doit être l'objet d'un accord », Anselm L. STRAUSS et all, « *l'hôpital et son ordre négocié* », p. 98.

⁹⁷ François ABALLEA, *Op cit*, p.61.

temps comme cloisonnés selon les statuts des personnes interviewées (interprètes libéraux, interprètes salariés des structures associatives et coordinateurs de services associatifs).

Par exemple, les différentes « déontologies » rencontrées durant cette recherche comportaient sensiblement les mêmes terminologies et thématiques qu'elles soient élaborées par les structures associatives d'interprétariat, les syndicats d'interprètes libéraux ou les cabinets d'interprétariats. Cependant, une méconnaissance de ces déontologies respectives a été observée chez les acteurs rencontrés.

Alors même que le besoin de « faire réseau » a été largement souligné par les acteurs, il n'a pas pu être repéré d'instances pérennes accessibles quelques soient les statuts des interprètes où ils pourraient confronter ou mutualiser leurs réflexions.

Dans la puissance publique : droit à l'interprétariat labellisé

Dans un contexte où la tendance des politiques publiques serait de labelliser un référentiel pour encadrer le recours à l'interprétariat professionnel dans le soin, les mouvements de qualifications, de spécialisations, voire de créations de « segments »⁹⁸ autour de l'activité d'interprétariat professionnel me semblaient particulièrement intéressants à observer.

Cependant, l'interprétariat en santé ne semble pas pouvoir représenter la seule activité principale pour un interprète mais une compétence spécifique dans le champ des possibles d'une activité qui tend à se définir comme vers de « l'interprétariat médical et social ». Le marché, à moins qu'une demande ne se développe de façon massive comme par exemple, sous l'influence d'une action publique systématisant le recours à l'interprétariat pour le patient allophone, ne permet actuellement pas le développement d'une spécialisation, d'un segment en tant que tel.

Face aux logiques concurrentielles de réduction des coûts du marché dans une perspective de « recherche d'efficience », les structures associatives d'interprétariat ont expliqué devoir constamment articuler des logistiques gestionnaires à leurs valeurs militantes (autour de l'accès aux droits des migrants). La promotion de l'interprétariat en santé

⁹⁸ « Dans les conditions actuelles, l'hypothèse de l'homogénéité relative à l'intérieur d'une profession n'est pas absolument utile : les identités, ainsi que les valeurs et les intérêts, sont multiples, et ne se réduisent pas à une simple différenciation ou variation. Ils tendent à être structurés et partagés ; des coalitions se développent et prospèrent-en s'opposant à d'autres. Nous utiliserons le terme « segment » pour désigner ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession », Anselm STRAUSS et al, « *La dynamique des professions* », p. 68.

nécessiterait un argumentaire constant pour le financement qui s'appuierait sur les principes d'une égalité d'accès aux soins. Une position parfois difficile à tenir pour les acteurs de l'interprétariat à la fois tributaires des fonds publics et dans un engagement militant.

2. « Faire réseau » : quelle coordination ?

Il apparaît intéressant ici de dégager des pistes de réflexions sous forme de « préconisations » ayant pour objectif de réduire les écarts observés dans les possibilités d'accès à des espaces communs « d'accords », « d'échanges de ficelles » de soutien face aux « épreuves de professionnalité ». La question centrale est alors comment permettre une coopération entre tous les intervenants en santé autour du patient allophone ?

L'Orspere-Samdarra, depuis ses origines basées sur la définition d'une « clinique psychosociale », développe l'idée que tous les intervenants auprès du public sont considérés comme des « acteurs de santé mentale » car « leurs actions peuvent apporter une écoute, un soutien, une réassurance, un étayage, jusqu'au soin en ce qui concerne les psychothérapeutes et autres soignants ». En élargissant ce point de vue au domaine de la santé en général, l'interprète serait considéré comme un intervenant en santé et donc dans une dimension participative du soin.

Cette posture de l'Orspere-Samdarra s'inscrit dans un militantisme affiché pour que le recours à l'interprétariat dans le soin en santé soit reconnu comme indispensable pour permettre un soin « suffisamment bon » parce que « la non-maîtrise et/ou le partage de la langue peut amener au moins à des « effets de filtre », mais plus problématiquement aussi à des erreurs de diagnostic et de traitement »⁹⁹ et plus généralement, dans la défense d'un droit inconditionnel à être soigné.

⁹⁹ Arnaud BEAL et Nicolas CHAMBON, « le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problème », in *L'interprétariat en santé mentale, Les Cahiers de Rhizome* n°55, février 2015, p. 9.

2.1. Autour des actions de sensibilisation au recours à l'interprétariat en santé

L'originalité des formations proposées par l'Orspere-Samdarra repose sur le fait qu'elle propose une mixité, c'est-à-dire une accessibilité de par sa gratuité et son ouverture qu'elle que soit le statut de l'interprète (salarié ou indépendant) mais aussi dans la possibilité de rencontrer des professionnels du monde du soin. En effet, j'ai relevé quelques discours durant ma recherche soulignant que « c'était plutôt aux soignants de se former à travailler avec un interprète » (*des interprètes et une psychologue clinicienne*).

Pour poursuivre la sensibilisation des professionnels du monde du soin

Si les différents professionnels des structures de soins sont le plus souvent identifiés dans des statuts autour de règles légiférées, de normes communes, leur permettant de mobiliser certains référentiels dans leurs pratiques, pour certains, en tant que « professions établies »¹⁰⁰, cela est beaucoup moins évident pour les interprètes. La rencontre entre ces univers professionnels implique alors des négociations et des questions de reconnaissances réciproques, ayant comme finalité de se considérer comme des professionnels œuvrant pour un même objectif, « assurer le mieux-être des patients »¹⁰¹. L'action de rendre « familier » par le groupe de travail commun soignant/interprète demeure particulièrement intéressant pour limiter le sentiment de la confrontation entre des mondes « étrangers ».

Cependant, il a été relevé par les participants de la première formation un déséquilibre entre les sessions réservées seulement aux interprètes (deux journées complètes de formation) et les temps d'échanges avec les professionnels du monde du soin (une demi-journée). Ceci, alors que de nombreuses thématiques abordées durant les sessions destinées aux interprètes auraient pu être source d'échanges et de débats avec les « soignants ». Il serait intéressant de réfléchir la poursuite des formations avec le développement de ces moments communs même

¹⁰⁰ « Beaucoup de métiers, les uns anciens, les autres récents, s'efforcent de modifier leurs pratiques de travail, leurs relations avec la clientèle et le public, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et celle qu'en ont les autres, afin de mériter et d'obtenir le statut de professions établies », Everett HUGHES, « *Les professions établies* » (1963) in *Le regard sociologique*, 1996, p. 110.

¹⁰¹ Anselm L.STRAUSS et al., « *L'hôpital et son ordre négocié* » in *La Trame de la négociation*, Paris, l'Harmattan, 1992, p. 97.

si cela se heurte aux possibilités restreintes des soignants à pouvoir être présent sur des temps de formations plus longs.

La formation des différents professionnels du soin pourrait également être envisagée lors de leurs formations initiales par l'organisation d'interventions d'un groupe d'interprètes auprès des professionnels de différents domaines (étudiants en médecine, écoles d'infirmiers, d'assistants de service social, etc.). Des interventions des chercheurs de l'Orspere-Samdarra ont déjà été menées en ce sens dans une visée de restituer leurs réflexions sur l'interprétariat dans le soin. Cependant, elles ont été limitées de par une faible sollicitation des organismes de formations qualifiantes ou les universités. Un travail de sensibilisation semblerait donc à poursuivre pour inciter ces différentes instances de la formation initiale à organiser des sessions sur l'interprétariat an santé.

Des espaces pour « faire monde commun » entre les interprètes et les soignants lors de rencontres entre les services ou dans des groupes de travail sur des thématiques transversales. Par exemple, j'ai rencontré des interprètes qui avaient participé à un groupe de travail avec du personnel hospitalier autour de la thématique de « l'annonce de la maladie ». Ou encore, j'ai observé durant mon stage que les interventions de l'Orspere-Samdarra sur l'interprétariat dans le soin auprès des services de soin de l'hôpital du Vinatier reçoivent un bon accueil des participants. Ces actions de sensibilisation auprès des professionnels dans des journées « généralistes » de formations des services de soins permettent d'approcher des acteurs qui ne sont pas « concernés » par l'accès aux soins du public allophone mais peuvent l'être plus tard, au fil des patients qu'ils rencontreront.

Sur la poursuite voire la pérennisation des formations

Toutes les personnes rencontrées, qu'elles aient participé ou non à la première session de formation, se sont exprimées en faveur de la nécessité de renouveler, voire pérenniser, le projet de formation proposé par l'Orspere-Samdarra pour l'année 2016.

Cependant, si la pérennisation de la formation Orspere-Samdarra s'oriente vers la mise en place d'un Diplôme Inter Universitaire supplémentaire spécifique à l'interprétariat, il serait intéressant d'envisager le croisement avec le Diplôme Inter Universitaire « Santé, société, migration » déjà existant (fréquenté par les soignants, travailleurs sociaux...). Ceci, dans l'objectif de proposer des moments de formations croisées entre les promotions pour rejoindre

la demande exprimée dans les évaluations récoltées après la première session de formation de l'Orspere-Samdarra.

Une formation spécialisée pour les interprètes mélangeant les débutants aux expérimentés pour valoriser le « savoir d'expérience » et proposer un support pour la reconnaissance en tant que professionnel représenterait une piste de réflexion. Cependant, cette formation continue ne répondrait pas entièrement aux besoins de formation initiale à l'entrée dans la carrière d'interprète « professionnel », c'est-à-dire avant l'exercice de l'activité d'interprétariat. Il conviendrait de penser l'articulation entre la mise en place de formation initiale basée sur le référentiel du réseau des structures associatives d'interprétariat existant et l'Orspere-Samdarra. En effet, l'Orspere-Samdarra dernier a été décrit beaucoup d'acteurs rencontrés comme un organisme attendu pour diffuser les savoirs et des outils pédagogiques autour de la prise en charge des « migrants précaires » et particulièrement autour de leur prise en charge en santé mentale.

Des temps d'analyse de la pratique « mixtes »

L'analyse de la pratique professionnelle est apparue actuellement inaccessible pour de nombreux interprètes alors qu'elle est désignée comme nécessaire par les interprètes eux-mêmes. Pourtant ces moments « d'échanges de ficelles », des temps de « réajustement » des marges de manœuvre autour du cadre d'exercice de la profession ont été désignés comme des supports « de professionnalité » pour les interprètes. En effet, nous faisons le lien avec les réflexions développées précédemment sur l'entrée rapide des interprètes dans une carrière professionnelle. Ces groupes d'analyse de la pratique seraient des moments qui permettraient alors de désamorcer le « choc de la réalité » rencontré par de nombreux interprètes. Au cours de la carrière de l'interprète, ils permettraient également de « réajuster » constamment sa pratique en se positionnant entre « proximité » et « distance ».

Il semble donc apparaître un besoin de développer une accessibilité à des groupes d'analyse de la pratique dans les territoires. Une préconisation émerge autour de la pertinence à développer une réflexion à mener pour favoriser des temps d'analyse de la pratique « mixte », c'est à dire accessible aux interprètes quel que soit leurs statuts (salariés d'associations, libéraux, etc.) spécifique à l'activité d'interprétariat dans le domaine de la santé.

2.2. L'Orspere-Samdarra comme lieu ressource pour « faire réseau »

Si la nécessité de « faire réseau » est bien énoncée par les différents acteurs de l'interprétariat, il serait intéressant de poursuivre la réflexion en envisageant une coordination entre les différents collectifs et acteurs concernés. En lien avec sa mission de proposer un « pôle ressource » aux professionnels L'Orspere-Samdarra pourrait proposer ce rôle de coordinateur en permettant la diffusion des différentes pratiques et la mise en réseau des intervenants dans le soin des patients allophones.

Ce projet de coordination pourrait notamment s'appuyer sur l'expérience de la permanence téléphonique d'accès aux soins de l'Orspere-Samdarra, financée par l'ARS Rhône-Alpes, qui « s'adresse aux professionnels et aux bénévoles des secteurs sanitaires et sociaux qui rencontrent des difficultés dans l'accompagnement en santé mentale (ou dans l'accès au soin) des migrants »¹⁰². Une plateforme de coordination autour de l'interprétariat pourrait s'envisager dans la perspective à la fois de mettre en lien les différents intervenants (du soin, de l'interprétariat, de l'aide aux migrants, etc.), de recenser les besoins sur un territoire, de mutualiser les expériences régionales et d'adapter les dispositifs de formation aux réalités rencontrées par les professionnels.

Par exemple, cette recherche a permis d'observer que la formation par le tutorat était soit méconnue soit source d'enthousiasmes ou de réticences. Ce dispositif est basé sur un apprentissage ancré dans la pratique quotidienne où l'analyse de situations professionnelles *in situ* permettrait de trouver et tenir une place en tant que professionnel de l'interprétariat. Cette idée pourrait notamment être reprise dans la recherche REMILAS¹⁰³ menée par l'Orspere-Samdarra et le laboratoire ICAR qui a notamment pour objectif de créer des supports pédagogiques accessibles le plus largement possible (notamment via un site internet).

Enfin, cette coordination pourrait également représenter une aide dans la recherche de financements en interprétariat pour les structures de soins ou permettre de diffuser l'information de budgets déjà existants. Par exemple, la recherche sur l'interprétariat a permis de découvrir qu'une structure associative d'interprétariat disposait d'un financement direct de l'ARS mais que les structures de soin n'en bénéficiaient pas car l'ignorant, elles ne faisaient pas de demande. L'Orspere-Samdarra a diffusé l'information et a permis le lien entre les structures de

¹⁰² <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/ressources/permanence-telephonique-804.html>

¹⁰³ « *Les réfugiés, migrants et leur langues face aux services de santé* », projet de recherche financé par l'Agence Nationale de recherche.

soin, la structure d'interprétariat et l'ARS. Dans cette même perspective, une veille et des conseils auprès des structures de soins pourraient être envisagée afin de les orienter et les soutenir dans leurs recherches de financements de l'interprétariat.

3. Perspectives et points de vigilance

Au fil de nos réflexions, il apparaît qu'un passage s'opèrerait actuellement entre une définition floue de l'activité d'interprétariat, auparavant délimitée selon les acteurs, les interactions et les contextes, vers la construction d'un référentiel ayant pour vocation d'être labellisé par la puissance publique. Ces transformations nécessiteraient un point de vigilance pour que certains des acteurs du monde de l'interprétariat ne soient alors pas exclus du débat public. Ceci, en pensant les dispositifs et les référentiels dans des logiques de participation des acteurs concernés pour neutraliser les possibles sentiments d'une « injonction à la norme ».

La prise en compte des « savoirs expérientiels » et la confrontation des référentiels établis à l'ensemble des acteurs permettrait également de repérer les moments du « faire monde commun » qui seraient des supports pour les interprètes en santé, c'est-à-dire qui leur permettraient de tenir leur rôle malgré les « épreuves de professionnalités ».

Enfin, si les marges de manœuvre développées autour des cadres établis ont une importance pour les interprètes qui inscrivent une dimension militante dans leur activité professionnelle, une souplesse serait intéressante à envisager pour ne pas trop rigidifier, « protocoliser » et bousculer les cadres d'interventions de l'interprète en santé.

Par exemple, à l'issue de la première session de formation de l'Orspere-Samdarra, certains interprètes ont émis l'idée de rédiger un guide de « bonnes pratiques » pour les interprètes et les soignants. Un point de vigilance émerge alors pour que les outils de sensibilisation et d'information autour du recours de l'interprétariat dans le soin ne constituent pas des « petits livres rouges » de la « bonne pratique ».

De même que cela été évoqué précédemment, un point de vigilance serait à préserver dans la promotion du recours à l'interprétariat dans le soin qui peut prendre des aspects d'une injonction normative pour le patient allophone. La promotion du recours à l'interprétariat dans le soin impliquerait également une information du patient. C'est précisément là qu'un constat

a été fait d'un défaut autour des droits du patient allophone, notamment une impossibilité actuelle de pouvoir participer aux principes de la « démocratie sanitaire ».

Un travail réflexif serait donc à mener sur les outils à mettre en place pour présenter aux patients allophones le rôle de l'interprète dans le soin et ainsi étendre la réflexion sur la sensibilisation au recours à l'interprétariat destinée aux patients allophones. Ceci nécessiterait de devoir imaginer des outils favorisant une accessibilité de l'information aux personnes allophones pour dépasser les éventuels obstacles pratiques.

Extrait de l'entretien 5 (interprète dans une structure associative)

« Dans l'idéal, se serait de faire une rencontre entre les interprètes, là, voilà, c'est les interprètes, ce n'est pas les travailleurs sociaux, c'est pas ça, ça, ça, et cetera. Vous allez les voir à plusieurs endroits, ne vous inquiétez pas, c'est normal, ils sont appelés. Ils n'ont aucune idée, les gens, d'où on sort et de qu'est-ce que l'on fait. Il y en a qui me dise « tu ne travailles pas à l'hôpital ? Je t'ai vu à l'hôpital ! ». (...)

Vous n'êtes jamais présenté ?

Si mais on est présenté, « l'interprète ». Les gens ne savent pas ce que c'est un interprète, déjà ici en France, on sait pas... Enfin, on connaît le nom mais on ne sait pas exactement ce que les gens font. C'est quelqu'un qui... la personne, ils ont le même regard que les gens ont ici, c'est que des gens qui traduisent. » (...) « Souvent les gens ils le font par instinct quand ils nous voient 2, 3, 4, 5 fois, ils ont compris qu'ils nous voient un peu de partout et qu'apparemment, on est un peu gardien de leur secret. Ce qui m'est arrivé hier avec une dame, en fait. Elle a dit « moi, je ne reviens que si cette interprète-là est là ». Ce n'est pas moi en tant que personne, c'est moi en tant que détenteur d'information. C'est ces secrets à elle, en fait quoi, donc les gens ses saisissent de l'importance du fait que l'on détienne ça, mais personne ne leur a expliqué. » (...) « Cela ne m'est jamais arrivé qu'une personne refuse l'interprète ».

Enfin, la construction d'un « savoir savant » autour d'une spécificité à l'interprétariat en santé serait un support à la lutte de la reconnaissance menée par les acteurs dans la mesure où l'ensemble des acteurs peuvent y avoir accès et contribuer de par leurs expertises d'acteurs « concernés ». « Faire réseau » serait alors appréhendé dans un souci d'approcher une coopération, c'est-à-dire de développer une perspective d'offrir des espaces collectifs privilégiée de négociations, d'accords ou de controverses pour permettre de se rendre « familier ».

Conclusion

En conclusion, je souhaiterais revenir sur la réflexion initiale qui m'a amené à porter mon regard sur les discours repérés sur la professionnalisation des interprètes dans un débat public sur l'interprétariat dans le soin appréhendé comme une illustration de la lutte pour la reconnaissance des acteurs « concernés » ayant des horizons, univers de référence, mondes et intérêts divers.

Ce questionnement m'a mené à chercher de suivre les propositions d'Everett HUGHES: « la rhétorique de notre temps devrait mettre l'accent sur l'étude de l'ensemble du contexte dans lequel sont exercés des métiers particuliers (qu'ils revendiquent ou non le statut de profession) ; elle devrait prêter également attention aux frontières changeantes entre les métiers, aux formes de coopération requises par chacun pour accomplir efficacement ses tâches, ainsi qu'aux frontières changeantes entre les systèmes professionnels et leurs clientèles, et finalement à l'élaboration de nouvelles définitions des besoins nés des interactions sociales et des changements sociaux en cours »¹⁰⁴.

Tout d'abord, une observation du contexte d'exercice de l'interprétariat nous a permis de dégager une tentative de typologie du groupe des interprètes et d'opérer un détour historique faisant émerger la demande du marché de l'interprétariat en lien avec les politiques publiques du registre migratoire et de santé. L'absence de réglementation relevé actuellement autour de l'interprétariat a amené la mise en lumière de pratiques hétérogènes et de représentations diverses chez les structures de soins et des patients allophones.

Rapidement, il est apparu une activité tributaire d'un marché et des exigences des clients autour de la question du professionnalisme. Cette question est bien ici reliée à la définition du « caractère professionnel » de l'activité d'interprétariat dans le soin qui s'opère à la fois dans le marché mais aussi en termes de revendications d'une identité professionnelle. Un des enjeux de la lutte pour la reconnaissance des acteurs participant aux discours sur la professionnalisation peut alors être identifié autour de « l'autonomie professionnelle ».

Nous avons pu ainsi faire émerger une définition floue du métier, sans réglementation des pouvoirs publics et soumises aux représentations des acteurs qui mobilisent alors une

¹⁰⁴ Everett HUGHES, « *Métiers modestes et professions prétentieuses : l'étude comparative des métiers*, in *Le regard sociologique*, 1996, p. 134.

méthode comparative. L'interprète doit alors tenir une place en se positionnant entre deux pôles, deux figures repoussoirs, celle de l'amateur bilingue et l'interprète machine qui illustrerait l'épreuve de proximité qui le traverse.

Ensuite, nous avons observé la carrière de l'interprète professionnelle en nous intéressant particulièrement aux moments d'acquisition du statut et d'apprentissages autour de la pratique de l'activité. Nous avons fait le constat d'une entrée fortuite dans la carrière qui peut être source d'un choc de la réalité. De plus, nous avons aussi remarqué que cet engagement dans une carrière correspondait souvent à une opportunité biographique basée sur des compétences linguistiques. Plus largement, la mobilisation de savoirs profanes, issus des parcours antérieurs apparaît et souvent, un parcours comportant une histoire migratoire chez les interprètes.

Cependant, ces savoirs profanes n'impliqueraient pas seulement une capacité à traduire mais à pouvoir prendre une place dans la relation de soin. Les interprètes mobilisent une expertise culturelle mais également un savoir d'expérience qui les rapprocheraient parfois de la figure du médiateur. Cependant cette position de tiers a été souvent décrite comme « inconfortable » et source d'épreuves de professionnalité.

Face aux statuts précaires reliée à une activité souvent tributaire des flux migratoires et des orientations prises par les pouvoirs publics dans le registre de la migration et de la santé, l'interprétariat dans le soin ne peut pas toujours être source d'une rémunération suffisante ou fiable et ainsi représenter un segment en tant que tel.

Dans cet environnement marqué par les incertitudes, les interprètes rencontrés sont apparus comme mobilisant des motivations que j'ai choisi de qualifier de « militantes » pour se maintenir dans leurs carrières. Une des premières sources de reconnaissance seraient alors issues du sentiment des interprètes à intervenir pour l'accès aux droits des personnes allophones et aussi souvent, autour de militer pour l'accueil des migrants dans la société française.

Le constat partagé d'une formation à l'interprétariat dans le soin encore en train de s'organiser, notamment sous l'action d'un groupe de travail du « réseau » des structures d'interprétariat, nous a fait porter notre regard sur l'observation des moments du « faire ensemble » qui représenteraient pour les interprètes des « espaces de socialisation » professionnelles.

A travers le repérage des groupes formés par les acteurs de l'interprétariat dans le soin, nous avons pu repérer des participations très variables dans le débat sur la professionnalisation et les schèmes de décisions. Des perspectives ont ainsi pu être apportées sur les poursuites possibles des actions de sensibilisations pour favoriser le recours à l'interprétariat dans le soin qui est apparu comme pratiqué de façon hétérogène dans le soin. Des préconisations pour la poursuite des formations à destination des professionnels des structures de soin et des interprètes ont été dégagés dans différents espaces et moments de socialisations professionnelles.

Par ailleurs, il a été élevé qu'une ouverture d'une réflexion pour favoriser l'information sur l'interprétariat dans le soin à destination des patients allophones seraient souhaitable. Cette ouverture du débat public permettrait d'amener la question de la possibilité pour le patient allophone de participer au principe de « démocratie sanitaire » instauré notamment par les orientations récentes des pouvoirs publics dans le registre de la santé.

Finalement, il apparaît que les différentes initiatives et dispositifs autour de l'interprétariat dans le soin des patients allophones restent encore trop souvent cloisonnées et peinent à pouvoir faire participer l'ensemble des acteurs « concernés » qui pourraient apporter une contribution pertinente par leurs diverses expertises. De par ses objectifs et ses valeurs défendus, l'Orspere-Samdarra serait un des acteurs repérés, voire parfois attendus pour certaines personnes interviewées, pour faire « réseau » et favoriser la coordination des expériences territoriales.

Ce cheminement nous a permis de rejoindre la « commande » initiale de stage autour de l'évaluation du projet de formation à destination des interprètes et des soignants mis en œuvre. Cependant, certains manques ou frustrations peuvent être identifiés. Tout d'abord, en termes de populations rencontrées. Les conditions d'enquête m'ont amenée à rencontrer les acteurs visibles de l'arène publique sur la question de l'interprétariat en santé mais les patients allophones sont absents du débat public sur la professionnalisation des interprètes et leurs discours n'ont pas pu être recueillis dans cette recherche, notamment pour des questions pratiques d'accessibilité. D'autres acteurs manquent aussi : les interprètes ayant interrompu leur carrière professionnelle, ceux qui n'ont jamais eu accès aux formations ou à des moments pour « faire monde commun ».

En adoptant la perspective de développer une « sociologie appliquée », j'ai pu observer une « action en train de se faire » et mieux cerner les logiques et les horizons qui traversaient les acteurs concernés par l'interprétariat dans le soin et de pouvoir apporter ma contribution aux réflexions en cours, notamment en proposant des pistes sur les possibilités de poursuite du projet de formation sur lequel j'ai participé à la mise en œuvre en tant que stagiaire. La sensibilisation au recours à l'interprétariat dans le soin semble trouver des appuis particulièrement pertinents si elle s'ancre sur les pratiques, les réalités et donc les expertises de l'ensemble des acteurs « concernés » et particulièrement des trois acteurs de la relation de soin auprès du public allophone : le « soignant », l'interprète et le patient.

La question qui m'est apparue comme transversale tout au long de mes réflexions serait « qu'est-ce qui soigne ? ». En effet, j'ai rencontré beaucoup de discours et de pratiques qui s'orientent sur l'importance de la fonction de témoignage, c'est-à-dire de la reconnaissance de la souffrance de l'autre pour une réinscription dans « la communauté des hommes ». L'accueil proposé permettrait de soigner tout comme le non-accueil serait source de différents maux.

Ces réflexions résonnent particulièrement aujourd'hui où l'écriture de ce mémoire s'est déroulée durant un été marqué par des attentats, des débats sur le « communautarisme » et un débat public de plus en plus centré sur les orientations politiques de l'accueil des migrants.

Bibliographie

François ABALLEA, « *La professionnalisation inachevée des assistantes maternelles* », in *Recherches et prévision*, n°80, Juin 2005.

Arnaud BEAL et Nicolas CHAMBON, « *Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problème* », in *L'interprétariat en santé mentale*, Les Cahiers de *Rhizome*, n°55, p. 9-18, Février 2015.

Howard S. BECKER, *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, (1963), Paris, Métailié.

Howard S. BECKER, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 2002.

Henri BERGERON, Patrick CASTEL, *Sociologie politique de la santé*, Paris, PUF, 2014.

Luc BOLTANSKI, *L'Amour et la Justice comme compétences*, Paris, Métailié, 1990.

Valérie BOUSSARD, Didier DEMAZIERE, Philip MILBURN (dir.), *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*, Rennes, PUR, 2010.

Blandine BRUYERE, Jean FURTOS, « *Pour un Réseau Régional Santé Mentale-Précarité, Demandeurs d'Asile, Réfugiés* », Rapport de recherche Orspere-Onsmp, DRASS, Mai 2007.

Michel CALLON, Pierre LASCOUMES, Yannick BARTHE, *Agir dans un monde incertain, Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, 2001.

Natacha CARBONEL et Nicolas CHAMBON, « *L'interprète : un intervenant en santé mentale ?* », in *L'interprétariat en santé mentale*, Les Cahiers de *Rhizome*, n°55, p86-97, Février 2015.

Florent CHAMPY, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009.

Didier DEMAZIERE, Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009.

John DEWEY, *Le public et ses problèmes*, (1927), Paris, Gallimard, 2010.

Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2015.

Didier FASSIN, « *Le droit d'avoir des droits* », in *Hommes et migrations*, n°1282, p. 20-23, 2009.

Jean FURTOS et Christian LAVAL (ss la direction de), *La santé mentale en actes, De la clinique au politique*, Ramonville- St-Agne, Erès, 2005.

Erving GOFFMAN, *les rites d'interaction*, (1955), Paris, Minuit, 1974.

Gilles HERREROS, *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse, Erès, 2009.

Everett HUGHES, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel CHAPOULIE, Paris, EHESS, 1996.

William Isaac THOMAS, « *Définir la situation* », 1923, in *l'école de Chicago, naissance de l'écologie urbaine*, Textes traduits et présentés par Yves GRAFMEYER et Isaac JOSEPH, Aubier, 1984.

Gwen LE GOFF, Nicolas CHAMBON, « *Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie* », *Revue française des affaires sociales* 2016/2 (n° 6), p. 123-140

Louisa MOUSSAOUI et Sandrine DENIS-KALLA, « *Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient !* », Actes de la journée d'étude de l'Orspere, « Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle », 2006.

Michaël POLLAK, *Une identité blessée*, Paris, Métailié, 1993.

Alfred SCHUTZ, *L'étranger, un essai de psychologie sociale*, Allia, 2003 (1944).

Anselm L. STRAUSS et alii, *La Trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle BAZANGER, (recueil de textes publiés entre 1961 et 1985), Paris, l'Harmattan, 1992.

Anselm L. STRAUSS, *Miroirs et masques, une introduction à l'interactionnisme*, Métailié, 1992.

Aziz TABOURI, « L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés » in *Hommes et migrations*, n°1282, 2009.

Catherine WIHTOL DE WENDEN, « *Une nouvelle donne migratoire* », *Politique étrangère* 3/2015 (Automne), p. 103 p. 95-106. URL : www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2015-3-page-95.htm (le 16/07/2016)

Rapports

« *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* », Rapport du groupe de travail DIV-DIRMI, « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » présidé par le Pr Antoine LAZARUS, rapporteur général, Hélène STROHL, IGAS, rapporteurs Olivier QUEROUI, DIRMI, Marguerite ARENE, DIV, DIV-DIRMI, 1995.

« *Pour un réseau Régional Santé mentale- Précarité-demandeurs d'Asile, Réfugiés* », rapport de l'Orspere-Onsmp pour la DRASS, 2007.

« *Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil* », Rapport de synthèse, Réseau SAMDARRA, 2012.

« *L'entretien thérapeutique avec interprète au centre Hospitalier le Vinatier* », Rapport d'étape de l'étude du CSR, Orspere-Samdarra et CH Le Vinatier, 2012.

Rapport d'activité du Réseau Samdarra, année 2014.

Rapport d'activité Orspere-Samdarra, année 2015.

« *Evaluation du système d'interprétariat* », Fiche démarche qualité FDQ-093, le 27/06/2013.

« *Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé* », Rapport d'étude réalisé pour le compte de la Direction Générale de la Santé, Michaël SCHWARZINGER, Décembre 2012.

« *Etat des lieux sur l'interprétariat et la traduction en milieu social et médical en Auvergne* », Rapport de l'Observatoire de la Santé Auvergne, Laure VAISSADE, S. MAQUINGHEN, Juin 2012.

« *Le refus de soin opposé aux malades. Résoudre le refus de soin* », Rapport de l'Institut Droit et Santé, Paris, 2010.

Textes juridiques

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

Loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patient, Santé et Territoire ».

Loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ».

Loi de du 29 juillet 1998 de « lutte contre les exclusions ».

Loi du 5 août 2013, « portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France ».

La loi du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé ».

Directive 2010/64/UE du parlement européen et du Conseil du 20 octobre 2010 relative au droit à l'interprétation et à la traduction dans le cadre des procédures pénales.

Charte sociale européenne.

Code de procédure pénale.

Code civil.

Code de santé publique.

Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile.

Sites internet

Site de l'Académie de Nantes, *fiche Scolariser les élèves allophones nouvellement arrivés (EANA)*, (le 05/07/2016) : <http://www.ia49.ac-nantes.fr>

Site de l'Association Internationale des Interprètes de Conférence (AIIC), (le 08/08/2016) : <http://france.aiic.net/>

Site du Collectif Interassociatif Sur la Santé Rhône-Alpes (CISSRA), (le 19/02/2016) : <http://cissra.org/fr/sante-vos-droits/les-droits-collectifs-et-la-democratie-sanitaire>.

Site de la Société Française de traduction (SFT), (le 02/03/2016) <https://www.sft.fr>

Site de l'Observatoire des Non-recours aux Droits et Services (ODENORE), (le 19/02/2016) : <https://odenore.msh-alpes.fr/>

Site de l'Orspere-Samdarra, (le 25/08/2016) : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/outils/orspere-samdarra/presentation-865.html>

Site du Ministère de la Santé, *Fiche de synthèse sur les études sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES, GRES MEDIATION*, (le 10/05/2016) : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_synthese.pdf

Site du journal « *Le Monde* » article de Alexandre POUCHARD et Pierre BRETEAU, « *Le nombre de migrants et de réfugiés a explosé au XXIe siècle* », (le 03/09/15) : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/09/03/le-nombre-de-migrants-et-refugies-a-explose-au-xxie-siecle-dans-le-monde_4744977_4355770.html

Photo de couverture : « *Les quatre visages de déesses grecques* », jardin des migrations, Musée des Civilisations de l'Europe et de la Méditerranée, Marseille, juin 2016. Crédit photo : Aurélie BONNEAUD.

Annexes

- **Guide d'entretien**
- **Tableau récapitulatif des entretiens menés**
- **Carte des structures associatives signataires de la Charte de l'interprétariat en milieu médical et social**
- **Charte de l'interprétariat en milieu médical et social**
- **Charte de la Société Française des Traducteurs**

GUIDE D'ENTRETIEN représentant de structures d'interprétariat

Histoire de la structure, présentation rapide ?

Quel statut à la structure ? (Association, entreprise commerciale, prestataire de service, etc.)

Activité d'interprétariat depuis... ?

Nature de l'activité y compris « empêchée » (ce qu'on voudrait faire mais que l'on ne peut pas)

Une structure « agréée » ? (pour le judiciaire ?)

Qui sont les « clients », les financeurs de la structure ?

Liens avec les autres structures ?

Statut de l'interprète/perception de l'activité ?

Comment sont recrutés/ accueillis les interprètes ?

Profil des interprètes ? (Plutôt des femmes ? des migrantes ?)

Turn-over des interprètes ? Une activité à temps plein ou « complémentaires » ?

Sous quels statuts l'interprète travaille dans cette structure ? (auto entrepreneur, CDI, CDD...)

Nature du contrat : comment ça se passe si ça se mal avec l'interprète ?

Actions reliées à la professionnalisation

Comment est définie la profession d' « interprète » dans la structure? (Interprètes de liaison, médiateurs,...)

Formations suivies ou proposées ?

Charte de déontologie ? Charte d'engagement ?

Pour ou contre un ordre professionnel ?

Participation aux groupes de travail sur l'harmonisation des pratiques ?

Perspectives ? Changements souhaités ou envisagés ?

Est-ce que vous pensez que le métier d'interprète va se professionnaliser de plus en plus dans le domaine de la santé ? une spécialisation en santé mentale ?

DEMANDER PLAQUETTE OU RAPPORT D'ACTIVITE, etc.

GUIDE D'ENTRETIEN interprète

Parcours/statuts

Comment êtes-vous devenu interprète ? Quels moments importants dans ce parcours ?

Raconter recrutement actuel, accueil ou installation ?

Sous quels statuts travaillez-vous ? A temps plein ? Votre activité principale ? *Suffisamment pour en vivre ?*

Perception de l'activité/ relations

Comment définiriez-vous le métier d'interprète ? Nature de l'activité ?

Qui sont les « clients » ? Les « bénéficiaires » ? Comment vous faites quand ça se passe mal avec eux ?

Dans quel domaine travaillez-vous ? Peur d'intervenir dans certains lieux ?

Relation avec les autres interprètes ? Quand, où ? Qui ?

Actions reliées à la professionnalisation ?

Formations suivies ? Quand ? Où ? Trop tard, Trop tôt ? Trop peu ?

Perçues comme nécessaires ?

Supervision ?

Charte de déontologie ? Laquelle ? Qu'est-ce vous en pensez ?

Associé à des groupes de travail sur l'harmonisation des pratiques ?

Perspectives ? Changements souhaités ou envisagés ?

Est-ce que vous pensez qu'être interprète dans le domaine de la santé est une spécialisation ?

INTERPRETE DEPUIS...

Tableau récapitulatif des entretiens menés

Entretien N°	Date	Fonction	Durée de l'entretien	Exerce depuis	Lien avec Orspere-Samdarra	Commentaire
1	25/03/2016	Directeur d'association	57 min	Structure 1980 (2012)	Membre du comité technique	Entretien dans les locaux de l'association.
2	20/04/2016	Interprète libérale en anglais et espagnol	1H18	1993	S'est inscrite à la première session de formation de l'Orspere-Samdarra	Entretien dans un café. Membre du syndicat d'interprètes et de traducteurs (ancienne déléguée régionale).
3	04/05/2016	Coordinatrice de service et interprète en turque	1H18	Structure 1980	Membre du comité technique et du réseau des structures d'interprétariat.	Entretien dans les locaux de l'association.
4	10/05/2016	Coordinateur de service et interprète	1H37	Structure 1975 (interprète depuis 1990)	Lien régulier notamment autour de la formation et participe au réseau des structures d'interprétariat	Entretien dans les locaux de l'association.
5	18/05/2016	Interprète salariée d'une structure d'interprétariat en portugais et espagnol	1H19	2008	Formatrice pour l'Orspere-Samdarra	Dans café.
6	19/05/2016	Interprète salariée d'une structure d'interprétariat en arabe	1H03	16 ans	RAS	Entretien dans les locaux de l'association. Prise de RDV fait par la coordinatrice du service

7	19/05/2016	Interprète salariée d'une structure d'interprétariat en georgien	44 min	1 an	RAS	Entretien dans les locaux de l'association. Prise de RDV fait par la coordinatrice du service
8	20/05/2016	Coordinatrice de service et interprète en turque	1H02	Structure 1975	Connait l'Orspere-Samdarra et participe au réseau des structures d'interprétariat	Entretien dans les locaux de l'association.
9	27/05/2016	Coordinatrice de service	45 min	Structure 1998	Connait l'Orspere-Samdarra et participe au réseau des structures d'interprétariat	Entretien par téléphone. Seule coordinatrice qui était auparavant psychologue clinicienne
10	06/06/2016	Coordinatrice de service	10 min	??	Participe au réseau des structures d'interprétariat	Entretien par téléphone sans enregistrement, a été interrompu car la personne exprimait des réticences ++ à répondre aux questions.
11	06/06/2016	Coordinatrice de service	41 min	1991	Connait Orspere-Samdarra et participe au réseau des structures d'interprétariat	Entretien par téléphone
12	15/06/2016	Interprète Libérale	45 min	12 ans	A suivi la formation Orspere-Samdarra	Dans son espace de co-working.
13	23/06/2016	Interprète salariée d'une structure d'interprétariat	44 min	10 ans	A suivi la formation Orspere-Samdarra	Dans un café.