

Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction

Pascal SINGY

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Service de Psychiatrie de Liaison,
CH-1011 Lausanne CHUV; pascal.singy@ling.unil.ch

Verbal language is particularly important in medicine. It enables the exchange between the physician and the patient and constitutes in itself a tool with preventive and curative potentiality. In this regard, migrant patients are dramatically discriminated against. Their inability to speak the local language in the medical setting can only enhance their state of distress which is already often significant because of the reasons behind their migration (e.g. political refugees). The presence of a professional who is able to ensure a veritable care giver/migrant patient mediation can restore an equilibrium between the local and migrant population. Results of a recent Swiss research action show that, contrary to patients, care givers are clearly divided concerning the limits of the roles of the professional interpreter. All care givers emphasised the necessity of the presence of an interpreter in consultations with migrant patients, however they did not all adhere to a common definition of the interpreter's function. A large number of them would like to see the interpreter's activity limited to a word for word translation. Other care givers criticised the perception of an interpreter as a translating machine. Convinced of the importance of cultural aspects in the definition of psychiatric troubles, they would rather see the interpreter as an agent whose action orientates the content of the consultation.

1. Préambule

Chaque jour, une poignée d'hommes et de femmes en quête d'un sort plus clément sont amenés à quitter leur pays pour tenter, parfois au péril de leur vie, de rejoindre le nôtre. Quand ils y parviennent, ces hommes et ces femmes ne viennent guère augmenter le nombre comptable de tous ceux qui, déjà là, forment ce qu'en termes administratifs, il est convenu d'appeler la population d'origine étrangère résidante de manière permanente, dont le poids représente un peu moins de 20% du total des quelque sept millions d'individus environ qui vivent sur le sol helvétique. Ils sont généralement enregistrés au sein d'une large catégorie démographique subsumant divers segments de populations (OFS, 2001): les «sans papiers», non recensés mais que des voix plus ou moins autorisées estiment à près de 300'000 (Zuppinger & Kopp, 2000), les travailleurs saisonniers (20'200 personnes), les titulaires d'une autorisation de courte durée (15'600 personnes) et les personnes relevant du domaine de l'asile (171'300 personnes).

La sèche abstraction de ces données chiffrées est incapable de rendre compte de certaines des réalités sociales qu'elles impliquent. C'est ainsi qu'au vu de la multiplicité des nationalités des personnes concernées, la Suisse se caractérise par une migration fortement polygénétique (Calvet, 2001) qui lui

confère, en conséquence, un paysage linguistique et culturel qui n'a rien à voir avec cette image d'une Suisse aux quatre langues dont l'officialité est inscrite pour chacune d'elles dans sa loi fondamentale. A telle enseigne qu'aujourd'hui par exemple, la langue albanaise constitue l'idiome le plus parlé en Suisse, après l'allemand, le français et l'italien, mais avant le portugais, l'espagnol et, bien évidemment, le romanche, pourtant langue officielle (Singy, 2001).

En outre, la mise ensemble statistique des personnes étrangères peut donner à penser ces dernières unies dans une même communauté de destins. Cependant, pour ne parler que de la population issue d'une migration récente, il y a loin entre le projet migratoire des fonctionnaires – au bénéfice d'une connaissance de l'anglais quand ils ne parlent pas une des langues nationales – travaillant dans une des nombreuses organisations internationales installées en Suisse et celui des requérants d'asile et des travailleurs saisonniers, lesquels, généralement sans pratique de l'anglais, ignorent souvent tout de la langue et des valeurs sociétales réglant la vie de tous les jours d'un lieu de résidence qu'ils n'ont pour la plupart pas choisi. Cette maîtrise ou non de l'anglais n'est pas sans incidence sur le quotidien des populations qui forment la migration récente. Elle apparaît même comme une source de claires disparités. Contrevenant de quelque manière à ce principe constitutionnel selon lequel nul ne doit subir de discrimination en raison notamment de son origine, de sa race, de son sexe ou encore de sa langue (Constitution fédérale art. 8), une de ces disparités les plus notables tient dans un accès inégal aux services publics où, parmi les langues étrangères, seul l'anglais peut prétendre assurer une fonction véhiculaire. Il en est ainsi de l'accès aux structures socio-sanitaires.

2. Les migrants et le système de soins

Mis à part les adeptes de cette position ruineuse, que l'on rencontre parfois en psychologie générale ou en nosologie médicale, qui voient dans les deux pôles de la relation médecin/patient des catégories abstraites socialement sans ancrage (Petrillo, 2000), plus personne, aujourd'hui, n'aborde scientifiquement cette relation en termes d'échanges – matériels et/ou symboliques – réciproques. On observe, à cet égard, chez les chercheurs qui font de cette relation leur objet d'étude un certain consensus pour voir en elle une relation essentiellement verticale ou asymétrique, que ceux-ci soient issus de l'anthropologie médicale (Massé, 1995), de la sociologie (Goffman, 1975), de la psychologie (Heath, 1993) ou de la linguistique (Gumperz, 1989, West & Frankel, 1991). En d'autres termes, il apparaît généralement admis qu'en

pénétrant dans l'univers médical, tout individu en quête de soins représente, pour un temps, un élément constitutif d'un espace social – ou mieux d'un champ (Bourdieu, 1987, 1992) – aux positions clairement inégales. Cette inégalité des positions au sein du champ médical résulte du jeu de toute une série de distances sociales (Trudgill, 1982) séparant le médecin du patient, distances en règle générale à l'avantage du premier et parmi lesquelles on trouve celles exprimées par une asymétrie comprise en termes de capital cognitif, interactionnel et institutionnel (Markovà & Foppa, 1991).

Dans l'univers médical comme ailleurs, les échanges verbaux supposent, afin de satisfaire aux attentes – communicationnelles – des interactants qu'ils impliquent, une actualisation opérée dans des conditions qu'il n'est pas toujours facile de réunir. Ainsi, pour qu'un énoncé soit interprété, au moment d'un échange donné, dans le sens attendu, il ne suffit pas que locuteur et allocataire présentent des codes (socio)-linguistiques congruents. Il faut également qu'ils se retrouvent au plan de toutes les «circonstances» qui président à cet échange (Prieto, 1968), comprises évidemment celles que fondent les implicites culturels – conçus comme autant d'hypothèses relatives au monde ou aux actants en présence (Kerbrat-Orecchioni, 1993) – mobilisés de part et d'autre lors de la construction et du décryptage de l'énoncé en question. Régissant le choix de l'ensemble des éléments qui entrent en jeu dans le processus communicatif (thématisation, stylistique, euphémisation, posture, etc.), ces implicites culturels, par leur caractère récurrent et unifié tout ensemble, forment système à valeur dans les limites d'une collection d'individus socio-spatialement définie (Gumperz, 1989).

De ce point de vue, l'inégalité entre patients devant les structures de santé helvétiques apparaît comme un fait d'évidence. En regard des compétences linguistiques et des habitudes culturelles du personnel soignant travaillant dans ces structures, les patients issus de la migration récente – généralement privés des avantages de la véhicularité attachée à l'anglais en milieu médical – sont en effet dans une position moins avantageuse que les autres quand il s'agit d'exprimer leur souffrance et, partant, de recouvrer la santé. Les moyens mis en œuvre, en Suisse, par les structures socio-sanitaires pour tenter de corriger cette inégalité consistent, quand c'est possible, à faire intervenir un tiers dans la consultation, généralement un proche du patient – souvent un enfant – maîtrisant la langue locale ou l'un de ses compatriotes, employé dans ces mêmes structures à des tâches le plus souvent d'interprétation. On imagine aisément les problèmes que peut engendrer une telle opération de traduction. A cet égard, on laissera au lecteur le soin de juger de

la fiabilité des propos traduits dans cette situation avérée – et dont la configuration est en contradiction avec l'une des règles premières de l'interaction entre les genres en Afrique de l'Ouest – impliquant un petit Malien de 12 ans à peine, appelé à faire le lien entre une interniste et sa mère souffrant de troubles gynécologiques.

Compte tenu de la nature des enjeux, toute tentative pour réduire les obstacles au bon déroulement des consultations, où chacun des protagonistes recourt, pour comprendre et se faire comprendre, à des systèmes socio-linguistiques et socio-culturels différents, apparaît de première importance. On voit mal comment agir dans ce sens autrement qu'en faisant appel à l'intervention de tiers capables d'assurer une traduction non mutilée (Wadensjö, 1998; Roy 2000; Davidson, 2000), autrement dit une traduction opérée par un professionnel pour qui les langues ne sont pas des nomenclatures et auquel on octroie une position lui permettant de garantir aux parties concernées un respect des différences entre leurs valeurs culturelles et sociales.

C'est précisément dans cet esprit que sont formés, par une association lausannoise – la fondation *Appartenances* –, des médiateurs interprètes culturels (dorénavant MCI), dont les premiers diplômés sont disponibles depuis 1997, date du début d'une recherche financée par le FNRS¹. Avec pour objectif le placement sur le «terrain» d'un certain nombre de MCI afin d'en évaluer les éventuels effets, celle-ci a été mise en route sur la foi d'un double présupposé. Le premier se résume dans l'idée-force voulant qu'une médiation interculturelle en milieu médical constitue une stratégie – dans les termes de Rappaport (1981) – d'*empowerment* à l'avantage tant des soignants que des patients migrants en ce qu'elle assure et aux uns et aux autres une meilleure maîtrise des actions par lesquelles ils s'engagent dans la consultation. Le second tient dans ce contenu de la théorie développée par Kiesler (1971) – dite de l'engagement – qui pose que l'individu ne s'avance pas tant dans la voie du changement par ses opinions ou ses convictions que par ses actes. De tels présupposés ne pouvaient conduire à d'autres stratégies d'expérimentation que celle héritée de la pensée de Lewin (1951). Avant de présenter un certain nombre de résultats montrant, entre autres, le degré d'adhésion d'un certain nombre de soignants habitués au jeu des positions du colloque singulier, à cette définition du MCI entendu comme un professionnel de la

1 Recherche réalisée dans le cadre du PNR39 «Migration et relations interculturelles» (requête n°4039-44832).

traduction, il est nécessaire de livrer quelques éléments de méthode précisant cette stratégie d'expérimentation.

3. Une recherche entre production de connaissances et action sociale

Compte tenu de la population qu'elle concerne et de la nature des données à produire, cette recherche a revêtu un caractère à la fois pluridisciplinaire s'agissant des chercheurs impliqués (médecins, linguistes, anthropologues et sociologues), et interdisciplinaire quant aux techniques mises en œuvre. Pour des raisons de faisabilité, le terrain d'observation a été limité à cinq structures socio-sanitaires lausannoises, organisées en réseau pour les besoins de la cause. Ces structures, où travaillent essentiellement des psychiatres, des psychologues, des médecins somaticiens et des soignants du monde paramédical, sont respectivement:

- 1) le département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) qui comprend le service de psychiatrie générale et spécialisée, d'une part, et le service de psychiatrie de liaison installé au centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) d'autre part. Ces services sont fréquentés par un certain nombre de patients migrants souffrant surtout d'affections psychosomatiques et de troubles post-traumatiques (guerre, viol);
- 2) la policlinique médicale universitaire (PMU) qui, ayant une vocation d'ouverture sur la ville et la communauté, s'occupe des plus démunis, tout en constituant également un lieu de référence et de formation pour les praticiens installés. Son personnel soignant est amené à rencontrer quotidiennement des patients issus de l'immigration dont nombre de requérants d'asile;
- 3) le Département de Gynécologie et Obstétrique (DGO) du CHUV qui fournit des soins dans le cadre d'une hospitalisation et des traitements ambulatoires. Il est fréquenté par de nombreuses femmes migrantes. Ainsi, par exemple, en 1998, 314 des 519 patientes ayant demandé une interruption volontaire de grossesse étaient d'origine étrangère;
- 4) l'association *Appartenances* dont la mission est de favoriser l'autonomie et la qualité de vie des migrants par la découverte et l'utilisation de leurs propres ressources. Cette association tente de promouvoir la rencontre entre les migrants et la société d'accueil. Elle a mis sur pied divers projets tels un programme de promotion de la santé auprès des communautés migrantes et un service de consultations thérapeutiques;

- 5) la Fondation vaudoise pour l'accueil des requérants d'asile (FAREAS) qui est une institution à but non lucratif et a pour objectif de mettre en œuvre la politique du canton de Vaud en matière d'accueil des requérants d'asile. Elle apporte un soutien social, administratif et sanitaire à l'ensemble des personnes qui lui sont confiées.

L'hypothèse générale de la recherche admettait que la présence d'un MCI peut réduire une partie des obstacles inhérents à la rencontre médecin/patient migrant. La vérification d'une telle hypothèse supposait un plan d'expérience devant non seulement conduire à la production de connaissances mais également à l'établissement d'un certain changement durable – et de qualité pour les patients migrants – dans les limites du terrain d'enquête. Aussi la recherche ne pouvait-elle que présenter un profil apparenté à celui d'une recherche active. En effet, ce type d'étude, initiée dans les années 1950 (Lewin, 1947), a pour but de produire des connaissances tout en contribuant à la réalisation d'un objectif pratique, généralement compris en termes de changement (Kohn, 1989).

Les termes de l'hypothèse appelaient une comparaison entre deux situations d'observation distinctes: la situation d'une partie du champ médical lausannois circonscrit aux populations migrante et soignante avant une introduction *volontariste* de MCI et celle après l'introduction de ces mêmes MCI. Différentes démarches et techniques, s'articulant entre elles en un plan d'expérience, ont été mises à contribution afin de répondre aux trois objectifs préalablement assignés à la recherche. L'étude a demandé tout d'abord une identification des acteurs, de leurs relations et des contextes de ces relations. Pour être atteint, ce premier objectif a demandé la passation d'un questionnaire dans toutes les institutions engagées dans la recherche. Celui-ci a été rempli – sur une période d'un mois environ – par chaque soignant ayant une consultation avec un patient migrant établi depuis moins de cinq ans en Suisse.

Le deuxième objectif, en visant à réunir les conditions favorables à l'introduction et au recours de MCI dans le champ observé, a nécessité un travail d'information et d'explication auprès des populations soignantes intéressées par l'étude. Ces dernières ont ainsi été instruites, dans divers colloques, de la fonction du MCI et de ses répercussions sur la relation soignant/soigné.

Devant assurer l'observation de modifications dans les limites du terrain d'enquête, le troisième objectif a supposé une production, opérée en deux temps, de données d'une double nature. D'une part, des données quantifiées

ont été saisies grâce à certains éléments de réponses au questionnaire construit – pour partie seulement – en vue d'atteindre le premier objectif, ledit questionnaire ayant fait l'objet d'une double passation à 9 mois d'intervalle (T1 et T2). En effet, en plus des questions relatives à l'état des lieux, il présentait une série d'items à valeur d'indicateurs de changement une fois comparées les réponses qu'il appelait aux temps 1 et 2. D'autre part, des données subjectives relatives aux représentations développées par les acteurs impliqués ont été produites au travers de diverses techniques vivantes: questionnaires (soignants), entretiens (patients) et focus groups (soignants, MCI et patients). L'analyse – sémantique/thématique et discursive – des données subjectives a été le fait d'un travail collectif prenant en compte les conditions pragmatico-discursives dans lesquelles ces données ont vu le jour (Boutet, 1994).

4. Des résultats encourageants

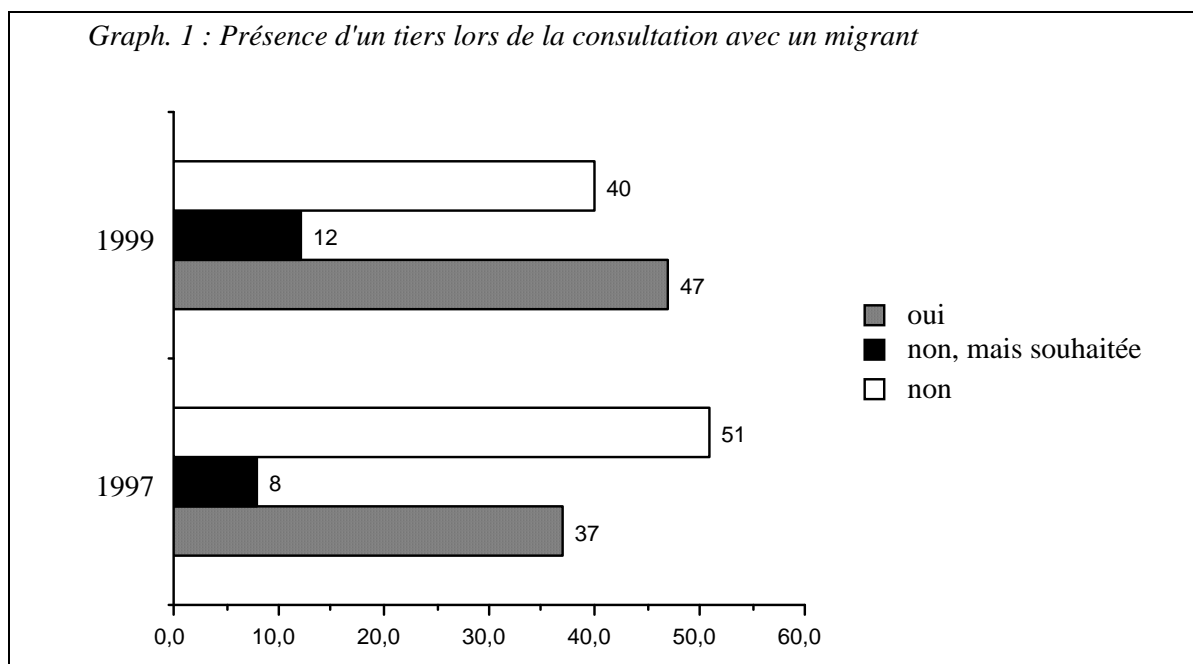
Il n'est évidemment pas possible de dérouler ici l'ensemble des résultats liés à cette recherche, lesquels sont consignés ailleurs (Guex & Singy, 2001). On se contentera de livrer les plus saillants de ces résultats qui, tant au plan des *realia* qu'à celui des représentations forgées à propos de ces mêmes *realia*, indiquent un changement plus ou moins accusé en direction d'une réduction des écarts entre population soignante et population migrante.

4.1 Un terrain en mouvement

Les données objectives, produites à l'aide d'un sondage opéré avant puis après l'introduction de MCI sur le terrain d'enquête, conduisent à l'établissement d'un double constat. Le premier tient dans le fait, non surprenant, que les structures socio-sanitaires lausannoises sont incapables de répondre aux besoins linguistiques de la population de migration récente qui les fréquente. En effet, plus de 70 langues différentes et de toute première importance au plan de la communication pour les patients concernés ont été recensées à chaque moment de l'étude, alors que, dans le même temps, les soignants se déclarent dans l'incapacité d'assurer une consultation dans une autre langue que le français, hormis, pour un bon nombre d'entre eux, l'anglais et l'allemand.

Le second constat rend compte d'une modification très sensible du terrain d'enquête après l'arrivée des MCI, quand bien même trop de consultations soignant/patient migrant (près de 20%) se déroulent encore en l'absence de

langue commune. Ainsi, à la fin de l'étude, on dénombre davantage de consultations réalisées en présence d'un tiers dans les institutions observées (cf. graphique 1). En effet, le recours à un tiers traduisant pour les consultations avec patient migrant progresse de 10% d'un temps de recherche à l'autre ($p = 0.001$), passant de 37% en 1997 ($n = 673$) à 47% en 1999 ($n = 653$). Parallèlement, il apparaît que le nombre des consultations en l'absence de tiers, mais où le soignant aurait souhaité une médiation augmente très sensiblement.



Élément d'information autrement signifiant, ces mêmes données objectives révèlent que si le tiers participant à la consultation était, en 1997, principalement recruté parmi les proches du patient migrant, il n'en est plus de même en 1999. En effet, comme le montre le tableau ci-après, à cette date, on observe un recours accru – de l'ordre du simple au double – à des professionnels rémunérés par l'institution où se déroule la consultation ($p = 0.0001$). En outre, ce recours accru à des professionnels est confirmé par les données montrant que les tiers mis à contribution sont sollicités en majorité par les soignants eux-mêmes au temps 2 de l'étude, à savoir dans 68% des consultations saisies ($p = 0.0001$), ce qui n'était pas le cas au temps 1 où le désir de la présence d'un tiers était d'abord (56%) le fait des patients.

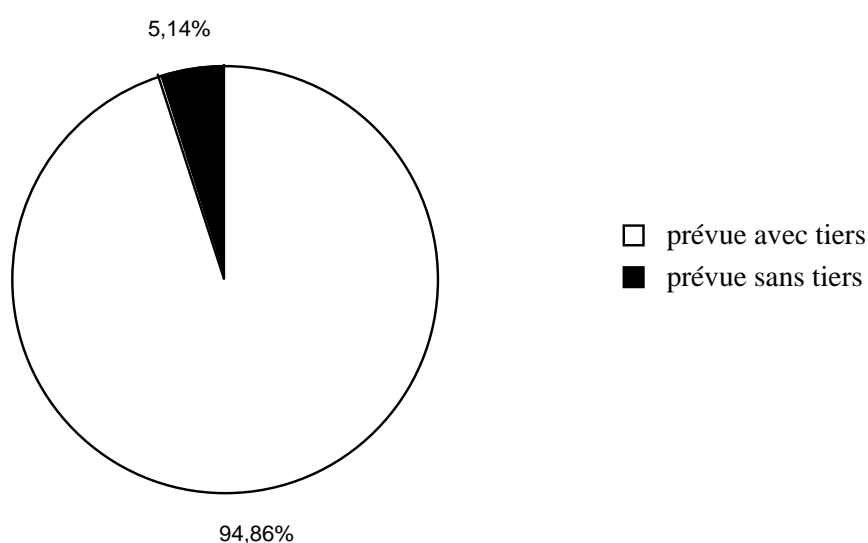
Tableau 1: Le profil des tiers

	1997		1999		p
Tiers présents	n = 251	%^{a)}	n = 307	%^{a)}	
...sollicités par:					<0.0001
- le patient, son entourage	141	56	91	30	
- le soignant de l'institution	99	39	208	68	
- le soignant qui a référé le patient	1	0.4	8	3	
... rémunérés:					<0.0001
- non	135	54	101	33	
- oui	90	36	206	67	

a) Les pourcentages se réfèrent au total des consultations en présence d'un tiers. Les pourcentages des sous-groupes n'égalent pas toujours 100% en raison de données manquantes.

On conclura avec ces données statistiques par un résultat, certes fondé sur des déclarations d'intention, ayant, à sa façon, lui aussi valeur d'indicateur de changement. Ainsi que l'illustre le graphique donné ci-dessous et relatif à un suivi éventuel du patient migrant, les soignants semblent, à tout le moins, avoir intégré la présence d'un tiers traduisant, puisque la quasi totalité d'entre eux (près de 95%; n = 253) déclarent agender leur prochaine consultation avec un patient migrant dans des conditions similaires.

Graph. 2 : Profil de la prochaine consultation agendée, pour celles s'étant déroulées en présence d'un tiers



4.2 *Regards croisés*

Les données saisies au travers des focus groups viennent quelque peu nuancer ces éléments chiffrés qui, globalement, tendent à montrer que le terrain d'enquête n'est plus identique à lui-même au terme de l'étude. Compris comme autant de positions catégorielles, trois points de vue ont été examinés. On commencera par présenter les aspects les plus topiques de celui exprimé par les différentes classes de soignants: psychiatres, médecins somaticiens et paramédicaux. Un tel choix est purement arbitraire et ne s'explique ni par le fait qu'il apparaît être le moins unifié, ni par le fait que, les choses étant ce qu'elles sont, il pèse sur l'avenir institutionnel de la médiation davantage que ceux émis par les patients migrants et les MCI.

Le point de vue des soignants

La plupart des soignants, et ce aux deux temps de l'étude, tombent généralement d'accord sur la nécessité de faire appel à un tiers traduisant lorsqu'ils rencontrent des difficultés de communication au moment d'une consultation avec un patient migrant. Le contenu de la citation ci-dessous, tirée d'un focus group soignants du temps 2, rend compte de manière exemplaire de ce consensus :

...toute cette vague de personnes arrivant de l'ex-Yougoslavie où, où, il est extrêmement précieux d'avoir quelqu'un de proche, non seulement pour la traduction, mais pour un sentiment d'être bien accueilli, mais il y avait souvent la situation, c'était de fait impossible de communiquer autrement que par cette personne, le médiateur culturel, ce personnage comme traducteur, c'est carrément une nécessité pour les besoins de la langue.

Il serait faux de voir dans l'opinion exprimée par ces propos l'expression d'une pensée unique. En effet, on rencontre quelques soignants, essentiellement parmi ceux issus de la médecine somatique, qui vont jusqu'à douter de l'apport bénéfique de la présence d'un tiers dans leur consultation. A preuve, la teneur de l'échange ci-dessous, tiré d'un focus group de médecins somaticiens du temps 2, valorisant le contact sans possibilité de communication verbale, contact perçu comme véhicule privilégié de contenus affectifs. Il est à noter ici qu'en raison, peut-être, de la conscience qu'ils ont de l'importance du verbal dans leur pratique, les psychiatres dénoncent unanimement – certains de manière très explicite – une telle pratique qu'ils considèrent comme relevant, dans les termes de l'un d'eux, d'une «médecine vétérinaire».

Moi je ??? de passer outre le médiateur en fait et d'essayer d'avoir quand même le contact direct, même que les gens parlent pas, c'est très théâtral souvent.

Ouais, moi je le fais aussi.

Ouais, mais on a l'impression que tout d'un coup on a, enfin quand on arrive à avoir ce contact, même s'il est très ponctuel, peut-être incomplet, on a énormément plus d'informations que toutes les traductions que l'on pourrait faire.

Si, globalement, pour les soignants observés, la présence d'un tiers apparaît comme obligée dans leurs consultations avec des patients migrants, elle semble problématique aux yeux de beaucoup d'entre eux. A cet égard, plusieurs raisons sont avancées. Outre l'augmentation du temps de consultation que demande une traduction, de nombreux soignants insistent sur les risques engendrés par les interventions d'un tiers qui ne se limiterait pas à une transposition terme à terme des échanges médecin/patient. C'est bien ce qu'exemplifient les propos d'un des paramédicaux interrogés au second temps de l'étude, lequel insiste sur l'opposition – semble-t-il irréductible pour lui – entre les traces linguistiques «traduire» et «interpréter» pour livrer sa conception idoine de l'opération traduisante en milieu médical:

[...] Ouais là aussi c'est à double tranchant quoi, bien que quand l'interprète interprète trop euh on a plus il traduit plus, il interprète uniquement, il traduit plus, il... voilà, est-ce que c'est d'un interprète ou un traducteur dont on a besoin [...]

Faisant écho au célèbre aphorisme de Jakobson *Traduttore, traditore*, la teneur de la citation ci-dessus révèle les contenus de la représentation que conçoit une majorité de soignants à propos du rôle du tiers traduisant. Ayant pour tâche limitée une stricte opération de traduction mot à mot, celui-ci est considéré davantage comme un instrument de travail, certes performant, que comme un véritable acteur à côté du soignant et du patient migrant. Présente aux deux temps de l'étude et révélatrice d'une certaine perspective biomédicale, cette conception outillière du tiers traduisant se dégage sans équivoque des propos suivants, qui témoignent de la crainte de voir ce dernier outrepasser les limites du rôle qu'on veut lui voir revenir.

[...] Qu'il ait un peu de, qu'il sache se placer dans la situation en tant que, que instrument important mais qui est effectivement un peu ???, sache traduire, et d'un côté et de l'autre et puis qui ne coupe pas, qui n'ajoute pas, mais aussi qui ne commence pas à donner des conseils

A cette représentation majoritaire du tiers traduisant apparaissant tel un dictionnaire animé et que la collaboration durant un an avec des MCI ne modifie guère, on peut opposer celle qui émerge du discours d'un petit nombre de psychiatres – essentiellement – au deuxième temps de l'étude. Pour ces derniers, affranchis d'un certain *fétichisme* de la langue (Bourdieu, 1982), l'opération de traduction ne saurait être réalisée autrement que par un tiers engagé dans la consultation, tiers compris comme véritable partenaire dont la mission ne peut être assurée qu'au travers d'une «gestion» des problèmes interculturels. De surcroît, quelques psychiatres envisagent même

une définition du tiers traduisant en termes de co-thérapeute au bénéficiaire d'une formation en partie concomitante à la leur. C'est ce que résumait les propos suivants tenus par un psychiatre dans un focus group du temps 2.

[...] Pour résumer, mon médiateur est un médiateur qui est formé, avec les connaissances linguistiques, les connaissances de la technique thérapeutique, connaissances de l'institution, mais aussi quelqu'un qui est formé avec moi, c'est-à-dire moi aussi j'exige de moi-même que je sois formé avec lui.

Ces propos contrastent singulièrement avec ceux émis par certains médecins somaticiens qui, au temps 2 de l'étude surtout, sans remettre en question le bien-fondé de la prise en compte de l'aspect culturel dans les consultations avec un patient migrant suggèrent – donnant par là à penser que, pour eux, l'essentiel du travail du médiateur ressortit au domaine linguistique² – qu'une part de la gestion des problèmes interculturels pourrait leur revenir en vertu de connaissances acquises au travers de leurs expériences propres, de leurs lectures et d'informations diffusées par les médias:

[...] c'était le problème souvent des Algériens et Kosovars, bêtement j'avais l'impression de connaître un petit peu, les enjeux et ce qui se joue dans leur pays, ça a une importance fondamentale, déjà on le sent tout de suite, il y a une connivence qui s'installe, [...] je trouvais que ça, c'était des choses toutes simples, il suffit d'entendre le TJ, [...]

Le degré de professionnalisation de la fonction de tiers traduisant constitue sans doute le thème qui sépare le plus radicalement, au plan catégoriel, les soignants interrogés dans le cadre de l'étude. Corps médical et corps paramédical s'opposent clairement sur ce point. Les médecins apparaissent moins enclins à restreindre le volet médical de la formation des MCI que les éléments du paramédical. Il n'est peut-être pas infondé de rendre compte de cette différence au travers de la crainte des soignants paramédicaux de voir leur position menacée par des médiateurs très – ou trop – qualifiés. En tout état de cause, la citation suivante illustre de manière éclairante l'expression de cette volonté assez généralisée du corps paramédical de voir les MCI limités dans leur formation:

[...] Mais je suis pas tellement d'accord sur le, l'histoire que ça doit être un professionnel de la santé, pour dire, moi je suis même opposé quelque part, je crois que c'est pas un atout [...] l'interprète on lui demande pas d'être médecin pour traduire une conférence, mais on lui demande de connaître le vocabulaire, [...] je pense qu'on ne lui demande pas de savoir tout ce qui se cache derrière les mots qu'il est capable de traduire je pense.

2 On notera à cet égard que les données objectives semblent confirmer cette prédominance du linguistique sur le culturel: parmi les 558 consultations en présence d'un tiers saisies par notre questionnaire, on n'en relève aucune où, en l'absence de problèmes linguistiques, un médiateur aurait été néanmoins sollicité pour des besoins culturels.

Le point de vue des MCI

Pour leur part, les MCI discutent beaucoup leur rôle et leur statut, principalement au second temps l'étude, autrement dit pratique à l'appui. De manière répétée, ils font mention de cette volonté émanant d'un certain nombre de soignants de les cantonner dans une tâche de «pure» traduction terme à terme. Comme en témoignent les propos suivants, tirés du focus group MCI du temps 2, ils s'opposent fermement à cette conception réifiante d'eux-mêmes et se posent en sujets à part entière, en se nommant tels des «acteurs» ou des «co-intervenants» d'une rencontre résolument triadique.

Nous sommes un des acteurs dans ce trio, le trilogue, et souvent c'est vrai que c'est pas facile ça dépend du contenu et là on devient, on peut pas être considéré comme des interprètes de traducteur pas comme une machine qui produit des mots, mais je crois comme à Appartenances, on collabore beaucoup et ils nous considèrent comme co-intervenant et ça c'est un travail très enrichissant, parce qu'on peut on a des moments de réflexion ensemble avec le psychologue, et on peut construire quelque chose de plus solide, le travail ça se fait beaucoup mieux d'une qualité supérieure que, je vois mal en tout cas pour quelque chose de banal, l'entretien sans un interprète mais je pense que notre rôle est très important.

Par ailleurs, davantage au second temps de l'étude qu'au premier, les MCI insistent sur le professionnalisme attaché à leur fonction. Pour ce faire, ils tentent de présenter leur relation avec les patients comme se rapprochant de celles que ces derniers entretiennent avec les soignants. A cet égard, plusieurs d'entre eux en appellent à la question du genre. Arguant du fait que le patient, s'agissant de la concordance des genres, les place au même plan que le soignant, ceux-ci considèrent qu'ils ne devraient jamais être exclus, à l'instar des représentants du corps médical, d'une consultation pour une raison liée à la question du genre. Les propos d'une médiatrice s'exprimant au temps 2 sont révélateurs en ces matières:

[...] pour moi il y a aucune différence, je prends très vite l'homme aussi comme très direct, je peux expliquer tout très ouvertement et je vois qu'au début l'homme a une certaine, a une certaine gêne alors je lui explique très vite que je suis là, comme le médecin, alors tout ce que je parle, je parle, je le prends comme un médecin comme une sœur [...]

Conformément avec le contenu de leur formation qui conçoit l'opération traduisante au travers de la double prise en compte du linguistique et du culturel (Métraux & Alvir, 1995), les MCI font des «coutumes» et des «mentalités» un des aspects centraux qu'ils sont amenés à retenir dans leur travail quotidien de mise en relation en milieu sanitaire. C'est en tous cas ce que semble montrer le contenu de l'extrait suivant issu du focus group MCI du temps 2:

Et c'est même, je pense qu'un interprète, et le rôle d'un médiateur c'est de connaître bien, bien la langue, même la langue populaire, la langue littéraire, et les coutumes, les mentalités de son propre peuple.

On terminera avec le point de vue des MCI en signalant une proposition venant de certains d'entre eux et formulée en des termes qui, quelquefois, ne sont pas sans rappeler une certaine rhétorique médicale qui place «le bien du patient» au centre de toute préoccupation. Cette proposition, découlant de la conviction qu'en règle générale les soignants sont assez démunis en face des MCI, vise à la mise en place d'une formation spécifique destinée au personnel soignant dans le but de lui apprendre la co-gestion d'une consultation à trois partenaires. Formulée, on s'en souvient par plusieurs soignants, cette proposition est clairement évoquée dans l'extrait du focus group MCI du temps 2:

Je veux juste rajouter brièvement pas par rapport à l'importance de la formation bien sûr, c'est inimaginable de travailler avec un bon interprète médiateur culturel sans être formé, mais ce qui faut c'est une formation par rapport au soignant, au professionnel et ça on voit l'absence de cette formation, les gens qui sont peu sensibles, travailler avec des médiateurs culturels travailler avec des migrants c'est plus que nécessaire [...] Les gens ne savent pas nous utiliser, ils ne savent pas.

Le point de vue des patients

A la différence des soignants, les patients interrogés au travers d'entretiens et de focus groups ne témoignent pas d'une ambivalence face au professionnel de la traduction. L'analyse de contenu des discours collectés montre, pour l'essentiel, un consensus de leur part sur la nécessité foncière de la présence d'un tiers dans la consultation, vidée de sens en l'absence de langue commune. Cette position unanime peut être rendue par les propos suivants, émanant d'une patiente en provenance de la Kosove:

Chaque fois quand j'étais chez un médecin sans interprète, le rendez-vous s'est fini sans succès.

Il est important de relever qu'aucune voix ne s'est fait entendre parmi les patients migrants pour vanter les mérites – soulignés par certains soignants – de la communication non-verbale. En outre, on note qu'invités à le faire, les patients migrants sont tout à fait aptes à décrire le profil d'un médiateur idéal. Ils s'accordent en général pour souhaiter voir ce dernier faire état des qualités suivantes: neutralité, professionnalisme, confidentialité et disponibilité à offrir un accompagnement dans la durée. Ce souhait de continuité dans le suivi apparaît bien dans la citation suivante (T2):

Oui, il y a plusieurs sortes d'interprètes: il y a ceux qui traduisent seulement ce que tu dis, il y a des interprètes qui aident plus, ils sont spécialisés et qui se forment régulièrement. Le dernier peut aider plus, il vient plutôt avant le rendez-vous, et il écoute tout ce qu'on raconte et enfin il essaye d'aider au maximum, et puis même après le rendez-vous ils sont disponibles de nous aider, de nous accompagner etc., quand l'interprète est correct donc,

La question de la «culture» est, pour sa part, abordée avec une relative circonspection par certains patients. Ainsi, plusieurs d'entre eux ont exprimé une certaine défiance face à l'utilisation de la notion de différence culturelle, qui porte en elle les germes d'un effet possible de stigmatisation. Plusieurs prises de position en lien avec le rôle de l'aspect culturel dans la consultation en témoignent (T2):

Pour se soigner, on ne regarde pas la culture et d'autres choses personnelles.

On ne doit pas regarder si un patient est Albanais ou Serbe.

Seuls les problèmes liés à la différence de genre semblent constituer un domaine d'exception où les patients migrants souhaitent une prise en considération de particularités relevant de l'ordre du culturel. Les citations données ci-après se caractérisent toutefois par des formulations sans traces linguistiques impliquant spécifiquement leurs énonciatrices. Ainsi la première d'entre elles se fait la porte-parole d'une amie, tandis que la seconde réfère à des groupes aux contours flous désignés par le pronom «nous». Leur réserve à ce sujet pourrait témoigner d'une volonté de signifier qu'en ce qui les concerne personnellement, ces énonciatrices n'entendent pas prétendre à un traitement particulier. Par là même, elles semblent également souligner la variabilité des besoins de prise en compte des particularités culturelles au sein de l'univers des patients migrants:

Ma copine a eu un rendez-vous chez un gynécologue, son mari a annulé le rendez-vous à cause du médecin, il a voulu que le gynécologue soit une femme.

Nous vivons dans différents environnements sociaux, c'est le droit d'une femme de choisir, si l'interprète est une femme ou un homme.

5. Conclusions

De ces résultats commentés, on peut tirer plusieurs éléments d'information à valeur conclusive. Tout d'abord, ramenés à l'hypothèse, ils semblent confirmer, au moins partiellement, les termes de cette dernière. En effet, on observe un recours accru à des professionnels rémunérés, généralement sollicités par les soignants. Cette évolution témoigne visiblement d'une volonté de ces derniers de donner à leurs patients la possibilité de pouvoir être entendus. En ce sens, tout donne à penser que le champ médical, limité à notre terrain d'enquête, n'est plus le même au terme de l'étude. L'analyse de contenu des représentations sensibles vient partiellement corroborer cette interprétation. Elle montre effectivement que les trois catégories d'acteurs ne remettent pas en cause l'utilité de la présence d'un tiers dans les rencontres soignant/patient migrant sans langue commune.

Parallèlement, ces résultats révèlent que les acteurs engagés dans la consultation avec un patient migrant ne sont pas unanimes s'agissant du rôle qui revient au tiers traduisant. Une des différences les plus accusées entre les opinions concerne l'étendue du domaine de compétence réservé à ce tiers, étendue variant, surtout, en fonction de l'importance accordée à la notion de «culture». A cet égard, un rapprochement des positions pourrait être opéré au travers d'une formation adressée au personnel soignant qui insisterait sur les implications d'une consultation *pleinement* triadique, tout en montrant, dans le même temps, qu'une opération de traduction, pour limiter au minimum l'inévitable entropie qu'elle engendre (Vinay, 1968), se doit de considérer l'activité langagière dans toutes ses dimensions, celles de nature socio-culturelle comprises. Une substitution de dénomination du tiers traduisant pourrait constituer un pas utile en direction des patients. En effet, le syntème «médiateur culturel-interprète» a toute chance d'être en partie à l'origine de la méfiance que l'intervention de l'acteur ainsi désigné inspire à nombre de patients migrants. Peut-être, trop connoté négativement, celui-ci devrait être écarté au bénéfice des termes de traducteur ou d'interprète (Singy & Weber, 2000), sans pour autant modifier quoi que ce soit au contenu de son référent.

Ces considérations invitent tout naturellement à rappeler qu'une véritable recherche action n'est pas que de portée pratique, mais offre également un apport au plan de la connaissance. L'étude présentée dans ces pages n'échappe pas à la règle. Un seul exemple. L'analyse de contenu des focus groups révèle, s'agissant des acteurs concernés, un certain nombre de tensions engendrées par la présence de professionnels de la traduction dans les limites de notre terrain d'enquête. Il suffit ici de se souvenir de cette claire défiance des paramédicaux à l'idée d'un tiers trop formé dans le domaine de la santé dont l'essentiel doit, selon eux, leur être réservé. La mise en lumière de pareilles «luttres pour la place» n'est pas sans être théoriquement informante. Elle montre en effet tout l'intérêt d'une appréhension des rapports sociaux par le biais de théories – ainsi celle formulée par Bourdieu et fondée sur les notions de champs et de positions – comprises en termes d'antagonismes sociaux. Cependant, la validité de telles théories suppose de la part de leurs auteurs de ne pas succomber aux tentations du déterminisme et de rendre justice à la féconde notion sartrienne d'«autonomie relative». C'est du moins ce qu'invite à penser ceux de nos résultats qui donnent à voir un corps médical loin d'être homogène dans sa conception du tiers traduisant, en ce que ce dernier se voit assigné par les praticiens des rôles aussi éloignés que le sont ceux de «machine à traduire» et de co-thérapeute.

Ces éléments théoriques pourraient, à l'évidence, être d'une certaine utilité pour les responsables de la gestion des structures socio-sanitaires fréquentées par les migrants ignorant tout de la langue et de la culture locales et, donc, ayant besoin à leur côté d'un professionnel de l'activité de la traduction. A cet égard – et pour conclure – tout indique que le recours à ces mêmes professionnels pourrait être fort utile en d'autres circonstances que celles qui réunissent soignants et patients de migration récente. Ainsi ne trouveraient-ils pas *pleinement* leur place dans les consultations impliquant des patients étrangers établis en Suisse depuis longtemps, mais dont l'acquisition de l'allemand, du français ou de l'italien s'est opérée dans des conditions telles qu'elle les laisse souvent démunis devant ces hommes et ces femmes vêtus de blanc?

BIBLIOGRAPHIE

- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Paris: Fayard.
- (1987). *Choses dites*. Paris: Ed. de Minuit.
- (1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive*. Paris: Ed. du Seuil.
- Boutet, J. (1994). *Construire le sens*. Berne: Peter Lang.
- Calvet, L.-J. (2001). La ville et la gestion *in vivo* des situations linguistiques. In L.-J. Calvet (dir.), *Le plurilinguisme urbain*. (pp. 11-30). Paris: Didier Erudition.
- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4/3, 379-405.
- Goffman, E. (1975). *Les rites d'interaction*. Paris: Ed. de Minuit.
- Guex, P. & Singy, P. (eds) (2001). *Les migrants face au système de soins: l'exemple lausannois*, sous presse.
- Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation*. Paris: Ed. de Minuit.
- Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre médecin et patient. In J. Cosnier & M. Grojean (eds), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. (pp. 65-83). Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Kebrart-Orecchioni, J. (1993). Introduction. In *Dictionnaire de la communication*. (pp. 251-253). Paris: PUF.
- Kiesler, C.A. (1971). *The psychology of commitment*. New York: Academic Press.
- Kohn, R.C. (1989). L'observation participante et la recherche-action: une comparaison. *Pratiques de formation*, 18, 69-74.
- Lewin, K. (1947). Group decision and social change. In M. Macobi (ed.), *Readings in social psychology*. (pp. 197-211). New York: Holt.
- (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper.
- Markovà, I. & Foppa, K. (1991). *Asymmetries in dialogue*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie médicale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Métraux, J.C. & Alvir, S. (1995). L'interprète: traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. *Interdialogos*, 2, 22-26.
- Office fédéral de la statistique (2001). *Statistique suisse*. <http://www.statistik.admin.ch>
- Petrillo, G. (2000). La psychologie sociale dans le cadre des sciences sociales de la santé: questions et perspectives. In G. Petrillo (dir.), *Santé et société*. (pp. 13-44). Paris-Lausanne: Delachaux & Niestlé.
- Prieto, L. (1968). La sémiologie. In A. Martinet (dir.), *Le langage*. (pp. 93-144). Paris: Gallimard.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-26.
- Roy, C. (2000). *Interpreting as a discourse process*. New York: Oxford University Press.
- Singy, P. & Weber, O. (2001). Le tiers traduisant dans la relation médecin/patient migrant: quelle place et quelle désignation? In L.-J. Calvet (dir.), *Le migrant et la ville*. (pp. 431-442). Paris: AUPELF/UREF.
- Singy, P. (2001). La Suisse: un ensemble territorial plurilingue et pluriculturel. *Actes du colloque de la Société internationale de linguistique fonctionnelle, Lugano 1999*, sous presse.
- Trudgill, P. (1982). *Sociolinguistics: An Introduction*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Vinay, J.-P. (1968). La traduction humaine. In A. Martinet (dir.), *Le Langage*. (pp. 729-757). Paris: Gallimard.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Longman.
- West, C. & Frankel, R.M. (1991). Miscommunication in medicine. In N. Coupland & H. Giles (eds), *Miscommunication and Problematic Talk*. (pp. 166-194). London: Sage Focus Edition.
- Zuppinger, B. & Kopp, C. (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne: Institut d'ethnologie/OFSP.