

Forum suisse pour l'étude des migrations
Rue des Terreaux 1
Tél. 032 718 39 20



Schweizerisches Forum für Migrationsstudien
CH-2000 Neuchâtel
Fax 032 718 39 21

Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins

Rapport de base

par

Regula Weiss et Rahel Stuker

Rapport de recherche No 11 du
Forum suisse pour l'étude des migrations
auprès de l'Université de Neuchâtel
Mars 1998

Sur mandat de
l'Office fédéral de la santé publique
Service Migration
Berne



Double SFM FSN Mfns

Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins

Rapport de base

par

Regula Weiss et Rahel Stuker

Rapport de recherche No 11 du
Forum suisse pour l'étude des migrations
auprès de l'Université de Neuchâtel
Mars 1998

Sur mandat de
l'Office fédéral de la santé publique
Service Migration
Berne

Rapport de recherche No 11
du Forum suisse pour l'étude des migrations

par Regula Weiss et Rahel Stuker

sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique
Service Migration, Berne

Tous droits réservés
© 1998 by Forum suisse pour l'étude des migrations
Rue des Terreaux 1
CH - 2001 Neuchâtel

Tél.: ++41 32 718 39 20
Fax: ++41 32 718 39 21

E-mail: secretariat.fsm@fsm.unine.ch
Homepage: <http://www.unine.ch/fsm/>

Table de matières

1	Avant-propos.....	1
2	Introduction.....	7
3	Etudes sur l'interprétariat dans le système des soins en Suisse	15
3.1	Cadre légal et contexte politique.....	15
3.1.1	Cadre légal.....	15
3.1.1.1	Le droit des accusés à un interprète.....	15
3.1.1.2	Le droit au concours d'un interprète pour les usagers des prestations publiques	16
3.1.1.3	Le droit à l'assistance d'un interprète au sein du système des soins	17
3.2	Politique migratoire et politique d'intégration en Suisse.....	21
4	Concepts théoriques.....	25
4.1	Remarques introductives sur la migration.....	25
4.1.1	Migration et intégration.....	25
4.1.2	La notion de culture.....	26
4.1.3	Migration et santé	27
4.2	Communication et traduction.....	30
4.2.1	Communication et expérience	30
4.2.2	Langue et culture.....	31
4.2.3	La traduction	33
4.3	L'interprétariat dans le domaine de la santé	35
4.3.1	Arguments en faveur du recours à des interprètes.....	35
4.3.2	Le choix de l'interprète.....	39
4.4	La triade	42
4.4.1	Les fonctions de l'interprète.....	43
4.4.1.1	La traduction mot à mot	43
4.4.1.2	La médiation culturelle.....	45
4.4.1.3	La fonction d'avocat du patient.....	47
4.4.1.4	La co-thérapie.....	48
4.4.2	Les conflits de rôle	50
4.4.3	Pouvoir et statut de l'interprète	52
4.5	L'interaction au sein de la triade: concepts théoriques sur l'interprétariat et leurs conséquences	55
4.5.1	L'interprétariat dans le contexte biomédical.....	58
4.5.2	L'interprétariat dans le contexte psychiatrique et psychothérapeutique.....	60
4.5.2.1	Digression: langue maternelle et langue étrangère dans la situation thérapeutique	60
4.5.2.2	Situations psychiatriques et psychothérapeutiques avec traduction	68
4.5.3	L'interprétariat dans une perspective de l'anthropologie médicale	74
5	Services d'interprétariat et offres de formation en Suisse et à l'étranger	77
5.1	Vue d'ensemble	78
5.1.1	Services d'interprétariat en Suisse	78
5.1.2	Services d'interprétariat dans les autres pays européens	80
5.1.3	Formation initiale et continue en Suisse et à l'étranger	82
5.2	Comparaison entre les projets	83
5.2.1	Politiques des migrations: comparaison entre les contextes généraux dans lesquels travaillent les services d'interprétariat dans les différents pays	84
5.2.2	Références scientifiques et documentation concernant les concepts d'interprétariat	86
5.2.3	Comparaison entre les institutions proposant un service d'interprétariat.....	89
5.2.3.1	Organisation juridique et type d'institution	89
5.2.3.2	Modèles de financement des services d'interprétariat	92
5.2.3.3	Conditions d'engagement des interprètes.....	94
5.2.4	Comparaison entre les service d'interprétariat	100
5.2.4.1	Types d'interprétariat proposés	100
5.2.4.2	Formes d'interprétariat et définitions du rôle de l'interprète	101
5.2.5	Comparaison entre les concepts de formation initiale et continue	103
5.2.5.1	Formation initiale et continue dans les institutions proposant un service d'interprétariat	104
5.2.5.2	Formations externes aux services d'interprétariat et de traduction	109
5.2.5.3	Formation continue des usagers.....	113
6	Résumé et conclusions.....	114
Annexes	119
Annexe 1	Aperçu des projets	120
Annexe 2	Adresses et documentation concernant les projets.....	136
Annexe 3	Proposition d'un modèle de formation pour interprètes en milieu médical en trois degrés	143
7	Bibliographie.....	145

Avant-propos

Il existe, pour l'instant, au sein du système de santé suisse, peu d'offres structurées en matière d'interprétariat. De plus, les projets visant à développer ce type de prestation sont d'une part très modestes et d'autre part sans lien entre eux. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), soucieux de concentrer les ressources existantes et de coordonner les projets, a mis sur pied, en 1996, un groupe de travail. Celui-ci, constitué de représentants¹ d'institutions concernées par la question, s'est réuni à plusieurs reprises. S'il y a eu d'emblée unanimité sur la nécessité de développer les services d'interprétariat et de professionnaliser cette activité, les avis ont en revanche divergé au sujet du concept faute de pouvoir s'appuyer sur une base commune quant au contenu. Le niveau des connaissances et des expériences acquises s'est également révélé très inégal. Décidé à approfondir les questions importantes et à accélérer le processus, le groupe de travail a opté en 1996 pour la procédure suivante: Mandat par l'OFSP à Regula Weiss, psychiatre et collaboratrice scientifique au Forum suisse pour l'étude des migrations (responsable du secteur migration et santé) de:

- définir en premier lieu les bases théoriques, comparer les expériences et les connaissances acquises en Suisse et à l'étranger et rendre cette documentation accessible, sous la forme d'un rapport, aux milieux intéressés. Ce rapport préliminaire vise à une mise à niveau des connaissances et constitue un préalable indispensable à une collaboration;
- d'assurer ensuite l'organisation d'un colloque - en collaboration avec d'autres professionnels - en vue de créer une base commune au niveau du contenu et permettre ainsi une action coordonnée;
- et enfin, de veiller à la diffusion des résultats du colloque sous forme d'une publication.

Rahel Stuker, occupée actuellement à rédiger un mémoire de licence sur l'interprétariat dans le contexte médical, a apporté sa contribution à la démarche. Cette collaboration entre ethnologue et psychiatre s'est révélée fructueuse: elle a facilité le changement de perspectives, la vérification des hypothèses scientifiques et contribué à éviter des points de vue réducteurs. Nous serions heureuses que la richesse de cette collaboration se reflète dans le présent rapport.

¹

N.d.t. La traduction en français d'un document tel que celui-ci pose toujours le problème de la mention systématique du masculin et du féminin. Si ce problème a été plus ou moins résolu en allemand, en français il n'existe en revanche pas encore de solution officielle, satisfaisante à la fois du point de vue du principe de l'égalité des sexes et du point de vue linguistique. Aussi, pour faciliter la lecture et ne pas alourdir le texte, nous avons opté pour le masculin comme terme générique, comprenant bien entendu les hommes et les femmes concernés.

1 Introduction

La migration et la fuite sont produites, structurées et inscrites dans des phases de l'histoire. La géopolitique trouve son pendant dans une histoire globale de la migration. Avec la globalisation des économies nationales, la migration transnationale prend de l'ampleur. Cette vision globale ne doit toutefois pas occulter les conséquences individuelles. Même si les mouvements migratoires sont dûs principalement à des facteurs structurels, il y a derrière chaque migration des décisions et des histoires personnelles.

La migration - que ce soit d'un pays dans un pays voisin ou qu'il s'agisse de migration continue au travers de continents entiers - est une démarche éprouvante sur le plan humain et très souvent vouée à l'échec. Pour beaucoup d'individus et de familles, la migration représente un risque sur le plan social et sur celui de la santé. Elle suppose une capacité de se mouvoir en peu de temps dans des systèmes sociaux différents et de s'intégrer, parfois pour une courte durée seulement. Le rapport entre la dépendance à l'égard d'autrui et la capacité d'initiative de l'individu revêt une importance décisive. Il influe sur les possibilités d'action des migrants et sur leur appréhension de leurs situations de vie nouvelles. Les difficultés politiques, juridiques, sociales, culturelles et linguistiques diminuent les perspectives de participation des migrants et par là entravent leur intégration et leurs possibilités d'évolution. En guise de réponse à la difficulté de s'intégrer et comme miroir des relations transnationales, des réseaux familiaux, construits par dessus les frontières nationales, sont le garant de la continuité. Illustration des rapports transnationaux, ils sont porteurs de sens et de soutien.

La migration demeure toutefois un risque au plan de la santé.² Le système suisse de santé publique garantit en soi la qualité des soins médicaux de base pour l'ensemble de la population, étrangers compris. Les barrières linguistiques, sociales et culturelles rendent toutefois l'accès aux soins plus difficile pour les migrants. Une part considérable de ceux-ci ne maîtrise que très partiellement la langue régionale, ce qui empêche une bonne communication avec le personnel soignant. Cela peut aussi conduire à des erreurs de traitement. Les barrières linguistiques représentent, notamment au début, un handicap que les cours de langue dispensés à l'intention des migrants ne peuvent abolir complètement. Cette situation ne changera guère même à long terme. Les barrières linguistiques ne représentent cependant qu'un des obstacles que les

2

La recherche scientifique sur ce sujet s'est multipliée – en Suisse également – ces dix dernières années. Les études sur le thème 'Migration et santé' attestent que la santé des personnes étrangères (notamment celle des requérants d'asile, des réfugiés et des femmes) est moins bonne que celle de la population suisse (cf. Bischoff 1995; Bollini & Siem 1995b; Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes 1993; Salis Gross et al. 1997b; Verwey 1993; Vranjes et al. 1995; Wicker 1991).

migrants malades doivent surmonter pour bénéficier d'une bonne prise en charge. Les différences sociales et culturelles entrent pour une part au moins aussi grande dans les problèmes de communication qui surgissent. Les problèmes que les migrants rencontrent dans leurs contacts avec le système de santé diffèrent souvent peu de ceux des patients suisses de statut social modeste. En d'autres termes, les situations de traitement révèlent davantage les écarts et les conflits d'intérêts sociaux entre sous-systèmes que les différences culturelles.

Un meilleur accès aux prestations médicales représente un des objectifs de l'OMS en Europe (OMS 1992). On attache à cet égard une attention particulière à l'égalité des chances des migrants. Pour que les migrants puissent être égaux face aux prestations du système des soins, ils doivent pouvoir bénéficier de supports spécifiques de même que les professionnels de la santé concerné. A cet égard, l'interprétariat, au sens de médiation entre les patients et les soignants, apparaît comme l'un des outils pertinents permettant de réduire les difficultés de communication. La multiplicité des langues représente dans ce contexte une barrière parmi d'autres qu'il s'agit de surmonter. La médiation entre les discours sociaux des migrants et ceux du personnel soignant est aussi essentielle - mais souvent négligée - que la traduction proprement dite. Seul un support de ce type permet d'influer effectivement sur les problèmes de communication dans les situations thérapeutiques. L'Office fédéral de la santé publique demande dans son programme des mesures visant à faciliter l'accès des migrants au système des soins suisse (Zeltner 1994). Parmi celles-ci, on préconise expressément l'intervention d'interprètes-médiateurs culturels en faveur de personnes de langue étrangère.

A l'heure actuelle, les possibilités de solliciter l'aide d'un interprète professionnel dans les situations de traitement entravées par des problèmes de communication sont encore très réduites en Suisse. Les services d'interprétariat sont insuffisants, peu structurés et guère accessibles. Leur financement est extrêmement difficile, ce qui réduit considérablement l'offre. On se trouve à cet égard dans une situation d'interdépendance: afin d'ancrer l'interprétariat dans le système de santé, il faudrait former davantage d'interprètes et faire reconnaître leur travail au niveau de la formation professionnelle. Pour pouvoir appuyer la profession des interprètes au bénéfice d'une formation adéquate au niveau politique, il faudrait toutefois rendre leur travail visible et le reconnaître publiquement afin d'ancrer l'interprétariat dans la loi.

Le travail d'interprétariat dans le système des soins suscite des interrogations complexes qui vont de pair avec de multiples attentes quant aux capacités des interprètes. Afin de mettre à profit les ressources offertes par la triade thérapeutique, le personnel soignant doit lui aussi être préparé à la collaboration avec les interprètes. La conscience de cette problématique n'est toutefois pas encore suffisamment vive du côté des professionnels de la santé. En raison du manque de formation de part et d'autre, on met souvent l'accent sur les problèmes et les

inconvénients du travail avec des interprètes. Les expériences acquises au cours de longues années à l'étranger témoignent pourtant des bénéfices d'une telle collaboration pour autant que les différents partenaires disposent d'une formation adéquate, qu'ils choisissent la méthode en fonction des situations d'entretien et de plus à condition que l'interprète soit reconnu comme un collaborateur à part entière. La triade thérapeutique incluant l'interprète rend possible de nouveaux niveaux de compréhension entre patients et soignants et met en lumière des contextes et des références peu accessibles dans une relation duelle. Pour que ce potentiel puisse se réaliser, la situation doit cependant encore évoluer en Suisse dans ce domaine. L'offre actuelle de services d'interprétariat montre que les interprètes sont certes de plus en plus sollicités dans la pratique, mais qu'il s'agit souvent de personnes de l'entourage immédiat des patients, de membres du personnel hospitalier ou d'autres bénévoles qui font office de traducteur. Le défaut de formation les empêchent d'exploiter toutes les potentialités intrinsèques de la traduction. Ils n'ont pas la distance nécessaire (personnes proches), sont émotionnellement trop touchés (membres de la famille, autres interprètes non-professionnels) ou la démarcation du travail d'interprète par rapport à d'autres activités n'est pas suffisamment claire (personnel hospitalier). Le recours à ces personnes ne saurait représenter une alternative à l'interprétariat professionnel au sein du système de santé.

Il existe bien quelques rares services d'interprétariat structurés. C'est de ce côté notamment qu'on souligne la nécessité d'une meilleure formation. Des modèles de formation de base et de formation continue sont actuellement en discussion et mis sur pied pour la première fois dans de rares endroits, cependant de manière non coordonnée. Offrir une formation adéquate à l'intention des interprètes et du personnel soignant dépasse les moyens financiers des institutions privées. Il y a lieu, de plus, d'étudier les possibilités de financer les services d'interprétariat dans le cadre des dispositions légales qui régissent le domaine de la santé. Ceci sans perdre de vue que le système des soins traverse actuellement une crise financière qui freine l'introduction de nouveautés et met hors de portée des prestations supplémentaires. Dans ce contexte, les projets destinés aux groupes en marge sont particulièrement difficiles à réaliser à l'heure actuelle. Le renoncement à l'aide d'interprètes professionnels permet-il effectivement de réaliser des économies dans le domaine sanitaire et social? C'est là une question qui mériterait un examen approfondi.

Les auteures du présent rapport identifient un réel besoin de services d'interprétariat adéquats et prônent la mise sur pied, à l'échelle nationale, de structures de formation à l'intention des interprètes et des professionnels de la santé. Un projet reposant sur des structures régionales et inclus dans la politique professionnelle s'imposerait pour des raisons économiques,

géographiques et linguistiques. Ce modèle a du reste fait ses pruves dans d'autres pays européens.

Le présent rapport préliminaire expose un éventail d'arguments en faveur d'une professionnalisation de l'activité d'interprète et de son ancrage dans le système de santé. Il rend compte des expériences faites à l'étranger et permet aux personnes intéressées de mettre à niveau leurs connaissances. De plus, il vise à susciter des questions et à inspirer de nouveaux projets de recherche. Il aborde le thème 'interprétariat et médiation culturelle dans le système des soins' sous divers angles et cherche à prendre en compte les contextes et références significatifs en vue des démarches ultérieures. Dans cette logique, la comparaison des expériences faites en Suisse et à l'étranger est précédée d'un tour d'horizon des aspects politiques, juridiques, historiques et théoriques. Le rapport ne remplace toutefois pas une étude de faisabilité à propos d'un projet de formation. Une telle étude nécessiterait d'autres clarifications notamment en ce qui concerne les questions de financement.

Le rapport est articulé comme suit:

Le *second chapitre* donne des indications sur les bases légales tant en Suisse qu'à l'étranger. Ces considérations visent à inspirer les clarifications nécessaires en Suisse au plan juridique. Le *chapitre trois* offre un aperçu des études scientifiques effectuées jusqu'à présent sur le sujet. Elles sont toutes récentes voire même encore en cours. Ce chapitre doit, lui aussi, donner l'impulsion à d'autres travaux. Le *chapitre quatre* présente les concepts théoriques. Il commence par traiter de quelques questions générales relatives à la migration, à l'intégration et à la culture puis établit des liens avec le domaine de la santé (chapitre 4.1). Sont abordées ensuite des questions subséquentes concernant la 'communication' et la 'traduction' (chapitre 4.2) qui conduiront à aborder la situation de l'interprétariat dans le domaine de la santé (chapitre 4.3). La quatrième partie de ce chapitre théorique traite des aspects de la triade pertinents pour le travail avec les interprètes et décrit différents rôles que ces derniers pourraient jouer (chapitre 4.4). Cela nous amène ensuite à étudier la triade thérapeutique comprenant un interprète sous divers angles scientifiques en vue notamment d'explorer ses domaines d'application (chapitre 4.5). Le *chapitre cinq* offre un aperçu des services d'interprétariat et des modèles de formation existant en Suisse et à l'étranger. Il en fait la comparaison, en comparant notamment l'état de la documentation et les fondements scientifiques des divers services d'interprétariat (chapitre 5.3.2) tout en effleurant certains aspects de la politique migratoire (chapitre 5.2.1). Les services d'interprétariat sont ensuite comparés au niveau de leur organisation institutions et de leurs concepts (chapitres 5.2.3 und 5.2.4). La fin du chapitre cinq procède à une comparaison des

modèles de formation de base et de perfectionnement (chapitre 5.2.5). Le *chapitre six* tire des conclusions sommaires et esquisse des propositions pour la poursuite des activités.

Le présent rapport est né du besoin de certaines autorités, institutions et personnes concernées de mieux coordonner les efforts visant à améliorer les services d'interprétariat en Suisse. Point de départ commun: la conviction de la nécessité de faciliter l'accès des personnes de langue étrangère aux prestations des services publics et le postulat que la réalisation de cet objectif passe par la mise à disposition gratuite de services d'interprétariat. Nous sommes conscientes que dans les débats politiques s'expriment également d'autres convictions fondamentales: l'idée, par exemple, que le droit aux prestations de base fournies par l'Etat va de pair avec l'obligation pour les migrants de contribuer, par le biais de l'acquisition de la langue, à développer leurs possibilités de participation et d'insertion. Il ne saurait être question d'aborder ce débat de fond dans le cadre de ce travail, nous voudrions simplement expliciter par cette remarque notre point de vue initial.

*Que veut dire interprétariat dans ce contexte?*³

Pour améliorer l'accès des personnes étrangères aux prestations publiques et faciliter le travail avec les migrants, beaucoup de pays mettent à disposition des appuis sous la forme d'interprétariat. En Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, dont la politique d'intégration prévoit explicitement des mesures visant à éviter la discrimination, ainsi qu'en Australie et au Canada qui poursuivent une politique d'intégration multiculturelle, un métier spécifique a vu le jour dans ce domaine: celui de '*Community Interpreters*'. Ce terme englobe divers aspects de la vie sociale et prend en compte les questions complexes qui se posent lorsqu'on parle de participation et d'égalité des chances. Ce terme est en effet difficilement traduisible, du fait précisément qu'il ne peut être compris du point de vue conceptuel qu'en relation avec les orientations de la politique d'intégration. Il est utilisé dans la littérature internationale pour désigner la '*médiation*' entre migrants et représentants des services publics dans les domaines social, médical et juridique.⁴ Il est important à ce propos de considérer les facteurs structurels

³ Dans d'autres contextes, le terme de traduction se rapporte au travail des interprètes ou à la traduction écrite. Dans notre rapport, nous entendons par traduction exclusivement la traduction orale. Nous distinguons la traduction dans le domaine social de l'activité des interprètes et des traducteurs pratiquant l'interprétation simultanée. Ces derniers se basent tant du point de vue théorique que du point de vue pratique sur d'autres concepts.

⁴ Le 'Community Interpreter' est défini comme "the professional trained to assist those in the community who do not speak the «dominant» language so that they may have access to legal, health, educational, governmental, and social services" (vgl. Freimanis 1994:325). Cette définition de l'activité de traduction se focalise sur l'accès aux services publics, qui peut de la sorte être facilité pour les personnes allophones. On souligne ici les exigences apparentées au travail social dans cette activité: 'Community Interpreters' "need to know how to deal with a person under stress, a person whose educational background does not match or exceed theirs, a person who will not always be (...) able to understand what is really going on" (Gehrke 1993:419).

qui constituent des barrières susceptibles d'être (partiellement) surmontées grâce à l'intervention d'interprètes.

C'est le terme de '*Cultural Interpreting*' qui s'est imposé aujourd'hui au Canada pour désigner l'activité de l'interprétariat dans le domaine public et social en prenant en compte les facteurs culturels qui interfèrent dans ce type d'interprétariat:

"We define interpreting as including the communication of conceptual and cultural factors that are relevant to the given interaction as part of the lingual transmission. (...) This model of interpreting service was developed out of an awareness that communication is seriously impeded by the insensitivity to the role of culture in the content and manner of communication, especially in formal interactions" (Roberts 1993:241).

Au Canada, on parle également du '*courtier culturel*' ('*Cultural Broker*'), pour souligner le rôle des interprètes comme médiateurs culturels (Kaufert & Koolage 1984). Une compréhension similaire de l'activité de l'interprète dans le domaine social se reflète dans la désignation française de '*Médiation Culturelle*'. En Suède, l'activité de 'Community Interpreting' est désignée par l'expression de '*Contact Interpretation*' et en Norvège et au Danemark, il est question de '*Immigrant's Interpreting*'. Il n'existe pas à ce jour de terme universellement admis dans les régions germanophones pour qualifier l'activité de 'Community Interpreting', l'expression '*kulturelle Mediation*' commence toutefois à s'imposer de plus en plus.

Nous avons intitulé notre rapport 'Interprétariat et médiation culturelle dans le système des soins' pour mettre en évidence la complexité des questions liées à ce type de traduction. Nous avons renoncé à créer ici de nouveaux termes et résumerons sous le terme de 'médiation culturelle' tous les aspects de la médiation entre sous-systèmes sociaux, aspects dont la langue fait partie au même titre que d'autres. Le présent rapport n'aborde toutefois pas tous les sous-systèmes entre lesquelles l'interprète exerce son rôle de médiateur. Conformément au mandat qui nous a été confié, nous nous limitons à rechercher comment la traduction peut servir d'intermédiaire entre personnes allophones et institutions assurant un service de soins médicaux. Nous posons comme postulat que la facilitation de l'accès des migrants aux soins passe nécessairement par des transformations spécifiques au niveau des structures, analogues à celles qui s'imposent dans d'autres domaines sociaux. L'interprétariat apporte à cet égard une contribution essentielle. En prévision de projets ultérieurs, nous avons par conséquent esquisonné un modèle de formation visant à améliorer de façon ciblée l'offre en matière d'interprétariat dans le contexte de la santé, tout en prenant en compte les recherches conceptuelles similaires en cours dans un champ social plus large.

2 Etudes sur l'interprétariat dans le système des soins en Suisse

Il n'existe pas vraiment à ce jour, en Suisse, d'études visant à approfondir méthodiquement la question de l'interprétariat au sein du système des soins. Le thème a toutefois été soulevé dans le cadre d'études sur l'interaction entre médecin et patient. L'interprétariat a été alors le plus souvent traitée sous l'angle des difficultés de communication dues à la langue. Il faut mentionner toutefois trois études d'envergure actuellement en cours qui concernent concrètement la thématique de l'interprétariat en Suisse et que nous présentons ci-après.

- la première concerne le projet '*Interprétariat et santé des migrants. Un projet destiné aux professionnels de la santé, aux assistants et aux interprètes*' du Département de médecine de l'Université de Genève.⁵ Les résultats d'une enquête quantitative sont actuellement dépouillés et traités dans le cadre d'une dissertation en médecine. Une *Enquête sur les langues parlées lors des consultations* a été menée à la Polyclinique de Médecine de Genève (cf. Bischoff et al. 1998). Elle a révélé que le 20% des patients étrangers (133) sur un total de 635 consultations examinées ne parlaient pas français. Le 56% de ces consultations (75) s'est déroulé avec un interprète et 44% (58) sans interprète. Dans 71% des cas (41), les interprètes ont été rémunérés pour leurs prestations. Dans le 28% des cas (16) la traduction a été assurée par une personne de l'entourage du patient. La présence d'un interprète a été estimée inutile dans 57% des autres consultations, souhaitable dans 36% et indispensable dans 4% des cas. Une étude menée à grande échelle a pour objet *le recours aux interprètes dans les services de médecine des hôpitaux de soins généraux de Suisse*. 206 questionnaires ont été envoyés à des cliniques de médecine interne, à des services des urgences et à des services hospitaliers (Taux des réponses 81%).⁶

Les premiers résultats disponibles aujourd'hui révèlent que 85% des services font appel à des interprètes fréquemment et 15% rarement. Ils interviennent la plupart du temps ponctuellement. Ce sont le plus souvent des non-professionnels. Ils sont dans nombre de cas recrutés parmi les proches des patients (45%), au sein du personnel hospitalier (40% répartis comme suit: infirmières 17% et personnel de nettoyage 23%). Il s'agit parfois

⁵ Il s'agit plus précisément de l'Unité de Médecine des Voyages et des Migrations et du Département de Médecine Communautaire à Genève. (Cf. à ce sujet Bischoff et al. 1998; Tonnerre et al. 1996; Tonnerre et al. 1997a; Tonnerre et al. 1997b.)

⁶ Le questionnaire comprend les questions suivantes: si, dans ces hôpitaux, on travaille avec des interprètes, quelles personnes assument cette tâche à l'heure actuelle, pour quelles langues les services d'un interprète sont le plus souvent requis et avec le plus grand degré d'urgence et, enfin, si la rémunération des interprètes est planifiée dans le budget des hôpitaux (cf. Tonnerre et al. 1996).

d'autres bénévoles (11%). 4% des services et cliniques interrogés ont recours à des interprètes formés. 8% seulement (en chiffres réels 13 des hôpitaux questionnés) rémunèrent spécialement pour cette tâche les personnes sollicitées comme interprètes. Comme, à ce jour, il n'existe guère en Suisse de formations à l'intention des interprètes, nous présumons que les interprètes soi-disant 'formés' sont vraisemblablement des personnes sollicitées et rémunérées spécialement pour cette activité mais, dans le meilleur des cas, au bénéfice d'un semblant de formation continue seulement. Ce qui surprend dans cette enquête, ce sont les *indications relatives aux problèmes de communication* avec des patients allophones. Près des deux tiers (62%) des hôpitaux estimaient n'avoir que peu de problèmes et 7% seulement se plaignaient de graves problèmes de communication. Le 11% affirmait même ne pas constater de problème de communication du tout et le 19% seulement des problèmes de communication sans gravité. 38% des hôpitaux interrogés souhaitent néanmoins pouvoir disposer d'un service d'interprétariat. Des divergences relativement importantes apparaissant à cet égard entre les régions linguistiques de la Suisse: le *souhait d'un service d'interprétariat* a été exprimé en Suisse alémanique surtout (87% des institutions interrogées là-bas), contre 13% en Suisse romande et 0% au Tessin. L'interprétariat est le plus souvent désiré pour les langues suivantes: albanais, serbo-croate, tamoul et turc. Constatation moins surprenante, mais néanmoins intéressante: on a pu noter que les proches étaient d'autant plus souvent sollicités comme interprètes que le séjour des groupes ethniques respectifs en Suisse était plus court.

9 hôpitaux à peine (5%) disposent d'un budget particulier pour le *financement* des interprètes. 29% des services et cliniques interrogés mentionnent avoir accès à un réseau d'interprètes par le biais de listes.

Brèves conclusions des auteurs de l'étude:

Se dégage de toute évidence la nécessité urgente d'une sensibilisation des professionnels de la santé à l'importance du rôle des interprètes formés et rémunérés. Il semble que l'on sous-estime l'importance d'une bonne communication dans la conduite d'un traitement adéquat (diagnostic et traitement corrects, adhésion du patient).

Les auteurs limitent le champ de leurs investigations et de leurs interprétations (de celles émises à ce jour du moins) à une perspective médicale. L'étude gagnerait à notre avis en impact si elle incluait également des interrogations relatives à la qualité.

Cette étude est complétée par une *enquête menée auprès des services et des cliniques psychiatriques de Suisse*, quasi similaire. Ce sondage en est actuellement à la phase de

l'interprétation.⁷ L'analyse s'appuie sur 78 questionnaires auxquels ont répondu les cliniques et les services psychiatriques de la Suisse alémanique (68%), de Suisse romande (27%) et du Tessin (5%). L'enquête révèle que dans le secteur psychiatrique également une majorité (65%) souhaite avoir accès à un réseau d'interprètes formés. Il est surprenant en revanche que l'on ne planifie la mise sur pied d'un tel réseau que dans 13% des cas. Le besoin d'interprètes formés est certes ressenti, mais sans que des efforts pour faire évoluer la situation actuelle ne soient consentis. L'étude démontre en outre que ce sont les services psychiatriques de Suisse alémanique qui s'engagent avec le plus d'ardeur en faveur de la cause de l'interprétariat. Le besoin le plus aigu d'interprètes est ressenti en revanche dans l'ensemble de la Suisse à propos des mêmes langues, à savoir les langues de l'Europe non-occidentale. Les auteurs supposent que les psychiatres interrogés font un lien entre les "grandes différences culturelles" qui les séparent, selon leurs témoignage, de leurs patients et la nécessité urgente de pouvoir disposer d'une traduction dans ces langues. Ils présument également que les psychiatres attendent des "référents culturels" que sont aussi les interprètes qu'ils contribuent à surmonter ces différences. Comme futur objectif prioritaire au sein de la thématique de l'interprétariat, les auteurs proposent la sensibilisation à la "dimension transculturelle" dans le domaine psychiatrique. Ils en attendent une "complémentarité effective" entre le soignant et l'interprète.

Il ressort d'une *comparaison entre les services de psychiatrie et ceux de médecine quant au recours aux interprètes* que les services de médecine collaborent plus souvent avec des interprètes que les services psychiatriques. Lorsque les institutions psychiatriques font appel à des interprètes, cela se fait explicitement. On a donc nettement moins souvent recours à des proches ou au personnel hospitalier que dans les institutions traitant les troubles somatiques.

Nous aimerais mentionner ici une autre étude sur la place de l'interprétariat dans les services et cliniques psychiatriques.

- Le *Centre de psychiatrie de Schaffhouse* a interrogé en 1997 toutes les cliniques psychiatriques de Suisse alémanique (26) sur le traitement des patients d'origine étrangère atteints de troubles psychiques.⁸ Cette étude aborde aussi les problèmes de communication et les questions relatives à l'interprétariat. 54% des cliniques psychiatriques questionnées disposent d'interprètes qualifiés. 34% affirment demander aux membres du personnel hospitalier de fonctionner comme interprètes (non qualifiés). 11% des cliniques ne

⁷ Ces résultats et conclusions sont de nature provisoire et n'ont pas encore été publiés (cf. Eytan et al. 1998).

⁸ Voir à ce sujet Ebner 1997.

disposent en revanche d‘aucun interprète. Les moyens du bord en matière linguistique (personnel de la clinique) pour les communautés linguistiques les plus importantes de patients étrangers sont jugées insuffisantes par la majorité (70% des cliniques). Parmi les problèmes les plus fréquemment cités dans les relations avec des personnes étrangères souffrant de maladies psychiques figurent les 'problèmes de langue'. Viennent ensuite ce qu‘il est convenu d‘appeler les 'problèmes transculturels'⁹, suivis par les 'problèmes sociaux'.¹⁰ De là découle l‘enseignement, à notre avis, le plus important de l‘étude: 22 directeurs de clinique sur 26 estiment qu‘en raison des problématiques évoquées, la prise en charge des personnes étrangères souffrant de maladies psychiques n‘est pas aussi bonne que celle des patients suisses. 'Des services d‘interprètes disponibles sur appel' sont demandés comme mesure prioritaire en vue d‘une meilleure prise en charge des personnes étrangères souffrant de maladies psychiques (20 mentions). La proposition d‘engager 'du personnel médical de langue étrangère' apparaît en deuxième lieu (17 mentions).

Ces résultats montrent que les difficultés de communication sont identifiées comme le problème le plus évident dans la prise en charge psychiatrique des patients allophones et qu‘il existe une volonté manifeste de tenter d‘y remédier en développant la collaboration avec les interprètes.

- La troisième étude consacrée à la problématique de l‘interprétariat dans le contexte médical en est, elle aussi, encore au stade de l‘enquête. Il s‘agit du projet de recherche *'Migrants et réseaux de soins: pour une adaptation interculturelle'*, un *projet partiel du projet plus vaste, no 39, du Fonds National 'Migration et relations interculturelles'*. Cette étude est menée par un *groupe de recherche interdisciplinaire comprenant des institutions médicales et psychiatriques de Lausanne* (Collège interdisciplinaire Soins et Migration (CISM) et dirigée par l‘anthropologue médicale Ilario Rossi¹¹ (Policlinique Médicale Universitaire).¹² Il s‘agit d‘examiner en priorité les ressources que la médiation culturelle peut apporter dans le traitement et l‘intégration des patients étrangers.¹³ L‘étude se propose de mettre en évidence les différences qui apparaissent dans le traitement lorsqu‘une traduction adéquate est mise à disposition. Pour ce faire, elle compare la situation actuelle dans les institutions

⁹ Parmi les 'problèmes transculturels' figurent: incompréhension des usages et coutumes; symptomatologie spécifique, marquée par la culture, de la maladie; compréhension particulière de la maladie et de la thérapie.

¹⁰ Par 'problèmes sociaux' on entend des problèmes liés au permis de séjour, au chômage et à l‘isolement.

¹¹ Cf. Rossi 1994a, 1994b, 1994c.

¹² Dans ce groupe inter-institutionnel les institutions lausannoises suivantes sont représentées: la Polyclinique médicale (PMU), la Polyclinique psychiatrique (PPU), la Polyclinique de gynécologie-obstétrique, la Division autonome de médecine psychosociale DAMPS de l‘Hôpital universitaire CHUV, l‘Association Appartenances, le Centre de santé de la FAREAS.

¹³ Du point de vue du contenu, le présent projet se rattache à deux projets antérieurs, le projet de l‘OFSP sur la prévention du sida (1992) et le 'Projet Migrants' (1995).

lausannoises en matière d'interprétariat¹⁴ avec celles que l'on observe lorsque des interprètes formés dans le cadre d'un projet parallèle à l'étude peuvent être sollicités.¹⁵ Certaines des institutions impliquées disposent actuellement d'une liste d'interprètes susceptibles d'être sollicités sur appel. Il s'agit toutefois dans la majorité des cas d'employés oeuvrant dans d'autres domaines et qui en raison du surcroît de travail occasionné par ce rôle d'interprète sont doublement mis à contribution. La liste d'interprètes d'*Appartenances* présente au contraire des interprètes formés. Ils ont été avant tout employés jusqu'à présent dans le cadre d'*Appartenances*, mais pourront dorénavant de plus en plus être sollicités de l'extérieur également, comme cela avait été prévu initialement.

Un des objectifs prioritaires de l'étude du Fonds National 'Migrants et réseaux de soins: pour une adaptation interculturelle' réside dans l'*amélioration du réseau de prise en charge des patients d'origine étrangère* grâce au développement de la collaboration entre les institutions médicales et psychiatriques lausannoises susmentionnées. L'élargissement de ce réseau suppose d'une part que soient prises en compte les expériences et les connaissances des migrants¹⁶ et d'autre part, que les spécialistes de la biomédecine et de la psychiatrie prennent conscience des potentialités du réseau et de la communication interculturelle. L'étude examine plus particulièrement la question de l'influence de la médiation culturelle sur la qualité des prises en charge. Elle s'intéresse par ailleurs au cadre de références de la communication interculturelle et élabore des propositions d'amélioration. Les résultats et les expériences du projet devront être expérimentés également par les praticiens dans le cadre d'autres cours traitant de la médiation culturelle.

Des *résultats intermédiaires* de l'étude ont été mis à notre disposition pour la rédaction du présent rapport. En voici un résumé.¹⁷

Sur les 800 questionnaires remplis par les institutions concernées par le projet, 691 ont pu être pris en compte pour le dépouillement. La sélection des patients reposait sur les critères suivants: avoir séjourné en Suisse pendant moins de cinq ans, être de nationalité étrangère (pas de double nationalité) et être âgé de plus de 16 ans. Dans 51% des cas, les consultations se sont déroulées sans interprète, dans 37% des cas, la consultation a eu lieu

¹⁴ La situation décrite comme insatisfaisante est probablement représentative pour l'ensemble de la Suisse.

¹⁵ *Appartenances* forme des médiateurs culturels dans le cadre d'un projet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (voir également à ce sujet chapitre 5).

¹⁶ Ce projet prend en compte exclusivement des migrants qui habitent en Suisse depuis moins de cinq ans.

¹⁷ Ces résultats correspondent à des informations intermédiaires sur le déroulement de l'étude à l'intention des institutions concernées, données par le chef du projet, Ilario Rossi, lors d'une séance d'information (Juin 1997).

avec la collaboration d'un interprète.¹⁸ Pour environ 9% des entretiens sans traduction, la présence d'un interprète aurait été souhaitée mais ce souhait n'a pu être réalisé.¹⁹ Pour les cas restants (4%), les indications manquent. Il est intéressant de constater que le souhait d'une traduction a été exprimé plus souvent par les patients eux-mêmes (57%) que par l'institution (40%). Dans 56% des cas, les interprètes ont été recrutés dans l'entourage des patients. Dans 40% seulement, les interprètes ont été mis à disposition par l'institution (collaborateurs ou interprètes spécialement sollicités). La majorité des interprètes concernés pour les 257 traductions traitées dans l'enquête n'ont pas été rémunérés pour leur travail (53%). Dans 36% des cas, les traductions ont été rémunérées par les institutions concernées.

L'enquête menée à Lausanne révèle donc elle-aussi que les services d'interprétariat au sein du système des soins sont insuffisants et que la question de la rémunération du travail d'interprète est réglée de manière plus qu'insatisfaisante.

Nous présentons ci-dessous les résultats d'études traitant partiellement seulement du thème de l'interprétariat au sein du système de santé:

- Le programme de recherche 'Migration et santé' de l'*Institut suisse des maladies tropicales à Bâle* élabore lui aussi un *projet partiel du projet no 39 du FNRS 'Migrations et relations interculturelles'*. Sous le titre 'Gesundheitsstrategien von Asylsuchenden und Flüchtlingen und die allgemeinmedizinische Versorgung in der Schweiz' il mène un projet en collaboration avec l'*Institut d'ethnologie de Berne*. Ce projet aborde également des questions relatives à l'interprétariat.

Le projet d'ensemble comprend plusieurs études partielles. Une première étude a effectué un sondage à grande échelle auprès des médecins de famille sur l'état de santé des patients étrangers (Blöchliger et al. 1994). Une deuxième étude a examiné l'interaction entre le médecin et le patient dans la prise en charge par le médecin de famille de requérants d'asile et de réfugiés'. Elle comprenait de plus le point de vue des patients (cf. Salis Gross et al. 1997a).²⁰ La deuxième étude de Salis Gross et al. (1997) examine des faisceaux de thèmes qui s'étaient révélés problématiques dans la première étude (Blöchliger et al. 1994), notamment les problèmes de communication et la compréhension des problèmes

¹⁸ Dans les 257 consultations avec interprète les langues suivantes ont été traduites: bosniaque (65 resp. 25%), serbe (45 resp. 18%) et albanaise (42 resp. 16%). D'autres entretiens avec traduction ont été menés en tamoul (24), portugais (12), kurde (8), turc (8) occasionnellement dans d'autres langues (44).

¹⁹ Ces 59 situations de traitement pour lesquelles la présence d'un interprète a été souhaitée mais n'a pas été possible, représentaient des consultations avec des patients venant surtout de l'Ex-Jugoslavie (19) et de Bosnie (17), suivis par la Somalie (6).

²⁰ Voir également à ce sujet Salis Gross et al. 1997b.

psychosociaux des réquérants d'asile et des réfugiés. A cet effet, on a procédé à une microanalyse de l'interaction médecin-patient au moyen d'analyses de vidéos de la pratique sur le terrain de divers médecins généralistes (cf. Moser 1996; 1997). Des analyses de cas dans une 'double perspective' ont de plus été effectuées (cf. Zuppinger 1998). Et, pour finir, d'autres médecins de famille ont été interrogés dans le cadre d'une enquête qualitative approfondie, complémentaire à la première étude²¹.

Voici le résumé des *constatations relatives à l'interprétariat* que les études partielles ont permis de dégager: La première étude (Blöchliger et al. 1994) a déjà démontre que

"das Übersetzerproblem in der hausärztlichen Praxis einer Verbesserung bedarf, und dass vor allem Frauen, Personen mit schlechter Berufsausbildung und solche, die erst seit kurzer Zeit in der Schweiz sind, mit Übersetzungsdielen unterstütz und durch Sprachunterricht gefördert werden müssen" (ibid:37f.).

L'enquête menée auprès des médecins généraliste avait révélé que malgré la pluralité des langues et la fréquence des problèmes de communication qui en découlent, 44% d'entre eux renonçaient à faire appel à un interprète. Les médecins considéraient souvent une traduction comme inutile. Les auteurs déduisent de cette affirmation qu'apparemment les consultations sont subdivisées en deux catégories: celles qui s'appuient sur un échange en profondeur et celles qui peuvent se dérouler sans une importante communication verbale (ibid:37). Quant à l'intervention de membres de la famille ou de connaissances comme interprètes et aux effets de consultations avec des patients de langue étrangère conduites sans traduction, on remarque prudemment: "Es liegt hier ein Gebiet vor, das weiterer Aufarbeitung bedarf, um die Implikationen der verschiedenen Übersetzer-Personenkreise in der Arzt-Patienten-Beziehung herauszuarbeiten und in praktische Massnahmen umzusetzen" (ibid: 38).

Dans la deuxième étude, les auteurs relèvent que les problèmes dus à la langue rendent la prise en compte des demandes des patients beaucoup plus difficile (cf. Salis Gross et al. 1997a:31). Les problèmes sont imputées d'une part au défaut de compétence linguistique des patients et d'autre part à la difficulté plus grande pour les médecins de décoder l'expression non-verbale. Pour résoudre ces problèmes, on propose la collaboration avec des interprètes, notamment dans les situations thérapeutiques difficiles (ibid:32). Les études relèvent toutefois que les médecins généralistes se passent la plupart du temps d'interprètes pour des raisons économiques. Ils font plutôt appel aux membres de la famille ou à d'autres interprètes non-professionnels, pratique généralement dénoncée comme une source de problèmes. Le recours aux mêmes interprètes, partenaires réguliers du cabinet, est proposé

²¹ Les résultats de cette étude seront publiés prochainement.

comme une solution plus satisfaisante.²² Dans l'éventail de propositions concrètes qui concernent la problématique de l'interprétariat, il convient de relever la formation continue à l'intention des médecins et des interprètes en vue d'améliorer leur collaboration ainsi qu'une coordination à l'échelle nationale pour clarifier les questions tarifaires relatives à l'emploi d'interprètes professionnels dans les cabinets médicaux.

Dans une *troisième étude* en rapport avec le projet de recherche de l'Institut des maladies tropicales, le thème de l'interprétariat est de nouveau abordé. Des cabinets médicaux, une polyclinique genevoise et un service des urgences à St. Gall, ont été examinés dans trois études parallèles au moyen d'un questionnaire et de discussions de groupe avec des médecins (Blöchliger et al. 1997). Les résultats peuvent être résumés comme suit: la majorité des médecins estiment que les problèmes de communication sont avant tout de nature linguistique. Environ 40% des médecins de famille, 33% des médecins du service des urgences et 9% des médecins de la clinique sont d'avis que le recours à des interprètes n'est pas indispensable. Dans les cas relevant de diagnostics psychiatriques, on fait plus souvent appel à des interprètes qu'en présence de troubles somatiques (72% contre 55%). Les auteurs tirent de ces chiffres deux hypothèses distinctes à vérifier: on peut d'une part conclure que le recours à des interprètes est plus fréquent en présence de problèmes complexes. On peut déduire d'autre part que la sollicitation d'un interprète augmente la probabilité que le diagnostic soit orienté vers une lecture psychiatrique. Les auteurs n'apportent pas de réponse définitive à ces questions. Ils considèrent toutefois comme un risque que la décision de solliciter ou non les services d'un interprète soit laissé à la seule appréciation du médecin (*ibid*:808). Cette étude révèle de plus que les médecins interrogés estiment le recours à un interprète non-professionnel (membre de la famille ou connaissance du patient) comme pertinent pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un enfant (*ibid*: 804). Les auteurs déplorent que la valeur de la contribution d'interprètes professionnels soit généralement sous-estimée. Les médecins ont tendance à penser qu'en présence de troubles somatiques légers le recours à des interprètes qualifiés se justifie moins que dans le cas de troubles complexes essentiellement de nature psychosociale ou psychosomatique. La collaboration d'un interprète formé serait alors considérée comme souhaitable (*ebd*: 803f.). Les auteurs concluent en recommandant en priorité le recours plus systématique à l'interprétariat professionnel. Ils préavisent également en faveur d'une plus grande prise en compte du point de vue du patient dans le champ médical. On éviterait ainsi de qualifier de manière parfois simpliste les facteurs de complication de "particularités culturelles" (*ebd*:808).

22 Le médecin généraliste P. Flubacher à Bâle pratique de la sorte (cf. Flubacher 1995).

3 Cadre légal et contexte politique

3.1 Cadre légal

L’absence de réglementations légales rend encore plus difficile la mise à disposition, au sein du système de soins, de services d’interprétariat adéquats à l’intention des personnes de langue étrangère. La possibilité de s’exprimer dans sa langue maternelle est certes considérée comme judicieuse, mais malgré tout comme un luxe dans les relations avec les services de santé. *Un accès équivalent aux prestations du système de santé, également pour les étrangers* – comme le postulent les programmes de l’OMS et, en Suisse, l’Office fédéral de la santé publique – n’est cependant guère possible sans l’appui d’interprètes. Il convient toutefois de relever que la Suisse est comme la plupart des autres pays confrontée au problème de l’absence de bases légales en matière d’interprétariat dans le contexte médical.

Nous souhaitons, par les explications qui suivent, mettre en évidence les questions juridiques qui demandent à être clarifiées par des juristes compétents. Il s’agit donc seulement d’évoquer quelques pistes en vue de recherches ultérieures. Ce chapitre ne saurait traiter ce thème de manière exhaustive, ni d’ailleurs correcte à tous égards, au plan juridique.²³

3.1.1 Le droit des accusés à un interprète

La *Convention européenne de sauvegarde des droits de l’homme et des libertés fondamentales (CEDH)*, ratifiée par la Suisse en 1974, fixe le droit pour tout accusé: a) d’être immédiatement informé, avec précision et dans une langue qu’il comprend, de la nature et des motifs des accusations portées contre lui; (...) e) de demander à être assisté gratuitement d’un interprète, lorsqu’il ne comprend pas la langue des délibérations du tribunal ou qu’il n’est pas en mesure de s’exprimer dans cette langue.²⁴

En *Suisse*, le droit à une traduction gratuite devant un tribunal est réglé dans l’article 4 de la *Constitution fédérale* (droit à une défense effective, égalité des armes et interprète). La *Loi fédérale sur la procédure administrative* réglemente elle aussi l’intervention d’un interprète. La *loi sur l’asile* prévoit, dans le même sens, l’assistance d’un interprète lors des auditions de

²³ Ainsi , par exemple, des indications sur la protection de l’individu face aux *interventions* de l’Etat (p.ex. les droits des accusés) sont citées sans distinction à côté de renseignements relatifs à la garantie de l’accès aux *prestations publiques* (P.ex. droit social).

²⁴ Art. 6 chiffre 3 let. d et let. e: droit d’être entendu devant un tribunal – Droits de l’accusé

réquérants d'asile. Dans les faits, la rémunération de l'interprète incombe toutefois très souvent aux étrangers eux-mêmes.

3.1.2 Le droit au concours d'un interprète pour les usagers des prestations publiques

L'accès au système judiciaire dans la langue maternelle est donc relativement bien réglementé. Le droit à l'assistance d'un interprète pour les usagers allophones dans le cadre des *prestations publiques* fait en revanche défaut dans presque tous les pays. La *Suède* se distingue des autres Etats à cet égard. Sa législation prévoit, depuis 1978, l'obligation pour tous les *services publics* de mettre à disposition des étrangers un service d'interprétariat adéquat: "Lorsqu'une administration a affaire à une personne qui ne maîtrise pas le suédois, (...) elle devrait si nécessaire avoir recours à un interprète"²⁵ (cité d'après Dhawan 1995:180). Le droit aux services d'un d'interprète s'étend à tous les domaines officiels et comprend implicitement également le système sanitaire. La Suède s'est appuyé sur cette base légale pour développer dans les années 70 un large éventail de services d'interprétariat facilement accessibles, y compris dans le contexte médical (Niska 1990:95).

Même les pays qui ne reconnaissent pas explicitement le droit à l'interprétariat offrent parfois de bons services de traduction créés sur les bases légales existantes. C'est le cas, par exemple, de la *Grande-Bretagne* dont la politique antidiscriminatoire repose sur les principes de base du 'Race Relations Act' de 1976. Celui-ci oblige les autorités locales à permettre à tous un accès égal aux prestations publiques. Le large éventail de services d'interprétariat à disposition en Grande Bretagne s'appuie sur cette loi (voir à ce sujet le Scottish Community Interpreting Development Group 1990). Les pays nordiques, le *Danemark*, la *Suède*, la *Norvège* et la *Finlande*, ont signé en 1987 la '*Convention nordique sur les langues*' qui prévoit, pour les habitants des Etats signataires, la possibilité d'utiliser leur langue maternelle dans les contacts oraux et écrits avec les autorités de ces pays. La rémunération des interprètes incombe aux services publics.

En *Suisse*, le droit à l'assistance d'un interprète dans les contacts avec les services publics²⁶ pourrait éventuellement s'appuyer sur les *droits fondamentaux*. Le *Projet de la Commission de la révision constitutionnelle du conseil des Etats* comporte le nouvel *article* suivant:

25 Comme simple *recommandation* la réglementation ne revêt guère un caractère juridiquement contraignant.

26 Les problèmes spécifiques que rencontrent les personnes de langue étrangère dans leurs contacts avec les autorités ont également fait l'objet d'une étude empirique dans un travail de diplôme de la Haute Ecole spécialisée en service social de Berne. L'étude démontre que l'accès aux services publics est plus difficile pour les étrangers. Mais on ne reconnaît aux administrations et aux services sociaux qu'une conscience limitée de cette

"Tous les hommes sont égaux devant la loi. Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de sa langue, de sa situation sociale, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ou du fait d'une déficience corporelle ou mentale" (Art. 7 du projet²⁷).

3.1.3 Le droit à l'assistance d'un interprète au sein du système des soins

Le droit à un support dans la *communication avec les services publics en cas de maladie* est très peu ancré dans la loi. On ne peut pas non plus se référer au droit international dans ce domaine. Les *Etats-Unis* ont certes créé une base légale pour une politique antidiscriminatoire par le biais du 'Civil Rights Act' de 1964 qui inclut implicitement le droit au concours d'un interprète dans le contexte médical également²⁸:

"It is the position of the Office of Civil Rights that where the inability to speak and understand the English language excludes individuals from effective participation in programs and services offered, a recipient of funds from the Department of Health and Human Services must take steps to rectify the resulting problems in order to open their programs and services to these individuals" (cité d'après Hardt 1991:40).

Au niveau du droit international, il y a lieu de citer l'*OMS* dont les recommandations ne sont toutefois guère contraignantes d'un point de vue juridique²⁹. Celui-ci a en effet complété et précisé sa définition de la santé³⁰ dans la *Charte d'Ottawa* en 1986. La politique de '*La santé pour tous en l'an 2000*' adopte comme l'un de ses objectifs prioritaires l'égalité des chances, ce qui signifie aussi l'égalité d'accès aux prestations du système de santé. Il est aussi expressément prévu de diminuer les écarts sur le plan de la santé au sein de la population, écarts qui se produisent entre les différents pays et, à l'intérieur de ceux-ci, entre les différents groupes de population (cf. Zeltner 1994:22). L'*OMS* s'efforce de plus, depuis des années, d'ancrer dans la législation internationale le 'droit d'être compris' comme un droit du patient et de ses proches.³¹ En 1994, l'*OMS région Europe* a décidé de poursuivre, comme objectif particulier, l'amélioration de la santé des migrants.³² Dans ce contexte, on a explicitement retenu l'objectif de "l'amélioration de l'accès aux soins" (Steiner-König 1997:798).

problématique (cf. Dussaussois 1998). Un autre travail de diplôme défendu dans le secteur du travail social étudie la situation de l'interprétariat dans le cadre d'un service d'aide aux réfugiés (cf. Plüss-Trân 1995).

27 Il est vrai que cet article a été rejeté par le Conseil des Etats en janvier 1998.

28 La politique antidiscriminatoire des Etats-Unis est très similaire à celle de la Grande-Bretagne.

29 Le non-respect des recommandations de l'*OMS* peut toutefois être interprété dans le sens d'une violation du droit international.

30 L'*OMS* définit la santé comme le bien-être général englobant la santé physique, sociale et psychique de l'être humain.

31 Cf. OMS 1993:3.

32 Les migrants représentent un groupe de population dont il est prouvé que la santé est plus mauvaise que celle de la moyenne de la population autochtone. De plus, leur accès aux prestations du système de santé est généralement plus difficile (cf. Bollini & Siem 1995b).

réquerants d'asile. Dans les faits, la rémunération de l'interprète incombe toutefois très souvent aux étrangers eux-mêmes.

3.1.2 Le droit au concours d'un interprète pour les usagers des prestations publiques

L'accès au système judiciaire dans la langue maternelle est donc relativement bien réglementé. Le droit à l'assistance d'un interprète pour les usagers allophones dans le cadre des *prestations publiques* fait en revanche défaut dans presque tous les pays. La Suède se distingue des autres Etats à cet égard. Sa législation prévoit, depuis 1978, l'obligation pour tous les *services publics* de mettre à disposition des étrangers un service d'interprétariat adéquat: "Lorsqu'une administration a affaire à une personne qui ne maîtrise pas le suédois, (...) elle devrait si nécessaire avoir recours à un interprète"²⁵ (cité d'après Dhawan 1995:180). Le droit aux services d'un d'interprète s'étend à tous les domaines officiels et comprend implicitement également le système sanitaire. La Suède s'est appuyé sur cette base légale pour développer dans les années 70 un large éventail de services d'interprétariat facilement accessibles, y compris dans le contexte médical (Niska 1990:95).

Même les pays qui ne reconnaissent pas explicitement le droit à l'interprétariat offrent parfois de bons services de traduction créés sur les bases légales existantes. C'est le cas, par exemple, de la Grande-Bretagne dont la politique antidiscriminatoire repose sur les principes de base du 'Race Relations Act' de 1976. Celui-ci oblige les autorités locales à permettre à tous un accès égal aux prestations publiques. Le large éventail de services d'interprétariat à disposition en Grande Bretagne s'appuie sur cette loi (voir à ce sujet le Scottish Community Interpreting Development Group 1990). Les pays nordiques, le *Danemark, la Suède, la Norvège et la Finlande*, ont signé en 1987 la '*Convention nordique sur les langues*' qui prévoit, pour les habitants des Etats signataires, la possibilité d'utiliser leur langue maternelle dans les contacts oraux et écrits avec les autorités de ces pays. La rémunération des interprètes incombe aux services publics.

En Suisse, le droit à l'assistance d'un interprète dans les contacts avec les services publics²⁶ pourrait éventuellement s'appuyer sur les *droits fondamentaux*. Le *Projet de la Commission de la révision constitutionnelle du conseil des Etats* comporte le nouvel *article* suivant:

25 Comme simple *recommandation* la réglementation ne revêt guère un caractère juridiquement contraignant.

26 Les problèmes spécifiques que rencontrent les personnes de langue étrangère dans leurs contacts avec les autorités ont également fait l'objet d'une étude empirique dans un travail de diplôme de la Haute Ecole spécialisée en service social de Berne. L'étude démontre que l'accès aux services publics est plus difficile pour les étrangers. Mais on ne reconnaît aux administrations et aux services sociaux qu'une conscience limitée de cette

Les bases légales en faveur d'une réglementation du droit des personnes de langue étrangère à l'assistance d'un interprète dans les rapports avec le système des soins sont très vagues en Suisse.³³ Nous mentionnons ci-après les dispositions légales sur lesquelles pourrait se fonder ce droit. Certaines recommandations émises par la Suisse ainsi qu'un certain nombre d'obligations ancrées dans la loi seraient également susceptibles de détenir lieu de base légale au droit à l'égalité d'accès aux prestations du système de santé. Il s'agit de tirer le meilleur parti possible de ces bases pour renforcer le droit de communiquer dans sa langue maternelle ou pour négocier avec les caisses-maladie. Cela nécessiterait toutefois certaines clarifications au plan juridique.

La nouvelle *loi sur l'assurance-maladie (LAMal)*, en vigueur depuis 1996, n'établit pas explicitement le droit à l'égalité d'accès aux soins. Il n'y est nulle part fait mention de l'importance de la maîtrise de la langue lors des traitements. La nouveauté réside dans l'obligation pour toute personne domiciliée en Suisse de s'assurer pour les soins en cas de maladie.³⁴ Il y a lieu d'examiner de plus près dans quelle mesure cette assurance-maladie obligatoire suppose l'égalité d'accès aux prestations du système de santé. Parallèlement aux efforts visant à organiser des services d'interprétariat adéquats, il faut se préoccuper de les fonder légalement sur la LAMal et de les inclure dans le cahier des charges des assurances-maladies.

Les *lois cantonales d'assistance sociale* établissent le droit à l'égalité d'accès aux prestations médicales pour les Suisses et les étrangers, pour autant que ces derniers soient en possession d'un permis A, B ou C.³⁵ Les requérants d'asile et les détenteurs d'un permis provisoire sont soumis à des dispositions fédérales particulières en matière de prestations sociales et de soins médicaux de base. La Confédération, les cantons, les communes et les œuvres d'entraide reconnues contribuent à la réalisation des mesures d'assistance en faveur des réfugiés. La Confédération délègue en règle générale le soin de fournir les prestations d'assistance à des œuvres d'entraide reconnues auxquelles elle peut, en contrepartie, verser des subventions pour les frais de prise en charge. (Art. 34, alinéa 1 let. Loi sur l'asile).³⁶ La Confédération rembourse les frais de prise en charge des œuvres d'entraide conformément à l'article 54, alinéa 1 ordonnance sur l'asile 1. Outre les frais, calculés selon un forfait, par réfugié reconnu,

³³ La question est d'autant plus difficile qu'elle relève d'une double logique: celle du droit privé et celle du droit public (Les traitements dans les cabinets privés relèvent du droit privé, la garantie du système de soins est une tâche de l'Etat réglée par le droit public).

³⁴ Les lois cantonales d'assistance sont ainsi reléguées à l'arrière-plan pour ce qui concerne les prestations de soins à l'intention des migrants .

³⁵ Les permis de séjour B et C comprennent les personnes ayant élu domicile, celles qui séjournent à l'année ainsi que les saisonniers et les réfugiés reconnus.

³⁶ A l'avenir, l'assistance sera déléguée aux cantons.

sont également remboursées certaines notes de frais administratifs versées aux services dont dépendent les œuvres d'entr'aide. Les frais d'*assurance-maladie obligatoire* et de soins médicaux de base sont en principe pris en charge par la Confédération, respectivement remboursés aux cantons par la Confédération.

Les *droits du patient* sont réglés par des dispositions cantonales. Le *devoir d'information du médecin* comprend l'obligation d'informer à l'avance les patients sur les actes médicaux dans un langage clair et compréhensible pour ceux-ci. Pour le canton de Berne³⁷, le devoir d'information est par exemple défini comme suit:

"Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben die Patientinnen und Patienten über vorgesehene und geplante Untersuchungen, Eingriffe, Behandlungen und Behandlungsmöglichkeiten, die damit verbundenen Vor- und Nachteile sowie Risiken und über den Inhalt der Austrittszeugnisse in geeigneter, verständlicher und der Situation angepasster Form (ce sont les auteures qui soulignent) aufzuklären. Den Patientinnen und Patienten ist über den Gesundheitszustand und dessen voraussichtlichen Entwicklung Auskunft zu geben. Auf Anfrage müssen den Patientinnen und Patienten die Differentialdiagnosen bekanntgegeben werden" (Gesundheitsgesetz Loi sur la santé publique?, Art.10, Abs. 1).

Le personnel médical est lui aussi tenu d'informer le patient: "Das Pflegepersonal hat die Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise über die Grund- und Behandlungspflege zu informieren" (Art. 10, Abs. 3). Le patient doit donner son *consentement* à tout traitement médical: "Medizinische Eingriffe, Untersuchungen und Behandlungen dürfen nicht erfolgen, wenn die informierten Patientinnen und Patienten sie ablehnen" (Art. 14, Abs. 1). Au sujet du *droit d'accès au dossier*, cette loi précise que:

"Patientinnen und Patienten haben nach mündlicher Aufklärung Anspruch auf vollständige und verständliche Auskunft über alle Daten, die ermittelt oder erzeugt werden. Auf Verlangen sind die Unterlagen zur Einsicht vorzulegen und zu erläutern" (Art. 11, Abs. 1).

Ces droits et obligations sont fréquemment violés lors du traitement de personnes ne maîtrisant pas la langue du pays et non assistés d'un interprète. Les ressources de cette base légale devraient être rigoureusement évaluées par des experts en matière juridique.

Le code de déontologie de la *Fédération des médecins suisses (FMH)* de 1997 précise lui aussi:

"Le médecin fournit au patient une information compréhensible sur les investigations diagnostiques et les mesures thérapeutiques envisagées, les résultats d'examens, le pronostic et les risques, ainsi que sur les autres possibilités de traitement. Il évalue soigneusement la manière dont il mènera l'entretien avec le patient et les informations que celui-ci est en mesure de supporter." (Art.10) (FMH 1997:9).

Le patient doit donner par ailleurs son consentement à tout traitement médical: "Tout traitement médical est entrepris dans le respect de la dignité humaine, en tenant compte de la personnalité du patient, de sa volonté (ce sont les auteures qui soulignent) et de ses droits" (Art. 4) (ibid:8).

³⁷ Cf. canton de Berne 1989.

En présence de graves difficultés de communication lors du traitement de personnes allophones, cela n'est certainement souvent pas le cas.

L'*Académie suisse des sciences médicales (ASSM)* qui définit des principes éthiques pour les actes médicaux, relève à plusieurs endroits dans ses directives l'obligation du médecin de renseigner le patient dans un langage clair et compréhensible et de s'assurer de son consentement à tout acte médical. Relevons toutefois que le problème particulier de la maîtrise de la langue par le patient est évoqué explicitement nulle part. L'*ASSM* a par ailleurs abordé le thème 'migration et santé' en 1994 lors d'un colloque qui donnait un aperçu de l'état des recherches en Suisse (cf. Académie suisse des sciences médicales ASSM 1994). La problématique des échanges entre personnes de langue étrangère et professionnels de la santé n'a cependant pas été mise en évidence. Cette institution particulièrement compétente pour réglementer l'accès des personnes de langue étrangère aux prestations médicales. A ce jour, elle ne s'est toutefois pas encore exprimée à ce sujet.

Les objectifs formulées en 1994 par l'*Office fédéral de la santé publique (OFSP)* sont plus ambitieux. Conformément à la stratégie préconisée par l'*OMS*, (La santé pour tous en l'an 2000), ils visent notamment à améliorer la prévention et l'accès aux soins pour les migrants. Il s'agit, à court terme, "zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen und Migranten «Übersetzungshilfen» anzubieten, die nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Barrieren überwinden helfen" (Zeltner 1994:23).

La Commission d'experts du Conseil fédéral propose dans son projet d'un '*Nouveau concept de la politique migratoire*' comme mesure d'intégration, une plus grande participation des étrangers. A propos de l'égalité d'accès des étrangers aux prestations médicales, la Commission se limite toutefois à l'accès aux mesures de prévention (cf. Expertenkommission Migration 1997a:43). Elle n'inclut donc pas l'amélioration des traitements de migrants malades dans le cadre des réflexions relatives à la politique d'intégration. Les recommandations se veulent restrictives: "Bestehende Barrieren für Ausländerinnen und Ausländer beim Zugang zum öffentlichen Dienst sollen abgebaut werden, sofern nicht staatspolitische Interessen entgegenstehen" (Expertenkommission Migration 1997b:6).

Les efforts déployés jusqu'ici en faveur du droit à communiquer dans la langue maternelle n'ont guère été couronnés de succès. D'où la difficulté d'assurer le financement des services d'interprétariat. La question de la prise en charge financière - et, le cas échéant, de l'ampleur de cette prise en charge - des prestations fournies par l'interprète, de la mise sur pied de services régionaux d'interprétariat et de la formation des interprètes, par la *Confédération*, par les *cantons* et/ou par les *caisses-maladie*, reste à traiter.

Une proposition émanant des milieux médicaux va dans le sens d'une prise en charge des prestations d'interprétariat en faveur des patients allophones par les caisses-maladie. La *Fédération des médecins suisses (FMH)* propose à cet égard l'ouverture de négociations contractuelles avec la CNA et avec le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS). Dans le cadre de la 'révision globale du tarif médical' qui vise à mettre au point, pour les prestations médicales, en Suisse une structure tarifaire unique, Steiner-König estime qu'il faudrait également envisager la possibilité que les prestations fournies par les interprètes soient prises en charge par les assurances sociales (cf. Steiner-König 1997:797). Une étude comparative s'impose sur les incidences financières des efforts d'interprétariat dans le domaine médical et leurs effets à long terme sur les résultats thérapeutiques.

3.2 Politique migratoire et politique d'intégration en Suisse

La thématique de l'interprétariat dans le domaine médico-social doit également être considérée sous l'angle de la politique migratoire et la politique d'intégration. Les concepts déterminants en matière de politique migratoire en Suisse sont le reflet ó comme du reste dans d'autres pays - d'évolutions géopolitiques et économiques. Ils ne sont que subsidiairement le reflet d'orientations socio-politiques générales. Depuis le début des années 90, la Suisse manque surtout de main-d'œuvre moyennement et hautement qualifiée. La pénurie de main-d'œuvre peu qualifiée a en revanche considérablement diminué. Cette catégorie de travailleurs est par conséquent fortement touchée par le chômage. La base légale de la nouvelle politique d'immigration est définie par la loi sur l'asile, actuellement en cours de révision totale³⁸, et par la future loi sur les étrangers destinée à remplacer la loi en vigueur jusqu'ici.³⁹ Un groupe d'experts du Conseil fédéral a récemment présenté des propositions à ce sujet. Il s'agira à l'avenir d'attacher une importance accrue à l'intégration de la population étrangère. La nouvelle politique ne devra pas se contenter de subordonner l'admission des étrangers aux besoins de l'économie mais devra également vouer une attention particulière à la 'capacité d'insertion' professionnelle à long terme des migrants. Les propositions en faveur de l'intégration des migrants vivant déjà en Suisse sont fortement empreintes de la volonté de réduire les coûts de toutes les prestations publiques, y compris de la sécurité sociale. Toutefois, ces propositions

38 Il s'agit surtout de clarifier à ce propos le statut des personnes à protéger, notamment celui des réfugiés de la guerre et de la violence admis provisoirement.

39 Parmi les modifications les plus importantes de la nouvelle loi figure l'abandon du principe des «trois cercles» du point de vue de la politique d'immigration. Il sera remplacé par un modèle ne distinguant plus que les ressortissants de l'Union européenne de tous les autres immigrés. L'image des cercles, qualifiée de raciste, ne sera plus utilisée. Les ressortissants d'Etats non membres de l'Union européenne seront sélectionnés désormais sur la base non plus de la nationalité mais de la qualification individuelle. Pour juger de la qualification individuelle des requérants, l'introduction d'un système de points a été proposée (cf. Wimmer 1997).

reflètent également, et de manière significative, le souci de prévenir les conflits sociaux potentiels qu'une insertion professionnelle et sociale insuffisante des étrangers pourrait générer. Les propositions en faveur de l'intégration des populations étrangères obéissent dans l'ensemble moins à des considérations basées sur les droits de l'homme qu'à des priorités économiques et à des orientations de la politique migratoire. Dans quelle mesure l'assistance d'interprètes dans certaines situations de communication avec les étrangers peut-elle être considérée comme une mesure d'intégration judicieuse? Cette question mériterait d'être étudiée sous divers angles en prenant en compte également l'évolution actuelle de la politique sociale et sanitaire en Suisse.

Mais jetons tout d'abord un coup d'œil en arrière:

La Loi sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE), encore en vigueur à l'heure actuelle, remonte à 1931. Cette loi devait faciliter la maîtrise de l'immigration dans l'intérêt du pays. Elle remplaçait les dispositions jusqu'alors libérales en matière d'immigration par des dispositions plus restrictives rendant notamment plus difficile l'établissement des étrangers en Suisse.⁴⁰ L'économie suisse a prospéré pendant les deux décennies de l'après-guerre. Le recrutement de la main-d'œuvre étrangère s'est opéré en fonction des critères du marché de l'emploi. Les permis de séjour et de travail ont été définis conformément à la LSEE (statut de saisonnier, permis annuel et statut de frontalier); leur remplacement suscite des difficultés considérables dans les négociations bilatérales avec l'UE (Haug 1995:10). Ce concept dicté par la politique conjoncturelle a conduit à l'immigration en Suisse d'un nombre croissant de jeunes ouvriers étrangers dont le séjour devait être limité. Cela explique que le thème de l'intégration n'était pas prioritaire à l'époque. On attendait au contraire des ouvriers étrangers une adaptation unilatérale; il était question d'assimilation nécessaire. Dans les années 70, la crise économique mondiale entraîna, en Suisse également, un arrêt de l'embauche de main-d'œuvre étrangère dans le but de stabiliser les «effectifs d'étrangers». On autorisa simultanément le regroupement familial tout en libéralisant les conditions d'établissement, ce qui entraîna une modification démographique de la population étrangère: de plus en plus de femmes, de jeunes et d'enfants étrangers arrivèrent en Suisse. La loi sur l'asile de 1979 dota la Suisse d'un deuxième outil pour la maîtrise de la migration. Cette loi sur l'asile entraîna également une évolution de la population migrante en Suisse (cf. Wicker et al. 1996b). La part de la population étrangère se

⁴⁰ Il est intéressant de relever qu'au début du 20^e siècle la part de la population étrangère en Suisse a été parfois plus élevée qu'aujourd'hui. Cela n'a pas empêché la Suisse de mener à l'époque une politique de naturalisation très libérale (voir à ce propos Wicker et al. 1996b:9f.).

monte aujourd’hui à 19%, dont une majorité sont nés en Suisse (22%) ou y résident depuis plus de 10 ans (37%) (cf. Haug 1995:14).⁴¹

A l’heure actuelle, on assiste à une amplification du mouvement migratoire vers la Suisse en provenance des pays dits en voie de développement et d’Europe de l’Est.(op.cit.:26). Il en résulte une augmentation des problèmes liés à la langue. 43.3% de la population étrangère résidant en Suisse, soit quatre fois plus qu’en 1960, ne maîtrisent aucune des quatre langues nationales (op.cit.:34). Les langues slaves notamment, mais aussi le portugais, le turc, l’espagnol et l’albanais ont fortement progressé. La multiplication des permis d’établissement et la modification de la composition de la population étrangère ont mis les thèmes relevant de la politique d’intégration à l’ordre du jour. On parle aujourd’hui de politique migratoire et de politique d’intégration et non plus de politique des étrangers.

La commission d’experts constituée par l’Office fédéral des réfugiés (ODR) pronostique une augmentation de la "pression migratoire" (Commission d’experts 1997b:2). Les effets, pour la Suisse, en matière d’immigration de la 'libre circulation des personnes' en ce qui concerne les ressortissants de pays de l’UE restent en revanche parfaitement imprévisibles. Les mesures proposées en matière de politique migratoire prennent en compte d’une part le processus (qui se poursuit) d’intégration européenne, et d’autre part la complexification "de la problématique d’insertion sociale" que l’on peut craindre au plan de la politique intérieure (op.cit.). Dans le cadre de notre thème, il y a tout spécialement lieu de relever les objectifs et les mesures visant à l’intégration des migrants. La commission d’experts souligne la nécessité de promouvoir les mesures d’intégration de la population étrangère résidant en Suisse et de prendre notamment en considération les aspects structurels, sociaux et culturels. On entend par intégration sociale et culturelle "un processus réciproque de rapprochement" entre Suisses et étrangers (op.cit.:6). La promotion de l’intégration suppose que la population étrangère puisse prendre part à la vie publique d’une manière équitable.

Dans le domaine de la santé, le concept se contente de promouvoir l’accès aux programmes de prévention de base du système sanitaire:

"Medizinische Präventionsprogramme sind Ausländern, vor allem Ausländerinnen leichter zugänglich zu machen. Vor allem sind Programme der öffentlichen Gesundheitskontrolle im Interesse der sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen, einheimischen und ausländischen, aufrechtzuerhalten oder zu verstärken" (op.cit.43).

41 La procédure de naturalisation en Suisse est compliquée et coûteuse. Une grande partie des étrangers nés et établis en Suisse continuent d’être empêchés de participer à la vie sociale et politique (Droits civils et droits civiques).

Il n'est pas fait mention explicitement en revanche d'une facilitation de l'accès, pour la population étrangère, aux *soins dans le domaine de la santé*. Nous regrettons cette omission qui nous prive d'une base sur laquelle appuyer notre revendication d'un service d'interprétariat dans le contexte médical. Les mesures d'intégration proposées prennent en revanche spécifiquement en compte la situation des femmes étrangères. Sous la rubrique 'Famille et questions sociales' figure la demande de programmes visant à favoriser l'acquisition de la langue et la formation professionnelle des femmes étrangères (commission d'experts Migration 1997c:7). Ils évoquent ainsi implicitement les problèmes de communication que les femmes rencontrent également dans leurs contacts avec le système des soins, difficultés qui peuvent les empêcher de se faire bien comprendre. Ces postulats pourront être pris en considération, le cas échéant, lors de la planification de services d'interprétariat.

4 Concepts théoriques

4.1 Remarques introducives sur la migration

Les réponses aux questions relatives à l'interprétariat au sein du système de santé doivent aussi s'appuyer sur des références théoriques. Les notions de migration, d'intégration et de culture, importantes dans le cadre de notre sujet, seront mises en rapport ci-après avec des concepts théoriques.

L'appréhension des mouvements migratoires s'est fondamentalement modifiée ces dernières années. Jusque dans les années 80, le phénomène de la migration était défini par les notions d'*'émigration* et d'*'immigration'* et conçu comme un processus linéaire, irréversible. On se réfère aujourd'hui à un système global, cohérent qui génère des mouvements migratoires qui agissent à leur tour sur lui. Les mouvements entre régions, pays ou continents sont de nature complexe et ne sont pas motivés simplement par les disparités salariales, ce que postulaient les recherches plus anciennes. Les objectifs des migrants se modifient en fonction des circonstances de leur vie (voir à ce sujet Castles 1993; Glick Schiller et al. 1995; Wicker et al. 1996a; Wicker et al. 1996b). Les études actuelles sur la migration se réfèrent au modèle de la '*transnationalité*' (cf. Glick Schiller et al. 1995) pour interpréter l'*enchevêtrement* et l'*interdépendance* de la communauté mondiale. En référence au concept de la transnationalité, la migration s'inscrit comme un modèle alternatif à l'*ordre des Etats nationaux*. Considérées sous l'*angle des ressources*, les images de gens déracinés, laissant tout derrière eux, cèdent alors la place à la vision d'*êtres humains insérés dans un réseau de relations multiples et permanentes par-dessus les frontières nationales*. La question des causes de la migration passe ainsi au second plan.

4.1.1 Migration et intégration

La notion de '*migration*' est utilisée à l'*échelle nationale conjointement avec celle d'*'intégration*'*. Les concepts auxquels elles se rapportent ont également évolué du point de vue de l'*approche historique*. Fait significatif à relever, les premières recherches sur l'*intégration* utilisaient le terme d'*'assimilation* (lat: rendre semblable). A leurs débuts, les recherches sur la migration ont été déterminées essentiellement par les travaux sociologiques de l'*école dite de Chicago* (1915 à 1945) (cf. Park & Burgess 1969 [1921]) dont les concepts définissaient l'*intégration* comme un processus progressif d'*'assimilation*, en quatre étapes, conduisant les minorités de l'*adaptation à l'insertion dans la société prédominante*. L'*expression "americanization as assimilation"* (citée par Wicker et al. 1996a:22) définit comme objectif de l'*intégration* la fusion de la minorité et de la société majoritaire selon un modèle communément

appelé le 'melting pot'. Le postulat de l'assimilation prôné par les sociologues de Chicago a été repris ici ou là par la recherche européenne sur la migration.

Dans les années 60, le terme d'assimilation a été supplanté par celui d'*ethnicité*: "Dem Gebot zur Assimilation in eine als gleichförmig vorgestellte Gesellschaft wurde nun das Recht auf Differenz in einer als pluralistisch gedachten Welt entgegengesetzt" (op.cit.:23). L'intégration est comprise ici comme un processus discursif déterminé par les interactions entre ce qui nous appartient et ce qui appartient à autrui dans la relation entre migrants et autochtones.

Le modèle du *multiculturalisme*, dominant dès les années 80, est construit sur le concept de l'*ethnicité*. L'homme y est considéré comme un être culturel qui doit certes s'intégrer dans des structures mais sans pour autant perdre son identité culturelle. Parmi les critiques suscitées par le modèle du multiculturalisme, on relève le risque d'un racisme positif et celui d'un renforcement des frontières culturelles (cf. Radtke 1992, 1996).

Le modèle déjà mentionné ci-dessus de la *transnationalité* qui soutient aussi le débat sur l'intégration, étudie le phénomène de l'intégration sous l'angle des références transnationales. Les migrants sont alors décrits comme des membres de communautés transnationales au sein de systèmes socio-culturels transnationaux (cf. à ce sujet Glick Schiller et al. 1995). L'intégration n'apparaît plus alors comme le processus vers un état déterminé par la société d'accueil mais bien plutôt comme un processus évolutif, complexe et pas du tout rectiligne.

4.1.2 La notion de culture

Toute recherche scientifique sur la migration se base sur un certain concept de 'culture'. Etablir ici la genèse théorique de ce concept mènerait trop loin. Nous nous contenterons de présenter ci-après la vision de la 'culture' qui nourrit notre compréhension du phénomène de la migration.

La culture peut être comprise comme partie intégrante de l'action et de la pensée humaines, comme le ressort donnant à l'homme sa capacité de

"zu interagieren, sich Meinungen zu bilden, Entscheide zu fassen, zornig zu werden, traurig zu sein, zu betrügen, Gutes zu tun, sich abzugrenzen und sich zu identifizieren. So gesehen ist Kultur kein homogenes Ganzes, welches sich erfassen und beschreiben liesse, sondern Teil des menschlichen Seins, das Frau und Mann prädestiniert, sowohl subjektive, damit einzigartige Welten zu konstruieren, als auch sich als Teil von Kollektiven zu fühlen, beziehungsweise sich von einem Kollektiv zu lösen und sich einem anderen zu nähern" (Wicker 1996b:121).

Wicker (1996a) établit deux distinctions essentielles en vue de l'emploi du concept de culture. On a d'une part recours à la 'culture' pour *décrire l'«être humain»*. Les êtres humains sont des êtres modelés par la culture qui agissent eux-mêmes dans l'interaction avec d'autres êtres. En ce

sens la culture est l'appropriation, liée à un certain contexte, de savoirs et de contenus signifiants et peut être décrite comme "Befähigung zur Herstellung wechselseitiger symbolischer und sinnhafter Beziehungen und zu interaktiver Bedeutungsformulierung" (Wicker 1996a:385). Cet apprentissage culturel ne peut et ne doit toutefois être considéré qu'à l'intérieur du contexte social dont il est structurellement dépendant. Il y a d'autre part la conception de la 'culture' qui entend par là un *tout homogène, délimitable et cohérent*. Cette conception induit la tentation, selon les critiques émises par Wicker, de tracer des frontières entre les cultures en tant qu'entités supra-subjectives qui n'existent pas comme telles dans la réalité: "Kultur wird zum Produkt politischer Kollektive, welche Prozesse der Ein- und Ausgrenzung im Sinne der Konstitution von starken Wir-Gefühlen steuern" (ibid:376). Les lignes de démarcation significatives entre les groupes ne suivent pas des 'frontières naturelles' mais se créent dans des processus alternant apports propres et apports reçus des vis-à-vis, agissant en interaction(op.cit.:379) Ces processus s'inscrivent à leur tour dans une dynamique qui est déterminée davantage par des structures sociales et politiques que par la culture. La culture met certes à disposition les moyens d'agir dans l'interaction sociale; elle ne porte toutefois pas la responsabilité des résultats de tels processus. Expliquer la réussite ou l'échec de l'intégration en invoquant les seuls facteurs culturels sans prendre en considération le contexte social antérieur et actuel des migrants est inadmissible (op.cit.:385f.).

La notion de 'culture' est utilisée ci-après dans son acceptation d'*ensemble de références qui servent de décor à l'action et à la pensée humaines et d'instrument pour la construction intersubjective de sens*. Ce contexte culturel ne saurait toutefois être compris qu'en relation avec des conditions structurelles et socio-culturelles qui déterminent pour l'essentiel l'interaction sociale. Dans ce sens, un comportement 'spécifique à une culture' comprend également des possibilités d'interaction sociale différentes.

4.1.3 Migration et santé

La littérature sur le thème de 'migration et santé' est abondante et ne peut être qu'effleurée dans ce cadre. Les études menées en Suisse, significatives pour notre sujet, ont déjà été évoquées au chapitre deux du présent rapport.

La notion de santé définie par l'OMS en 1946 sert de référence à la recherche, essentiellement orientée vers la pratique, sur la migration et la santé. Celle-ci est définie comme le bien-être général comprenant la santé physique, sociale et psychique d'une personne. Cette définition a été complétée et précisée par l'OMS dans la charte d'Ottawa de 1986. L'objectif postule la 'santé pour tous en l'an 2000'. Pour réduire les écarts en matière de santé entre les divers pays et, à l'intérieur de ceux-ci, entre les divers groupes de population, on préconise en premier lieu une

meilleure utilisation des ressources individuelles et collectives. Il s'agit de promouvoir de manière ciblée des conditions de vie plus saines ainsi que la réalisation du potentiel de santé de l'ensemble de la population (cf. à ce sujet Badura 1993). La santé des migrants est moins bonne que celle des autochtones des pays respectifs de résidence.⁴² C'est pourquoi l'OMS région Europe a décidé en 1994 de considérer comme objectif prioritaire l'amélioration de l'état de santé des migrants (voir aussi OMS 1992). Celui-ci ne s'est toutefois guère améliorée depuis (voir à ce sujet Bollini & Siem 1995a; Bollini & Siem 1995b; Siem 1997).

En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis sur pied, depuis 1991, des programmes spécifiques de promotion de la santé en faveur des migrants.⁴³ L'OFSP préconise à cet effet la prévention et l'amélioration de l'accès aux soins. Comme mesure à court terme on demande de développer l'offre de services d'interprétariat pour les migrants et les professionnels de la santé et de contribuer ainsi à abaisser les barrières non seulement linguistiques mais également culturelles (cf. Zeltner 1994:23).

La migration comme telle ne rend pas malade. Les conditions de logement et de travail ainsi que des évènements vécus avant, pendant ou après la migration, peuvent agir comme facteurs pathogènes.

"The key factors that determine a migrant's well-being include: whether one adapts well to the changes brought on by migration, whether one is living in a safe and healthy environment, and whether one can live a productive, meaningful, and culturally integrated life" (Desjarlais et al. 1995:137).

La migration, de longue durée en particulier, et les expériences traumatisantes qui en sont le corollaire sont éprouvantes pour la santé (cf. Muecke 1992). Mais la migration peut également être l'occasion d'une nouvelle orientation favorisant le développement d'autres ressources économiques et sociales. L'expérience de la migration est surtout vécue comme éprouvante et désécurisante parce que souvent cette opportunité ne se réalise pas (cf. Salis Gross et al. 1997b:889).

Bollini et Siem posent comme hypothèse que la qualité moindre de la prise en charge sanitaire des migrants est due au fait que ceux-ci consultent moins (Bollini & Siem 1995b: 819). Les barrières économiques, administratives, linguistiques et culturelles pénalisent les migrants sur le plan de l'accès aux soins. C'est pourquoi Bollini et Siem (op.cit.) revendentiquent une politique de la santé qui inclue l'intégration et la participation à la vie politique des étrangers (voir aussi Bollini 1993). L'intégration sociale et politique des migrants est ainsi étroitement liée à l'amélioration des conditions structurelles dans le domaine de la santé.

⁴² Voir à ce sujet outre les auteurs cités, également Balarajan et al. 1984; Bilgin & Arat 1992; Black 1985; Bollini 1992; Bourdillon 1991; Chabrit 1990; IOM 1991; IOM 1993; Kliewer 1992; Uniken Venema et al. 1995; Wagner et al. 1985; Wursch et al. 1978.

⁴³ Voir à ce propos Burgi 1997.

Une étude de l’Institut suisse des maladies tropicales constate que la prise en charge des requérants d’asile et des réfugiés par un praticien généraliste est difficile essentiellement au niveau de la communication et des conditions sociales.⁴⁴ Diverses études démontrent que les migrants subissent dans leurs contacts avec le système de santé des vexations similaires à celles qu’ils rencontrent dans leur vie quotidienne. Leur exclusion sociale et structurelle se manifeste jusque dans leurs possibilités limitées d’interaction avec les professionnels de la santé. A l’inverse, la cohérence et la logique de vie des migrants sont difficilement compréhensibles pour les soignants. Toutefois, l’absence d’échange entre les deux parties qui en résulte est attribuée essentiellement à des problèmes de communication sur le plan de la langue et de la culture. Les conditions structurelles relevant de la politique sociale et des choix de société qui conditionnent dans une large mesure la rencontre entre soignants et migrants sont reléguées au second plan.⁴⁵

Nous partons du postulat que le regard que les patients posent sur leur maladie est essentiel pour la compréhension et le traitement de celle-ci. Il importe pour le succès du traitement que le médecin puisse saisir le point de vue du patient. Plus les systèmes de pensée et les discours des acteurs en situation thérapeutique divergent, plus sont difficiles les échanges sur les raisons, la compréhension du sens , sur les désirs et les objectifs, et plus est grand le risque que le médecin finisse par imposer son point de vue. Salis Gross et al. (1997a) ont constaté qu’ en raison notamment des différences socioculturelles et socioéconomiques entre médecin et migrant, la vision des choses de ce dernier est difficilement accessible et n’a guère de chance d’être prise en compte. C’est pourquoi on propose, en privilégiant une approche centrée sur le patient, de procéder à une 'anamnèse spécifiquement axée sur l’expérience de la migration'.⁴⁶ Ce concept doit permettre une vision holistique de l’histoire personnelle du patient étranger et remplir une condition importante pour un traitement adéquat. Une approche centrée sur le patient suppose que la récolte des données anamnésiques spécifiques liées à la migration s’étende – sans oublier la situation de vie actuelle – à l’histoire de l’intégration, de la migration et à l’origine du patient. Une telle anamnèse implique toutefois que médecin et patient puissent se comprendre, ce qui n’est souvent pas le cas. Du fait de leur maîtrise insuffisante de la langue régionale, les patients étrangers ont au contraire beaucoup plus de peine à faire valoir leurs demandes. Pour cette raison – notamment en présence de problèmes complexes – la collaboration avec des interprètes est considérée comme judicieuse et nécessaire. (Salis Gross et al. 1997a:26ff.).⁴⁷

44 Cf. Blöchliger et al. 1994; Brucks et al. 1987, également le chapitre 2 du présent rapport.

45 Cf. Brucks et al. 1987; Leyen 1991; Obrist van Eeuwijk 1992; Salis Gross et al. 1997a; Salis Gross et al. 1997b; Theilen 1985.

46 Voir aussi Salis Gross et al. 1997b:889.

47 Voir à ce sujet le chapitre 2 du présent rapport.

Parmi les conditions requises pour garantir aux migrants l'égalité d'accès aux soins, figure la nécessité d'inclure ceux-ci dans la planification et la réalisation de projets (de formation) relatifs à la santé (cf. Bollini & Siem 1995b; Obrist van Eeuwijk 1992). Pour assurer une bonne communication entre les professionnels de la santé et le patient migrant, il est nécessaire que celui-ci puisse s'exprimer dans sa langue maternelle. Les projets de formation à l'intention des interprètes devraient par ailleurs clairement prendre en compte la situation des migrants (cf. Downing 1992).

Il convient, pour conclure, d'attirer encore une fois l'attention sur la corrélation entre intégration et santé. Les concepts théoriques actuels sur l'intégration mettent l'accent sur les conditions structurelles et la participation à la vie publique. Ce point de vue s'est également imposé dans le domaine de la santé. Le modèle du multiculturalisme des années 80 qui avait conduit à la création d'institutions centrées sur l'appartenance ethnique n'est plus défendu dans les approches scientifiques modernes. On vise actuellement à une distribution équitable des ressources sociales et à l'égalité d'accès à celles-ci, par exemple aux prestations en matière de santé. L'amélioration des possibilités de participation des migrants à la vie de la communauté sur le plan civique, politique et social est aujourd'hui au centre du débat.

4.2 Communication et traduction

4.2.1 Communication et expérience

La communication s'inscrit comme une manière d'agir en société au moyen de symboles pour être mutuellement compris. Toute communication alimente la construction subjective de sens. Ce sens revêt pour l'individu une valeur essentielle dans son appréhension du monde social dans lequel il vit. Les messages symboliques sont sans cesse échangés entre les partenaires de l'interaction au cours du processus de communication et ne peuvent être compris que dans le contexte social et culturel dans lequel ils s'inscrivent. Le langage est le système de symboles le plus habituel et le plus différencié des hommes et a une fonction clé dans la vie quotidienne: il permet d'objectiver et de normaliser les expériences subjectives et rend ces expériences compréhensibles (aussi pour les autres). Ce vécu quotidien commun se reproduit et évolue sans cesse au travers du langage.⁴⁸

Les expériences de la maladie ('disease') et d'être malade ('illness') sont, elles aussi, appréhendées, exprimées et rendues accessibles à d'autres par le moyen du langage compris

⁴⁸ Cf. Berger & Luckmann 1994:36ff.

comme représentation de ces expériences. Entre le récit de la maladie et son expérience existe une interaction complexe que l'ethnomédecin américain Good décrit en ces termes:

"Disease occurs not only in the body (...) but in time, in place, in history, and in the context of lived experience and the social world. Its effect is on the body in the world! And for this reason (...) narratives are central to the understanding of the experience of illness, to placing pain (...) in relation to other events and experiences in life" (Good 1994:133).

Selon l'optique de Good, l'expérience vécue prend sens au cours d'un processus partant de la situation immédiate d'interaction avec un interlocuteur qui participe à l'élaboration du récit, respectivement de l'expérience. Ainsi donc le récit constitue toujours un produit social, il est un "produit d'interconnexions" (op.cit.:174). Métraux (1995) relève lui aussi l'aspect social du langage dans ce sens qu'il est un moyen de construction et de transformation de la réalité: le langage offre à l'individu une possibilité de se créer une nouvelle image de lui-même, de son corps, de son univers mental et du contexte social. Le langage traduit ainsi une donnée essentielle de l'existence, à savoir la capacité de 'se faire entendre', il est une démarche active (op.cit.:14). Ce n'est donc pas seulement le langage, le mot en tant que tel, qui constitue le centre d'intérêt pour l'expérience et la création de sens, mais bien plutôt le cadre social et culturel dans lequel la communication s'inscrit, lui-même résultante de plusieurs facteurs. À ce propos, la structure du récit, la réaction du destinataire, le discours macrosociologique ambiant, jouent un rôle important tout comme le langage lui-même et les facteurs personnels du locuteur. Parmi ces facteurs déterminants pour la communication figurent notamment le sexe, l'âge, le contexte socioéconomique, la maîtrise de la langue d'une personne (cf. Goffman 1994).

L'impossibilité de communiquer dans leur langue maternelle rend la construction de sens décrite ci-dessus et l'intégration de l'expérience de la maladie plus difficiles pour les personnes allophones.

4.2.2 Langue et culture

Une longue tradition de théories ethnolinguistiques s'est penchée sur le rapport entre langue et culture dans le but d'étudier l'usage de la langue et la relation entre la langue d'une part, la société et la culture d'autre part. La discussion sur le rapport entre la langue et la culture en ethnolinguistique se fonde sur la *thèse dite de Sapir-Whorf*⁴⁹ qui postule un double principe: celui du déterminisme linguistique et celui du relativisme linguistique. Le *déterminisme linguistique* pose comme principe que la structure de la langue parlée par un être humain détermine la nature de la pensée de celui-ci. Le *relativisme linguistique*, s'appuyant sur ce

⁴⁹ Cf. Whorf 1986 [1963].

principe, affirme que les différences entre les langues se reflètent dans la diversité des visions du monde (cf. Salzmann 1993:151ff.). Whorf définit le relativisme linguistique comme suit:

"The background linguistic system (in other words, the grammar) of each language is not merely a reproducing instrument for voicing ideas but rather is itself the shaper of ideas. _ We dissect nature along lines laid down by our native languages (...)" (Whorf, 1940a zit. in Salzmann, 1993:153).

Ou, pour reprendre la formulation de Sapir, "The worlds in which different societies live are distinctive worlds; not merely the same world with different labels attached" (Sapir, cité par Keesing 1979:86). Ce double principe - déterminisme de la langue et relativisme des langues - rend impossible, conséquence parmi d'autres, la compréhension mutuelle des personnes issues de régions linguistiques différentes.

La thèse de Sapir-Whorf est toutefois dépassée aujourd'hui et remplacée par l'hypothèse d'une relation non linéaire, complexe, entre langage et culture. Le langage est plutôt considéré à l'heure actuelle comme *partie du comportement humain et donc de la culture*. Les différences entre les langues ne sont plus considérées comme la conséquence des différents modes de pensée mais comme le résultat de la manière d'exprimer les mêmes pensées. A ce propos, même dans le contexte interculturel, l'intérêt se porte de plus en plus sur des questions relevant de la sociolinguistique, qui étudient le rapport entre langage et communication d'une part, et entre langage et contexte social d'autre part.⁵⁰ La vie des gens se déroule en grande partie dans des contextes microsociaux. A l'intérieur de ceux-ci agissent toutefois des champs sémantiques différents qui servent de toile de fond au déroulement de la réalité quotidienne de chaque individu. On passe aujourd'hui de plus en plus souvent, et toujours plus rapidement, d'un contexte social et culturel à un autre, d'où la nécessité croissante d'être à l'aise dans des contextes différents. Dans une perspective sociologique, Jäggi définit la notion de 'communication interculturelle' comme l'expression de l'interaction entre groupes sociaux différents dans laquelle se reflètent des rapports de pouvoir et de dépendance (Jäggi 1993:15ff.). La communication est en même temps toujours liée à un lieu et à des personnes concrètes. Le succès de la communication dépend de la capacité des protagonistes à se mouvoir de manière flexible dans des contextes différents. Dans les divers contextes, les gens sont confrontés à des codes culturels distincts que Jäggi (1996:428) définit comme "Geflecht zentraler Schlüsselbegriffe und ihr Verhältnis zueinander". Ces concepts clés constituent le champ sémantique qui sert de toile de fond aux rencontres sociales et où celles-ci sont intégrées. Tout groupe social dispose d'un code qui diffère de la culture dominante et qui règle le comportement des gens entre eux. Le code culturel prédominant dans un contexte donné domine aussi les modèles de communication à l'œuvre à l'intérieur de ce contexte et se superpose aux autres savoirs qui lui sont subordonnés. Les malentendus interculturels ne

⁵⁰ Voir aussi à ce sujet Newmeyer 1988.

sauraient ainsi être considérés comme des phénomènes individuels mais devraient toujours être appréhendés comme des phénomènes sociaux survenant dans un contexte plus large et connectés à des structures de pouvoir et à des dépendances:

"Die Art, wie mit interkulturellen Missverständnissen umgegangen wird, beziehungsweise welche Art von «Lösung» durchgesetzt wird, ist immer Ausdruck des Verhältnisses der betreffenden ethnischen Subgruppe zur dominanten gesellschaftlichen Klasse und ihrer Kultur" (Jäggi 1996:429).

La communication interculturelle est réussie lorsque chaque personne peut se mouvoir dans les différents contextes. Mais, ce faisant, l'identité propre ne doit pas se perdre et être déterminée par les autres; elle peut cependant être modifiée le cas échéant. La communication interculturelle ne comprend toutefois pas seulement des modifications mais génère également de nouvelles créations du fait qu'il s'agit d'un "nie abgeschlossene[r] Prozess von Grenzüberschreitungen, die zu neuen kulturellen Systemen oder kulturellen Codes führen können" (Jäggi 1993:8). En ce qui concerne les rapports entre migrants et Suisses, cela signifie qu'au travers de l'interaction ce sont les codes culturels et sociaux de *tous* les acteurs impliqués qui se modifient pour donner naissance à un nouveau code commun. Cette réalisation implique toutefois la "*beidseitige* Fähigkeit bei Immigranten und einheimischer Bevölkerung, erfolgreich zu kommunizieren, trotz unterschiedlichen kulturellen und sozialen Codes" (op.cit.:24). La réussite de la communication interculturelle ne repose pas exclusivement sur des capacités individuelles mais requiert également selon Jäggi, un dialogue institutionnalisé entre les différents groupes pour leur permettre ainsi de prendre part au pouvoir politique (op.cit.:26).

4.2.3 La traduction

Lorsque la communication ne peut s'établir dans une langue commune, la traduction rend possible une forme spécifique d'échange interculturel. La corrélation entre langage et contexte socioculturel est alors particulièrement manifeste:

"The «real linguistic fact» (Malinowski, 1935) is the full utterance within its «context of situation», and a translation can never therefore be just a substitution of word for word, but must involve the translation of whole contexts" (Bickley 1982:108).

La traduction doit restituer ce contexte en prenant en compte également la signification des expressions non-verbales et de la charge émotionnelle de certains mots.

La plupart des études traitant de l'interprétariat se réfèrent aux sciences de la traduction qui abordent surtout la traduction écrite dans une perspective linguistique. Ce thème a par ailleurs été effleuré sous l'angle ethnologique: les questions relatives à la traduction sont évoquées à

propos d'investigations menées sur le terrain. Ces travaux avaient pour objet l'étude de la relation entre le chercheur et la personne (traductrice) fournissant les informations.⁵¹

Nous résumerons ci-après quelques approches théoriques des sciences de la traduction, pertinentes à divers titres pour notre thème – même si leur contexte diverge fortement du nôtre.⁵² Stolze (1994) présente un survol des principales approches contenues dans la théorie de la traduction. C'est le lien particulier entre le produit de la traduction et le processus lui-même qui est mis en évidence. Les facteurs contextuels qui déterminent ce processus sont également soulignés. Les experts du domaine relèvent particulièrement la distinction fondamentale entre traduction 'fidèle' et traduction 'libre'. La traduction est étudiée sous divers angles. On s'intéresse d'une part à sa dimension pragmatique, à l'usage de la langue par le traducteur dans la perspective du *destinataire* de la traduction (op.cit.:117ff.) et d'autre part aux *conditions* dans lesquelles la traduction est effectuée. Un troisième centre d'intérêt concerne les *traducteurs* eux-mêmes. Du point de vue fonctionnel, ceux-ci sont d'une part considérés comme les *acteurs* décisifs de la médiation entre langue et culture. D'autre part – sous un angle herméneutique – l'accent est mis sur le *point de vue* de la personne qui traduit. On se focalise ici sur les difficultés de la démarche de traduction pour les traducteurs.

Une autre approche des sciences de la traduction se concentre sur le processus socioculturel de l'intervention de l'interprète. Il ne s'agit pas alors de la description de la traduction en tant que produit, mais de l'étude des facteurs pertinents du point de vue interculturel qui influencent et déterminent le processus de la compréhension et de la traduction (cf. Kupsch-Losereit 1995:2). Pour ce faire, on s'intéresse surtout à la démarche qu'effectue le traducteur pour comprendre: au cours de ce processus, les traducteurs donnent du sens en fonction de leurs propres compétences linguistiques et de leur connaissance du contexte du sujet traité. Il s'agit d'une démarche interactive. La traduction reflète un processus dans lequel la vision de l'émetteur et celle du récepteur sont en interaction. Traduire exige, d'une certaine manière, du traducteur la prise en compte de trois points de vue et la capacité de procéder à un triple changement de perspectives (op.cit.:2ff.).⁵³ En tant qu'action interactive, le processus de la traduction est par ailleurs déterminé par des facteurs avant tout pertinents dans la communication directe. Certaines caractéristiques de la personne qui parle, telles que l'âge, le sexe, l'origine socioéconomique, influencent cette action, comme du reste d'autres facteurs tels que le contenu de la traduction, le contexte dans lequel elle s'inscrit, certains aspects spécifiques à la relation et d'autres interconnexions macrosociologiques.

⁵¹ Cf. Asad 1993; Tedlock 1993.

⁵² Les études relatives à la traduction orale concernent surtout les interprètes et la traduction simultanée, activités guère comparables au travail de l'interprète intervenant dans le domaine de la santé.

⁵³ Voir aussi à ce sujet Bickley 1982; Kiraly 1995.

4.3 L'interprétariat dans le domaine de la santé

4.3.1 Arguments en faveur du recours à des interprètes

Voici l'exposé des principales *raisons* qui plaident en faveur du recours à l'interprétariat dans le domaine de la santé. Les arguments obéissent à des considérations développées dans quatre registres très distincts:

- *Le principe de la nécessité de se comprendre:* Une communication suffisante entre médecin et patient est considérée comme la base de presque toute situation thérapeutique.
- *La qualité des soins:* des possibilités de communication fortement restreintes peuvent nuire à la qualité des soins prodigues et augmenter le risque d'erreurs de diagnostic et de traitement.
- *Le droit du patient:* Vu sous l'angle légal, de graves problèmes de communication fortement restreinte peut rendre impossible l'accomplissement du devoir du médecin d'informer le patient. Il est même parfois question de violation de ce devoir.
- *Coût de la santé:* Les problèmes de communication entraînent un fréquent changement de médecin (le fameux 'doctor-shopping' ou tourisme médical), ce qui augmente le coût des soins.

De manière générale de nombreux problèmes de communication peuvent surgir dans l'interaction entre médecin et patient. Les problèmes de communication liés à la langue ne représentent, à cet égard, qu'un des nombreux facteurs pouvant entraver une interaction satisfaisante pour les deux parties. L'accès au langage de l'interlocuteur ne va pas de soi – et cela pas seulement dans la situation de personnes qui ne parlent pas la même langue – et peut également être rendu plus difficile par le contexte social. L'échange entre les patients et les soignants a lieu dans le contexte médical. Il s'agit de communication entre deux sous-systèmes culturels très différents, le sous-système médical occupant une place dominante dans cette situation (cf. Kleinman 1980; Kleinman et al. 1978).

Nos réflexions sur l'*enjeu d'une bonne communication entre patients et soignants* s'appuient sur un concept qui accorde une grande importance au point de vue des malades eux-mêmes. Suivant à cet égard des concepts ayant cours en anthropologie médicale, nous distinguons entre *maladie ('disease')* et «*état d'être malade*» ***('illness')⁵⁴ et plaidons pour que cette dernière notion en particulier soit davantage intégrée dans les concepts de traitement. L'«*état d'être malade*» intègre toutes les expériences, significations et ressentis personnels qui accompagnent

⁵⁴ Pour la distinction entre *disease* et *illness* voir Eisenberg 1977; Helman 1990; Kleinman 1980; Kleinman et al. 1978.

une symptomatologie donnée tout en l'expliquant dans une perspective individuelle.⁵⁵ Prendre en compte la vision personnelle du patient permet de rejoindre celui-ci là où il en est. La représentation que le patient a de sa maladie est essentielle pour la réussite du traitement.⁵⁶ Nous partons du postulat qu'une solution satisfaisante aux problèmes médicaux du patient implique que les réflexions concernant l'étiologie et le traitement puissent être communiquées de manière appropriée. C'est pourquoi les recherches sur la communication en situation thérapeutique sont souvent menées selon des modèles participatifs. Ce concept serait d'ailleurs également pertinent dans le cas de l'interprétariat (cf. Kaufert 1990; Kleinman 1980; Weiss 1996).

L'interprétariat peut contribuer de diverses façons à réduire les problèmes de communication. Il permet d'une part d'abaisser les barrières linguistiques et rend possible, d'autre part, une médiation entre des compréhensions de la maladie qui divergent entre les patients et les soignants. Cela contribue à faciliter, pour les deux parties, l'accès aux contextes socioculturels respectifs. Il serait judicieux d'évoquer, à cet égard, les facteurs spécifiques de la situation pendant et après la migration.

A propos des patients allophones, on signale fréquemment le *risque de soins inappropriés ou insuffisants*, en partie inhérent au défaut de communication. On peut également s'attendre à des décisions erronées en matière de diagnostic et de traitement lorsqu'on parle – ce qui est très souvent le cas lorsqu'il s'agit de patients allophones – trop hâtivement de 'somatisation'. Des difficultés de communication, dues à la méconnaissance de la langue et des conditions socioculturelles par les soignants, induisent aussi un recours plus rapide à la prescription de médicaments pour traiter les problèmes. De divers côtés, on relève la tendance à des attitudes infantilisantes voire discriminatoires qui se manifestent, par exemple, par la réduction de l'échange au strict minimum.⁵⁷ La difficulté d'accéder à l'expérience individuelle du malade renforce le risque de tirer des conclusions réductrices et de plaquer tout un faisceau de problèmes sur des schémas de comportement apparemment spécifiques à une culture. La responsabilité de l'échec du traitement est ainsi imputée aux patients. Globalement, bien des erreurs de diagnostic, des interventions inadéquates, des désirs réprimés, des droits non revendiqués, des frustrations et des pertes de temps, peuvent s'expliquer par des difficultés de communication, respectivement par une offre insuffisante de services d'interprétariat (cf. à ce sujet Shackman 1985:4).

⁵⁵ Voir à ce sujet Blöchliger et al. 1997; Brucks et al. 1987; Obrist van Eeuwijk 1992; Salis Gross et al. 1997a; Salis Gross et al. 1997b.

⁵⁶ Nous nous concentrons ici sur les souhaits quant au traitement et sur les situations thérapeutiques où des actes médicaux simples suffisent ou pour lesquelles se manifestent des contradictions entre patients et soignants.

⁵⁷ Cf. Blöchliger et al. 1994; Brucks et al. 1987; Moser 1997; Obrist van Eeuwijk 1992; Ostermann 1990; Salis Gross et al. 1997a; Salis Gross et al. 1997b; Theilen 1985.

C'est surtout dans les publications américaines et canadiennes⁵⁸ que la *perspective juridique* est prise en compte. La revendication de la mise sur pied de services d'interprétariat en faveur des patients allophones s'appuie en l'occurrence sur le droit à une information compréhensible et complète, autrement dit, sur 'le consentement éclairé' (en anglais: 'informed consent').

L'absence d'interprétariat revient à refuser aux patients de langue étrangère un droit légitime. Cette argumentation s'appuie sur le 'Civil Rights Act', introduit aux USA en 1964, en vertu duquel personne ne doit être discriminé ou défavorisé de quelle que manière que ce soit, en raison de la couleur de sa peau ou de son origine. Ainsi donc, les institutions médicales qui ne mettent pas à disposition des personnes ne parlant pas ou mal l'anglais, l'assistance d'un interprète, contreviennent à cet loi (cf. Gehrke 1993:418). Ces revendications en faveur d'un service d'interprétariat dans la perspective de la législation antidiscriminatoire se sont néanmoins avérées trop vagues dans la pratique et trop peu contraignantes du point de vue juridique. La situation des patients concernés ne s'est guère améliorée en tous les cas depuis les années 60 (cf. Woloshin et al. 1995:725).

Un dernier argument en faveur des services d'interprétariat pour les patients qui ne maîtrisent pas la langue du pays de résidence repose sur des considérations *économiques*.⁵⁹ On avance le plus souvent l'argument que le surcroît de coût engendré par des erreurs de diagnostic et de traitement dépasse les frais occasionnés par la formation et la rémunération d'interprètes professionnels: "Il suffit de penser au coût réel de consultations interminables, ou répétitives en raison de l'incommunicabilité régnant entre les interlocuteurs (...)" (Métraux 1995:13). On déplore toutefois une lacune au plan de la recherche à propos de cette argumentation. Des données qui permettraient d'étayer de telles hypothèses n'existent, à notre connaissance, ni en Suisse ni à l'étranger.⁶⁰

Les raisons qui plaident en faveur de la mise à disposition d'interprètes pour les patients de langue étrangère sont donc nombreuses. Nous voudrions tout de même relever également les *limites* d'une telle assistance. Ces limites sont d'une part de *nature linguistique*. Même si le recours à des interprètes permet de surmonter partiellement les difficultés de communication, toute traduction reste nécessairement incomplète. Les limites linguistiques de la traduction se rapportent tout d'abord au maniement de la langue. Celui-ci concerne aussi bien l'utilisation de *codes linguistiques* différents en fonction du contexte socioéconomique respectif des partenaires

⁵⁸ Voir à ce propos Gehrke 1993; Hardt 1991; Muecke 1983; Putsch 1985; Woloshin et al. 1995. Concernant plus particulièrement le rôle de l'interprète en lien avec le devoir d'information voir Kaufert et al. 1990 ainsi que Kaufert & O'Neill 1990:41: "... it was apparent that the negotiations that revolved around the signing of a consent form provided the clearest illustration of the unequal knowledge and power of the clinician and the patient".

⁵⁹ Voir aussi Albrecht 1994; Ostermann 1990; Woloshin et al. 1995.

⁶⁰ Cf. à ce propos le projet du Fonds National de Guex, Rossi et Métraux (1996), mis en œuvre à Lausanne (cf. aussi chapitre 2).

de l'interaction, que la connaissance des *terminologies particulières*. Ces limites linguistiques de la traduction découlent du contexte personnel et de l'expérience de l'interprète. Il y a lieu de relever également les *distorsions linguistiques dues à la traduction*. Le dicton percutant «*the translator is the traitor*» (Tribe 1991:3f.) témoigne à cet égard d'une attitude très pessimiste à l'encontre des interprètes. Ceux-ci incarnent en quelque sorte la difficulté de traduire des idées et des significations d'une langue dans une autre. Nous illustrerons ci-dessous le vaste débat autour de cette question fondamentale à l'aide d'une citation qui reflète le point de vue du traducteur⁶¹:

"(...) the emphasis upon mediation, interpretation and accommodation of alternate systems of understanding may place interpreter/advocates in a vulnerable position of brokering fundamentally irreconcilable values" (Kaufert & O'Neill 1995:74).

Le risque existe par ailleurs que la mise à disposition d'une aide de ce type occulte *les problèmes de communication d'une autre nature* qui appellent des solutions différentes. La traduction ne représente qu'un pas vers la reconnaissance des besoins spécifiques des patients allophones (et des migrants). De nombreuses autres barrières rendent l'égalité d'accès aux prestations de la santé plus difficile pour les migrants. Mettre la priorité sur les difficultés de communication dues à la langue occulte des problèmes qui ont leur racine dans des obstacles sociaux et institutionnels (cf. Leyer 1991:284). Ces barrières 'réelles' ne pourront être surmontées que par le biais de mesures à long terme dans le domaine des politiques sociale et sanitaire:

"Insofern darf die Barriere der Sprachlosigkeit nicht auf ein sprachliches Verständigungsproblem reduziert werden, sondern muss im Kontext der Reduzierung und Normierung menschlicher Subjektivität im Gesundheitssystem auch als ein schichtspezifisches (...) Problem verstanden werden" (ibid:59)⁶².

D'autres critiques sont formulées par ailleurs: "die mangelnde sprachliche Verständigung muss auch heute noch herhalten für den gesamten, nicht funktionierenden menschlichen Austausch beim Kranksein und beim Heilen" (Ostermann 1990:108). Le risque existe ainsi que les services d'interprétariat servent de paratonnerre canalisant et étouffant les demandes plus générales des migrants. La traduction ne représente qu'un pas vers une meilleure prise en charge sur le plan des soins: "Community interpreters must (...) be seen as a step towards appropriate provision rather than the solution" (Shackman 1985:5).⁶³

61 Cette problématique et les défis qui en résultent pour le processus de traduction ont déjà été abordés (cf. chapitre 4.2 'Communication et traduction').

62 Voir à ce sujet Brucks et al. 1987; Obrist van Eeuwijk 1992; Theilen 1985, qui vont dans le sens de la thèse de Leyer.

63 En Grande-Bretagne, les institutions sont tenues, en vertu du 'Equal Opportunities Programme' (EOP) d'engager un 'professional ethnic minority staff' capable de communiquer avec les migrants dans leur langue maternelle. Cette réglementation ne constitue pas pour l'instant une concurrence pour les services d'interprétariat privés, du fait que le personnel spécialisé de langue étrangère reste insuffisant: "The two need to exist in conjunction as part of an interlocking network of provision aimed to meet the needs of ethnic minority communities" (Shackman 1985:5f.).

La littérature traitant du sujet fait apparaître une quasi unanimité à propos de la question centrale: dans *quels cas* la traduction dans le domaine de la santé est-elle nécessaire? La traduction est considérée comme particulièrement indispensable en présence de problèmes complexes, en psychothérapie par exemple ou dans le domaine psychiatrique. Dans ce contexte, on postule au départ que l'accès à l'expérience affective de la maladie, à la manière dont elle est vécue, est déterminant et qu'il est d'autant plus aisé que l'entretien se déroule dans la langue maternelle. Dans le cas d'affections somatiques légères, la traduction est également considérée comme pertinente même si elle ne s'impose pas avec la même acuité.⁶⁴ Certains préconisent le recours à un interprète dans les cas de nécessité absolue seulement, pour éviter qu'un tel support n'infantilise le patient.⁶⁵ Nous estimons qu'une formation appropriée permet d'éviter ce risque. Ce n'est pas un argument de fond à opposer à la mise sur pied de services d'interprétariat.

4.3.2 Le choix de l'interprète

"L'interprète, c'est la soeur, la tante, la mère, l'amie, celle qui saura défendre, expliquer, qui saura même précéder les demandes car elle en possède les clefs" (Salom 1989:3).

Cette citation reflète avec éloquence les attentes parfois très grandes à l'égard de l'interprète. La question des *qualifications* de celui-ci est régulièrement soulevée dans la littérature scientifique. On pose le postulat que pour assumer la fonction d'interprète, une personne doit satisfaire à des critères particuliers: "It should be obvious, when full complexity of the task is considered that interpreting is not something that just who is more or less bilingual can be expected to do" (Downing 1992:127). Les compétences demandées à l'interprète sont formulées de manière de plus en plus concrète. Il y a ainsi unanimité sur la nécessité d'un savoir spécifique.⁶⁶ Les compétences et connaissances nécessaires ont trait d'abord aux *langues* à traduire. Sont requises ensuite des *connaissances spécifiques*, à savoir la maîtrise de la terminologie spécifique et la connaissance des structures du système de santé. On demande, de plus, une sensibilité aux *situations d'interaction* à l'intérieur de ce setting spécifique qui englobe des aspects particuliers liés à la diversité des cultures et à la migration.

Faire davantage appel au personnel médical bilingue est souvent préconisé comme solution idéale à la problématique de l'interprétariat dans le domaine de la santé.⁶⁷ Nous partageons la thèse que des situations thérapeutiques qui se déroulent directement dans la langue maternelle sont les plus appropriées aux migrants. Le préavis en faveur de l'engagement accru de

⁶⁴ Cf. Blöchliger et al. 1997; Flubacher 1994a; Leyer 1991; Salis Gross et al. 1997a.

⁶⁵ Cf. Ostermann 1990.

⁶⁶ Voir à ce propos Blöchliger et al. 1997; Bloom et al. 1966; Diaz-Duque 1982; Downing 1992; Faust & Drickey 1986; Muecke 1983; Phelan & Parkman 1995; Putsch 1985; Woloshin et al. 1995.

⁶⁷ Voir à ce sujet Hardt 1994; Kline et al. 1980; Leyer 1991; Marcos 1979; Ostermann 1990; Risteen Hasselkus 1992; Woloshin et al. 1995.

personnel médical bilingue ne pourra toutefois se réaliser qu'à long terme et pour certaines langues seulement alors que pour d'autres langues cet objectif est hors de portée.⁶⁸ Il convient donc d'accorder une attention particulière à la formation et à la reconnaissance du rôle des interprètes dans le domaine de la santé. Les formations institutionnalisées à l'intention des interprètes dans le domaine de la santé sont encore peu nombreuses actuellement sur le plan national et international (voir à ce sujet chapitre 5). Quelques rares offres de perfectionnement existent toutefois, surtout à l'étranger, – la plupart du temps au sein même des cliniques – à l'intention des interprètes non professionnels.⁶⁹ Par ailleurs, une série de services d'interprétariat qui ont été mis sur pied en Suisse et à l'étranger offrent des formations de base et des possibilités de formation continue internes pour les interprètes. La qualité et l'intensité de celles-ci sont toutefois très inégales. Un profil professionnel clairement défini, reconnu pour les interprètes intervenant dans le domaine de la santé, fait encore défaut à l'heure actuelle, tant en Suisse que dans la plupart des autres pays. C'est pourtant précisément là une demande exprimée de divers côtés, notamment par les interprètes eux-mêmes⁷⁰. Dans le contexte européen, quelques projets sont mis en route en vue de l'élaboration de directives communes pour la formation des interprètes (voir également chap. 5). On attend beaucoup des structures de formation reconnues pour les interprètes: une amélioration de la qualité des formations, une rémunération plus adéquate, une révision des concepts et des compétences et l'association des 'usagers', c.-à-d. les personnes appelées à collaborer avec les interprètes, à l'élaboration des concepts de formation (cf. Roberts 1993:247).

Du fait qu'on ne dispose guère à l'heure actuelle d'interprètes formés et que, de plus, il s'agit de réaliser des économies de coût, on fait aujourd'hui appel, presqu'exclusivement, à des interprètes *non professionnels*. Il y a lieu de distinguer les interprètes provenant *du cercle de proches et d'amis du patient des professionnels de la santé bilingues (personnel médical)* faisant office d'interprètes. Dans la littérature qui traite de ce sujet, le recours aux interprètes non professionnels, en particulier ceux du premier groupe, est considéré à la quasi unanimité comme générateur de problèmes. On craint surtout des *traductions inadéquates* résultant de situations mal maîtrisées par les interprètes. D'autres difficultés évoquées à propos de l'interprétariat par des amateurs sont liées à une *connaissance de la langue insuffisante et à la méconnaissances du rôle et des attentes*. Le défaut de qualifications des interprètes se reflète dans le manque de confiance et de respect entre toutes les personnes impliquées. Les sentiments, fréquemment mentionnés, d'insécurité et d'impuissance chez les interprètes comme chez les médecins et/ou chez les patients eux-mêmes renvoient aux interrogations plus larges que souleve cette collaboration. Les interprètes non professionnels peuvent certes faire valoir

⁶⁸ Nous songeons ici à des langues soudainement devenues prioritaires en raison de mouvements migratoires éphémères, par exemple dans le domaine des réfugiés.

⁶⁹ Cf. à ce sujet Hardt 1991; Kaufert & O'Neill 1995; Putsch 1985; Woloshin et al. 1995.

⁷⁰ Cf. Diaz-Duque 1982; Eser 1994; Haffner 1992.

des qualifications personnelles, mais celles-ci ne pourront se manifester vraiment que si les profils professionnels sont clairement définis.

Faire appel à des *membres de la famille et à des amis des patients* (ou à d'autres patients) est proscrit quasiment de tous les côtés.⁷¹ Ces personnes sont tout au plus acceptées comme interprètes "en dernier recours" (Diaz-Duque 1982:1380) ou dans certaines circonstances bien définies.⁷² La tendance à déconseiller le recours aux membres de la famille ou aux amis pour assurer la traduction est moins prononcée dans le setting biomédical que lorsqu'il s'agit d'entretiens psychothérapeutiques ou psychiatriques. On craint avant tout, lors du recours à une personne de l'entourage immédiat de la famille pour assumer la tâche d'un interprète, que cette personne n'ait pas assez de distance pour maîtriser la situation. Les sentiments de honte ou de culpabilité, le besoin de ménager l'autre ou de se démarquer, provoquent une rétention ou une déformation des informations. De plus, dans une situation de ce type, le patient dispose de moins de latitude pour développer des initiatives personnelles que lorsque ce sont des interprètes extérieurs qui assurent la traduction (cf. Risteen Hasselkus 1992:300). Les risques de paternalisme ou d'infantilisation du patient, du fait de la participation de l'interprète aux processus décisionnels, sont également estimés moindres lors de l'intervention d'interprètes professionnels.

Le recours aux *membres du personnel médical bilingues* pour fonctionner comme interprètes est en revanche souvent apprécié. Une formation continue à l'intention du personnel médical bilingue appelé à fonctionner comme interprète, est surtout demandée comme solution à court terme.⁷³ Pour éviter la confusion des rôles, nous appuyons toutefois la demande que ces personnes soient déchargées de leur fonction initiale ou alors que leurs différents domaines d'intervention soient clairement définis (cf. Woloshin et al. 1995:727; Downing 1992:124). Il s'agira également de régler de manière appropriée la question de la rémunération du personnel médical bilingue pour cette activité supplémentaire exigeante.

En plus de la mise à disposition à long terme d'un nombre suffisant d'interprètes professionnels stables, des *interventions pratiques* sont également proposées.⁷⁴ On fait usage par exemple de vidéos didactiques pour la formation du personnel médical et des interprètes. Pour pallier aux difficultés de communication, il existe aussi des guides médicaux multilingues⁷⁵ et des 'Ethnic

⁷¹ Cf. Bloom et al. 1966; DERMAN 1997b; Diaz-Duque 1982; Downing 1992; Flubacher 1995; Haffner 1992; Hardt 1994; Leyer 1991; Marcos 1979; Moser 1997; Plüss-Trân 1995; Putsch 1985; Sancar 1997; Sluzki 1984; Centre de thérapie CRS pour les victimes de la torture 1996b.

⁷² Cf. Blöchliger et al. 1994; Coe & Prendergast 1985; Faust & Drickey 1986; Métraux 1995; Phelan & Parkman 1995; Risteen Hasselkus 1992; Tribe 1991.

⁷³ Cf. Diaz-Duque 1982; Hardt 1994; Putsch 1985; Shackman 1985; Westermeyer 1990; Woloshin et al. 1995.

⁷⁴ Cf. Hardt 1991; Kaufert et al. 1986.

⁷⁵ Cf. Hoffmann 1993.

Files⁷⁶ à l'intention des soignants qui fournissent des informations culturelles spécifiques aux diverses communautés ethniques. Bien qu'ils répondent à un besoin souvent exprimé par les praticiens (cf. Blöchliger et al. 1994), ils ne sont à notre avis guère utiles: ils contribuent plutôt à renforcer les généralisations et les préjugés ethniques et à compliquer encore une approche individualisée des patients. Enfin, la proposition a aussi été faite – en vue de l'intégration à long terme des personnes de langue étrangère dans la vie quotidienne d'un pays d'accueil – de faire bénéficier les patients de cours de langue (la langue du pays d'accueil) pendant des séjours hospitaliers d'une certaine durée, ceci afin de promouvoir leur autonomie.⁷⁷

4.4 La triade

Le travail dans le domaine de la santé avec la collaboration d'un interprète se déroule le plus souvent sous la forme d'entretiens à trois. L'introduction d'un tiers modifie profondément la relation, d'ordinaire dueille, entre médecin et patient:

"...the third person may facilitate or inhibit the development and maintenance of a trusting physician-patient relationship; the third person will probably play multiple roles during the visit depending, for example, upon the duration of the encounter and the particular content of the interaction; and no matter how minor the involvement of the third person in the actual talk of the visit, his or her presence significantly changes the basic doctor-patient relationship" (Hardt 1991:48).

Les publications sur le setting à trois révèlent des tendances à l'idéalisation ou, à l'inverse, à la mise en évidence des complications. Le potentiel effectif de la triade ne semble pas être exploité à fond et les ajustements au niveau des techniques et de la méthodologie font rarement l'objet de réflexions. Nous aborderons ces questions en mettant en rapport les concepts théoriques sur la triade et ceux relatifs à l'interprétariat au sein du système de santé. Dans un premier temps nous évoquerons les principaux *rôles* attribués à l'interprète. Après avoir identifié ces rôles, nous nous pencherons sur *les conflits de rôles, le pouvoir et le statut* des interprètes comme aspects importants de toute triade.

D'un point de vue sociologique, la triade peut être définie comme une constellation particulière d'interactions qui attribue aux protagonistes des positions distinctes dites 'lieux sociaux'.⁷⁸ Ces rôles ou positions sont intéressants dans une perspective micro- et macrosociologique du fait que l'agir social se reflète en eux. Cet agir social peut et doit être compris

⁷⁶ Cf. Karmi.

⁷⁷ Cf. Ostermann 1990; Woloshin et al. 1995.

⁷⁸ Pour les théories sociologiques sur la triade voir également Caplow 1959; Mills 1953; Vinacke & Arkoff 1957.

"auch als Funktion sozialer Systeme begreifen und die Handlungszusammenhänge daraufhin untersuchen, welchen Beitrag sie zur Aufrechterhaltung und Entwicklung sozialer Systeme leisten und in welche Strukturen die Handlungen eingebunden sind" (Griese et al. 1977:11).

Le rôle joué par une personne ne saurait ainsi être expliqué dans une perspective purement individuelle mais doit être également compris, selon l'expression de Popitz, comme une "soziale Haut konfessioneller Art" (cité in ibid.:23). Les processus d'interaction présentent en outre des aspects particuliers liés à la situation donnée. Ils ne peuvent être appréhendés ni sous le seul angle individuel ni sous l'angle du contexte macrosociologique. Ils sont la résultante de l'enchevêtrement réciproque de tous les protagonistes dans leur interaction. Cet enchevêtrement se traduit par des états cognitifs qui ne peuvent être maintenus que dans un échange actif. Goffman (1994) les définit comme un ensemble de sentiments, humeurs, savoirs et représentations du corps, étroitement liés dans l'agir social (cf. Goffman 1994:56). En raison des liens entre processus micro- et macrosociologiques, les conflits de communication et de hiérarchie, inhérents à la société et au système de santé, se prolongent dans l'interaction à trois. Ces conflits sont toutefois fréquemment réduits à des conflits 'culturels' et traités comme tels. Il arrive souvent alors, que dans un déplacement des responsabilités, on attende des interprètes la résolution de ces conflits.

4.4.1 Les fonctions de l'interprète

Les fonctions d'un interprète travaillant dans le contexte médical peuvent être multiples. Les ressources inhérentes à ces fonctions ne sauraient toutefois être exploitées avec profit qu'à la condition que ces rôles soient clarifiés et explicités et, de plus, acceptés par toutes les personnes impliquées. Les fonctions attribuées aux interprètes seront discutées ci-après dans le sens de modèles théoriques. Dans la pratique, les différentes fonctions sont juxtaposées, consécutives, enchevêtrées et combinées. Contairement aux cas développés ci-dessous pour des raisons théoriques, elles ne sont pas isolables.⁷⁹ Les multiples ressources de l'interprète (ses expériences personnelles, par exemple, et ses stratégies pour appréhender la problématique de la migration) ont rarement été reconnues et intégrées dans les concepts jusqu'ici.

4.4.1.1 La traduction mot à mot

On pense en premier lieu à la traduction mot à mot⁸⁰ lorsqu'il est question de traduction. Cette conception de la traduction se réfère à l'intérétariat et à la traduction simultanée. Toutefois,

⁷⁹ La classification typologique des fonctions de l'interprète correspond à celle de la littérature spécialisée. Cf. Bloom et al. 1966; Faust & Drickey 1986; Hardt 1991; Hardt 1994; Kaufert & Koolage 1984.

⁸⁰ On utilise également le terme de 'traduction littérale' ou 'sprachliche Übersetzung' pour désigner la 'traduction mot à mot' (En anglais: 'pure interpretation' und 'linguistic interpretation').

ces métiers se distinguent fondamentalement de celui de l'interprète intervenant dans le domaine médical, quant au contexte, à la nature et à l'exécution de la traduction.

Dans le domaine de la santé, les trois partenaires se trouvent toujours dans un rapport d'*inégalité* en ce qui concerne leur accès respectif aux ressources telles que le savoir et le pouvoir. Les patients, allophones notamment, se trouvent à priori dans une position inférieure. Pour des raisons sociales, culturelles et linguistiques, ils sont, dans leur situation de migrants, désavantagés dans l'interaction avec les représentants du système de soins. La situation de dépendance à l'égard de l'aide médicale en cas de maladie ou d'accident renforce encore le décalage. A l'image de celui des patients migrants, le statut juridique et économique des interprètes est souvent précaire.

En principe, et particulièrement lorsqu'il s'agit de maladie, la traduction mot à mot n'a guère de sens. Il n'existe pas deux langues dont les expressions pour présenter des explications ou des récits s'appuient sur des images et des symboles similaires. Ainsi donc Tribe (1991) décrit la traduction comme "at best an approximation of the client's statements and often an intervention in the client's emotions" (Tribe 1991:3f.). Et pourtant on ne cesse de prôner la traduction mot à mot comme un idéal:

"the interpreter should «blend into the woodwork» and be so effective and unobtrusive that listeners «forget in fact they are listening, through the interpreter, to a person speaking another language» (Weber zit. in Freimanis 1994:325).

Derrière la recherche d'une traduction littérale se cache ainsi parfois l'objectif de l'invisibilité de l'interprète. L'attitude de l'interprète est alors totalement passive et ignore la situation de la triade.⁸¹ Traduire, tout en restant invisible, contraint l'interprète à revêtir une fonction paradoxale.⁸²

Les demandes d'une traduction littérale émanent de domaines divers et sont appuyées par des raisons tout aussi diverses. Chez beaucoup d'auteurs apparaît l'idée que l'interprète est pour ainsi dire un 'instrument' à disposition du médecin. Bloom et al. remarquent à ce sujet: "The interpreter is merely a *tool*, (...) a human tool, that the interviewer uses (...)" (Bloom et al. 1966 :215). La vision de l'interprète réduit au rôle de 'moyen auxiliaire' du médecin répond au désir de contrôle total par le médecin du contenu de la conversation et donc au déni des effets de la présence de l'interprète. Dans la logique de ce désir, les médecins émettent des conseils et des mises en garde à propos des relations avec les interprètes.⁸³ La traduction littérale risque pourtant d'entraîner davantage de malentendus, notamment lorsque la connaissance de la

⁸¹ Cf. à ce sujet Sluzki 1984.

⁸² Cf. à ce sujet Dhawan 1995; Lindbom-Jakobson 1992; Steiner 1996.

⁸³ Cf. à ce sujet Bloom et al. 1966; Faust & Drickey 1986; Hardt 1994; Kohut 1975; Phelan & Parkman 1995; Sluzki 1984.

langue est insuffisante, dans le cas d'interprètes non formés par exemple. Dans les situations d'incertitude, la traduction littérale peut aussi faire office de "security blanket" (Freimanis 1994:317) dont l'interprète se sert lorsqu'il n'a pas compris la signification de ce qui a été dit. Une telle traduction n'a toutefois guère de sens pour l'interlocuteur et contribue plutôt à augmenter les malentendus qu'à les diminuer.

Dans le contexte psychiatrique et psychothérapeutique, le souhait d'une traduction mot à mot témoigne plutôt de la priorité accordée au langage. La traduction littérale est censée faciliter l'accès du soignant aux contenus émotionnels et rendre compte le plus fidèlement possible des aspects psychopathologiques. Mais même dans le contexte psychiatrique, la traduction purement littérale correspond à une illusion.⁸⁴ Kaufert (1990) préconise donc de renoncer à cette idée de traduction littérale et de réfléchir plutôt aux ressources qu'offrent des relations de partenariat dans le processus de traduction:

"In these formulations [das heisst den wortwörtlichen Übersetzungskonzepten, Anm. d. A.], the interpreter appropriately performs objective language translation functions and is expected to minimize their level of social interaction with the client and follow the agenda of the attending professional. Models emphasizing pure linguistic translation functions tend to assume that the therapeutic relationship is ultimately controlled by the clinician through their ability to direct the diagnostic agenda. Alternative models of linguistic translation [en fr.: traduction littérale, N.d.a.] (...) involve elements of partnership and co-participation between the professional, the interpreter and the client" (Kaufert 1990:224f.).

4.4.1.2 La médiation culturelle

En tant que médiateur culturel⁸⁵, l'interprète donne accès aux informations et explications, émanant du contexte, qui sont indispensables - à côté de la traduction linguistique - à une compréhension mutuelle entre les partenaires de l'interaction. Ce contexte est défini par le terme de 'culturel', la culture étant comprise dans un sens large. L'interprète-médiateur culturel vise à établir la médiation entre personnes vivant dans des contextes socioéconomiques et culturels distincts. De telles différences sont notamment palpables pour l'individu lorsqu'elles font obstacle à l'égalité des droits ou représentent des barrières. Dans leur vécu quotidien, les migrants sont tout particulièrement confrontés à des discours et à des structures qui les prennent insuffisamment ou même pas du tout en compte. Au niveau de l'interaction avec le système de soins, la discrimination structurelle - la banalisation des problèmes de communication dus à la langue par exemple - peut entraîner des conséquences fatales. La médiation culturelle est parfois comprise comme une simple transmission de facteurs culturels spécifiques qui seraient importants pour le traitement. Dans cette optique, les multiples raisons des difficultés de communication sont réduites à la seule 'altérité culturelle' des migrants. La surestimation des

⁸⁴ Voir à ce sujet le chapitre 4.5.3 'L'interprétariat dans le contexte psychiatrique et psychothérapeutique'.

⁸⁵ Dans la littérature anglaise, cette notion est rendue par 'Cultural Brokerage', dans les études en français, il est question de 'médiation culturelle'.

comportements attribués à l'origine culturelle d'un individu conduit à une banalisation des autres facteurs à l'origine de difficultés de communication, tels que la disparité de statuts par exemple.

Dans la majorité des publications, la médiation culturelle vise plutôt à 'rendre compréhensible' le contexte respectif, important pour l'entretien, des deux interlocuteurs. L'inventaire des divers éléments que l'interprète est censé transmettre reflète selon Métraux (1995:15ff.) la notion répandue de 'contexte culturel': celui-ci inclut le langage *non-verbal*, le contexte *juridique et politique* du pays d'accueil, des *règles et normes sociales*, des *modèles spécifiques d'interaction* ainsi que des paramètres propres au système de santé, tels que la *terminologie médicale et le setting thérapeutique*. En tant que médiateur culturel, l'interprète a donc une fonction active et autonome et doit pouvoir s'appuyer sur de vastes connaissances. Il est souvent qualifié d' 'expert de la culture' et la relation médecin-interprète de "partenariat entre deux spécialistes" (cf.Bloom et al. 1966: 215).⁸⁶

Dans les traitements ethnopsychiatriques développés par Nathan (1986, 1994a, 1994b) et conceptualisés par lui et Moro (1986), l'interprète revêt également une fonction de médiateur culturel. Il déchiffre des codes culturels et exprime en mots les principales représentations traditionnelles de la maladie qui pourraient être présentes mais non verbalisées par les patients. Il apporte ainsi du matériel culturel dans la thérapie et parle *à la place* du patient ou de la famille de celui-ci. Ce concept met l'accent sur un aspect particulier de la médiation culturelle, la transmission du patrimoine culturel. Nathan, notamment, part du postulat que ce patrimoine fournit le contexte essentiel à la réalisation d'une thérapie adéquate sur le plan culturel. Moro & de Pury (1994) relèvent par ailleurs la 'co-construction' interactive du signifié, à partir de quatre discours distincts actualisés dans la situation thérapeutique:

"Le cadre ethnopsychiatrique, le récit brut du patient, la traduction (avec les interférences de l'interprète, sa représentation des thérapeutes et de leur connaissance culturelle, ses représentations des patients...) et enfin, le savoir culturel et les interférences des thérapeutes. La reconstruction de l'univers du patient par le travail sur la traduction n'est pas seulement un processus formel, elle est une des conditions nécessaires à la possibilité même du déroulement du récit" (op.cit.:75)

D'autres approches conçoivent la notion de médiation culturelle dans un sens plus large et soulignent la fonction de l'interprète (en position de supériorité) comme avocat du patient (plus faible). Les recherches de Kaufert (voir ci-après) s'appuient sur cette approche de la médiation culturelle qui reflète une attitude politiquement engagée. Il incombe en partie également au médiateur culturel de dévoiler et de combattre les préjugés et les discriminations qui se manifestent dans l'interaction.⁸⁷ Weidman (1982) décrit une fonction de la médiation culturelle qui va encore plus loin: par l'introduction de la perspective non-médicale dans le système

⁸⁶ Voir également Faust & Dickey 1986; Freimanis 1994; Hardt 1991; Mirdal 1988; Putsch 1985.

⁸⁷ Voir à ce sujet Roberts 1993; Shackman 1985

médical existant, celui-ci subit à son tour, à long terme, une modification dans le sens d'un renforcement de la position de la culture minoritaire (Weidman 1982:213). Le rôle de médiateur culturel dans le système de santé ne revient pas seulement aux interprètes mais également à d'autres personnes. Il peut s'agir de sociologues ou licenciées en sciences sociales (mention ethnologie) comme chez Weidman (1982) ou de 'community based health workers' (cf. Mullavye-O'Byrne 1994). Conformément à ces concepts également, la médiation est perçue comme un instrument servant à relier des contextes distincts:

"*Cultural Brokerage* relates to the process of establishing meaningful, strategic, or significant linkages between separate cultural or sub-cultural systems" (Weidman 1982:211).

Les conséquences des différentes définitions de la médiation culturelle sont multiples. Ces conceptions attribuent cependant toutes à l'interprète un rôle actif et autonome. Elles supposent que les personnes qui traduisent (tout comme le personnel médical) soient en confiance et bénéficient de connaissances spécifiques, atouts qui ne s'acquièrent que par le biais d'une formation adéquate.⁸⁸

4.4.1.3 La fonction d'avocat du patient

En tant qu'avocat du patient⁸⁹, l'interprète est plus proche du patient que dans sa fonction de médiateur culturel. Il est ici très actif, soutient le patient par des interventions propres et tente de renforcer l'argumentation. Le concept d'avocat du patient confère aussi à l'interprète une mission de soutien en dehors de l'institution, l'accompagnement du patient lors de la visite d'autres institutions par exemple.⁹⁰ Kaufert, Koolage et O'Neill, anthropologues médicales canadiens, défendent un concept plus élaboré de la fonction de porte-parole du patient.⁹¹ Ils considèrent le rôle d'avocat du patient comme une conséquence logique d'une situation d'interaction inégalitaire. Par rapport aux soignants, les patients se trouvent à priori dans une position d'infériorité qui peut s'expliquer en grande partie par le contexte historico-politique dans lequel l'interaction a lieu: "(...) patients' understandings of sickness reflect historical and structural inequalities and conflicts in their overall relationship to society" (O'Neill 1989:327).⁹² La contribution du canadien Roberts (1993) définit elle-aussi l'intercession en faveur du patient dans une perspective sociopolitique:

88 Voir également chapitre 4.2.2. 'L'interprétariat dans le domaine de la santé'.

89 Dans la littérature anglaise, on utilise ici le terme de '(Patient-) Advocacy', dans les études en français celui de 'Avocat/-e'.

90 Cf. Alvir & Métraux 1997; Métraux 1995; Métraux & Alvir 1995.

91 Cf. Kaufert 1990; Kaufert & Koolage 1984; Kaufert et al. 1986; Kaufert & O'Neill 1995; O'Neill 1989. Le fondement théorique du rôle d'avocat du patient de Kaufert & Koolage 1984 est repris chez Faust & Drickey 1986.

92 Au sujet des rapports de pouvoir inégalitaires et de leur reflet dans les interactions médecin-patient, il existe de nombreuses contributions dans la littérature de l'anthropologie médicale et les études relatives à la

"Advocacy implies defending, pleading for or actively supporting the client. In other words, the community interpreter is seen as a guide and counsellor as well as a power broker in favour of his «underprivileged» client" (Roberts 1993:241).

O'Neill (1989) spécifie et élargit cette notion à l'acception d'*'intercession implicite'*. Il s'appuie sur des recherches empiriques propres selon lesquelles les interprètes développeraient - en guise de réaction à des rapports de pouvoir inégalitaires, au plan social et politique, dans l'interaction entre médecin et patient - une stratégie de l'interprétariat tendant à renforcer la position du patient. Les interprètes fournissent aux patients des informations complémentaires fondamentales mais non intégrées dans la partie explicite des échanges et donc non retraduites. A l'insu des patients et des médecins, leurs propos sont modifiés par les interprètes pour être reliés à des conceptions politiques et sociales. Cette forme d'*'intercession silencieuse'* est qualifiée par O'Neill (1989:332) d'*'intercession implicite'*. Les interventions des interprètes comportent toutefois le risque de malentendus et de distorsions (*ibid.*). L'*'intercession implicite'* est ainsi considérée comme une méthode d'interprétariat inadmissible. Suite à l'observation de celle-ci, O'Neill réclame la modification des structures existantes, discriminatoires en vue d'une amélioration réelle de la position des patients dans la situation thérapeutique. Comme démarche pragmatique il propose d'aborder dans les programmes de formation à l'intention des interprètes, la question des structures et des rapports de pouvoir inéquitables ainsi que celle de leurs implications pour la fonction d'*'avocat du patient'* (*op.cit.*:340).

4.4.1.4 La co-thérapie

La notion de co-thérapie apparaît fréquemment dans la littérature sur l'interprétariat dans le domaine de la santé mais n'est, à notre avis, pas suffisamment approfondie. La notion de '*co-thérapie*' suppose une collaboration clairement définie entre deux ou plusieurs thérapeutes. Elle est issue des concepts fondateurs de la thérapie systémique de couple ou de famille (cf. par exemple Auckenthaler 1983, ainsi que chapitre 4.5.2).

Les concepts adaptés à la co-thérapie qui se rapportent aussi à l'interprétariat dans le système de santé ne sont pas toujours clairs du point de vue conceptuel comme de celui des techniques et des méthodes. On attribue certes fréquemment une fonction de co-thérapeute à l'interprète mais l'on ne s'étend guère en revanche sur la forme que pourrait prendre cette co-thérapie. Ainsi le psychoanalyste Rendon propose en termes vagues: "(...) if one does therapy with the same translator for an extended period of time, one better think about that person as a cotherapist and a powerful one at that" (Rendon 1989:49f.). Leyer utilise elle-aussi le terme de '*co-thérapie*' à propos de la collaboration professionnels-interprètes. Au cours du travail commun, celui-ci

sociologie de la médecine. Cf. à ce sujet Lazarus 1988; Schepers-Hughes & Lock 1986; Taussig 1980; Young 1982.

endosserait peu à peu le rôle de co-thérapeute: "(sie wachse)im Verlauf der gemeinsamen Arbeit in die Rolle einer Co-Therapeutin hinein" (1991:199). Leyer décrit de façon précise et éloquente la collaboration intense avec des interprètes de langue maternelle turque qui "zu Projektbeginn weder eine eigene Selbsterfahrung noch Erfahrungen im Umgang mit Patienten der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie hatten" (ibid.:190). On a toutefois l'impression que l'interprète n'a pas ici une fonction de co-thérapeute au sens propre du terme, il devient plutôt un proche collaborateur du thérapeute, un médiateur, une tierce personne importante dans la triade. Les fonctions de celle-ci sont comprises par Leyer dans un sens psychanalytique et mises en œuvre sur le plan thérapeutique.

Le concept thérapeutique de l'association *Appartenances* reconnaît lui aussi une fonction de co-thérapeute à l'interprète, mais toutefois sous l'angle de la thérapie systémique. La définition du setting et le choix des méthodes thérapeutiques relèvent de la compétence du thérapeute. L'interprète participe activement au processus thérapeutique en faisant référence – seulement dans des situations particulières toutefois – à son histoire personnelle. Il permet ainsi l'émergence de 'points communs', ('appartenances') entre lui et le patient. A cette fin, le thérapeute lui donne explicitement la parole et lui délègue la conduite de l'entretien. La collaboration doit être comprise en termes de "complémentarité" (Alvir & Métraux 1997:1) entre le thérapeute et l'interprète, transcrive ici par la notion de 'co-thérapie' (cf. chapitre 4.5.2).

En tant que co-thérapeute, l'interprète intervient dans la thérapie et assume ainsi une responsabilité thérapeutique. Cette conception se distingue fondamentalement sur ce point de toutes celles décrites jusqu'ici qui conféraient la responsabilité thérapeutique exclusivement au professionnel en charge du traitement. Une réelle collaboration co-thérapeutique est très exigeante pour le thérapeute et l'interprète. Les principes valables pour toute co-thérapie s'appliquent également ici:

"Den Ausschlag dafür, ob Cotherapie für die Klienten vorteilhaft sein kann oder nicht, bildet eine gut funktionierende Beziehung zwischen den Cotherapeuten. Dazu gehört, dass sich die Cotherapeuten Vertrauen entgegenbringen, dass sie offen miteinander reden könne und (...) fähig sind, Klarheit zu schaffen hinsichtlich ihrer Zuständigkeiten und ihrer Zusammenarbeit (Auckenthaler 1983:53).

La co-thérapie peut aussi comporter des inconvénients "avant tout en cas de conflits entre les co-thérapeutes" (ibid). Les différences à propos du niveau d'expérience sont en outre considérées comme particulièrement néfastes:

"Unterschiede im Erfahrungs niveau, und besonders wichtig sei die Auseinandersetzung mit Statusdifferenzen und rollenspezifischem Verhalten der Cotherapeuten. (...) als Kurzformel für die richtige Zusammenstellung von Cotherapeuten [dans la co-thérapie de couple, note de l'auteur] gilt «Dual Sex + Dual Discipline + Equal Status» (Roman & Meltzer 1977:70).

Transposé à la situation de collaboration thérapeutique avec l'interprète, c'est notamment le postulat de l' 'Equal Status' qui devrait être pris en considération. Mais c'est précisément cette

différence évoquée par Roman & Meltzer qui est pour la plupart du temps niée dans les propos sur la co-thérapie avec les interprètes.

Métraux qualifie d'«étroite» la collaboration avec l'interprète en tant que co-thérapeute; elle implique une grande confiance:

"La co-thérapie, ou la co-intervention, implique néanmoins la nécessité d'une confiance réciproque entre interprète et professionnel de la santé. De plus, ceux-ci doivent avoir un projet commun et préciser les conditions de l'intervention de l'un ou de l'autre. Une telle collaboration peut s'instaurer spontanément, au fil du temps, entre deux personnes qui se connaissent bien. Toutefois, au début, un temps doit être prévu pour la préparation en commun des entretiens et pour une discussion d'évaluation au terme de ceux-ci" (Métraux 1995:20f.).

Comme condition pour la collaboration dans un contexte de co-thérapie, *Appartenances* définit trois règles à l'intention des interprètes: d'abord l'acceptation par l'interprète de normes éthiques et déontologiques, notamment du secret professionnel; ensuite le respect du devoir d'information; et enfin le devoir de transparence à propos de cette situation à l'égard des patients (cf. Métraux 1995:20). Nous partons du postulat qu'une co-thérapie réussie - utile en particulier dans le contexte psychothérapeutique - requiert une formation spécifique permettant d'exercer et de prendre conscience des divers rôles et constellations possibles.

Résumons encore une fois les principaux aspects des diverses fonctions de l'interprète: les rôles de l'interprète correspondent à des attitudes et des fonctions *idéalement bien définis*. Dans la réalité, ils n'apparaissent cependant toujours qu'en variations et combinaisons. Au cours d'un entretien les rôles changent en fonction de l'objectif, du thème et des facteurs inhérents à la situation de l'interaction. Les divers rôles se distinguent quant à leur degré *d'activité* et *d'autonomie*: la traduction *littérale* attribue à l'interprète un rôle très passif au sens d'un 'instrument humain'. Le rôle de *médiateur culturel* implique que l'interprète dispose d'une certaine latitude de décision et d'intervention. En tant qu'*'avocat du patient* et de *co-thérapeute*, l'interprète gagne en influence et en pouvoir. Ceux-ci ne sont toutefois possibles et bénéfiques qu'à certaines conditions. Dans la pratique, les diverses fonctions de l'interprète supposent de la *flexibilité*, de la *confiance* et des ajustements *clairs*, par le biais de discussions de préparation puis d'évaluation de l'entretien, par exemple.

4.4.2 Les conflits de rôle

Le fait d'endosser des rôles divers entraîne des conflits et des confusions dans la compréhension de ceux-ci. Ces problèmes résultent surtout du manque de clarté et de la diversité des attentes des personnes impliquées à l'égard de l'interprète. Il n'est pas rare, par exemple, que l'interprète reçoive des doubles messages, notamment en ce qui concerne ses

compétences et sa subjectivité. La majorité des conflits et des difficultés découlent du fait que le rôle de l'interprète au sein de la triade n'est pas assez clairement défini.⁹³

Kaufert et Koolage (1984) présentent une étude relativement précise des différentes fonctions de l'interprète et des conflits de loyauté et de pouvoir qui en résultent au sein de la triade. Ils partent de l'observation que les attentes parallèles et divergentes quant au rôle de l'interprète soumettent celui-ci à une pression et à un stress considérables. Les conflits ont trait d'une part au flou de la position de l'interprète au sein de la clinique et dans ses rapports avec le personnel médical, et d'autre part à la dissonance de ses différents rôles pour l'interprète lui-même. Lindbom-Jakobson (1992) définit cette situation comme un champ de tension entre la neutralité que l'on attend de l'interprète et son implication émotionnelle dans la situation. La résonance de ses expériences et blessures propres rendent impossible une attitude neutre de l'interprète:⁹⁴

"In this treatment triangle there are many «magnetic fields» that can emerge: apart from managing the interpretation task according to the rules, the interpreter will be busy fighting his own internal tendencies of disintegration and trying to maintain his neutrality" (Lindbom-Jakobson 1992:4f.).

Ces difficultés sont renforcées par le fait que l'interprète se trouve souvent lui-même, personnellement, en plein processus d'intégration. En raison de la précarité de sa propre position, une *démarcation* claire par rapport aux patients est essentielle. Mirdal (1988) souligne la nécessité d'une relation professionnelle, entre interprète et patient également: "(...) it is important for the interpreter just as much as for the therapist to establish a professional relationship to the patient". (ibid:329). Une relation professionnelle avec le patient implique toutefois un rapport 'sain' de l'interprète avec sa propre histoire: "A natural professional attitude requires that the interpreter feels comfortable with her relationship with her own background" (ibid). Il y a risque sinon d'une loyauté démesurée au patient ou du rejet de celui-ci par l'interprète, ce qui tendrait à occulter les conflits et à rendre leur accès plus difficile pour l'élaboration thérapeutique.⁹⁵ Le thérapeute doit soutenir l'interprète dans l'exercice de sa/ses fonction(s) et dans l'établissement de sa démarcation professionnelle⁹⁶:

"(...) he [der Therapeut, Anm. d. A.] must guard and respect the special role of the interpreter both during and after the therapeutic session. That is to say, the therapist must guard against his desire to make the interpreter into a colleague in order to share the treatment responsibility with him. It is also important that the therapist (...) partly functions as a supervisor for the interpreter so that he can be strengthened in his role and continue to be useful in his function" (Lindbom-Jakobson 1992:13).

⁹³ Cf. Hardt 1994; Leyer 1991; Mirdal 1988; Putsch 1985; Sluzki 1984.

⁹⁴ Cf. à ce sujet Blöchliger et al. 1997; Dhawan 1995; Mirdal 1988; Steiner 1996.

⁹⁵ Voir aussi Dhawan 1995; Freimanis 1994; Katon & Kleinman 1981; Kaufert et al. 1990; Leyer 1991; O'Neill 1989.

⁹⁶ Voir aussi Dhawan 1995; Downing 1992; Kaufert & O'Neill 1990; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Mirdal 1988.

Les *supervisions, des discussions de préparation et d'évaluation après l'entretien ainsi qu'une formation* (conjointe) à l'intention des interprètes et des professionnels de la santé contribuent à mieux comprendre et élaborer les conflits de rôle.⁹⁷

4.4.3 Pouvoir et statut de l'interprète

La question du pouvoir et du statut de l'interprète constitue une thématique centrale dans la triade thérapeutique avec traduction. Dans les publications, l'accent est mis sur la relation entre les professionnels de la santé et les interprètes, mais la relation entre interprète et patient peut elle aussi être considérée sous cet angle. Kaufert et Koolage (1984) décrivent le rapport de pouvoir entre médecin et interprète comme suit:

"The medical professional's status is legitimated by an university degree and clinical credentials reflecting a systematic period of academic and clinical training. The interpreter's knowledge of an indigenous language and culture conveys power only within the interpreting situation and is unaccredited as a professional or paraprofessional credential" (ebd:286).

Les conflits spécifiques de pouvoir sont donc générés par la combinaison de deux facteurs: le manque de reconnaissance formelle de l'activité de l'interprète d'une part et le pouvoir que lui confère la situation dans le processus de traduction d'autre part. Les principales compétences décisionnelles appartiennent au médecin, même si ce dernier doit céder une part de la maîtrise, et donc du pouvoir, à l'interprète, pendant la traduction, pour que l'entretien avec le patient puisse tout bonnement avoir lieu. Le médecin, en position de supériorité, se retrouve ainsi dans un rapport de dépendance à l'égard de l'interprète dont le statut est inférieur, ce qui peut susciter chez le médecin des sentiments d'incompétence et d'impuissance.⁹⁸ La décision quant à la pondération et à la sélection des informations appartient à l'interprète, ce qui lui attribue – selon l'expression de Kaufert (1990a:225) – une fonction de "gate-keeper".⁹⁹ Le renversement de la hiérarchie du pouvoir peut provoquer chez le médecin le besoin de manifester par un passage à l'acte son statut plus élevé, en disqualifiant l'interprète par exemple. A l'inverse, l'interprète peut faire mauvais usage de sa position de force en gardant pour lui des informations importantes ou en induisant le médecin en erreur (cf. Mirdal 1988:330, Lindbom-Jakobson 1992:6).

Ces luttes de pouvoir peuvent être traitées de plusieurs manières: d'une part les conflits de pouvoir pourraient être désamorcés par *l'amélioration du statut* de l'interprète, par la

⁹⁷ Cf. à ce sujet Diaz-Duque 1982; Downing 1992; Faust & Drickey 1986; Flubacher 1995; Hardt 1994; Kohut 1975; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Marcos 1979; Phelan & Parkman 1995.

⁹⁸ Cf. les explications éloquentes chez Leyer 1991.

⁹⁹ Voir aussi Mirdal 1988; O'Neill 1989; Ostermann 1990; Rendon 1989.

reconnaissance de sa fonction moyennant une formation et une rémunération adéquates,¹⁰⁰ d'autre part, une *relation* de confiance stable entre médecin et interprète¹⁰¹, l'appui et l'accompagnement d'une supervision, pourraient permettre d'élaborer les conflits de pouvoir.¹⁰² La troisième proposition souligne ici aussi l'importance des *discussions avant et après* les consultations.¹⁰³

Mais les conflits de pouvoir surgissent aussi dans la relation entre interprète et patient. Dans la hiérarchie du pouvoir, l'interprète se trouve entre le médecin et le patient. D'une part les interprètes, tout comme les patients, sont la plupart du temps des migrants et à ce titre confrontés à des problèmes concrets similiaires ou du moins ils en ont fait l'expérience. D'autre part l'interprète est perçu par le patient comme faisant partie intégrante d'un système de santé dont lui-même est dépendant dans la situation thérapeutique. Bien que la position des interprètes au sein du système de santé soit fragilisée par des incertitudes professionnelles (salaire, formation, mode d'engagement), ils sont, selon une perspective structurelle, dans une position de supériorité par rapport aux patients. C'est pourquoi on reconnaît parfois également à l'interprète une fonction de rééquilibrage du pouvoir dans une interaction médecin-patient basée sur des conditions de communication a priori assymétriques.¹⁰⁴

Le rôle assigné aux interprètes au sein de la triade est étroitement lié à la position professionnelle qui leur est accordée. La reconnaissance professionnelle de l'interprète dans le champ du système de santé est partout encore très faible. Les raisons de ce déficit ont déjà été évoquées: les professions sociales jouissent d'un prestige très limité au sein du système de santé. De plus, le travail avec et pour les personnes migrantes représente dans une perspective de plan de carrière un domaine particulièrement ingrat. Le public confond encore trop souvent les activités exercées dans ce domaine avec les œuvres caritatives. Les interprètes ne sont pas bienvenus du fait qu'ils sont considérés comme des 'grains de sable dans l'engrenage', une source d'efforts et de problèmes nouveaux dans le travail. La majorité des responsables du système de soins les considèrent d'un œil méfiant. Par ailleurs, le recours à des interprètes a un prix. Dans le contexte des pressions pour réduire les coûts dans le domaine de la santé, de nouveaux prestataires de service ne suscitent guère de sympathie.

Globalement, l'activité de l'interprète reflète les multiples handicaps des personnes migrantes: conditions de travail caractérisées par des salaires médiocres, souvent absence de prestations

100 Voir aussi Acosta & Cristo 1981; Kaufert & Koolage 1984; Mirdal 1988; Sluzki 1984.

101 Cf. Bloom et al. 1966; Dhawan 1995; Faust & Dickey 1986; Flubacher 1995; Hardt 1994; Kohut 1975; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Mirdal 1988.

102 Voir aussi Flubacher 1995; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992.

103 Voir aussi Acosta & Cristo 1981; Bloom et al. 1966; Diaz-Duque 1982; Faust & Dickey 1986; Freimanis 1994; Hardt 1991; Kohut 1975; Leyer 1991.

104 Cf. Freimanis 1994; Kaufert & O'Neill 1990; Kaufert & O'Neill 1995; O'Neill 1989.

sociales complémentaires et manque de reconnaissance formelle. A cela s'ajoutent des horaires de travail irréguliers et un travail sur appel qui confèrent à cette profession une connotation typiquement féminine qui se reflète aussi dans les capacités implicitement requises telles que l'aptitude à la médiation, à l'apaisement de conflits, la faculté d'adaptation, qualités reconnues traditionnellement aux femmes (cf. Kaufert & Koolage 1984; Mirdal 1985).

Le statut des interprètes dans le système des soins se reflète dans les conditions d'engagement et dans les concepts de collaboration professionnelle. Bien que le travail de l'interprète soit une activité exigeante et souvent lourde, il est peu considéré et pas rémunéré à sa juste valeur:

"Powerfull institutional forces, the relative powerlessness of interpreters and migrant clients, and a changing but always confusing ideology of assimilation and integration [are] the determinants of interpreter practice" (Ozolins zit. in Freimanis 1994:326).

4.5 L'interaction au sein de la triade: concepts théoriques sur l'interprétariat et leurs conséquences

Il ne nous paraît pas vraiment utile d'établir une distinction entre publications suisses et étrangères sur les modèles théoriques et les concepts pratiques relatifs à l'interprétariat dans le contexte médical. Le chapitre 5 présente une comparaison des modèles pratiqués en Suisse et à l'étranger. Nous commencerons par donner ci-après un aperçu des différents modèles.

La plupart des publications sur l'interprétariat dans le domaine de la santé se contentent d'une approche assez superficielle de ce thème. L'étude de cette thématique recouvre une période limitée à ces 30 dernières années.¹⁰⁵ C'est surtout au cours des dernières années que les recherches sur l'interprétariat dans le contexte médical se sont intensifiées et que les considérations, au début plutôt générales sur la problématique dans le setting clinique,¹⁰⁶ se sont étendues à des interrogations de plus en plus spécifiques. A l'heure actuelle, les recherches portent davantage sur l'interprétariat à l'intérieur de différentes disciplines scientifiques telles que la médecine somatique¹⁰⁷, la psychiatrie¹⁰⁸, la psychologie (clinique)¹⁰⁹ ainsi que l'anthropologie médicale¹¹⁰.

Dans tous les domaines, le recours à *l'approche systémique* pour l'étude de la situation de triade est fréquent.¹¹¹ Selon *Coe und Prendergast* (1985:235), la triade thérapeutique résulte de dyades sans cesse recomposées qui varient en fonction de l'idée que les différents protagonistes se font du sujet, de la durée et du but de l'entretien¹¹². La triade est décrite comme un système instable de relations incertaines et déséquilibrées. Afin de préserver la stabilité de la position médicale au sein de ce système, il s'agit de veiller à limiter le pouvoir de l'interprète en tant que tiers (Sluzki 1984:400). Cette vision répandue donne lieu, dans les publications, à la

¹⁰⁵ Le premier article sur la thématique de l'interprétariat est dû à Bloom et al. 1966 (USA). Il la traite en partant des difficultés de communication dans la pratique clinique. Il propose une classification typologique avec différents rôles pour l'interprète et en décrit les implications pour la relation entre professionnels de la santé et interprètes. Bloom et al. (1966) représente la référence la plus souvent citée dans les publications ultérieures.

¹⁰⁶ Cf. Diaz-Duque 1982; Faust & Dickey 1986; Kohut 1975.

¹⁰⁷ Cf. Blöchliger et al. 1994; Coe & Prendergast 1985; Hardt 1991; Hardt 1994; Muecke 1983; Putsch 1985; Risteen Hasselkus 1992; Tonnerre et al. 1997b; Woloshin et al. 1995.

¹⁰⁸ Cf. Del Castillo 1970; Kline et al. 1980; Marcos et al. 1973b; Phelan & Parkman 1995; Sabin 1975; Sluzki 1984; Smart & Smart 1992; Westermeyer 1990.

¹⁰⁹ Cf. Acosta & Cristo 1981; Alvir & Métraux 1997; Dhawan 1995; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Métraux 1995; Métraux & Alvir 1995; Mirdal 1988; Steiner 1996; Tribe 1991.

¹¹⁰ Cf. Kaufert & O'Neill 1990; Kaufert 1990; Kaufert & Koolage 1984; Kaufert et al. 1984; Kaufert et al. 1986; Kaufert & O'Neill 1995; O'Neill 1989; Salis Gross et al. 1997a.

¹¹¹ Cf. Coe & Prendergast 1985; Faust & Dickey 1986; Hardt 1994; Sluzki 1984.

¹¹² Du point de vue théorique, Coe und Prendergast (1985) se réfèrent d'une part au modèle de l'interaction sociale dans la triade de *Georg Simmel*, d'autre part à l'analyse de l'interaction d'*Erving Goffman*.

formulation d'une multiplicité de conseils et de mesures en vue d'assurer une relation optimale avec les interprètes et une maîtrise de la situation à trois.¹¹³

A notre avis, cette approche de l'entretien à trois prête le flanc à plusieurs critiques: en premier lieu, une approche purement technique ne tient pas compte de la dynamique complexe de la triade ni des multiples conflits affectifs qu'elle génère.¹¹⁴ Il est manifeste d'autre part que, sous prétexte 'd'assurer la stabilité de la relation médecin-patient', les auteurs cherchent en fait à préserver les prétentions de pouvoir des professionnels soignants que la présence d'un tiers met en question. Et enfin, les différences socio-culturelles à la base des problèmes de communication – y compris au sein de la triade – sont reléguées au second plan.

Les thèmes pertinents pour la pratique de la triade avec un interprète varient en fonction du domaine d'application. Nous nous proposons de les mettre en lumière ci-dessous et subdivisons à cet effet les modèles théoriques sur l'interprétariat dans le domaine de la santé selon trois domaines scientifiques partiels:

- la recherche biomédicale
- les contributions de la psychiatrie et de la psychothérapie, le domaine psychosomatique y compris
- les concepts de l'anthropologie médicale

Les principales réserves par rapport au recours à un interprète émanent des représentants de la *biomédecine*. La triade est presque toujours considérée comme problématique. Les réflexions semblent souvent tendre à limiter les dégâts. Les contributions sur le sujet se résument essentiellement à des conseils sur la 'bonne attitude à avoir' avec les interprètes.

Les travaux issus de la *psychiatrie et de la psychothérapie* figurent parmi les publications les plus anciennes sur l'interprétariat dans le contexte médical. L'importance de leur nombre reflète les difficultés de la rencontre entre malades psychiques et professionnels de la psychiatrie et de la psychothérapie lorsque l'accès au vécu du patient et l'apport d'une aide adéquate sont entravés par des barrières linguistiques et culturelles. Les publications révèlent une attitude ambivalente à l'égard de l'interprétariat: elle est indispensable tout en dérangeant profondément. Parfois c'est la possibilité de traduire le vécu émotionnel en général qui est mise en question. Un très petit nombre de travaux seulement considèrent l'élargissement du setting thérapeutique également comme une chance.

Ce sont les recherches menées dans le domaine de l'anthropologie médicale qui se montrent les plus optimistes à l'égard de l'interprétariat dans le système des soins. Le recul des chercheurs

¹¹³ Cf. Bloom et al. 1966; Diaz-Duque 1982; Faust & Dickey 1986; Hardt 1991; Hardt 1994; Phelan & Parkman 1995; Putsch 1985; Sluzki 1984.

¹¹⁴ Cf. aussi Leyer 1991.

par rapport à la pratique comporte des avantages et les inconvénients. Ces travaux soumettent la situation de l'interprétariat dans le contexte médical à des analyses certes critiques mais apparemment plus objectives. La perspective est plus large, permet d'inclure des facteurs sociaux très divers et d'examiner l'interaction des acteurs ainsi que l'influence du système de santé. L'interprétariat dans ce contexte est la plupart du temps appréhendée de manière positive comme un élargissement des concepts thérapeutiques existants. Un petit nombre de travaux seulement examinent la mise en œuvre des concepts théoriques et appliquent ainsi rigoureusement les modèles de recherches interdisciplinaires d'intervention (cf. les travaux de aufert et d'O'Neill 1989).

La quasi totalité des travaux sur l'interprétariat dans le contexte médical ont été effectués selon la *perspective des soignants*. Cette approche spécifique rétrécit et déforme bien entendu considérablement la vision de ce qui se passe dans la triade interculturelle thérapeutique. L'influence exercée par le médecin sur la dynamique de la triade est pourtant rarement objet de réflexions. La responsabilité des difficultés et des distorsions de la communication est souvent imputée à l'interprète.

Quelles *erreurs de traitement* peuvent s'expliquer par les problèmes de communication linguistiques et culturels? Très peu d'auteurs ont abordé cette question et sont arrivés à une démonstration scientifique. Dans les années 70, Marcos et al. ont démontré que les difficultés de communication dans le domaine psychiatrique entraînent des erreurs au niveau des diagnostics et des traitements pour les patients souffrant de troubles psychiques (Marcos et al. 1973b). Kareem & Littlewood ont confirmé ces observations (Kareem & Littlewood 1992). Il n'y a guère eu, depuis, de recherches dans cette direction. On peut citer un seul travail dans le domaine biomédical qui ait examiné ces risques de manière scientifique et démontré dans quelle mesure les résultats des efforts médicaux sont susceptibles d'être améliorés par le recours à une traduction adéquate. Une étude américaine a mis en évidence la fréquence des anesthésies inappropriées dans le cas de patients non anglophones (Todd et al. 1993) Un projet du Fonds National en cours à Lausanne démontre que le support de l'interprétariat est souvent souhaité dans les polycliniques médicales et psychiatriques, mais que, pour toutes sortes de raisons, il n'est pas mis à disposition.¹¹⁵ Ce projet se propose de clarifier dans quelle mesure les situations de traitement se modifient lorsqu'il y a intervention d'un interprète professionnel.

Blöchliger et al. (1994) ont interrogé des praticiens généralistes dans trois cantons. Une partie d'entre eux a également affirmé avoir besoin de l'assistance d'un interprète pour conduire un traitement adéquat (Blöchliger et al. 1994). Ce constat fait actuellement l'objet de recherches

¹¹⁵ Dans 9% des consultations avec des patients étrangers (résidant en Suisse depuis moins de 5 ans, âgés de plus de 16 ans et de nationalité étrangère) une traduction était considérée comme souhaitable, mais n'était pas mise à disposition (cf. chap. 2).

dans le cadre d'un projet également mené sous l'égide du Fonds National (Hatz & Salis Gross 1995; Blöchliger et al 1997).

4.5.1 L'interprétariat dans le contexte biomédical

Dans le contexte de la médecine somatique, la situation de la triade est plutôt considérée comme une source de problèmes. On craint que les propos ne soient déformés par l'interprétariat et l'on souligne également l'investissement de temps et les problèmes d'organisation (notamment dans les situations d'urgence).¹¹⁶ Ces craintes se traduisent par l'établissement de longues listes de conseils et de mesures en vue de la collaboration avec les interprètes. Les médecins considèrent souvent les interprètes comme "«noise» in the system" (O'Neill 1989:335).

Dans la biomédecine, les problèmes de communication avec les patients allophones sont facilement mis sur le compte de 'facteurs culturels'. On assiste ainsi à une tendance à exagérer le rôle des ces derniers dans les problèmes et les conflits dans le traitement alors qu'une perspective socio-politique serait davantage pertinente pour les expliquer. Dans la biomédecine, on a tendance à considérer la culture comme un facteur certes fascinant mais dérangeant et susceptible d'occulter d'autres facteurs plus importants: "more interest is shown in drum dancing for example, than in class relations or alienation" (*ibid*:341). Cette propension à déplacer le centre de gravité affecte également les interprètes, sollicités surtout de fournir des informations sur les particularités propres à une culture mais plus rarement appelés à offrir une médiation entre deux systèmes sociaux distincts confrontés à ces problèmes.

Les médecins attachent de leur côté une grande importance à la question de la 'compliance'. On entend par compliance la coopération des patients avec le médecin et le respect des prescriptions (par exemple la prise des médicaments prescrits). Les problèmes relatifs à la compliance sont généralement considérables en médecine et peuvent être compris comme l'expression de problèmes de hiérarchie et de communication. La difficulté de trouver un langage commun pour nommer la maladie et le traitement et d'agir en complémentarité complique encore davantage les contacts avec les patients de langue étrangère. Les soignants de la médecine somatique avancent donc comme principal intérêt du recours à un interprète l'amélioration de la compliance (vgl. Blöchliger et al. 1994) et le devoir du médecin d'informer le patient. La thématique autour du devoir du médecin d'informer le patient et de s'assurer de son consentement éclairé pour le traitement (en anglais: 'informed consent') est abordé surtout dans les publications américaines.¹¹⁷

¹¹⁶ Voir aussi Bloom et al. 1966; Haffner 1992.

¹¹⁷ Pour le consentement éclairé, 'informed consent,' voir Marta 1996, une auteure qui étudie ce concept dans une perspective linguistique; Muecke 1983; Putsch 1985 ainsi que Woloshin et al. 1995.

Parmi les contributions, souvent peu étayées, consacrées à l'interprétariat dans le domaine sanitaire, trois publications américaines traitant de cette thématique plus en profondeur sortent du lot (cf. Hardt 1991; Hardt 1994; Putsch 1985; Woloshin et al. 1995). Ces auteurs fournissent eux aussi des conseils pour optimiser la triade médecin-interprète-patient. Mais ils présentent, de plus, un aperçu historique utile sur le développement (y compris juridique) de l'interprétariat dans le domaine des soins aux Etats-Unis. Quant au contenu, ces auteurs ont en commun la référence théorique à des constatations issues de l'anthropologie médicale.

L'approche du modèle explicatif (*explanatory model framework*), devenu célèbre depuis, de l'ethnomédecin Arthur Kleinman (1980) se trouve ici au centre. Kleinman définit les modèles explicatifs comme des "notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process" (ebd:105).¹¹⁸ La connaissance des modèles explicatifs facilite l'établissement de références entre les aspects sémantiques de la maladie et les systèmes du savoir médical. Le tableau synoptique des significations personnelles, traditions, schémas familiaux, concepts scientifiques, facteurs de pouvoir, spéculations médicales et faits bruts, permet de relier ces éléments entre eux. Dans la pratique clinique, les modèles explicatifs servent à faire de l'ordre, à transmettre des contenus porteurs de sens et à concevoir des programmes thérapeutiques en se posant des questions sur cinq thèmes médicaux centraux (*five core clinical questions*):

- les causes de la maladie
- la date et les circonstances du début de la maladie
- la pathophysiologie (c.-à-d. les processus pathologiques dans le corps)
- l'évolution de la maladie
- le traitement de la maladie.

La transmission de ces modèles explicatifs inscrits dans des structures sociales et culturelles est essentielle pour la communication entre médecins et patients. L'accès à ces supports est toutefois fortement tributaire d'un langage commun. C'est pourquoi les auteurs ci-dessus considèrent l'interprète comme le médiateur le plus important dans le processus de négociation au sein des modèles explicatifs impliqués. Hardt, Putsch, Woloshin et al. mettent toutefois l'accent sur les explications 'spécifiquement culturelles' de la maladie et prennent ainsi le risque, à notre avis, de négliger d'autres facteurs essentiels pour la communication. Les auteurs demandent donc de prendre en compte dans la formation des interprètes les représentations de la maladie spécifiquement liés à une culture. Hardt (1991) prenant en considération, de manière exemplaire, la formation du personnel médical, a développé un important matériel

¹¹⁸ Cf. aussi chapitre 4.5.4 'L'interprétariat dans une perspective de l'anthropologie médicale'.

didactique¹¹⁹. Il souligne lui aussi l'importance des aspects spécifiques à la culture, privilégiant ainsi, dans une certaine mesure, l'impact des facteurs culturels.¹²⁰

4.5.2 L'interprétariat dans le contexte psychiatrique et psychothérapeutique

Les premières études approfondies sur l'interprétariat dans le contexte clinique et les rares recherches quantitatives ont été menées dans le secteur psychiatrique. Il convient de mentionner ici Luis R. Marcos, pionnier dans ce domaine, qui s'est intéressé à la thématique de l'interprétariat par le biais de la question du bilinguisme dans les entretiens psychiatriques. Les publications ultérieures dans le domaine psychiatrique se réfèrent toutes, sans exception, aux travaux et constats de Marcos et de son équipe de chercheurs.¹²¹

Avant de traiter dans les détails le thème de l'interprétariat dans le contexte psychiatrique et psychothérapeutique, nous exposerons quelques réflexions fondamentales sur l'emploi d'une langue étrangère dans les situations thérapeutiques. Les travaux sur ce sujet sont dus presqu'exclusivement à des auteurs du secteur de la psychiatrie et de la psychanalyse.

4.5.2.1 Digression: langue maternelle et langue étrangère dans la situation thérapeutique

La possibilité de communiquer dans sa langue maternelle comporte des avantages considérables dans toute situation thérapeutique. Aussi nous sommes d'avis que le recours à l'aide d'un interprète constitue bien souvent une solution préférable au «baragouinage» d'un des interlocuteurs dans une langue qui n'est pas la sienne. A l'appui de ce postulat nous nous proposons d'évoquer la signification respective de la langue maternelle et de la langue étrangère dans la situation de traitement. Les situations thérapeutiques qui permettent le recours aussi bien à la langue maternelle qu'à la langue étrangère, en d'autres termes les traitements bilingues, sont en effet particulièrement propices à l'étude de cette thématique. Les thérapies parfaitement bilingues sont toutefois très rares. Souvent l'un des deux interlocuteurs maîtrise mal la seconde langue (et n'est pas familiarisé avec le contexte socioculturel qu'elle implique).¹²²

119 Cf. Hardt 1991: "Medical Interviewing across Language Barriers" (Vidéos et manuel).

120 Dans son manuel sont discutés des exemples d'entretiens conduits avec l'aide d'un interprète, présentés dans les vidéos. Sont étudiés dans ce contexte les pratiques médicales en relation avec la culture, les problèmes inhérents à l'interprétariat et les difficultés résultant de la situation triadique. En annexe, Hardt (1991:93ff.) présente, entre autres, un listing de notions liées à la compréhension de la maladie imprégnées par la culture.

121 Murray Alpert, Martin Kesselmann et Leonel Urcuyo faisaient partie de ce groupe de chercheurs.

122 Dans une enquête menée auprès des psychiatres du canton de Zurich, 117 sur 164 ont certes indiqué avoir en traitement des personnes non germanophones et précisé qu'ils et qu'ils continueraient à prendre de tels patients en traitement (71%). 27 d'entre eux (23%) ont signalé n'être pas de langue maternelle allemande. 86 (52%) ont

La quasi totalité des études portent sur les *patients* de langue étrangère dans un contexte psychiatrique et psychothérapeutique. Il est significatif que l'on n'ait en revanche guère examiné l'influence, sur le processus thérapeutique, du fait que les *soignants* parlent une langue étrangère.¹²³ La situation dans laquelle les patients parlent leur propre langue alors que les soignants s'expriment dans une langue qui n'est pas la leur est intéressante, notamment si l'on pose comme hypothèse que les thérapeutes se sentent humiliés de ne pas maîtriser parfaitement une langue. Ils se retrouvent ainsi dans une situation que les migrants ne connaissent que trop bien et qui doit être travaillée dans toute psychothérapie (cf. Leyer 1991). Dans ma propre expérience (R.W.), la réaction des patients face à mes lacunes sur le plan de la langue fournit des renseignements significatifs à propos d'aspects actuels de la compréhension du transfert. L'inversion de l'avantage linguistique offre de plus un espace de projection spécifique pour les sentiments qui émergent lorsque la communication est plus difficile. Ces ressentis, parfaitement perceptibles dans le contre-transfert, constituent un matériel utile pour l'interprétation.

Quels avantages y a-t-il à pouvoir communiquer dans sa langue maternelle dans la situation thérapeutique? Dans un des premiers travaux sur l'importance de s'exprimer dans sa langue maternelle ou dans une langue étrangère dans la situation thérapeutique, Buxbaum (1949) a relevé que les souvenirs de la petite enfance sont ravivés s'ils sont évoqués dans la langue maternelle, que c'est alors seulement qu'ils se prêtent alors seulement à une élaboration analytique (1949:282). Elle s'appuie à cet égard sur le concept de Sterba (1937) de *la triple signification psychique de la langue* en psychothérapie: Transmettre en premier lieu des contenus *conscients* que le sujet *veut* communiquer. Communiquer ensuite des contenus *inconscients* par le biais de la communication consciente. C'est à ces informations non-explicites que se rapporte le travail d'interprétation. Et enfin, les particularités de l'expression et de la manière de parler peuvent renvoyer, au-delà du langage, à du matériel inconscient (cf. Sterba 1937, cité in Buxbaum 1949:284s). Buxbaum considère que ce dernier niveau de la communication verbale, à savoir *la manière* dont quelque chose est dit, est le plus important. Elle suit en cela Reich (1927) qui conseillait d'être attentif lors du travail analytique, notamment pour l'analyse des résistances, davantage à la manière de communiquer qu'au contenu de la communication. Ce niveau de la communication est en même temps celui qui se prête le moins à être objectivé. Il faudrait rajouter, quatrièmement, que le langage donne des indications sur le contexte socioculturel signifiant pour la thérapie.

indiqué qu'ils prenaient également en charge des patients non européens. Au vu de la difficulté que les patients étrangers rencontrent pour être admis en psychothérapie dans une langue autre qu'une des quatre langues nationales, ces chiffres surprennent. (Source: Weiss, Regula 1995, étude propre non publiée).

¹²³ Dans sa fonction d'enseignant analyste, Caruso a encouragé ses élèves analystes à s'exprimer dans leur propre langue tant qu'ils ne maîtrisaient pas suffisamment bien la sienne. Pour leur permettre de s'exprimer dans leur langue maternelle, il a accepté de ne pas comprendre parfois (sur le plan verbal) lui-même grand'chose (cf.l. Caruso & Duque 1966).

Le recours à une langue étrangère ou à la langue maternelle dans la situation thérapeutique devrait donc revêtir un grand intérêt pratique du fait qu'il permet de saisir d'emblée la *manière* et la *signification* du mode de communication choisi.

L'expérience des relations d'objet primaires influe considérablement sur le développement du langage. Les conflits de la petite enfance sont inévitables dans ces relations. Dans la mesure où ils ne sont pas résolus dans les phases suivantes du développement, ces conflits restent liés à la langue maternelle. Dans de nombreuses thérapies bilingues seul le recours au vocabulaire de l'enfance permet l'accès aux traumatismes précoces et aux conflits centraux. Dans le cas de patients de langue étrangère, l'emploi de la langue maternelle permet d'élaborer des conflits névrotiques qui ne seraient guère accessibles autrement. Les résistances à l'élaboration des fixations névrotiques apparaissent cependant dans toute thérapie. Le refoulement porte sur les émotions réactivées par l'emploi respectif de la langue maternelle ou de la langue étrangère. Le refus de personnes bilingues de se servir de leur langue maternelle peut viser à maintenir loin de la conscience des conflits non-élaborés, nés des relations avec des personnes de référence essentielles au sein de l'univers de leur langue maternelle. Ou, pour reprendre les termes d'une patiente de Buxbaum définissant son désir d'une 'vie nouvelle' dans l'émigration: «Now I will be different, I will never again be swept away by my feelings» (1949:282). Le renoncement à l'usage de la langue maternelle peut ainsi avoir pour fonction inconsciente de disposer d'un 'langage secret' qui rend l'élaboration des conflits beaucoup plus difficile. A l'inverse, la deuxième langue du patient peut être associée à un matériel menaçant, ce qui interdit son acquisition et son utilisation dans un premier temps.

Passons maintenant à l'influence du bilinguisme sur les traitements psychiatriques. Dans ses travaux, Marcos examine dans une perspective psychanalytique l'influence du bilinguisme sur les entretiens psychiatriques conduits dans une autre langue que la langue maternelle du patient¹²⁴. Pour ce faire, les interviews ont été menés d'abord dans la langue maternelle des patients, puis dans la langue étrangère. Marcos (1976b) relève le risque d'erreurs d'interprétation inhérents à ce type d'entretiens psychiatriques et de psychothérapies. Le "parler étranger" (das "fremde Sprechen" R.W.) modifie les dispositions émotionnelles et réduit l'espace de la modulation affective. La distance émotionnelle plus grande des patients comporte des avantages et des inconvénients qu'il y a lieu de prendre en considération:

"The bilingual patient's difficulty in integrating emotions and experiences, the displacement and blocking of affects, and the reinforcement of obsessive resistances may give rise to misinterpretations and distortions of their problems. Conversely, the language barrier may facilitate the verbalization of highly charged material by patients who feel «protected» by the linguistic detachment" (ebd:558).¹²⁵

¹²⁴ Cf. Marcos 1976a; Marcos 1976b; Marcos & Alpert 1976; Marcos et al. 1973a.

¹²⁵ "Die Schwierigkeiten bilingualer Patienten, Gefühle und Erfahrungen zu integrieren (d.h. sie zu erkennen und zu verarbeiten), ihre Verschiebung und Hemmung von Affekten (d.h. spezifische unbewusste Abwehrformen) und die Verstärkung des Widerstandes (gegen ihr Bewusstwerden und Durcharbeiten) kann Anlass

L'emploi de la seconde langue dans l'entretien psychiatrique et psychothérapeutique modifie donc en particulier l'accès à des expériences psychiques précoce liées à la langue maternelle. Marcos et Alpert (1976) soulignent toutefois également un avantage de cette obstruction de l'accès à des expériences précoce: le recours à la langue étrangère permettrait aux patients d'éviter l'usage de la langue associée à des fantasmes et à des souvenirs fortement chargés émotionnellement et de prendre ainsi de la distance par rapport à d'importants traumatismes psychiques:

"(...) speaking English [qui est ici la seconde langue, note de l'auteur] meant avoiding the language of their key fantasies and memories, enabling them to detach themselves from significant psychic traumata" (ebd:1276).¹²⁶

Marcos souligne à plusieurs reprises cet avantage de la distance émotionnelle due à l'usage d'une seconde langue et qui permet de faciliter l'accès à du matériel traumatique ou affectivement surinvesti:

"The bilingual patient (...) may be able to reveal in the second language experiences which in the first language would have remained unavailable" (Marcos 1976b:557).

D'autres auteurs relèvent également cet effet positif de la distance facilitée par la langue, Caruso & Duque 1966 par exemple. Selon Krapf (1955), cette distance rendrait toutefois l'élaboration de désirs pulsionnels et de sentiments archaïques plus difficile. En présence d'un surmoi très rigide, associé à la langue maternelle et barrant l'accès aux pulsions du ça , il serait plus facile d'aborder les conflits en utilisant le 'nouveau' surmoi, plus indulgent de la seconde langue pour alléger des souvenirs traumatisants. Nous estimons toutefois que Marcos et Alpert n'insistent pas suffisamment sur le fait que l'évitement de souvenirs pénibles ou d'émotions fortes grâce au recours à la seconde langue ne saurait guère comporter un bénéfice à *long terme* dans le processus psychothérapeutique. Nous doutons que l'accès à la compréhension des conflits actuels du patient et leur élaboration à long terme soient ainsi facilités. L'apparition de souvenirs pénibles dans la langue étrangère peut certes permettre de franchir un premier pas par dessus le seuil du refoulement de souvenirs traumatisants, mais guère l'élaboration et l'intégration du

zur Fehlinterpretation und Entstellung ihrer Probleme geben. Umgekehrt kann das Sprachhindernis das Verbalisieren von hochbesetztem Material (d.h. affektiven Themen mit Konfliktpotential) bei Patienten erleichtern, welche sich durch die sprachliche Distanzierung «beschützt» fühlen" (Marcos & Alpert 1976:558, Traduction et explication de termes psychanalytiques, R.W.).

¹²⁶ Pour le rapport langue maternelle-émotionalité voir aussi Buxbaum 1949; Del Castillo 1970; Greenson 1982; Métraux 1995; Velikovsky 1934 Westermeyer 1990.

traumatisme. Celles-ci sont tributaires d'une réactivation du vécu émotionnel qui est difficile à verbaliser dans la seconde langue.¹²⁷

La force des expressions dans la langue maternelle et dans la seconde langue est aussi liée au pouvoir magique des mots qui perdure même à l'âge adulte. Le développement du langage dans la petite enfance est étroitement lié au développement du moi, à la communication active et au rapport au monde interne et externe. Lorsque l'enfant apprend des mots, il fantasme sur leur omnipotence dans le contrôle de l'objet, c'est-à-dire pour la satisfaction des désirs. Plus tard, au moment de la formation du surmoi qui remplace l'autorité des parents, le langage est soumis à son influence et, dans certaines situations, dominé par lui. Même à l'âge adulte, on accorde un pouvoir magique aux mots (de la langue maternelle) à forte charge émotionnelle. Verbaliser les expériences dans la langue de leur contexte peut les actualiser, les rendre réelles et, le cas échéant, provoquer des peurs incomprises. L'emploi de la langue étrangère rend en revanche ces expériences irréelles et permet ainsi la distanciation.

L'acquisition et l'utilisation d'une langue étrangère ne permet pas seulement de se distancier d'expériences traumatisantes, mais aussi de construire un nouveau système de défenses contre les souvenirs d'enfance désagréables ou de vieilles images de soi.¹²⁸ Ceux-ci étant beaucoup plus accessibles dans la langue maternelle, l'avantage de pouvoir utiliser celle-ci au bon moment comme instrument thérapeutique est considérable:

"Der Gebrauch der Muttersprache war eine Technik, die die starke Abwehr durchbrechen sollte, welche die alte strukturelle Konstellation von der neuen isolierte. (...) Es ermöglichte ein Durcharbeiten vieler Erkenntnisse, die bis dahin in der Therapie nicht zugänglich gewesen wären" (Greenson 1982 (1950):20).¹²⁹

La communication dans la langue maternelle facilite ainsi l'intégration du passé, exigence centrale du traitement psychanalytique. Sans l'inclusion, dans la langue étrangère, des parties scotomisées de sa propre histoire, la dynamique névrotique demeure intacte, l'identité du moi reste 'amputée' et l'élaboration de conflits importants ne peut se faire que de manière rudimentaire. (cf. Buxbaum 1949:288).

Un passage subit de la langue étrangère à la langue maternelle représente souvent par ailleurs, en réactivant des désirs pulsionnels, une menace que le surmoi s'empresse de contrôler. Le

¹²⁷ Il appartient au thérapeute de cadrer le processus thérapeutique de manière à éviter des réactivations de traumatismes trop lourds en cours de thérapie.

¹²⁸ La thèse de Greenson (1982 [1950]:20f.) selon laquelle l'emploi de la seconde langue peut servir au refoulement de la vieille image de soi, est importante pour le travail thérapeutique avec les migrants. Ils ont besoin d'être accompagnés sur le difficile chemin vers une nouvelle image de soi, dans un processus de découverte de leur identité.

¹²⁹ Pour la situation de la psychothérapie voir aussi Foster 1992; Greenson 1982 [1950]; Krapf 1955; Lagache 1956; Rozensky & Gomez 1983. Ces auteurs se sont certes intéressés à la situation de la psychothérapie bilingue, mais ils se sont contentés d'étudier une clientèle quasi parfaitement bilingue de psychanalystes eux aussi parfaitement bilingues. (Pour la question de la 'Language Independence', fréquemment mentionnée dans ce contexte, voir Macnamara 1967).

surmoi devenant le contrepoint du parler magique dans la langue maternelle, impose le silence (cf. Buxbaum 1949:286). Cette augmentation de la résistance n'est évidemment pas bienvenue et peut facilement conduire à la rupture de la thérapie. Il s'agit donc de décider avec souplesse, si et à quel moment de la dynamique spécifique à la relation de transfert, un passage à l'emploi de la langue maternelle est opportun ou non.¹³⁰

Dans les thérapies qui permettent en principe le choix de la langue, (maternelle ou étrangère) le passage spontané (des patients) d'une langue à l'autre constitue de toute façon un matériel hautement significatif. Le changement de langue renvoie à des conflits entre deux mondes qui se distinguent par l'espace, le temps et la langue. Le 'parler étranger' ne se distingue guère ici de la signification symptomatologique du bégaiement, du bredouillement et des lapsus. La langue étrangère et la langue maternelle peuvent devenir un instrument important au sein de la relation psychothérapeutique qui aide dans la prise de conscience de thèmes restés liés à des imprégnations précoces. La question technique de la gestion du besoin (inconscient) de distanciation émotionnelle par le choix de la langue, donc de l'utilisation de la langue étrangère et de la langue maternelle pour la psychothérapie, peut recevoir des réponses diverses.

Greenson permettait par exemple à une patiente de choisir au début de chaque séance la langue dans laquelle elle voulait s'exprimer (*ibid*:18). Cette décision représente déjà en soi un matériel important avec lequel on peut travailler. Krapf (1955), lui-même multilingue, et confronté dans son activité psychanalytique dans l'Argentine de l'après-guerre à de nombreuses langues maternelles différentes, a étudié la fonction du passage de la langue maternelle à la seconde langue. Pour lui, l'emploi de la langue maternelle ou de la seconde langue est en relation étroite avec des exigences actuelles du surmoi. La seconde langue permet le recours au surmoi 'plus indulgent' fourni par la 'nouvelle' identité du moi acquise au travers de la langue étrangère (1955:350). Krapf appuie, à l'aide d'exemples de cas, l'hypothèse de Isakower (1939) selon laquelle le développement du surmoi est fortement lié à des imprégnations auditives et démontre que le recours à la langue maternelle peut, le cas échéant, être inefficace en présence d'un surmoi rigide. Pour Fenichel (1997 1945) lui aussi, le rapport à la langue est avant tout déterminé par les lois du surmoi. Buxbaum (1949) considère également l'emploi de la seconde langue comme un mécanisme de défense possible pour assouplir un surmoi rigide:

«The ability to speak foreign languages (...) can be employed as additional defense mechanism, reenforcing repression, and also as a means of weakening the strength of the superego» (Buxbaum 1949:288)

Krapf met l'accent sur le but de l'emploi de la seconde langue, à savoir réduire l'angoisse et sur l'effet positif de ce recours pour le moi face à un surmoi répressif:

«Whether a patient uses a second language to resist analysis by 'reenforcing repression' or to further it by 'weakening the strength of a paralyzing prohibitive superego', the meaning of the choice for the ego is

¹³⁰ Ces thèmes spécifiques autour de la gestion de la langue maternelle constituent à notre avis une thématique qui n'est pas assez prise en compte dans les situations de l'interprétariat.

always the same: the ego is protected against intolerable anxiety caused by the superego. (...) The common determinator of the motivation that underline the choice of language that in a particular situation is least likely to provoke a feeling of anxiety or, conversely, most likely to give him a feeling of security» (1955:354ss.)

En renforçant le moi, le choix de l'emploi de la seconde langue peut représenter ainsi un mécanisme de défense plutôt positif que négatif. Le 'nouveau' surmoi est renforcé dans la seconde langue aux détriment de celui plus archaïque de la langue maternelle. L'idéal du moi de la seconde langue, déterminé par des traits de caractère fortement valorisés, soutient le moi contre l' 'ancien' surmoi, déterminé par le ça et générateur d'angoisse (356). Krapf recommande par conséquent une gestion du bilinguisme qui prenne en compte la nécessité de réguler le niveau de l'angoisse dans la thérapie:

«It is clear, that psychoanalytic technique - directed as it is to provocation of play and counterplay between arousal and the alleviation of anxiety - will sometimes discourage and sometimes favour the use of a particular language» (356).

Il nous semble important de relever à ce propos que ces avantages techniques de la psychothérapie bilingue ne peuvent se manifester que si tous deux - patient *et* thérapeute - maîtrisent bien les langues utilisées. Dans la mesure où le recours à la seconde langue sert à la régulation du niveau de l'angoisse, il est concevable sur le plan thérapeutique, même si tout n'est pas compris. Ou, pour reprendre les paroles de Wilhelm Reich: L'exploration analytique doit s'orienter plutôt sur *comment* quelque chose est dit que sur *ce qui* est dit (Reich 1927). Un certain «baragouinage», une densité réduite du langage présentent effectivement des avantages pour le patient dans la psychothérapie.

La possibilité subsiste néanmoins que le bilinguisme favorise la scotomisation d'importantes composantes émotionnelles. Motiver les patients à réfléchir eux-mêmes à la fonction respective de la langue étrangère et de la langue maternelle dans la situation thérapeutique immédiate pour en tirer profit dans le processus thérapeutique peut par ailleurs être bénéfique.

L'usage de la langue étrangère et de la langue maternelle n'influe pas uniquement sur la dynamique du processus psychanalytique, mais aussi - en amont - sur l'appréciation par les spécialistes soignants des symptômes présentés. Cette question n'a elle aussi suscité que quelques rares travaux scientifiques. Une des études les plus souvent citées à ce propos est encore due à Marcos et à ses collaborateurs. Des interviews, menées par deux psychiatres respectivement, en espagnol et en anglais pour l'évaluation psychopathologique de dix patients schizophrènes de langue maternelle espagnole, ont révélé des différences marquantes.¹³¹

¹³¹Evaluations effectuées après coup de vidéos avec des interviews psychiatriques menées d'une manière standardisée (BPRS- Brief Psychiatric Rating Scale) par des psychiatres indépendants (cf. Alpert 1970, et Alpert, Marcos & Kesselmann: Evaluation of closed-circuit television as the clinical sample for the assessment of psychopathology and the estimation of treatment response, ca. 1975, unpublished). Chaque couple d'interviews a été évalué par rapport aux différences et aux similitudes au niveau de la syntaxe, du contenu et de la forme (débit

L'investigation menée en anglais a abouti à des conclusions médicales, hautement significatives sur le plan statistique et beaucoup plus graves que lorsque l'entretien avait été conduit en espagnol.¹³² Le changement de langue a eu des incidences tant sur le contenu que sur les composantes paralinguistiques de la communication verbale. Les divergences sont apparues surtout par rapport à des paramètres affectifs. La réponse émotionnelle des patients à la langue de l'interview était manifestement différente.¹³³ Le résultat le plus important réside dans l'observation que même pour les patients dont le vocabulaire anglais avait été jugé plus différencié que leur vocabulaire espagnol, les symptômes psychopathologiques étaient plus graves lorsque l'interview s'était déroulé en anglais.

Dans une étude antérieure, Del Castillo (1970) est en revanche parvenu au résultat inverse. Il a constaté des diagnostics psychopathologiques plus légers lorsque l'examen avait lieu dans la langue étrangère et en a conclu que la communication dans la seconde langue constituait un support à la structuration qui facilitait pour les patients le contrôle de leurs singularités psychiques:

"A language not his own, in which he has to make an effort to understand and to respond, can act as a stimulus that shakes him up, makes him think, and puts him in better contact with reality" (Del Castillo 1970:243).

Les contradictions au niveau des deux résultats s'expliquent en partie par la différence des enjeux pour chacune des expériences.¹³⁴ Il nous semble toutefois plus important d'admettre que l'emploi de la langue étrangère ou de la langue maternelle a une influence essentielle sur les décisions prises par les soignants. Les psychiatres et psychothérapeutes devraient prendre en compte cette constatation dans les réflexions fondamentales sur leur démarche.

du langage, pauses et interruptions). Pour la seconde langue, on constata surtout des problèmes de codage, c.-à-d. la capacité des patients de verbaliser de manière compréhensible des idées, des sentiments, des images etc.

132 Le score BPRS moyen des interviews menées en anglais se situait à 93 points contre 65 points seulement pour le groupe où l'on a utilisé l'espagnol (Marcos 1976b:550).

133 Les paramètres les plus fortement influencés par la langue de l'interview sont les suivants: "tension", "humeur dépressive", "hostilité", "anxiété", "retrait émotionnel", "craines somatiques". Les différences au niveau des autres facteurs n'étaient pas significatives du point de vue statistique ("trouble de la pensée", "maniérisme", "grandiosité", "méfiance", "ralentissement moteur", "attitude non coopérante", "contenus de pensée inhabituels", "modulation réduite des émotions", "excitation" ainsi que "désorientation"). L'interprétation fut la plus similaire, c.-à-d. indépendante de la langue employée, pour les "sentiments de culpabilité" et le "comportement hallucinatoire" (Marcos 1976b:551).

134 Les deux investigations concernent des patients psychotiques, mais se sont déroulées dans des conditions très différentes. Dans le setting d'examen de Del Castillo (1970) les patients étaient motivés à montrer une symptomatologie aussi grave que possible pour échapper à la prison. Les patients de l'étude de Marcos montraient en revanche plutôt leur côté sain pour éviter une hospitalisation de longue durée (cf. Marcos et al. 1973b:549). Del Castillo souligne par ailleurs que sa thèse se fondait uniquement sur des observations et ne pouvait prétendre être une théorie universellement valable tant que cette thématique n'aurait pas fait l'objet de plus amples recherches (Del Castillo 1970:242).

Les travaux plus récents sur la psychothérapie menée en plusieurs langues portent sur des aspects relatifs au transfert et au contre-transfert lors du choix d'une langue (cf. Amati Mehler et al 1990, Foster 1992, Rozensky & Gomez 1995).

Avec le 'mythe de Babel', élargissement prometteur de la mythologie psychanalytique, Amathi Mehler, Argentière & Canestri proposent un modèle utile pour l'appréciation du multilinguisme dans le processus thérapeutique. Le mythe de Babel renvoie à certains aspects progressifs et régressifs des relations: est progressif l'abandon de l'illusion narcissique d'une communication universelle possible. La tendance à rechercher la compréhension totale d'avant la tour de Babel est en revanche régressive. Comme le mythe d'Oedipe, le mythe de Babel met en évidence la nécessité de l'exil et de la séparation comme condition à la connaissance future, c.-à-d. à l'évolution. Amati Mehler, Argetière et Canestri renvoient aux propos de Bion (1985) sur la construction de la tour de Babel:

«It is not the successful construction of the Tower to Babel, but its failure, that gives life, initiates and nourishes the energy to live, grow, prosper» (1985, cité par Amati Mehler et al 1995).

Dans beaucoup de thérapies interculturelles, le sujet est en effet appelé à se séparer d'objets anciens, à sortir de la fusion pour aller vers la différenciation et l'individuation qui seules rendent possible la progression dans le monde.

Les résultats des recherches sur l'emploi de la langue étrangère et de la langue maternelle dans le contexte psychothérapeutique peuvent être appliqués également au domaine biomédical. Tous les travaux soulignent que l'utilisation de la langue maternelle permet l'accès à d'autres références affectives que l'expression dans une seconde langue. Vu l'importance considérable que l'on accorde à l'heure actuelle, dans la plupart des autres domaines de la santé également, aux composantes émotionnelles dans l'apparition et le déroulement des maladies - et que ces composantes doivent par conséquent être prises en compte dans la communication avec les patients - ces résultats sont pertinents pour les situations de traitement dans l'ensemble du domaine sanitaire.

4.5.2.2 Situations psychiatriques et psychothérapeutiques avec traduction

Les développements ci-dessus soulignent à quel point le risque d'erreurs d'interprétation dans le travail psychothérapeutique et psychiatrique avec des personnes de langue étrangère est de toute manière considérable. Le recours à des interprètes ouvre de nouvelles possibilités mais comporte aussi des risques. Marcos (1979) et Sabin (1975) ont constaté que la symptomatologie psychique des patients était souvent mal interprétée par les traducteurs (cf. Marcos 1979; Sabin 1975). Selon Sabin, ce sont en particulier les aspects émotionnels que les

interprètes ont de la peine à évaluer correctement. Leur contribution à la récolte de données en vue de l'anamnèse permet certes de poser certaines hypothèses, par exemple par rapport aux phénomènes psychotiques. L'interprétariat modifie toutefois, de manière sélective, la perception que les spécialistes ont de la souffrance du patient:

"(...) while translation allows effective gathering of data on life history and behaviour, allowing recognition of psychotic phenomena, the process may selectively mute our recognition of the patient's despair" (Sabin 1975:199).

En dépit de ces réserves, Marcos et Sabin sont favorables à l'interprétariat dans le contexte psychiatrique. Ils mettent toutefois en garde contre une attente irréaliste à l'égard des interprètes. Cette attitude illustre bien l'ambivalence que reflètent la majorité des publications du secteur psychiatrique et psychothérapeutique: le recours à des interprètes est certes considéré comme nécessaire mais on craint que l'interprétariat entraîne des distorsions et des déformations lourdes de conséquences.¹³⁵ On ne cesse donc de souligner que seule une traduction mot à mot permet aux soignants d'avancer des hypothèses sur les contenus affectifs. (Hardt (1994) évoque quant à lui un 'effet de normalisation' due à la traduction mot à mot qui compense la destructuration de la pensée: "it minimizes the accumulation of disordered thought (...)") (Hardt 1994:174.).¹³⁶ D'autres études seraient nécessaires pour déterminer dans quelle mesure une traduction littérale permet effectivement de réduire les erreurs d'interprétation du fil des pensées par les soignants. Et personne surtout n'a cherché à savoir quels bénéfices ou inconvénients la traduction littérale pouvait engendrer *pour les patients*.

Fait particulièrement frappant: très peu d'études se préoccupent du point de vue des patients sur la triade thérapeutique incluant un interprète. Un travail intéressant décrit à cet égard la différence de perception par les patients et par les médecins (Kline et al. 1980). Le degré de satisfaction des patients par rapport à la présence d'un interprète diverge fortement de celui des médecins. Contrairement aux suppositions émises du côté médical, les patients étrangers préfèrent les entretiens avec traduction aux consultations sans interprète. De même, les prestations médicales fournies dans le contexte de l'interaction à trois suscitent une plus grande satisfaction que celles fournies dans le cadre de consultations sans traduction (*ibid*:530).¹³⁷ Kline et ses co-auteurs expliquent cette erreur d'estimation de la part des médecins comme suit:

" (...) the therapist's uncertainty about his or her data base, general insecurity, and the double amount of time needed for the interview lead to feelings of doubt, helplessness, frustration, and loss of interest. The therapist then erroneously concludes that the patient does not feel helped or understood (...)" (Kline et al. 1980:1532).

Ce sont précisément ces sentiments-là pourtant - doutes , impuissance, frustration et perte d'intérêt - qui pourraient être compris comme l'expression d'une réaction de contre-transfert au

¹³⁵ Cf. à ce sujet Kline et al. 1980; Marcos et al. 1973b; Rendon 1989; Steiner 1996; Westermeyer 1990.

¹³⁶ Cf. Diaz-Duque 1982; Marcos 1979.

¹³⁷ Cf. aussi Acosta & Cristo 1981:480.

sens large du terme, comme une réaction du thérapeute, indépendante du patient, sur la base de sa propre disposition psychique et de la dynamique actuelle. De tels contenus de contre-transfert sont caractéristiques dans les traitements avec des migrants. Identifiés, ils peuvent être aussi considérés et employés comme outils pour le travail d'interprétation.

Conséquence de cette appréciation mitigée de la constellation triadique perçue comme difficile, c'est l'idéal de thérapeutes bilingues qui est souvent postulé pour le setting psychiatrique-psychothérapeutique.¹³⁸ Les situations particulières qui en résultent n'ont toutefois guère fait l'objet de recherches. Le nombre de places pour les thérapies conduites en langue maternelle étant extrêmement limité, les interprètes sont admis comme un mal nécessaire. Afin d'optimiser le setting, et comme condition fondamentale pour une collaboration basée sur la confiance et le respect mutuels, on préconise des entretiens de préparation et d'évaluation de la consultation, des supervisions ainsi qu'une relation si possible stable entre le thérapeute et l'interprète. La triade thérapeutique avec la présence d'un tiers, l'interprète, est aussi comprise parfois comme un processus de groupe restreint avec tout ce que cela suppose du point de vue de la dynamique (cf. Rendon 1989:50).

Ce sont les domaines spécialisés où les traitements avec les migrants sont particulièrement fréquents - la psychosomatique¹³⁹, le traitement des victimes de la violence organisée¹⁴⁰ ainsi que d'un point de vue méthodologique, le setting de la thérapie de famille¹⁴¹- qui sont le plus favorables aux psychothérapies avec traduction. Dans les publications issues de ces domaines, la présence de l'interprète est généralement considérée comme un défi. L'élargissement du setting thérapeutique ouvre de nouvelles perspectives pour le traitement de patients migrants. Une exploitation optimale des ressources qui résultent de la triade nécessite toutefois des modifications au niveau de la technique et du setting. Leyer (1991) décrit la triade thérapeutique, dans une perspective psychanalytique, comme 'lieu de transition' («Übergangsraum») entre l'étranger distant et le familier rassurant, où l'interprète favorise l'égalité du patient dans la communication (Leyer 1991:190).

Dans ce contexte, il nous semble important de relever également la possibilité de triangulation¹⁴² au sein de la triade. La triangulation, potentiellement possible dans toute situation triadique, est présente aussi dans le setting thérapeutique avec un interprète.¹⁴³ Toute

¹³⁸ Cf. à ce sujet Kline et al. 1980; Marcos 1979; Sabin 1975; Westermeyer 1990.

¹³⁹ Voir aussi Leyer 1991.

¹⁴⁰ Cf. à ce sujet Dhawan 1995; Lindbom-Jakobson 1992; Tribe 1991.

¹⁴¹ Cf. à ce sujet Alvir & Métraux 1997.

¹⁴² Par triangulation, on entend en psychanalyse la possibilité du petit enfant de pouvoir se tourner vers un tiers, dans la majorité des cas le père, lors de ses tentatives de se détacher de la mère et d'accomplir ainsi de nouvelles étapes dans son développement. Pour le concept de la dyade et de la triade et pour la triangulation en psychanalyse voir Müller-Pozzi 1995:128ff.

¹⁴³ Lindbom-Jakobson (1992:9) est la seule auteure à aborder cet aspect pour la situation de l'interprétariat.

triangulation a pour objectif la régulation flexible de la proximité et de la distance à l'égard de la personne de référence primaire, ici donc à l'égard du thérapeute. L'interprète permet non seulement une distanciation par rapport au thérapeute mais également une *triangulation culturelle*, en d'autres termes, la possibilité de se «tourner vers» ou «de se détourner de pour se tourner vers» des constructions culturelles qui marquent le comportement et l'être propres à chacun. A nos yeux c'est là un avantage important de l'interprétariat dans le cadre de thérapies.¹⁴⁴

Dans le setting psychothérapeutique, les émotions et les conflits de *toutes* les personnes présentes constituent un matériel susceptible d'être utilisé à des fins thérapeutiques. Les réactions émotionnelles de l'interprète représentent elles aussi une ressource qui peut être intégrée dans le processus thérapeutique. L'espace thérapeutique est généralement conçu comme un lieu de reconstruction de réalités psychiques où le langage joue un rôle central. Dans ce contexte, la fonction de l'interprète est primordiale. Il permet le développement, entre le thérapeute et le patient, d'«appartenances communes» qui constituent un fondement pour le processus thérapeutique (Alvir & Métraux 1997). L'interprétariat établit des points communs en les construisant grâce au support de la langue et en les rendant ainsi reconnaissables. L'interprète ne peut jouer son rôle de médiateur que s'il bénéficie lui-même de cette double appartenance à deux systèmes culturels, ayant ainsi accès aux deux réalités sociales. Cette tâche de médiateur assumée par l'interprète est donc très exigeante et pourtant rarement conçue comme telle.

Il est en revanche fréquemment question de *co-thérapie* et de la valorisation qu'elle implique pour l'interprète au sein de la triade. La technique concrète de la collaboration entre interprète et thérapeute en termes de co-thérapie ne fait toutefois guère l'objet de réflexions. Il est rare que le concept de co-thérapie soit clairement défini.¹⁴⁵ Aussi l'introduction de ce terme nous semble davantage occulter le rôle, mal défini, de l'interprète que le revaloriser. La co-thérapie paraît être plutôt une formule prononcée sans conviction, destinée à dissimuler une différence de pouvoir génératrice de conflits dans la triade. L'inégalité au niveau des compétences décisionnelles ne se modifie pas du simple fait de l'utilisation d'un terme suggérant l'égalité. Il faudrait pour cela des structures sur lesquelles pourraient s'appuyer les efforts visant à une meilleure exploitation des ressources au sein de la triade.

Alvir et Métraux – à notre connaissance les seuls auteurs à publier des travaux sur la collaboration au sein de la triade dans la double perspective de l'interprète et du thérapeute – soulignent également la 'complémentarité' et l'aspect de 'co-thérapie' de leurs fonctions

¹⁴⁴ Leyer 1991 et Mirdal 1988 défendent un concept analogue.

¹⁴⁵ La co-thérapie signifie une collaboration clairement définie entre deux thérapeutes qui déterminent à l'avance des rôles et de stratégies d'intervention pour une psychothérapie. Les rôles possibles diffèrent en fonction du concept et de l'objectif. Du point de vue théorique, les concepts de co-thérapie se fondent sur la thérapie systémique.

respectives (*ibid*).¹⁴⁶ Métraux s'appuie ici sur un setting de thérapie systémique. Dans la mesure où le thérapeute et l'interprète se concertent sur les stratégies d'intervention, on peut effectivement parler d'une répartition des rôles dans le processus thérapeutique. Il est à noter toutefois qu'Alvir prend ses distances par rapport à une fonction et une responsabilité thérapeutiques. Ici aussi, la notion de co-thérapie mériterait d'être reconsidérée.

Il serait intéressant de se pencher sur les raisons de l'apparition de la notion de co-thérapie dans ce contexte. En d'autres termes, quels sont les avantages qui en résultent et pour qui. Dans la thérapie de couple, l'avantage de la co-thérapie par rapport à un thérapeute unique n'a pu être prouvée à ce jour (cf. Gurman 1973:421). On peut partir de l'hypothèse que la co-thérapie correspond avant tout à un besoin des thérapeutes qui attendent de cette collaboration un allègement de leur tâche. (cf. Rosenbaum 1971:509). Le fait qu'il est si souvent question de co-thérapie sans que des concepts élaborés soient présentés en même temps, indique que les soignants de migrants parlant une autre langue caressent aussi le désir, parce qu'ils *se sentent dépassés*, de partager la responsabilité thérapeutique avec les interprètes. On ne devrait pourtant parler de co-thérapie que si ces derniers sont effectivement associés aux processus décisionnels.

Ces considérations nous amènent à préférer des termes tels que 'collaborateur ou collaboratrice thérapeutique' parce qu'ils n'occultent pas la réalité. Marika Lindbom-Jakobson parle de 'co-worker' et, explicitement, pas de 'co-thérapeute' pour désigner les interprètes (Lindbom-Jakobson 1992:11ff.). Elle s'exprime à partir de son expérience de thérapies menées avec des réfugiés victimes de tortures, activité qui la confronte quotidiennement à des questions sur le pouvoir et la violence. Lindbom-Jakobson travaille en étroite collaboration avec ses interprètes et inclut leur affectivité dans le processus thérapeutique. Avec leurs sentiments (de contre-transfert) les interprètes facilitent la rencontre avec les patients. Du fait qu'il peut être vu comme un modèle par le patient, l'interprète représente pour l'auteure une ressource spécifique supplémentaire dans le setting thérapeutique: "the ethnic interpreter becomes a model for the client to follow and to learn from" (ebd:7). Il nous semble par ailleurs que la relation et l'interaction spécifiques entre l'interprète et le thérapeute revêtent également un rôle de modèle et constituent un instrument thérapeutique. Cette interaction peut refléter une pratique culturelle exemplaire dans laquelle la communication est possible et les conflits peuvent être abordés de manière bénéfique.

Les phénomènes de transfert des patients sur l'interprète sont souvent évoqués. Lindbom-Jakobson parle en termes plus justes de 'sentiments qui sont déplacés sur l'interprète' ("displaced feelings", *ibid*:7) du fait qu'il représente l'interlocuteur direct pour le patient.¹⁴⁷ Il

¹⁴⁶ Voir aussi chapitre 4.4.1.4 'La co-thérapie'.

¹⁴⁷ Voir aussi Acosta & Cristo 1981; Leyer 1991; Mirdal 1988; Rendon 1989; Steiner 1996.

n'y a toutefois situation de transfert au sens étroit que si les conflits du patient sont actualisés dans la relation à l'interprète bien qu'ils soient adressés en fait au thérapeute. On peut par ailleurs s'attendre à des phénomènes similaires de contre-transfert sur l'interprète de la part des thérapeutes. L'interprète devient la surface de projection pour les deux autres protagonistes. Cette position peut aussi se traduire par la métaphore de la cible: "The interpreter has a relationship both with the patient and the therapist, has feelings toward both and is at the same time a target for their feelings and their projections" (Mirdal 1985:327). Les pressions dans une telle position de tampon sont grandes. Des situations réelles d'abus sont même tout à fait possibles.

On peut comprendre que les soignants aient de la peine dans la situation nouvelle où la communication directe avec les patients n'est pas possible. La restructuration du setting et de la technique qui s'impose peut entraîner désécurisation, irritation et désarroi chez le thérapeute et conduire à des conflits de pouvoir entre celui-ci et l'interprète.¹⁴⁸ Lindbom-Jakobson (1992) souligne que pendant la consultation il n'y a pas de place pour les sentiments de l'interprète, mais que le monde intérieur de celui-ci doit néanmoins être disponible pour le travail thérapeutique: "he is to listen inwardly, and his parallel task is to handle his inner experiences of the situation without acting upon his feelings" (ibid:14). L'interprète doit ainsi 'conserver' ses sentiments pour les discuter après la séance avec le thérapeute et interpréter les aspects de transfert et contre-transfert.

Le 'non-dit', la 'confusion des langues' et les 'trouble de langage' ('Sprachlosigkeit', 'Sprachverwirrung' und 'Sprachstörung') dont il est partout question peuvent aussi être considérés comme une ressource dans la thérapie (cf. Leyer 1991:191ff.). Dans la triade, les sentiments d'impuissance et de perte de contrôle et de compétence ébranlent les schémas habituels de rôles dans le setting thérapeutique. Il peut en résulter une nouvelle dynamique avec des possibilités d'interprétation passionnantes.¹⁴⁹ On ne pourra toutefois pas faire l'économie de conflits. Pour éviter une escalade on préconise une attribution claire des responsabilités et des rôles pendant l'entretien.¹⁵⁰ Pour rendre leur collaboration fructueuse, le thérapeute et l'interprète doivent élaborer conjointement des concepts, établir des objectifs thérapeutiques communs et examiner le résultat concret de ces efforts dans le cadre de supervisions.¹⁵¹ De nombreux auteurs demandent, de plus, une formation spéciale tant pour les thérapeutes que pour les interprètes.¹⁵²

¹⁴⁸ Cf. Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Mirdal 1988; Tribe 1991.

¹⁴⁹ Voir aussi Flubacher 1995; Mirdal 1988; Rendon 1989.

¹⁵⁰ Voir aussi Dhawan 1995:184; Lindbom-Jakobson 1992:11ff.; Leyer 1991:188.

¹⁵¹ Cf. à ce sujet Dhawan 1995; Tribe 1991. Cette dernière auteure se réfère surtout à la littérature du domaine psychiatrique et psychothérapeutique (Marcos et Sabin).

¹⁵² Voir aussi Acosta & Cristo 1981; Leyer 1991; Steiner 1996.

4.5.3 L'interprétariat dans une perspective de l'anthropologie médicale

Alors que les modèles présentés jusqu'ici permettent de tirer plutôt des conclusions microsociologiques et psychologiques, les approches de l'anthropologie médicale s'attachent davantage au contexte socioéconomique et culturel dans lequel s'inscrit l'interprétariat au sein du système des soins. De même, ce sont surtout des représentants de l'anthropologie médicale qui se sont penchés sur le thème de la marginalisation multiple: – migrants, maladies et accès aux soins. L'anthropologie médicale fournit par ailleurs des concepts permettant une analyse politique et une critique des conditions structurelles qui marquent l'interprétariat dans le système de santé.

Les concepts ethnomédicaux relatifs à l'interprétariat dans le domaine sanitaire se réfèrent en grande majorité aux fondements théoriques de l'école interprétative de l'anthropologie médicale américaine et de l'ethnologie médicale critique américaine. Arthur Kleinman (1980) et Byron Good (1994) figurent parmi les représentants les plus importants de l'approche interprétative de l'anthropologie médicale. La *construction sociale et culturelle de l'expérience et du traitement de la maladie* est au centre de leurs recherches. Dans l'interaction entre médecins et patients le fait de se comprendre et d'être compris mutuellement est primordial. Comme instrument de recherche, Kleinmann a développé le concept des *modèles explicatifs (explanatory model framework)* (cf. Kleinman 1980). Les modèles explicatifs comprennent *l'ensemble* des remarques, idées et notions - concernant un épisode de la maladie et du traitement - émises par toutes les personnes impliquées dans le processus thérapeutique.¹⁵³

Pour dresser l'inventaire des interprétations de la maladie Byron Good et Mary-Jo DelVecchio Good (1981b) ont conçu le modèle du *réseau sémantique de la maladie (semantic illness networks)*. Celui-ci permet de décrire le contexte de réseaux de signifiants distincts sur le plan social et culturel et pertinents pour l'individu.

L'école critique de l'anthropologie médicale américaine traite surtout des inégalités de pouvoir au plan social qui se reflètent dans le discours social. Le rapport entre système médical, ethnicité et classe sociale est par conséquent défini par Crandon comme:

"Medical dialogues in a medically pluralistic environment reflect, involve, and construct political, economic, ideological and social relations. Consequently, medical dialogue is a window through which we can see political and economic processes as they pertain to the nature of interethnic relations. At the same time medical dialogue is an arena in which interethnic relations are negotiated and played out. Hence, medical dialogue is both an arena for change and a window on the politico-economic relationship between medicine and ethnicity (and class)" (Crandon 1986:464).¹⁵⁴

¹⁵³ Voir également les explications au chapitre 4.3.

¹⁵⁴ Parmi d'autres représentants de l'anthropologie médicale critique figurent notamment Kuipers 1989; Lazarus 1988; Scheper-Hughes & Lock 1986; Scheper-Hughes & Lock 1987; Young 1981a; Young 1981b; Young 1982.

La recherche de l'anthropologie médicale soulève, sur cet arrière-fond, de nouvelles questions relatives à l'interprétariat dans le contexte médical. Elle s'occupe par exemple de la position de l'interprète qui reflète directement la situation de communication assymétrique entre médecin et patient: "(...) interpreters make explicit what is often derived inferentially from other studies of doctor-patient interaction" (O'Neill 1989). L'interprète devient partie intégrante d'une rencontre riche en conflits sur les conditions-cadres de laquelle il n'a pas d'influence. Un examen plus approfondi du rôle de l'interprète à l'intérieur du discours médical s'impose par conséquent.

Nous avons trouvé les approches les plus marquantes de cette perspective dans les travaux théoriques de l'ethnomédecin canadien Joseph M. Kaufert et de son équipe de chercheurs.¹⁵⁵ Au centre des recherches de Kaufert se trouvent les différents rôles de l'interprète et les conflits de loyauté et de pouvoir qui en découlent au sein de la triade. Les interprètes exercent une influence déterminante sur la communication interculturelle. Les décrire dans un rôle passif ne leur rendrait en aucun cas justice:

"The «objective translator» model does not fully recognize the varying degrees of control which the interpreter may exercise over the cross-cultural communication" (Kaufert 1990:224).

L'interprète influence de façon décisive le choix et le contenu des informations échangées entre médecin et patient. (ibid.).¹⁵⁶ Cette influence confère à l'interprète un pouvoir informel renforcé encore par le fait que ni le médecin ni le patient ne peuvent percevoir consciemment ce processus qui est inaccessible pour eux (ibid.). Le flux de l'information se produit dans une 'black box', à laquelle seul l'interprète permet d'accéder:

"In cross-cultural situations the interpreter's power to mediate and prioritize information occurs within a linguistic and cultural «black box» which both the patient and the clinician must access through the interpreter" (ibid:227). Pour dévoiler l'influence de l'interprète, on formule des rôles idéaux types de l'interprète (cf. Kaufert & Koolage 1984).¹⁵⁷

Des vidéos didactiques pour la formation du personnel médical et celle des interprètes présentent ces rôles (Kaufert 1986). Les diverses fonctions de l'interprète sont de plus examinés au travers de thèmes spécifiques comme par exemple le devoir d'information du médecin, ou la médiation dans les situations de deuil (Kaufert & O'Neill 1990; Kaufert & O'Neill 1995; Kaufert et al. 1990).

Pour l'examen de la consultation avec l'assistance d'un interprète, ces auteurs mettent eux aussi la *triade* au centre (Kaufert 1990). Ils incluent également dans leurs réflexions le cadre plus large dans lequel l'interprète exerce son activité, à savoir l'institution médicale, le groupe

¹⁵⁵ Dont P. Leyland Kaufert, J. O'Neill und W.W. Koolage.

¹⁵⁶ Voir aussi chap. 4.4.3 'Pouvoir et statut de l'interprète'

¹⁵⁷ Les rôles types comprennent le rôle de l'interprète comme 'instrument', comme 'médiateur culturel', comme 'avocat du patient'.

paraprofessionnel des interprètes ainsi que le contexte social et individuel de l'interprète (ibid.:228). Le modèle triadique de Kaufert s'appuie sur l'approche des *modèles explicatifs* de Kleinman (1980). Dans le contexte médical, il s'agit pour les médecins et les patients, notamment, de trouver une explication commune à la maladie. Kaufert dit à ce sujet:

"To achieve a shared explanation, both participants must go through a process of transfer, restructuring and feeding back information in order to develop mutually comprehensible interpretation of the illness or diagnostic hypothesis" (Kaufert 1990:215).

Dans l'entretien avec traduction, les modèles explicatifs sont négociés entre trois personnes. Les interprétations individuelles sont modifiées dans l'interaction avec deux autres modèles. Le traducteur interprète et reconstruit les modèles explicatifs du médecin et du patient par rapport à son propre modèle. En tant que médiateur, il exerce une influence décisive sur ce processus:

"In negotiating mutually understandable models in the exchange between client and clinician, language translators (...) have the opportunity to influence the flow and content of information between the client and the clinician" (ebd:215).

Le pouvoir et le contrôle de la communication, et donc également une part de la responsabilité, sont ainsi transférés du médecin sur l'interprète. Cet aspect est particulièrement important dans les entretiens médicaux avec des patients étrangers du fait que ces échanges sont structurés de manière peu égalitaire. Les migrants qui ne maîtrisent pas la langue régionale sont fortement marginalisés du point de vue culturel et socioéconomique et n'ont guère la possibilité d'influencer les décisions des soignants. Les interprètes peuvent alors réduire ce déséquilibre au niveau du pouvoir en renforçant la position des patients (cf. ibid.). A cet égard, on parle aussi du rôle de l'interprète comme avocat du patient ('patient advocate')¹⁵⁸. Les représentants de l'anthropologie médicale demandent eux aussi une reconnaissance formelle de l'interprète. Pour ce faire, il s'agit notamment d'offrir aux interprètes une formation spéciale et une rémunération adéquate (Kaufert & Koolage 1984:286).

¹⁵⁸ Voir également O'Neill 1989 ainsi que le chapitre 4.4.1.3 du présent rapport.

5 Services d'interprétariat et offres de formation en Suisse et à l'étranger

Nous présenterons ici une comparaison entre les différences services d'interprétariat en Suisse et en Europe. Cette comparaison, sans se vouloir exhaustive, vise à illustrer la grande diversité des modèles et des expériences. Il a parfois été difficile d'obtenir les informations nécessaires; de plus, certains documents étaient formulés dans une langue que nous comprenions mal et d'autres n'étaient plus d'actualité. Par ailleurs, il s'est avéré difficile d'établir une comparaison pertinente entre des projets situés dans des contextes très différents et poursuivant des objectifs très dissemblables. Nous avons néanmoins tenté de procéder à cette comparaison, qui constitue un complément et un approfondissement de travaux semblables réalisés au niveau européen.¹⁵⁹ Les différents critères utilisés pour établir la comparaison entre les projets se retrouvent dans les titres des chapitres ci-dessous. La présentation succincte des contenus du présent chapitre devrait faciliter la recherche de ces différents aspects:

5.1 Vue d'ensemble

5.1.1 Services d'interprétariat en Suisse

5.1.2 Services d'interprétariat dans les autres pays européens

5.1.3 Formation initiale et continue en Suisse et à l'étranger

5.2 Comparaison entre les projets

5.2.1 Contexte général de la politique des migrations

5.2.2 Références scientifiques et documentation

5.2.3 Comparaison entre les institutions proposant un service d'interprétariat

5.2.4 Comparaison entre les services d'interprétariat proposés

5.2.5 Comparaison entre les concepts de formation initiale et continue.

¹⁵⁹ En octobre 1995, le Parlement européen a organisé à Strasbourg un colloque sur le thème de "L'interprétariat en milieu social". A cette occasion, les délégués des 24 pays européens représentés ont publié une *déclaration* comportant les points suivants: a) "l'interprétariat en milieu social ne cesse de s'affirmer comme une activité nécessaire dans la plupart des pays européens"; b) "les pouvoirs publics se doivent de prendre en compte la réalité du multilinguisme et de reconnaître l'utilité de l'interprétariat en milieu social comme facteur de communication et d'aide à l'insertion". (Cf. Parlement européen de Strasbourg 1995.)

5.1 Vue d'ensemble

L'ensemble des projets existants en Suisse sont présentés ici.¹⁶⁰ S'agissant des projets étrangers, nous avons opéré une sélection. Pour l'essentiel, nous nous en sommes tenus à l'Europe, des services d'interprétariat et de formation extra-européens n'étant mentionnés que de manière ponctuelle. Nous aimerions mettre principalement l'accent sur les caractéristiques des projets qui permettent d'illustrer les différences notables entre les diverses conceptions et conditions structurelles.

Quelques précisions sur les termes utilisés: par '*offre dans le domaine de l'interprétariat*', nous désignons aussi bien les *services d'interprétariat* que les *offres de formation destinées aux interprètes*. Les termes '*service d'interprétariat*' ou '*institutions d'interprétariat*' désignent l'ensemble des institutions qui proposent *uniquement* ou *entre autres* les services d'interprètes. Le terme générique '*projets de formation*' englobe à la fois des *formations initiales* et des *formations continues* destinées aux interprètes ainsi que des *perfectionnements* destinés aux usagers.

5.1.1 Services d'interprétariat en Suisse

En Suisse, la plupart des projets ont été créés au cours des cinq à dix dernières années, soit entre 1987 et 1995. Comparés à ceux des autres pays, ils sont ainsi nettement plus récents. En voici la liste dans l'ordre chronologique de leur création:

- Le premier projet mis en place en Suisse a été créé à Bâle en 1987 par le l'Entraide protestante suisse (EPER): KEKS-Spitaldolmetscherdienst (service d'interprétariat en milieu hospitalier - EPER). Ce service a commencé par proposer les services d'interprètes pour les patients de langue turque; actuellement, ces services incluent huit langues différentes, sont disponibles à heures fixes au cours de la semaine et sont assurés par des interprètes au bénéfice d'un contrat fixe. Les interprètes de l'EPER travaillent dans cinq services de l'Hôpital cantonal et de l'Hôpital Felix-Plattner à Bâle.
- Le *Uebersetzerdienst des Universittsspitals Insel* (service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Ile) à Berne a été créé en 1990 par la direction de l'hôpital en raison de l'augmentation constante du nombre des patients de langue étrangère. La coordination et le financement des interprètes sont du ressort du service social de l'Hôpital de l'Ile. Une liste à disposition permet aux personnes en traitement d'avoir recours, sur appel, à des interprètes dont le travail est rémunéré à l'heure. Les traductions simultanées au lit du malade doivent néanmoins être assurées en priorité par des membres bilingues du personnel. En principe, l'indemnisation des interprète externes doit être supportée par les patients eux-mêmes. Pour

¹⁶⁰ Nous avons plus particulièrement tenu compte des services d'interprétariat qui ne disposent pas simplement d'une liste d'interprètes, mais qui fondent leur travail sur des documents conceptuels.

les malades indigents, l'indemnisation des prestations fournies peut se faire par le recours à un fonds créé spécialement à cet effet.¹⁶¹

- L'offre d'interprétariat proposée à Bâle par le *Dr méd. P. Flubacher*, représente un cas particulier et il est présenté ici en tant que modèle complémentaire aux projets institutionnels. En tant que médecin de famille, Peter Flubacher soigne une clientèle en grande partie turque et kurde; confronté dans sa pratique à des problèmes de communication avec ces patients, il a pris sur lui de les résoudre. Ainsi, depuis 1992, il coopère avec une interprète, qui bénéficie d'un engagement fixe et qui est présente à son cabinet à des heures déterminées. La rémunération de son travail fait partie des frais généraux du cabinet, autrement dit, elle est payée par le médecin lui-même.
- En 1993 a été créé à Lausanne l'*Association Appartenances*, un centre psychosocial de consultation et de promotion de la santé destiné aux migrants. A côté de différents services de consultation, *Appartenances* propose également un service d'interprétariat et, depuis 1996, la première formation en Suisse destinée aux interprètes en milieu social et sanitaire. Cette formation est l'un des projets qui s'inscrivent dans le cadre du Programme du Fonds national de recherche scientifique (PNRS 39) 'Migrations et relations interculturelles' auquel *Appartenances* participe au côté de différentes autres institutions cantonales de la santé publique.¹⁶²
- Le *Centre de Santé-Migrants* existe à Genève depuis 1993 également. Il a été mis en place par la Croix-Rouge genevoise et la Polyclinique médicale de l'Hôpital universitaire de Genève (Unité de médecine des voyages et migrations). Ce centre de santé est géré par un personnel infirmier et s'est spécialisé en matière de soins et de conseils de santé aux requérants d'asile durant leur première année de séjour en Suisse ou durant la période d'attente entre leur demande d'asile et la réponse des autorités. Par ailleurs, le *Centre de Santé-Migrants* propose un service d'interprétariat. Des contrats ont été négociés avec plusieurs divisions de l'Hôpital universitaire de Genève qui règlent la question du financement des interventions des interprètes mis à disposition par le *Centre de Santé-Migrants*.
- La '*Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen' DERMAN*' (centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes) a été créé en 1994 par l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO): *DERMAN* s'adresse aux migrants d'origine turque ou kurde qui sont confrontés à des problèmes de santé ou à des problèmes avec le système sanitaire suisse, ainsi qu'aux patients appartenant à cette catégorie de migrants. Les consultations et l'accompagnement de cette clientèle s'appuient sur le concept de la 'médiation culturelle' et reposent par conséquent sur une équipe interculturelle.
- Le *Therapiezentrum SRK für Folteropfer (TZFO)* (Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures) existe à Berne depuis 1995. Dirigé par des médecins, ce centre propose des traitements ambulatoires pour les réfugiés dont le statut est reconnu et qui ont été victimes de tortures ou d'actes de guerre, ainsi que pour leurs proches. Des interprètes sont associés à la thérapie dans quatre cas sur cinq. Le centre de thérapie dispose d'un pool d'interprètes, qui sont à la disposition du centre sur appel et qui sont aussi mis à disposition d'autres institutions en cas de besoin.

¹⁶¹ Ce modèle est illustratif d'autres services d'interprétariat proposés en Suisse qui travaillent eux aussi avec des listes d'interprètes travaillant sur appel et où le paiement des interprètes externes n'est pas garanti.

¹⁶² Autres institutions: Polyclinique médicale universitaire (PMU), Polyclinique psychiatrique universitaire (PPU), Polyclinique de la Maternité du CHUV, Département de psychologie médicale du CHUV et Service de santé FAREAS.

Tableau 1: Offres dans le domaine de l'interprétariat en Suisse

HEKS Bâle	Service d'interprètes hospitaliers	depuis 1987
Hôpital universitaire Berne	Service d'interprètes hospitaliers	depuis 1990
Dr. Flubacher, Bâle	Cabinet de généraliste avec interprète projet privé	depuis 1992
Appartenances Lausanne	Centre de santé pour migrants avec service d'interprétariat	depuis 1993
Centre de Santé-Migrants Genève	Centre de santé pour requérants d'asile service d'interprétariat hospitalier, aussi pour soins à domicile	depuis 1993
Derman Zurich	Centre de santé à spécificité culturelle interprètes	depuis 1994
Therapiezentrum SRK Berne	Centre de traitement pour réfugiés ayant subi des tortures interprètes	depuis 1995

5.1.2 Services d'interprétariat dans les autres pays européens

La rapide vue d'ensemble des institutions d'interprétariat proposée ci-dessous suit aussi l'ordre chronologique de leur création. Comme pour la Suisse, seules les tâches principales des institutions concernées sont évoquées. Les huit projets présentés ont été sélectionnés en raison du fait qu'ils permettaient chacun d'illustrer un type particulier. Là encore, nous n'avons bien entendu pu retenir que les projets d'interprétariat dont l'activité est documentée.

Le tout premier projet d'interprétariat, le *Stockholms Tolkförmedling*, remonte à 1967. D'autres services, que ce soit en France ou aux Pays-Bas, ont également leurs origines à la fin des années 60 ou dans les années 70. Les autres pays européens disposent ainsi d'une expérience d'environ vingt ans plus longue que celle de la Suisse, ce que nous ne voudrions pas passer sous silence.

- A l'origine, le *Stockholms Tolkförmedling* a été mis en place en 1967 uniquement à l'intention des différents services de l'administration de la ville de Stockholm. Ce n'est que plus tard qu'il s'est transformé en l'actuel centre privatisé d'interprétariat pour l'ensemble des domaines social, médical, juridique et administratif. *Stockholms Tolkförmedling* peut actuellement disposer des services de plus de 800 interprètes disponibles sur appel et fournit chaque jour plus de 300 traductions en 120 langues.
- Le service d'interprétariat d'*Inter-Service Migrants (ISM)* à Paris existe depuis 1971 et vise explicitement à proposer des moyens d'aide à la communication propre à faciliter une égalité d'accès aux organismes du service public pour les personnes de langue étrangère, ce qui favorise en même temps l'intégration sociale de ces personnes. Une grande partie des services d'interprétariat fournis par ISM font l'objet de contrats avec des institutions du service public, tels que les hôpitaux, les communes, la police, la poste, etc. L'offre d'*Inter-Service Migrants* comporte actuellement, en plus des traductions écrites et téléphoniques, une formation, une médiathèque et des consultations. Après celui de Paris, quatre autres centres ont été créés, au cours des années passées (à Lyon, Marseille, Metz et Clermont-Ferrant); les directions de ces centres sont indépendantes les unes des autres.
- Aux Pays-Bas, le *Stichting Tolkencentrum*, géré par l'Etat, existe depuis 1976. A l'exemple du service suédois, il fonctionne essentiellement comme centre de médiation. Le

Tolkencentrum est une association des six centres d'interprétariat répartis dans tout le pays qui partagent des concepts et des orientations communes, mais qui sont gérés indépendamment les uns des autres.

- Pour la Norvège, nous présenterons ici le *Tolketjenesten Innvandrerkontoret*. Cette institution publique met un service d'interprétariat à la disposition de différents services publics, ainsi que des formations destinées aux interprètes et aux usagers. Le *Tolketjeneste* participe par ailleurs à un projet européen qui se consacre actuellement à l'élaboration d'un concept commun de formation de 'community interpreters' et à la définition des profils d'exigences à appliquer.
- En Grande-Bretagne, le *Lothian Interpreting and Translating Service Trust (LITST)*, qui se trouve à Edimbourg, a été créé en 1987. Il propose un service d'interprétariat dans le domaine de la santé essentiellement. Il offre également des consultations à l'intention des bénéficiaires de ce service. La création de ce service d'interprétariat est en rapport direct avec la politique antidiscriminatoire qui caractérise la Grande-Bretagne. Il est actuellement membre de la *Scottish Community Interpreter Development Group (SCID)*, un groupement d'interprètes existant depuis 1990 et qui est une sorte de groupement syndical. Ces interprètes revendiquent une formation de base pour les interprètes qui soit reconnue officiellement et sanctionnée par un diplôme.
- La *Language Line*, à Londres, est un exemple très différent, mais qui se situe également en Grande-Bretagne. Ce service existe depuis 1990; il propose avant tout un interprétariat téléphonique, tout en étant explicitement conçu comme venant compléter le travail des interprètes dans les entretiens en face à face. Il représente ainsi une spécialisation qui s'inscrit dans l'ensemble des services d'interprétariat existants.
- Au Danemark, il existe depuis 1988 une institution qui se préoccupe de manière intensive de tous les problèmes liés à l'interprétariat: il s'agit du *Indvandrerprojekter Kopenhagen..* A l'instar de l'exemple norvégien cité, cette ONG participe à des projets européens.¹⁶³ On y élabore actuellement une formation des interprètes relevant du domaine public - qui n'existe pas jusqu'à présent au Danemark.
- Parmi les services situés à l'étranger, citons encore le *Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover*. Créé en 1989, il s'est spécialisé dans la constitution d'un réseau et la transmission de savoirs culturels spécifiques concernant les soins de santé pour les migrants. Un service d'interprétariat est proposé en plus des consultations, du perfectionnement et de la mise à disposition d'informations à l'intention des experts et des profanes.

¹⁶³ Il s'agit du 'Projet Leonardo', sur lequel des précisions seront apportées plus loin.

Tableau 2: Offres d'interprétariat et de formation continue à l'étranger

Suède Stockholm	<i>Stockholms Tolkförmedling</i>	Centre d'interprétariat et de médiation	Formation initiale et continue internes	dès 1967	privé depuis 1994
France Paris et 4 autres centres	<i>Inter-Service Migrants</i>	Centre de consultation pour migrants et service d'interprétariat	Formation continue interne	dès 1971	Service téléph. depuis 1990
Pays-Bas six centres	<i>Stichting Tolkencentrum</i>	Centre d'interprétariat et de médiation	Formation continue interne	dès 1976	
Norvège Bergen	<i>Tolkefjenesten Innvandrerkontoret</i>	Centre de consultation pour migrants et service d'interprétariat	Formation initiale et continue internes	dès 1981	
Grande-Bretagne Edimbourg	<i>Lothian Interpreting and Translating Service Trust</i>	Service d'interprétariat et consultations	Formation continue interne	dès 1987	
Grande-Bretagne Londres	<i>Language Line London</i>	Centre d'interprétariat et de médiation téléphoniques	Formation continue interne	dès 1990	privé depuis 1992
Danemark Copenhague	<i>Indvanderprojekter Kopenhagen</i>	Formations et projets pour migrants et service d'interprétariat	Formation initiale et continue internes et externes	dès 1988	
Allemagne Hannovre	<i>Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover</i>	Centre de consultation pour migrants et service d'interprétariat	Formation initiale et continue internes	dès 1989	Interprétariat depuis 1991

5.1.3 Formation initiale et continue en Suisse et à l'étranger

Nous ferons ici une distinction entre les *offres de formation initiale et continue* proposées aux interprètes *dans le cadre des services d'interprétariat* et les *formations* destinées aux interprètes qui correspondent à une *formation professionnelle complète* et qui sont proposées *en dehors des institutions d'interprétariat*. La différence essentielle entre ces deux types de formation concerne la qualité des cours proposés et l'investissement qu'ils requièrent. Les offres de formation indépendantes des services d'interprétariat demandent un investissement de temps plus important et leurs contenus sont plus diversifiés; la plupart d'entre elles débouchent sur une *reconnaissance officielle* sous la forme d'un diplôme. Ces formations seront brièvement présentées ici. Une comparaison plus large, qui inclut également les programmes de formation continue suivra au chapitre 5.2.5.

Nous avons choisi de présenter les projets suivants de formation des interprètes en milieu social:

- Grande-Bretagne:
Cursus de formation conduisant au *Diploma in Public Service Interpreting*, organisé à l'"Institute of Linguists Educational Trust" à Londres. Cette formation est conçue et

organisée depuis 1995, sur mandat de l'Etat, par une organisation privée, l'*Institute of Linguists*'. Le diplôme délivré est reconnu par l'Etat.

- **Suède:**
Les premiers cursus de formation dans le domaine du 'Community Interpreting' existent depuis 1977. En Suède, tant la reconnaissance que le financement de ces formations sont réglementés par l'Etat. De tels programmes existent à l'Université et dans les universités populaires; à l'Université de Stockholm, le *Tolk- och Översättarinstitutet* (Institut de la langue et de la traduction) a ainsi été créé spécialement à cet effet en 1986, de même que des cycles de formation dans les universités populaires.
- **Allemagne:**
Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich (formation d'interprètes dans le domaine médical) à l'Hôpital universitaire Eppendorf à Hambourg. Il s'agit d'un projet de formation qui se trouve dans sa phase-pilote (depuis 1995). Il a été lancé par la direction de l'Hôpital universitaire de Hambourg à partir des expériences vécues avec les patients de langue étrangère.

Tableau 3: Formations

<i>Allemagne</i> Hôpital universitaire Eppendorf Hambourg	Formation d'interprètes	Offre interne Projet-pilote depuis 1995
<i>Grande-Bretagne:</i> Institute of Linguists, Londres	Conception de la formation et de la certification d'interprètes	depuis 1995
<i>Suède:</i> TÖI - Institut de langue et de traduction Stockholm et universités populaires	Divers cycles de formation pour interprètes	depuis 1986 à l'Université

5.2 Comparaison entre les projets

Dans ce chapitre, nous allons comparer les différents services d'interprétariat présentés brièvement sous 5.1 à l'aide de différents critères. Nous commencerons par donner un aperçu des divers contextes historiques et juridiques qui déterminent la création et l'organisation des services d'interprétariat destinés, dans les différents pays, aux personnes de langue étrangère. Nous évoquerons ensuite un certain nombre de projets dont l'activité est bien documentée, qui appliquent des concepts scientifiquement fondés et dont on peut penser par conséquent qu'ils ont une 'good practice'. Dans le troisième sous-chapitre, les projets seront étudiés selon des critères institutionnels (type d'institution et structure juridique, mode de financement, conditions d'engagement des interprètes). Dans la quatrième partie, nous comparerons les critères concernant les contenus des projets, à savoir le type et la forme d'interprétariat et de médiation qu'ils proposent. Enfin, nous établirons une comparaison entre les concepts de formation initiale et continue proposés à l'intérieur ou en dehors des services d'interprétariat en nous intéressant plus précisément à leur forme et à leurs contenus.

5.2.1 Politiques des migrations: comparaison entre les contextes généraux dans lesquels travaillent les services d'interprétariat dans les différents pays

Alors que les pays européens se trouvent tous confrontés à des problèmes semblables face aux populations migrantes, ils appliquent pourtant des politiques très différentes en matière d'étrangers et de migrations. Pour le sujet qui nous préoccupe, la question principale concerne l'attitude des pays face à l'intégration des migrants. La *politique d'intégration* pratiquée par chacun des pays constitue en effet l'un des indicateurs utilisables pour caractériser le contexte qui permet de situer la réglementation concernant l'interprétariat au profit des personnes de langue étrangère. Dans les grandes lignes, on peut distinguer les modalités suivantes (cf. Mahnig 1997: 3 ss.):

- Les efforts *non spécifiques* pour intégrer la population étrangère se traduisent par des *mesures générales de politique sociale*. Les migrants sont considérés comme un groupe 'socialement défavorisé' parmi d'autres et bénéficient ainsi d'une aide non spécifique. On trouve des exemples d'une telle politique en France, en Allemagne et en Suisse.
- Les efforts *spécifiques* en vue de l'intégration des migrants se traduisent par une *politique sociale spécifique* aux différentes populations migrantes: elle fait l'objet d'une formulation particulière pour chaque nationalité ou groupe ethnique.
- Lorsque la politique d'intégration est conçue comme devant *favoriser l'égalité des chances des migrants*, des mesures sont alors mises en oeuvre pour lutter contre les discriminations directes et indirectes dont sont victimes les étrangers. Il s'agit par exemple de mesures destinées à faciliter la naturalisation des étrangers ou - dans le domaine qui nous occupe - la mise à disposition des migrants de langue étrangère des services d'interprètes qualifiés. Ce type de politique d'intégration est pratiqué dans les pays nordiques, en Hollande et en Grande-Bretagne.

Nous présenterons ici les conditions juridiques et historiques de quelques pays qui contribuent à déterminer le type de politique sociale appliquée. Cette présentation ne prétend pas à l'exhaustivité, mais elle devrait illustrer nos propos. Nous ne reviendrons pas ici sur la Suisse (voir à ce propos le chapitre 3.2 du présent rapport).

La Suède est le seul pays à avoir inscrit, depuis 1978, l'interprétariat pour les personnes de langue étrangère dans sa législation. Cette législation prévoit que "lorsqu'un service public a à faire à une personne qui ne maîtrise pas la langue suédoise, (...) il devrait recourir aux services d'un interprète" (Dhawan 1995:180). Cette recommandation vaut pour l'ensemble des services publics. En Suède, le droit de bénéficier des services d'un interprète prévoit concrètement que les institutions publiques s'assurent les services d'interprètes et qu'elles les paient. C'est la raison pour laquelle il y existe des cursus de formation des interprètes qui sont financés et contrôlés par l'Etat. Depuis 1976, il existe également des diplômes d'interprétariat officiellement reconnus.

Dans certains pays du Nord de l'Europe - *Norvège, Danemark et Hollande* - le droit de bénéficier des services d'un interprète n'est pas fixé par la loi, mais fait l'objet de recommandations officielles. Dans la pratique, ces pays encouragent cependant la reconnaissance officielle et le financement de l'interprétariat par l'Etat. La *Norvège* et la *Hollande* disposent ainsi, en dehors de la Suède, des seuls services publics d'interprétariat. Par ailleurs, de 1987 à 1996, l'Etat norvégien a financé la formation des interprètes; il pratique actuellement des examens et délivre des diplômes d'interprètes reconnus officiellement. Il est prévu de créer une chaire de formation des interprètes à l'Université d'Oslo en 1999. En 1987, le *Danemark*, la *Suède*, l'*Islande*, la *Norvège* et la *Finlande* ont signé la 'Convention nordique sur les langues'. Cette Convention permet à tous les habitants de ces pays de communiquer, tant par écrit qu'oralement, dans leur langue maternelle avec les administrations de l'ensemble des pays qui l'ont signée. Le coût de la traduction doit être assumé par les services publics concernés.

En se fondant, depuis 1983, sur le 'Livre blanc concernant les minorités' les *Pays-Bas* pratiquent une politique multiculturelle, qui a pour objectifs l'émancipation des migrants, ainsi que la promotion de leurs droits et de leur égalité des chances. A cet effet, on propose aux minorités, en plus des services d'interprétariat évoqués précédemment, des cours de langue et des possibilités de formation (cf. Mahnig 1997:15ss.). On n'en constate pas moins que les pays qui pratiquaient jusqu'à présent une politique multiculturelle ont actuellement tendance à remettre l'accent sur les chances pour les migrants de s'intégrer socialement dans le pays d'accueil. Il en résulte qu'une amélioration de leurs possibilités de participation et la lutte contre la discrimination ont pris le pas sur la politique de promotion de l'identité culturelle des migrants (ibid.:27ss.).

En *Grande-Bretagne*, la politique en matière de migrations est fondée sur le 'Race relations act' de 1976. La politique contre les discriminations oblige les autorités locales à garantir à tous un accès égal aux services publics. Dans la pratique, cette obligation a cependant été peu appliquée. Aussi les milieux britanniques concernés se mobilisent-ils pour que la politique antidiscriminatoire se traduise concrètement par la garantie que les personnes de langue étrangère bénéficient d'un interprétariat (cf. Scottish Community Interpreting Development Group 1990:4).

La *France* ne pratique aucune politique d'intégration en tant que telle. Si le multiculturalisme est toléré dans la vie sociale et privée, il ne fait l'objet d'aucun débat politique. La pratique de l'intégration en France est fondée notamment sur les recommandations formulées par le 'Haut conseil à l'intégration', qui existe depuis 1990. Ce conseil postule le principe de l'égalité des droits de toutes les personnes et ne prend pas en compte les différences culturelles (cf. Mahnig 1997:8ss.). Quelques rares institutions, destinées spécifiquement aux migrants, ont cependant

été créées à la fin des années 50; quelques-unes d'entre elles existent toujours, comme par exemple le 'Fonds d'action sociale', qui subventionne le service d'interprétariat d'*Inter-Service Migrants*. M. Sauvêtre (1996:36), directeur d'*Inter-Service Migrants* considère que, s'agissant de la reconnaissance de l'interprétariat, la France se positionne à mi-chemin entre les pays nordiques et les pays du Sud. Bien que la France ne dispose d'aucune réglementation juridique ou politique en la matière, l'interprétariat n'en est pas moins reconnu et, la plupart du temps, financé par les services publics.

Bien que l'*Allemagne* soit un pays d'immigration depuis fort longtemps, il n'y existe pas non plus de politique officielle d'intégration des étrangers. Le contrôle politique et administratif de l'immigration demeure le but poursuivi en priorité (cf. Heckmann & Boswick 1994:149ss.). Conformément à la nouvelle Loi sur les étrangers (1991), ceux-ci disposent formellement des mêmes droits que les citoyens allemands et doivent bénéficier de l'égalité d'accès à la sécurité sociale (cf. Mahnig 1997:6s.). En Allemagne, la mise en place de mesures visant à l'intégration des étrangers ne revient pas à l'Etat, mais aux syndicats, aux églises et aux institutions sociales. En conséquence, il n'existe ni débat ni recommandations officiels concernant l'interprétariat dans le système de soins. D'après un jugement rendu par le Tribunal de Düsseldorf (Az: 8 U 60/88) le médecin traitant est néanmoins tenu de faire appel à une personne pouvant servir d'interprète lorsqu'un migrant doit subir une opération. La loi prévoit que le patient reçoive des explications dans sa propre langue concernant le traitement et les autres mesures médicales. En cas de séjour hospitalier, cette prestation est comprise dans le forfait facturé (cf. Borchert et al. 1994).

5.2.2 Références scientifiques et documentation concernant les concepts d'interprétariat

En règle générale, les concepts théoriques portant sur l'interprétariat dans le système de soins reposent malheureusement sur des bases scientifiques insuffisantes. La plupart des publications à ce sujet présentant une argumentation de type pragmatique, elles sont en effet relativement superficielles. On y indique les raisons pour lesquelles l'interprétariat est nécessaire et comment le recours aux interprètes peut être organisé de manière optimale. Il est encore plutôt rare que les concepts proposés soient référencés à des fondements théoriques. On observe cependant une tendance accrue à recourir à des concepts théoriques et à des résultats de recherche pour fonder l'argumentation proposée. Dans l'ensemble, on pourrait encore affiner les bases scientifiques de la fonction des interprètes. Le fait que ce thème soit actuellement mieux considéré dans les milieux scientifiques peut être interprété comme une reconnaissance plus large de sa pertinence.

Nous proposons ci-dessous une présentation des fondements scientifiques sur lesquels se basent certains des services. Nous indiquerons également la manière dont le travail d'interprétariat est documenté dans les différentes institutions.

- Une comparaison sur le plan suisse montre que les collaborateurs de l'*Association Appartenances*, Alvir, Fleury und Métraux, ont élaboré l'un des concepts théoriques les plus approfondis en matière d'interprétariat dans le système de soins (cf. Alvir & Métraux 1997; Métraux 1995; Métraux & Fleury 1995; Métraux & Alvir 1995). Leur conception du traitement s'appuie sur une perspective systémique et met par conséquent l'accent sur les ressources mobilisables. Le but des efforts thérapeutiques est de soutenir les migrants dans leur recherche d'une issue positive à la situation de crise que constitue la migration du point de vue sanitaire. Dans le cadre du *setting* thérapeutique, on commence par tenter de construire, avec l'aide des interprètes, un terrain relationnel commun; c'est là une condition préalable pour engager la suite du processus de développement. Le concept de l'interprétariat reprend des éléments théoriques relevant à la fois de la thérapie systémique de famille et de couple et de la pédagogie de la libération.
- Dans un rapport d'évaluation publié à la suite des deux années de la phase pilote (1994-1996), *Derman*, à Zurich, présente sa conception de la 'promotion interculturelle de la santé auprès des personnes d'origine turque et kurde' (cf. DERMAN 1997). Une étude, commanditée en 1992 par l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière et réalisée par l'ethnologue Brigit Obrist van Eeuwijk (cf. Obrist van Eeuwijk 1992) constitue la référence théorique du projet et la preuve qu'il répond effectivement à un besoin. L'ethnomédecine occupe une place déterminante dans l'élaboration et la mise en oeuvre de la conception du projet. En turc et en kurde, 'Derman' signifie 'recouvrer la santé, résolution des problèmes, remède, remédier à', ces termes décrivant aussi les buts poursuivis par le service. *Derman* se définit comme une 'passerelle interculturelle' et offre une activité de médiation, dont un service d'interprétariat. Le concept de médiation culturelle ne fait cependant l'objet que d'une brève esquisse. *Derman* postule qu'il y a interaction entre problèmes sanitaires et problèmes sociaux et situe ces problèmes dans le contexte de la migration. Les problèmes des migrants ne seraient en réalité pas différents de ceux des Suisses, mais ils seraient aggravés par le fait d'"être étranger", et notamment par le fait de parler une autre langue. En recourant à des personnes bilingues, *Derman* tente ainsi de mettre en place des 'passerelles' pour faciliter l'accès aux services de soins et d'assistance.
- Le Dr P. Flubacher a rédigé plusieurs publications sur la manière dont il collabore avec une interprète employée selon un contrat fixe (cf. Flubacher 1994a; Flubacher 1994b; Flubacher 1995; Flubacher 1997). Il se fonde principalement sur des concepts issus de l'ethnomédecine américaine¹⁶⁴, ainsi que sur l'important travail réalisé par E. M. Leyfer (1991) sur la migration, le conflit culturel et les maladies. Flubacher affirme que la présence d'une interprète permet aux patients de langue étrangère de surmonter de multiples obstacles 'langagiers'. Communiquer dans sa langue maternelle permettrait ainsi de transmettre des contenus émotionnels qui revêtent une importance primordiale dans la compréhension de l'expérience individuelle de la maladie. Dans le cabinet médical, l'interprète deviendrait l'interlocutrice principale des patients, bousculant ainsi fondamentalement la hiérarchie traditionnelle. Selon Flubacher, seules des séances de réflexion et d'intervision entre le médecin et l'interprète permettent d'assumer de tels changements et de les mettre à profit.
- Le Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures (*Therapiezentrum SRK für Folteropfer TZFO*) s'appuie sur deux études scientifiques réalisées sur mandat de la Croix-Rouge suisse: une analyse des besoins (Wicker 1991), suivie d'une étude de faisabilité (Weiss 1993). La conception du traitement issue de ces deux études met l'accent sur la nécessité de disposer d'un service adéquat d'interprétariat en tant que partie intégrante de l'offre

thérapeutique. Du point de vue théorique, ce sujet n'est pas traité en profondeur dans ces deux études. Celles-ci proposent en revanche des concepts de base permettant de poursuivre la réflexion.¹⁶⁵ Dans les conceptions actuellement mises en oeuvre par le TZFO, l'accent est mis sur le fait que, chez les personnes réfugiées qui ont vécu des traumatismes graves, l'acquisition d'une autre langue demande un temps particulièrement long. C'est pourquoi ce centre a dû recourir à un nombre particulièrement élevé d'interventions de la part du service d'interprétariat. Par ailleurs, on y considère que la compréhension du contexte socioculturel du traumatisme subi revêt une importance centrale pour permettre d'accéder au vécu des patients; cela contribue à justifier le recours à l'interprétariat et à la médiation culturelle. Pour le moment, le travail des interprètes ne fait pas encore l'objet d'une conceptualisation théorique en tant que telle. En revanche, on a formulé, en langue allemande uniquement, des 'consignes professionnelles pour le travail d'interprétariat', ainsi que des 'directives administratives concernant le travail d'interprétariat' (cf. *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* 1996 a; *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* 1996b).

Les concepts développés à l'étranger à propos de l'interprétariat ne fournissent eux aussi que peu d'éléments permettant d'étayer théoriquement les projets.

- Le *Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover* ne propose aucune référence théorique concernant l'interprétariat. En revanche, les activités générales de ce centre sont bien documentées et scientifiquement étayées. L'approche qui y est pratiquée relève de l'ethnomédecine, tout en prenant en compte les travaux de recherche réalisés sur le stress psychologique. L'accent est ainsi mis sur les rapports existant entre le fait qu'un sujet est malade et les conditions de vie sociales des migrants (cf. Borchert et al. 1994).
- *Inter-Service Migrants (ISM)* ne propose pas non plus de document théorique concernant son service d'interprétariat; il publie néanmoins le bulletin d'information '*Dialogue à 3'*, qui propose des articles divers sur le sujet, ainsi qu'un aperçu des services proposés par ce centre (cf. *Inter-Service Migrants (ISM) Interprétariat* 1997). Par ailleurs, Sauvêtre, le directeur de ce service d'interprétariat, une femme médecin qui coopère avec des interprètes et l'une de ces interprètes ont publié un certain nombre d'articles sur l'activité d'interprétariat mise à disposition par *Inter-Service Migrants* (cf. Lasne 1992; Salom 1989; Sauvêtre 1996). Par ailleurs, *Inter-Service Migrants* a été l'organisateur, en 1995, du colloque 'Interprétariat en milieu social'. Les résultats de ce colloque et les exposés qui ont été présentés ont fait l'objet d'une publication (cf. *Parlement européen de Strasbourg* 1995).
- A propos des services d'interprétariat en Grande-Bretagne, on trouve également peu d'éléments théoriques allant au-delà de la simple description des projets. Mentionnons toutefois ici deux rapports circonstanciés parus sur la situation de l'interprétariat en Grande-Bretagne. Le premier est un manuel très détaillé; il décrit le travail, les conditions d'engagement et la formation des 'community interpreters' et fournit ainsi une vue d'ensemble des concepts appliqués et des offres proposées en Grande-Bretagne (cf. Shackman 1985). Le second rapport a été rédigé par le *Scottish Community Interpreting Development Group (SCID)* et s'adresse, sous la forme de 'Recommendations for Action', à différents milieux, tels que les gouvernements locaux, les employeurs d'interprètes et les usagers de leurs services. Ce rapport inclut la publication des actes du premier colloque du *SCID*. Celui-ci a été fondé en 1998 et constitue une sorte de groupement syndical des interprètes, qui se mobilisent en faveur de la reconnaissance du travail d'interprétariat. Les objectifs poursuivis par ce groupe correspondent à la revendication en faveur de l'égalité des droits pour les minorités ethniques. Ce groupe milite en faveur de la formation professionnelle des interprètes et de l'appui dont ils doivent bénéficier, car il considère que ce sont des moyens de favoriser cette égalité des droits. Le *SCID* se conçoit dès lors comme

¹⁶⁵ Le TZFO a par ailleurs donné lieu à un travail de diplôme sur 'Le service social auprès de réfugiés victimes de tortures et de traumatismes de guerre? (Sancar 1997). Cf. aussi Frey & Valach 1997.

un centre national de coordination chargé de la formation et de la mise à disposition des interprètes, ainsi que d'informations concernant l'interprétariat (cf. Scottish Community Interpreting Development Group 1990).

- La formation proposée par le *Tolk- och Översättarinstitutet* à l'Université de Stockholm fait l'objet d'une présentation et d'un rappel historique (cf. Niska 1990). Selon l'auteur, le droit de bénéficier des services d'un interprète - introduit en Suède en 1978 - est fondé sur une politique des migrations visant à l'égalité, à la liberté de choix et à la coopération. Selon Niska (ibid.), l'interprétariat est décrit comme assurant une fonction de médiation lors d'un entretien qui se déroule entre deux personnes de statuts inégaux. En Suède, c'est l'autorité compétente qui a défini le rôle qui revient aux interprètes. Les exigences principales auxquelles doivent satisfaire les interprètes ont en l'occurrence trait à l'attitude de neutralité et d'impartialité qui doit être la leur. Dans ce cas comme dans d'autres, on trouve peu de concepts relatifs aux contenus de l'activité d'interprétariat. Niska (ibid.:103) signale simplement que la recherche interdisciplinaire dans ce domaine permettrait d'améliorer tant la formation que le travail des interprètes.
- Mentionnons enfin le rapport officiel de Ginsberg et al. (1995) sur la situation prévalant aux Etats-Unis et qui fournit une bonne vue d'ensemble de l'interprétariat en santé publique dans ce pays. Ce rapport comprend une recension de la littérature existante à ce propos et sur les dispositions officielles régissant l'interprétariat. La troisième partie est consacrée à la présentation et à l'analyse des résultats d'une étude portant sur les services d'interprétariat aux Etats-Unis.

5.2.3 Comparaison entre les institutions proposant un service d'interprétariat

Cette étude comparative des institutions qui proposent un service d'interprétariat a pour but de mettre en évidence les différences principales qui les caractérisent et les conséquences qui en découlent. Les institutions situées à l'étranger sont plus grandes, plus anciennes et plus professionnalisées que celles qui existent en Suisse; elles parviennent par conséquent à travailler de manière plus économique que les petits projets plus récents. Certains de ces services sont responsables de plusieurs centres et offrent une formation commune, ce qui permet une concentration des ressources aux niveaux des contenus et du point de vue économique. A cet égard, les projets existants en Suisse sont à la fois plus spécialisés et plus restreints, d'où la nécessité d'assurer à l'avenir une coopération à l'échelon national.

5.2.3.1 Organisation juridique et type d'institution

Tous les services d'interprétariat en *Suisse*, et la plupart de ceux qui fonctionnent à l'étranger sont des organisations *privées*. En Suisse, ils sont majoritairement rattachés à des œuvres d'entraide. Seul *Appartenances* dépend d'une association. A l'étranger, la moitié des services sont gérés par des associations d'utilité publique.¹⁶⁶

¹⁶⁶ C'est le cas de l'*Ethnomedizinisches Zentrum Hannover*, d'*Inter-Service Migrants*, de *Language Line* à Londres et de *LITST* à Edimbourg.

Des institutions *publiques* n'existent qu'en Hollande (*Stichting Tolkencentrum*), en Norvège (*Tolketjenesten Innvandrerkontoret*) et en Suède¹⁶⁷. Lorsque l'organisation juridique relève de l'Etat, cela indique que la nécessité d'assurer une offre d'interprétariat aux personnes de langue étrangère est officiellement reconnue.

En ce qui concerne le financement et les conditions d'engagement, ou encore le type d'offre d'interprétariat, il s'avère néanmoins difficile de déterminer les différences entre "privé" et "public". A elle seule, une reconnaissance officielle de l'opportunité de mettre à disposition un service d'interprétariat n'implique en effet pas automatiquement de bonnes conditions pour les interprètes.

Tableau 4: Organisation juridique

organisation privée	organisation publique
HEKS Basel	
Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de Berne	
Service d'interprétariat du Dr P. Flubacher, Bâle	
Appartenances, Lausanne	
Centre de Santé-Migrants Genève	
Derman, Zurich	
Centre de thérapie CRS, Berne	
Stockholms Tolkförmedling	
Inter-Service Migrants, Paris	
LITST, Edimbourg	
Language Line, Londres	
Indvanderprojekter, Copenhague	
Ethno-Medizinisches Zentrum, Hanovre	
	Stichting Tolkencentrum, Hollande
	Tolketjenesten Innvandrerkontoret, Bergen

Pour *comparer les types d'institutions*, nous établissons une distinction entre les institutions qui proposent exclusivement un service d'interprétariat et ceux dans lesquels ce service ne constitue qu'une offre parmi d'autres à l'intention des migrants. Jusqu'à présent, il n'y a que des institutions situées à l'étranger qui se sont spécialisées *exclusivement* dans l'interprétariat: il s'agit ici du *Stichting Tolkencentrum* aux Pays-Bas, du *Stockholms Tolkförmedling* en Suède et *Language Line* à Londres. Ces services sont des centres qui mettent à disposition des interprètes en cas de problèmes de communication avec des personnes de langue étrangère et qui ne proposent aucune autre forme de médiation culturelle ou de compétence professionnelle. Ils proposent leurs services à diverses institutions officielles, telles que les hôpitaux, les tribunaux et la police, lorsque celles-ci ont à faire à des personnes de langue étrangère.

¹⁶⁷ Il s'agit ici de *Tolkcentralen* à Göteborg qui n'est prise en compte dans la présente comparaison.

Une autre manière d'organiser l'interprétariat consiste à tenir à jour des *listes d'interprètes*, ce que font de nombreux hôpitaux en Suisse et dans les autres pays. Ces listes comportent des noms d'interprètes non professionnels et de membres du personnel hospitalier qui sont bilingues et disponibles sur appel. Ce type de services d'interprétariat n'assure pas la même qualité que ceux proposés par les institutions spécialisées et devrait, à notre avis, n'être utilisé que comme solution d'urgence. En *Suisse*, la plupart des grands hôpitaux tiennent à jour de telles listes.

Dans les *institutions destinées spécifiquement aux migrants*, l'interprétariat n'est souvent qu'un service parmi d'autres proposés aux migrants et aux personnes qui sont en contact avec eux. En *Suisse*, la quasi totalité de ces institutions dépendent d'oeuvres caritatives et les différences entre elles tiennent avant tout aux différents destinataires de leurs offres. A Bâle, *HEKS* propose son service d'interprétariat essentiellement aux hôpitaux et, depuis sa création il y a 10 ans, son offre couvre maintenant 8 langues différentes. Les prestations fournies par le *Centre de Santé-Migrants*, à Genève, sont comparables à celles proposées par *HEKS*: lié à la Croix-Rouge genevoise, le Centre passe des contrats avec chacun des hôpitaux ou divisions hospitalières pour les prestations fournies. D'autres institutions destinées aux migrants, comme par exemple *Derman*, un projet de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière, propose ses services exclusivement aux migrants turcs et kurdes et/ou aux personnes qui sont en rapport avec eux. Le *Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures*, à Berne, propose des traitements destinés aux victimes de tortures et de violences. Sa clientèle est constituée en majorité de réfugiés reconnus comme tels. Le Centre a lui-même recours régulièrement aux services d'interprètes qu'il met également à la disposition d'autres institutions. *Appartenances*, un centre de consultation psychosociale et de promotion de la santé destiné aux migrants a intégré les interprètes dans son offre thérapeutique et les met également à la disposition d'autres institutions, comme par exemple les hôpitaux.

Dans une perspective *internationale*, les projets suisses mentionnés sont comparables à maints égards avec le *Ethno-Medizinisches Zentrum* à Hanovre, le service d'interprétariat du *Indvandrerpakket* à Copenhague, le *Tolketjenesten Innvadrerkontoret* à Bergen, et avec *Inter-Service Migrants (ISM)* à Paris. Toutes ces institutions sont des *centres spécifiquement destinés aux migrants* où le service d'interprétariat constitue une prestation parmi beaucoup d'autres. Leur offre dans ce domaine est toujours destinée à la fois aux migrants eux-mêmes et aux personnes et aux institutions qui travaillent avec des migrants.

Contrairement à certaines institutions actives en Suisse, aucun des centres étrangers cités ici ne focalise ses activités sur une culture spécifique (*Derman*) ou sur un groupe particulier (*Centre de thérapie CRS*), mais s'adressent indistinctement à tous les migrants. S'agissant de la nature

et de la qualité des services d'interprétariat qu'elles proposent, il existe néanmoins une différence entre ces institutions (cf. ci-dessous).

Tableau 5: Type d'institution

Mise à disposition d'un service d'interprétariat	Service d'interprétariat faisant partie intégrante d'un centre pour migrants
Stichting Tolkencentrum, Pays-Bas	HEKS Bâle, Suisse
Stockholms Tolkförmdling, Suède	Centre de Santé-Migrants Genève, Suisse
Language Line, Londres	Derman Zurich, Suisse
	Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures, Berne, Suisse
	Association Appartenances Lausanne, Suisse
	Ethno-Medizinisches Zentrum Hanovre, Allemagne
	Indvandrerpunkter Copenhague, Danemark
	Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen, Norvège
	Inter-Service Migrants Paris, France

Nous allons nous arrêter brièvement ici sur l'*éventail* des destinataires des services d'interprétariat. A côté du secteur de la santé, ces services sont proposés, de manière inégale selon les institutions, aux secteurs social, judiciaire, policier et scolaire. De manière générale, les centres existants dans les *pays étrangers* ne sont pas spécialisés dans un secteur particulier et mettent des services d'interprétariat à disposition de l'ensemble des institutions relevant du service public. A cet égard, *LITST Edinburgh* constitue une exception, ce centre proposant ses services essentiellement dans le secteur de la santé. En revanche, les institutions actives en Suisse proposent - à deux exceptions près - les services de leurs interprètes exclusivement dans les secteurs de la santé et du social au sens large, mais pas aux secteurs de la justice, de la police et des écoles. Seuls le *Spitaldolmetscherdienst* de l'EPER à Bâle et le service d'interprétariat *Derman* à Zurich proposent également leurs services à la justice et à la police, *Dermans* les proposant de plus dans le secteur scolaire.

5.2.3.2 Modèles de financement des services d'interprétariat

En ce qui concerne le mode de financement, il n'y a pas de différence fondamentale entre les services publics et les services privés; ils seront néanmoins traités séparément dans la présentation comparative ci-dessous. Dans leur grande majorité, les services d'interprétariat sont régis par des modèles de financement assez compliqués.

Commençons par le mode de financement des services *publics*: Le *Stichting Tolkencentrum*, en Hollande, est entièrement financé par l'Etat. Le coût est supporté essentiellement par l'Office fédéral de la santé et du sport et accessoirement par d'autres administrations publiques. Le *Tolketjenesten Innvandrerkontoret*, en Norvège, est lui aussi financé par l'Etat. Les moyens

financiers nécessaires sont garantis par la commune de Bergen et par d'autres communes de la région qui ont recours aux services proposés. En Suède, les dispositions légales qui obligent l'Etat à assurer un service d'interprétariat adéquat aux migrants ayant à faire aux service publics prévoient également le financement de ces services.

La plupart des services privés bénéficient de soutiens financiers multiples, dont des subventions publiques. Cette complexité des modes de financement appliqués rend la comparaison difficile. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une *combinaison* entre *moyens institutionnels*, *soutien privé* et/ou *subventions publiques*. En Suisse, une bonne moitié des institutions présentent ainsi des structures de financement mixtes de ce type. C'est le cas d'*Appartenances*, du *Centre de Santé-Migrants* et de *Derman* qui touchent des subventions de la Confédération et/ou des cantons¹⁶⁸.

Tableau 6: Modèles de financement appliqués en Suisse

subventionné	Contrats spécifiques avec des services publics	autofinancé
Appartenances		
Centre de Santé-Migrants	Centre de Santé-Migrants	
Derman	Derman	
	HEKS Spital-dolmetscherdienst	
		ÜbersetzerInnendienst Unispital Berne
		Centre de thérapie CRS
		Méd. gén. Dr. Flubacher

Dans les autres pays européens, les institutions *autofinancées* sont en minorité. La plupart des services d'interprétariat bénéficient en effet de financements multiples. Ainsi, *Language Line* à Londres et *Stockholms Tolkförmmedling* sont les deux seules institutions à fonctionner exclusivement en autofinancement. Dans les deux cas, ce sont des institutions qui ont passé du statut de service subventionné à celui de service privé.

Les services d'interprétariat ayant fait l'objet d'une demande en progression constante au cours des dernières années, le *Stockholms Tolkförmmedling*, qui était un service public, a été privatisé suite à une décision politique. Il n'en demeure pas moins que 90% des mandats de ce service sont garantis par des contrats passés avec des administrations publiques, ce qui lui permet de fonctionner de manière autonome, sans toucher de subventions complémentaires de la part de l'Etat.

168 *Appartenances*, à Lausanne, fonctionne essentiellement sur les moyens propres de l'association; les cursus de formation bénéficient cependant du soutien de la PMU, du CHUV, de la PPU, du DAMPS et de la FAREAS (cf. chapitre 2) et, au niveau national, de l'OFSP et du FNRS. Le *Centre de Santé-Migrants*, à Genève, est financé d'une part par la Croix-Rouge genevoise et d'autre part par le biais d'un modèle très compliqué de suventionnements divers. *Derman*, à Zurich, est subventionné d'une part par l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière et d'autre part par des subventions versées par l'Office fédéral des réfugiés, ainsi que par le service cantonal des œuvres sociales.

En plus de la part autofinancement, la majorité des services d'interprétariat bénéficient néanmoins de subventions régionales, gouvernementales, voire internationales. Ainsi, le *Ethno-Medizinische Zentrum*, à Hanovre, est subventionné à 90% par le Ministère des affaires sociales de Basse-Saxe et par le Ministère des affaires fédérales et européennes.¹⁶⁹ *Inter-Service Migrants*, à Paris, est également soutenu par l'Etat par le biais du 'Fonds d'Action Sociale'.¹⁷⁰ *Lothian Interpreting and Translating Service Trust Edinburgh*, fonctionne grâce aux subventions du 'Lothian Regional Council', du 'Edinburgh District Council' et du service régional de la santé. Le modèle de financement du *Indvandrerprojekter Kopenhagen* au Danemark est très compliqué et repose, à côté d'une partie d'autofinancement, essentiellement sur des subventions locales, nationales et internationales. Les subventions nationales sont essentiellement destinées à la formation et à l'organisation de cours de langue. Cette offre assure l'application pratique de la législation danoise qui prévoit, pour les migrants adultes, à la fois le droit et le devoir de suivre un cours de danois. Une partie du financement du *Indvandrerprojekter Kopenhagen* est assurée par le fonds social de la Communauté européenne. La somme en question est versées à cette institution en contrepartie de sa participation au projet européen 'Leonardo' (cf. informations complémentaires à ce propos au chap. 5.2.5.1).

Tableau 7: Modèles de financement dans les pays européens

subventionné	contrats individuels avec des services publics	autofinancé
		Language Line, Londres
	Stockholms Tolkförmedling	Stockholms Tolkförmedling
Inter-Service Migrants, Paris	Inter-Service Migrants, Paris	
Ethno-Medizinisches Zentrum, Hanovre	Ethno-Medizinisches Zentrum, Hanovre	
LISTS, Edimbourg		
Stichting Tolkencentrum, Hollande		
Indvandrerprojekter Copenhague		
Tolketjenesten Innvandrerkontoret, Bergen		

5.2.3.3 Conditions d'engagement des interprètes

Même s'il est difficile d'obtenir des informations précises à ce propos, il semble que les conditions d'engagement des interprètes soient souvent mauvaises. On peut citer ici deux modalités d'engagement différentes: soit les interprètes sont engagés sur la base d'un *contrat*

¹⁶⁹ Les 10% restants du financement sont assurés par des contrats passés avec des hôpitaux.

¹⁷⁰ Les autres 85% des moyens sont assurés moyennant des contrats avec les usagers du service.

fixe et perçoivent alors un salaire fixe et bénéficient généralement de prestations sociales complémentaires, soit ils fonctionnent sur appel au titre de *travailleurs indépendants* et sont alors rétribués à l'heure et ne bénéficient en général d'aucune prestation sociale ni de dédommagement de leurs frais. La comparaison internationale effectuée montre que la majorité des services ont recours à la fois à *des interprètes au bénéfice d'un engagement fixe et à des indépendants*, les contrats fixes représentant une faible minorité dans chacune des institutions (à l'exception d'*Appartenances*, qui travaille avec plus de 50% d'interprètes bénéficiant d'un contrat fixe). Autrement dit, dans la plupart des services d'interprétariat, il existe, à côté d'une minorité de collaborateurs bénéficiant d'un engagement fixe, une majorité d'interprètes disponibles sur appel et rémunérés à l'heure.¹⁷¹

Les critères de bonnes conditions d'engagement sont non seulement la garantie des prestations sociales courantes, mais encore le dédommagement du temps de déplacement, du temps d'attente et en cas d'annulation du rendez-vous. La pratique du *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover* est un cas exemplaire à cet égard, tandis que les services publics d'interprétariat en Suède et en Hollande ont des pratiques nettement moins recommandables.

Parmi tous les services inclus dans la comparaison, seules deux institutions ont recours exclusivement à *des interprètes au bénéfice d'un engagement fixe*: il s'agit de *Derman* et de *HEKS Basel*. *Derman* et plus encore le service d'interprétariat *HEKS Basel* que l'on peut citer en exemple s'agissant de 'best practice' en matière de conditions d'engagement des interprètes. Ces deux institutions engagent en effet des interprètes sur la base d'un contrat prévoyant les heures de travail à effectuer et comprenant le versement des prestations sociales. *HEKS* assure de plus le versement intégral de leur salaire aux interprètes au bénéfice d'un engagement fixe en cas de maladie et durant les jours fériés. Chez *Derman*, on prend en compte l'ensemble des charges sociales, ainsi que les frais généraux, les absences en raison de maladie ou d'annulation, ainsi que les frais liés au temps de déplacement et d'attente. Les interprètes de *HEKS Basel*, qui interviennent essentiellement à l'hôpital, ont des conditions de travail particulièrement bonnes, dans la mesure où ils y disposent d'un local spécialement prévu à cet effet. Cela permet aux membres du personnel soignant à la fois de collaborer toujours avec le même interprète et de planifier et d'annoncer à l'avance les entretiens nécessitant la présence d'un interprète. Pour les interprètes eux-mêmes, cette modalité d'engagement est également

¹⁷¹ Avec plus de 50%, c'est *Appartenances* qui dispose (en plus des indépendants) du taux le plus élevé d'interprètes bénéficiant d'un engagement fixe. *Inter-Service Migrants*, à Paris, dispose de plus de 20% d'interprètes ayant des postes fixes. Dans les autres services à propos desquels des informations sont disponibles concernant les contrats fixes et les indépendants, il y a une faible proportion (moins de 20%) d'interprètes au bénéfice d'un contrat fixe: il s'agit du *Ethno-medizinisches Zentrum Hannover*, de *LITST*, du *Stichting Tolkencentrum* aux Pays-Bas, du *Stockholms Tolkförmedling* et du *Tolketjenesten Innvandrerkontrør* de Bergen, en Norvège.

avantageuse; cela leur permet en effet d'avoir des heures de travail fixes et également de s'assurer, dans une certaine mesure, un statut reconnu au sein de l'institution hospitalière.

L'interprète qui travaille avec le *Dr P. Flubacher* est elle aussi engagée sur la base d'un contrat fixe. Elle est présente au cabinet du généraliste un jour par semaine, à des heures déterminées, afin de servir d'interprète aux patients turcs et kurdes du médecin. Elle touche un salaire fixe, déterminé en fonction de ses heures de travail.

Ce sont également des institutions *suisses* qui travaillent avec des interprètes *exclusivement sur appel* et en les rémunérant à l'heure. Il s'agit du *Centre de Santé-Migrants Genève*, du *Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures* à Berne et du *Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Ile*, à Berne également. A l'étranger, la seule institution qui a recours aux interprètes uniquement sur appel est la *Language Line* à Londres. Il faut cependant préciser ici que les services offerts par cette institution se limitent exclusivement à des services d'interprétariat par téléphone que les interprètes assurent de leur domicile privé.

Pour les interprètes, il est en principe moins intéressant d'être engagés comme indépendants que comme employés fixes, car ils ne peuvent alors pas compter sur un salaire fixe. De plus, la réglementation concernant les questions touchant aux prestations sociales, aux dédommagements en cas de maladie, d'annulation des rendez-vous et d'attente, ainsi qu'au temps et aux frais de déplacement différent grandement d'une institution à l'autre et s'avère globalement insuffisante.

Tableau 8: Modalités d'engagement en Suisse et dans les autres pays européens

engagements fixes uniquement	Indépendants et engagements fixes	indépendants uniquement
HEKS Bâle		
Derman Zurich		
Méd. gén. Dr. P. Flubacher		
	Appartenances Lausanne	
		Centre de Santé-Migrants
		Übersetzungsdienst des Universitätsspitals Berne
		Therapiezentrum SRK
		Language Line Londres
	Inter-Service Migrants Paris	
	Ethno-Medizinisches Zentrum Hanovre	
	LISTS, Edimbourg	
	Stichting Tolkencentrum Holland	
	Stockholms Tolkförmadling	
	Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen	

A partir des modalités différentes de gestion des prestations sociales et des dédommages, il reste difficile de comparer les *conditions salariales* des interprètes. En *Suisse*, le salaire à l'heure des interprètes se situe, à notre connaissance, entre 35 et 55 francs nets. Les frais sont remboursés en sus.¹⁷² A propos du *Medizinisches Zentrum Hannover*, en Allemagne, et du *Stichting Tolkencentrum*, nous savons que le salaire-horaire des interprètes (converti en francs suisses) est de l'ordre de fr. 35.-, alors que le *StichtingTolkencentrum* propose environ fr. 27.-. Aux Etats-Unis, le salaire-horaire d'un interprète varie entre \$10 et \$32.¹⁷³ Le revenu annuel d'un interprète employé à plein temps y est de \$16'000 à \$66'560 (cf. Ginsberg et al. 1995).¹⁷⁴

Les *exigences* auxquelles les interprètes doivent satisfaire pour être engagés sont très diverses et pas toujours documentées. Cela n'aurait donc guère de sens d'en proposer une représentation détaillée. Nous présenterons ici les différentes catégories d'exigences en citant quelques exemples. Les exigences requises pour le recrutement d'un interprète se rapportent d'une part aux *connaissances préalables* et aux *expériences* et d'autre part aux *devoirs*. Les connaissances

172 HEKS Basel facture les services de ses interprètes fr. 39.- à l'heure. Le *Centre de thérapie CRS* les paie fr. 31.- à l'heure + 1 heure de frais par jour. *Appartenances* et le *Centre de Santé-Migrants* les paient fr. 45.-, tandis que *Derman* rétribue ses interprètes selon l'échelle des salaires de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière. Le *Dr P. Flubacher* verse à son interprète de l'ordre de fr. 55.- à l'heure. Le *Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Ile* paie ses interprètes un franc par minute, une consultation avec interprétariat durant de 1 à 30 minutes donnant lieu à un forfait de fr. 30.- et une consultation de 30 à 60 minutes à un forfait de fr. 60.-.

173 Ces chiffres résultent d'une comparaison réalisée entre dix hôpitaux en 1995.

174 Ces chiffres résultent d'une comparaison réalisée entre 22 hôpitaux dans le cadre de la même étude effectuée en 1995.

préalables attendues des interprètes concernent à la fois des *qualifications linguistiques et professionnelles*, ainsi qu'une *expérience du social et des processus de migration et d'intégration*.

Les *qualifications linguistiques* sont généralement mentionnées en premier lieu et impliquent une connaissance approfondie des deux langues, la maîtrise orale de ces langues étant prioritaire. Des connaissances préalables de l'interprétariat sont parfois demandées et la langue étrangère doit en général être la langue maternelle de l'interprète. Dans le concept du *Indvanderprojekter Kopenhagen*, il est mentionné explicitement que les qualifications pratiques sont plus importantes que les qualifications formelles. Cela nous semble être un point particulièrement important, car il arrive souvent que les personnes migrantes ne soient pas en mesure d'attester leurs qualifications professionnelles, soit parce qu'elles ne peuvent pas fournir de diplôme, soit parce que celui-ci n'est pas reconnu dans le pays d'accueil.

Stockholms Tolkförmédling, en Suède, engage exclusivement des interprètes titulaires d'un *diplôme* d'Etat. Pour les interprètes appelés à travailler dans une langue qui n'est pas enseignée officiellement, le centre leur propose une formation initiale interne sanctionnée par un test. En *Norvège*, il existe également un diplôme reconnu par l'Etat qui est délivré par l'*Institut de linguistique de l'Université d'Oslo* à l'issue d'un examen écrit et oral réussi. Le droit des personnes de langue étrangère de bénéficier des services d'un interprète n'étant cependant pas inscrit dans la loi norvégienne, les exigences quant à leur formation et à leur qualification professionnelles ne font pas l'objet de prescriptions contraignantes. En conséquence, on ne peut pas engager uniquement des interprètes diplômés. En période de restrictions budgétaires, on engage ainsi un nombre croissant d'interprètes non formés ou insuffisamment formés.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les conditions d'engagement des interprètes impliquent fréquemment que ceux-ci doivent disposer d'une *expérience de la migration* et d'*expériences professionnelles en milieu social*. *Appartenances* donne la préférence à des migrants disposant d'une formation universitaire et souhaite tout particulièrement offrir ainsi un moyen d'intégration professionnelle aux migrants qui sont au chômage. De même, *LITST*, à Edimbourg, engage essentiellement des personnes migrantes. De plus, *Appartenances* et *HEKS Basel* engagent de préférence des migrants séjournant en Suisse depuis trois à dix ans (*Appartenances*) ou depuis au moins cinq ans (*HEKS*). L'application de ce critère est censé garantir que les interprètes ne se trouvent pas tout au début de leur propre processus d'intégration, tout en n'ayant - dans les cas d'*Appartenances* - pas encore pris trop de distance par rapport à cette expérience vécue. L'expérience personnelle de l'intégration dont dispose l'interprète est alors considérée comme une ressource pour son travail.

Chez *Derman*, on exige au contraire essentiellement des expériences professionnelles dans les secteurs médical et social. A côté des expériences dans le domaine du social et de la migration, il arrive aussi que des services exigent une certaine connaissance du pays d'accueil et notamment de l'organisation de son service public.¹⁷⁵

A propos des *devoirs*: Le devoir le plus souvent cité comme incombant aux interprètes durant leur engagement est le respect du 'secret professionnel'. En règle générale, ils sont soumis au même devoir de garder le secret que le personnel médical. Il sont en général informés par écrit de ce devoir, qui fait partie de leur contrat. Un autre devoir des interprètes est de se soumettre à la 'règle d'abstinence'¹⁷⁶, tant vis-à-vis des patients que par rapport à une activité dans d'autres domaines. Le *Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures*, à Berne, recommande explicitement aux interprètes d'éviter tout contact avec les patients en dehors du *setting* thérapeutique. Tout comme au *Centre de Santé-Migrants*, à Genève, les interprètes doivent s'engager par ailleurs à ne pas exercer en même temps d'autres activités d'interprétariat, par exemple auprès des tribunaux et lors d'interrogatoires menés par la police des étrangers.

Les différences entre les *procédures d'engagement* ne peuvent être présentées ici que sous la forme d'exemples et sans prétention à l'exhaustivité. Le plus souvent, l'engagement est fondé sur un *entretien d'embauche*.¹⁷⁷ Il arrive aussi quelquefois que l'on demande aux candidats d'avoir *réussi un test* (complété le cas échéant par un entretien).¹⁷⁸ En *Suisse* essentiellement, on évoque par ailleurs les *feed-back* du personnel soignant, d'autres interprètes et des patients comme étant des critères d'engagement.¹⁷⁹ A côté de l'évaluation qualitative évoquée, nombre de services font signer, lors de la procédure d'engagement, un *contrat* réglant les directives professionnelles à suivre, les droits et les devoirs, ainsi que l'obligation de garder le secret.¹⁸⁰ Les interprètes travaillant pour *Language Line* à Londres sont soumis au code éthique défini par l'*Association of Community Interpreters*'.

¹⁷⁵ C'est notamment le cas d'*Inter-Service Migrants Paris* et du *Stichting Tolkencentrum* en Hollande.

¹⁷⁶ La règle d'abstinence en psychothérapie se rapporte d'une part à la mise en jeu, dans le cadre de la thérapie, d'opinions et de valeurs personnelles qui pourrait induire les patients à se soumettre à des règles normatives analogues. D'autre part, Freud a tenté, de cette manière, de bannir ainsi le risque d'abus (pas seulement de nature sexuelle) au cours de la thérapie. S'agissant de l'interprétariat, l'"abstinence" est conçue plutôt dans le sens d'éviter des contacts en dehors du *setting* thérapeutique. Le sens originel donné au terme 'abstinence' aurait également toute sa place dans la situation d'interprétariat, mais il n'est explicitement mentionné dans aucun des documents à notre disposition.

¹⁷⁷ A notre connaissance, les services suivants procèdent par entretien d'embauche: *Appartenances*, le *Centre de Santé-Migrants*, *Derman*, le *Dr P. Flubacher, HEKS*, l'*Hôpital universitaire de l'Ile* et le *Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures* à Berne.

¹⁷⁸ C'est le cas notamment du *Centre de Santé-Migrants* à Genève, du *Ethno-Medizinisches Zentrum* à Hanovre, du *Sichting Tolkencentrum* en Hollande et du *Stockholms Tolkförmedling* en Suède.

¹⁷⁹ Les services suivants prennent en compte de tels feed-back: *Derman*, *HEKS*, le *Centre de Santé-Migrants*, le *Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures* et l'*Hôpital universitaire de l'Ile*. A l'étranger, il semble que seul *Inter-Service Migrants* à Paris tienne compte de tels feed-back.

¹⁸⁰ D'après ce que nous pouvons savoir, de tels contrats doivent être signés à l'*Hôpital universitaire de l'Ile*, au *Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures* à Berne, ainsi qu'au *Stichting Tolkencentrum* en Hollande.

Tableau 9: Procédures d'engagement

Entretien	test oral	Feed-back	Contrat
Appartenances Lausanne			
Centre Santé-Migrants Genève	Centre Santé-Migrants Genève	Centre Santé-Migrants Genève	
Derman Zurich		Derman Zurich	
Méd. gén. Dr. Flubacher			
HEKS Bâle		HEKS Bâle	
Centre de thérapie CRS		Centre de thérapie CRS	Centre de thérapie CRS
Serv. d'interprétariat Hôp. univ. Berne		Serv. d'interprétariat Hôp. univ. Berne	Serv. d'interprétariat Hôp. univ. Berne
	Ethno-Medizinisches Zentrum Hanovre		
	Stichting Tolkencentraal Holland: test écrit et oral		Stichting Tolkencentraal Holland
		Inter-Service Migrants Paris	
	Stockholms Tolkförmedling: diplôme reconnu et test réussi		

5.2.4 Comparaison entre les service d'interprétariat

Du point de vue conceptuel, les divers projets présentent des différences, tant en ce qui concerne le genre d'interprétariat proposé qu'en ce qui concerne les rôles assignés aux interprètes.

5.2.4.1 Types d'interprétariat proposés

- La plupart du temps, l'interprétariat en milieu social proposé aux personnes de langue étrangère a lieu dans entretiens en face-à-face. Il s'agit alors d'une traduction orale qui instaure une situation d'interaction en triade. L'ensemble des services proposent ce type d'interprétariat. Seul *Language Line* à Londres assure exclusivement un interprétariat téléphonique (et écrit), tout en considérant explicitement que ce service ne fait que compléter l'interprétariat des entretiens en face-à-face assuré par d'autres services.
- Les services qui proposent leurs prestations dans le secteur social au sens large assurent généralement aussi des *traductions de documents écrits*.¹⁸¹ A Paris, *Inter-Service Migrants* propose les services de traducteurs pouvant servir d'"écrivains publics" et qui assument des mandats de traduction écrite. Cette offre s'adresse tout particulièrement aux analphabètes de langue étrangère et vise à leur faciliter la communication écrite avec les services et les administrations publics. En Suisse, la moitié des centres existants offrent également un service de traduction écrite.¹⁸²

¹⁸¹ A l'étranger, seul le *Invanderprojekter Kopenhagen* assure exclusivement un interprétariat oral. En Suisse, seuls le *Dr P. Flubacher* et le *Centre Santé-Migrants* à Genève en font autant.

¹⁸² En Suisse, les institutions suivantes proposent des service de traduction écrite en plus de leurs services d'interprétariat: l'*Association Appartenances* à Lausanne, *Derman* à Zurich, le *Service d'interprétariat de l'Hôpital de l'Ile* à Berne, ainsi que le *Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures* à Berne.

- Contrairement aux traductions orales et écrites, l'*interprétariat téléphonique* est un service rarement proposé¹⁸³ et n'existe pas jusqu'à présent en Suisse. Ce service est particulièrement apprécié pour sa flexibilité. Lorsqu'ils existent, les services d'interprétariat téléphonique sont en effet assurés 24 heures sur 24 et accessibles sans délai d'attente. Mais ce type de service ne constitue la plupart du temps une offre complémentaire parmi d'autres et non pas une prestation isolée, car l'interprétariat téléphonique implique des inconvénients majeurs.

Tableau 10: Type d'interprétariat

	entretiens face à face	par écrit	par téléphone
Appartenances Lausanne	♦	♦	
HEKS Bâle	♦	♦	
Derman Zurich	♦	♦	
Centre de thérapie CRS Berne	♦	♦	
Serv. d'interprétariat Hôp. univ. Berne	♦	♦	
Dr Flubacher Bâle	♦		
Centre Santé-Migrants Genève	♦		
Ethno-Medizinisches Zentrum Hanovre	♦	♦	♦
Inter-Service Migrants Paris	♦	♦	♦
Tolkförmdling Stockholm	♦	♦	♦
Stichting Tolkencentrum Hollande	♦	♦	♦
Indvandrerpjekter Copenhague	♦		
Lothian Interpreting & Translating Service Trust (LITST), Edimbourg	♦	♦	
Language Line Londres		♦	♦
Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen	♦	♦	

5.2.4.2 Formes d'interprétariat et définitions du rôle de l'interprète

Les concepts à disposition pourraient également faire l'objet d'une comparaison en ce qui concerne les formes d'interprétariat proposées et la définition du rôle assigné aux interprètes. Les informations dont nous disposons sont cependant par trop lacunaires et nous ne pouvons donc qu'en donner un aperçu. Sur le principe, on établit une distinction entre traduction mot à mot et traduction visant à restituer le sens. La plupart des services d'interprétariat privilégient explicitement une traduction visant à restituer le sens. Cependant, que ce soit dans les concepts en vigueur dans d'autres pays ou dans ceux appliqués en Suisse, il n'y a aucune définition de ce que l'on entend exactement par là, pas plus qu'il n'est précisé dans quelles circonstances il vaut mieux adopter une forme plutôt qu'une autre. La *traduction mot à mot* implique que les mots prononcés dans une langue soient rapportés le plus fidèlement possible dans l'autre langue. La *traduction restituant le sens* implique en plus une activité de médiation permettant de faire passer les aspects culturels propres à faciliter la compréhension mutuelle. Dans près de la

¹⁸³ Des services d'interprétariat téléphonique sont proposés par *Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover*, *Inter-Service Migrants Paris*, *Language Line London*, *Stichting Tolkencentrum En Hollande* et *Tolkförmdling* en Suède.

moitié des institutions étudiées en Suisse et dans les autres pays européens, on pratique une *combinaison entre ces deux formes d'interprétariat*. En Suisse, c'est le cas de *Derman*, de *HEKS Basel*, du *Centre de thérapie CRS pour victimes de tortures*¹⁸⁴, et du *Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Ile à Berne*. A l'étranger, les centres pratiquant de cette manière sont le *Indvandrerprojekter Kopenhagen*, *Inter-Service Migrants Paris*, ainsi que *Language Line London*. et *Lothian Interpreting & Translating Service Trust Edinburgh*.

La comparaison à l'échelle internationale fait apparaître que près de la moitié des services d'interprétariat actifs dans les pays étrangers pratiquent *exclusivement la traduction mot à mot*, ce qui n'est le cas nulle part en Suisse.¹⁸⁵ Quelques institutions, particulièrement en Suisse, ne mentionnent pas du tout la traduction mot à mot, mais exclusivement la traduction *visant à restituer le sens* et la médiation culturelle.¹⁸⁶

La forme d'interprétariat choisie détermine immanquablement la définition du rôle des interprètes. Une forme de traduction visant à restituer le sens et une fonction de médiation culturelle vont en effet de pair avec une valorisation du statut de la personne qui les assure. On parle alors de médiateur culturel, voire de co-thérapeute. Dans ce cas, l'interprète joue un rôle incomparablement plus important que lorsqu'il est considéré - selon la formulation fréquente dans les concepts prévoyant une traduction mot à mot - comme un simple 'instrument'.

Dans les projets qui considèrent que l'interprétariat est une fonction de médiation culturelle, les interprètes sont aussi davantage respectés en tant que personnes. Leur travail et les difficultés qu'il implique sont ainsi pris au sérieux, ce qui se traduit notamment dans l'offre de supervision ou d'accompagnement psychologique qui leur est proposée.¹⁸⁷

184 Dans ce cas particulier, il convient cependant de noter que la médiation culturelle n'intervient qu'à l'issue de l'entretien proprement dit.

185 *Stockholms Tolkförmedling* en Suède, *Tolketjenesten Innvaderkontoret Bergen* en Norvège, ainsi que *Stichting Tolkencentrum* aux Pays-Bas appliquent des concepts qui prévoient la traduction mot-à-mot. En Hollande, il est attendu des interprètes qu'ils fournissent des compléments à leur traduction mot à mot - ces compléments devant alors être signalés et traduits en tant que tels.

186 En Suisse, les centres proposant exclusivement des formes d'interprétariat visant à restituer le sens sont. l'*Association Appartenances Lausanne*, le *Centre de Santé-Migrants Genève* et le *Dr P. Flubacher*. A l'étranger, seul le *Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover* applique un concept d'interprétariat donnant la priorité à la traduction visant à restituer le sens.

187 Il s'agit ici de l'*Association Appartenances Lausanne*, de *Derman Zurich*, de *Tolketjenesten Innvaderkontoret Bergen*. *HEKS Basel* planifie également une offre de ce type.

Tableau 11: Forme d'interprétariat

	mot à mot	visant à rendre le sens
Appartenances Lausanne		◆
HEKS Bâle	◆	◆
Derman Zurich	◆	◆
TherapiezeCentre de thérapie CRS Berne	◆	◆
Serv. d'interprétariat Hôp. univers. Berne	◆	◆
Dr Flubacher Bâle		◆
Centre Santé-Migrants Genève		◆
Ethno-Medizinisches Zentrum Hanovre		◆
Inter-Service Migrants Paris	◆	◆
Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen	◆	
Tolkförmedling Stockholm	◆	
Indvandrerprojekter Copenhague	◆	◆
Language Line Londres	◆	◆
Lothian Interpreting & Translating Service Trust Edimbourg	◆	◆
Stichting Tolkencentrum Holland	◆	(◆)

5.2.5 Comparaison entre les concepts de formation initiale et continue

La qualité et l'intensité des cours de formation initiale et continue offerts aux interprètes varient fortement. Par *formation initiale* nous entendons ici les cours par lesquels des personnes n'ayant aucune formation professionnelle ou formées à une toute autre profession se préparent à faire de l'interprétariat dans le domaine social. Sous *formation continue* nous rangeons l'ensemble des cours dans lesquels sont transmis des compétences et savoirs spécifiques relevant des différentes dimensions de l'action sociale, par exemple la formation à l'interprétariat en milieu médical. Dans ce chapitre seront également décrites les offres de *perfectionnement* existant dans ce domaine.

Du point de vue formel, les offres de formation se distinguent par *le cadre institutionnel, l'investissement en temps, le financement, les examens et les diplômes* ainsi que par *leurs interconnexions* avec d'autres projets. De plus, il convient d'étudier les contenus de ces formations pour les comparer sous l'angle des *priorités* ou des principaux thèmes abordés.

5.2.5.1 Formation initiale et continue dans les institutions proposant un service d'interprétariat

En Suisse, seule l'association *Appartenances* dispose d'une offre de formation initiale. Quatre des sept organismes proposant un service d'interprétariat se bornent à offrir à leurs collaborateurs des cours de formation continue. *A l'étranger*, la situation est toute autre. En effet la majorité des institutions offrent à leurs interprètes aussi bien des cours de formation initiale que continue. *Le temps investi* dans la formation continue varie d'une offre inexisteante, due au manque de ressources financières¹⁸⁸, jusqu'à des cycles de formation continue s'étendant à plusieurs demi-journées, en passant par des journées de perfectionnement organisées sur une base annuelle¹⁸⁹. En Suisse, le seul concept de formation existant actuellement est réalisé par *Appartenances*, à Lausanne; il est encore dans sa phase-pilote. Les formations offertes en Suisse ne prévoient pour l'heure ni *examens* ni *certifications officielles* (diplômes).

Le *financement* des offres de formation continue proposées par les organismes eux-mêmes se fait de manière interne et dépend donc dans une large mesure des possibilités financières de l'institution concernée (vois chapitre 5.2.3.2). Le cursus de formation initiale mis sur pied par *Appartenances* bénéficie en revanche de subventions cantonales et fédérales.

Jusqu'ici, la *coopération* et la mise en réseau des services d'interprétariat ne s'est jamais développée en Suisse. La collaboration entre lieux de formation initiale et continue serait pourtant des plus pertinentes - notamment pour des raisons financières et de contenus.

En ce qui concerne précisément les *contenus* des formations offertes en Suisse, on ne peut pas encore en dire grand-chose. Dans notre pays, la formation continue est moins approfondie que dans les autres pays européens. Cette superficialité doit surtout être imputée aux ressources restreintes en matière de temps et d'argent. L'offre de formation continue émanant du *Centre de Santé-Migrants de Genève* fait exception à cet égard, car comparativement aux autres offres suisses, elle semble plus complète. De même, l'espace-temps attribué par cette institution à la formation professionnelle est plus important puisqu'il comprend quatre modules d'un après-midi chacun. La communication entre migrants et personnel soignant en est le sujet principal, avec un accent particulier mis sur la sensibilisation à la médiation interculturelle.

¹⁸⁸ M. Sabbioni, médecin-chef responsable de la division Loryspital de *l'hôpital de l'île à Berne*, fait valoir depuis plusieurs années déjà ses idées et propositions concernant la mise sur pied d'un cycle de perfectionnement interne au *service d'interprétariat* de cet hôpital. M. Sabbioni a déjà organisé des demi-journées de formation continue sur ce thème à l'intention des interprètes et du personnel soignant. *Derman Zurich* (centre d'intervention en faveur des immigrants turcs et kurdes) n'offre pas de cours de formation continue internes mais prend en charge les frais de formation de ses interprètes lorsqu'ils suivent des cours externes. L'interprète engagée par le *Dr. méd. P. Flubacher* ne peut prendre part à aucun cours de formation continue, faute de moyens financiers.

¹⁸⁹ Service d'interprétariat de l'EPER *HEKS Basel* et *Therapiezentrum SRK Berne* (centre de thérapie pour victimes de tortures)

A l'instar du *Therapiezentrum SRK für Folteropfer*, à Berne, le service d'interprétariat en milieu hospitalier de *l'EPER* à Bâle n'a jusqu'ici pas été en mesure d'organiser régulièrement des sessions de formation continue et ses interprètes ont donc dû fonctionner avec une offre que nous estimons insuffisante. Ces deux organismes permettent à leurs interprètes attitrés de suivre les cours de perfectionnement internes à leur association mais ces offres de formation ne sont pas consacrés à des sujets relevant spécifiquement de l'interprétariat. Le centre de thérapie *SRK für Folteropfer* souhaite cependant ouvertement voir se créer une formation initiale en cours d'emploi centralisée et d'une durée de deux ans. *Derman* et *HEKS Basel* ont des souhaits semblables, d'autant plus que ces services ne disposent pratiquement d'aucune formation continue.

L'unique *offre de formation initiale* existant en Suisse émane d'*Appartenances*. Ce service prévoit, outre une formation initiale pour interprètes, des cours de formation continue pour les usagers (voir ci-dessous). La phase-pilote de la formation initiale d'interprètes s'étend de septembre 1996 à avril 1998. Au total, elle comprend 96 heures de cours, dispensés en deux blocs de deux heures répartis sur deux jours par semaines. Elle peut donc être suivie en cours d'emploi. La formation initiale comprend trois modules: expériences personnelles, théorie et pratique. Le premier module permet de travailler en groupes sur les expériences personnelles des participants en matière de migration, afin d'en faire des ressources pour la médiation culturelle dans des contextes difficiles sur le plan émotionnel.¹⁹¹ Le deuxième module est consacré à des questions théoriques proches de la pratique, telles que les aspects sociaux et juridiques propres à la migration, les fonctions et rôles des interprètes, les techniques de traduction et les fondements d'une éthique professionnelle. Le module pratique (de 25 heures) a pour objectif d'exercer les savoirs acquis en situation d'interprétariat. Il fait l'objet d'un suivi (supervision) de dix heures.

Cette formation initiale ne couvre évidemment que les besoins des interprètes francophones. De plus elle n'est pas très accessible en raison de la distance géographique. De manière générale, la situation en matière de formation professionnelle est donc très insatisfaisante pour les interprètes oeuvrant en Suisse. C'est pourquoi diverses instances revendentiquent en ce moment une professionnalisation accrue des activités de truchement linguistique. La plupart des institutions helvétiques concernées souhaitent et/ou prévoient de mettre sur pied des cours de formation initiale et continue et de perfectionnement destinés aux interprètes et - en partie - également au personnel soignant. Compte tenu du plurilinguisme helvétique et de la petitesse du pays, il conviendrait d'élaborer des offres de formation au plan régional et de concentrer les ressources disponibles.

¹⁹¹ Cette partie de la formation se base sur un enseignement appelé "méthodologie communautaire participative". (cf. Métraux & Fleury 1995)

Tableau 12 Offres de formation

	Formation initiale	Formation continue
Appartenances, Lausanne	♦	♦
Centre Santé Migrants, Genève		♦
HEKS, Bâle		(♦)
Therapiezentrum SRK, Berne		(♦)
Language Line, Londres		♦
Tolkförmedling, Stockholm	♦	♦
Ethno-medizinisches Zentrum, Hanovre	♦	♦
Indvandrerpjekter, Copenhague	♦	♦
Tolketjenesten	♦	♦
Innvandrerkontoret, Bergen		
Inter-Service Migrants, Paris		♦
Stichting Tolkencentrum, Pays-Bas		♦
Lothian Interpreting & Translating Service Trust		♦

Les institutions étrangères disposent toutes de cours de formation continue pour interprètes. Ces offres varient cependant fortement quant au temps consacré à ces formations. Un tiers de ces institutions organisent en outre des formations initiales en interprétariat.¹⁹² Les *formations initiales* sont conçues comme des formations de base menant à différentes activités de truchement linguistique, qui peuvent ensuite être approfondies par des cours de *formation continue*. Le *temps* imparti à ces cours de formation initiale et continue va de quelques jours à plusieurs mois de cours à plein temps.

Les institutions *autofinancent* généralement ces formations. Le service *Indvandrerpjekter Kopenhagen*, dont les cours de formation initiale sont subventionnés par l'Etat danois, constitue une exception. Par ailleurs, la formation initiale dispensée par le *Tolketjenesten Innvandrerkontoret* a temporairement été financée par des fonds publics entre 1987 et 1996. En raison de restrictions budgétaires, l'Etat norvégien ne passe désormais plus de contrats avec des institutions privées et le soutien financier à la formation initiale a donc été supprimé.

Une partie des pays européens étudiés dans le cadre de ce rapport font passer des *examens* et décernent des *diplômes*, c'est en particulier le cas dans les pays où les prestations de médiation linguistique sont réglementées au niveau national (*Suède* et *Norvège*). *Stockholms Tolkförmedling*¹⁹³ et le *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* offrent des formations initiales en interprétariat donnant lieu à un examen final et à un diplôme reconnu par l'Etat. En Suède, la formation est organisée et financée par des instances étatiques (voir ci-dessous).

¹⁹² Il s'agit du *Stockholms Tolkförmedling* en Suède, du *Indvandrerpjekter Kopenhagen* au Danemark, du *ethno-medizinisches Zentrum* à Hanovre et du *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* en Norvège.

¹⁹³ Valable uniquement pour les langues pour lesquelles il n'existe pas de formation reconnue par l'Etat.

Une formule similaire est en préparation en *Norvège*. En 1999, l'Université d'Oslo ne se bornera plus à faire passer des examens mais ouvrira un cursus de formation initiale en interprétariat. Jusqu'à présent, cette formation était assurée de façon décentralisée par les services de traduction locaux.

Pour ce qui est de la *coopération et mise en réseau*, l'Europe est en plein essor.

- Le *Invandrerprojekter Kopenhagen* danois s'est mis en relation avec d'autres projets européens. C'est ainsi qu'ont lieu entre ce pays et la *Belgique* et la *France* non seulement des échanges d'expériences et des idées mais aussi des échanges d'élèves et des enseignants.
- Le *Invandrerprojekter Kopenhagen* participe en outre au projet européen "*Leonardo*" en cours actuellement. Fruit d'une collaboration entre services de traduction *français, italiens et espagnols* et d'une durée totale de trois ans, ce projet se terminera à fin 1998. Le projet "*Leonardo*" englobe la définition et la rédaction de directives communes en vue d'une *formation initiale de "Community Interpreter" au sein de l'union européenne*. Coordonné par le "Danish Labour Market's Center for International Educational Activities" (ACIU), il est cofinancé par le Danemark au travers de son Ministère du travail et de l'Instruction Publique et par des contributions de l'Union européenne. Le Danemark envisage d'ores et déjà de poursuivre ce projet en l'étendant à tout le pays en l'espace de trois à cinq ans par le biais d'un réseau de multiplicateurs.
- En *Norvège*, le *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* élabore - en collaboration avec l'*Inter-Service Migrants* de Paris et le service *Cooperazione per il Sviluppo dei Paesi Emergenti (COSPE)* de Florence - des directives communes relatives à la formation initiale et aux exigences professionnelles attachées à l'interprétariat.¹⁹⁴
- Le *Danemark*, la *Suède*, la *Norvège*, la *Finlande* et l'*Islande* ont établi en 1987 une "Convention linguistique du Nord" qui donne aux ressortissants des pays-membres la possibilité de communiquer dans leur langue maternelle avec les administrations publiques. Les coûts d'interprétariat sont pris en charge par les Etats. La "Convention linguistique du Nord". D'autre part, cette Convention contient des règles déontologiques pour les activités de truchement linguistique et de médiation interculturelle.

Au plan européen, il est malaisé de comparer *les contenus* des cours de formation continue dispensés par les diverses institutions étudiées dans le cadre du présent rapport. En effet, les documents et informations que nous avons pu réunir à ce sujet ne touchent que très superficiellement les questions de formation continue. On peut toutefois relever que les offres de formation continue consistent généralement en une spécialisation des interprètes/traducteurs dans leur(s) domaine(s) d'intervention spécifique(s), c'est-à-dire les domaines médical (en particulier psychiatrique), social et/ou juridique.

¹⁹⁴

Ce groupe s'est formé dans le prolongement de la conférence sur "L'interprétariat en milieu social" organisée par le Parlement européen à Strasbourg en octobre 1995. Il a remis son rapport final en octobre 1997.

- Le *Invanderprojekter* de Copenhague organise, par exemple, des formations continues spécifiques dans le domaine médico-social, d'une part, et en "Business Interpretation", d'autre part.¹⁹⁵
- En tant que service de traduction par téléphone, le *Language Line* londonien s'intéresse avant tout aux caractéristiques de la communication et de l'interprétariat en situation d'entretien téléphonique.

Les modèles de *formation initiale* développés par l'*Ethno-medizinisches Zentrum de Hanovre* et par le *Invanderprojekter de Copenhague* sont brièvement décrits ci-après, à titre d'exemples en la matière.

- Comparable, dans une certaine mesure, au modèle de l'association suisse *Appartenances* présenté plus haut, le concept de formation initiale du *Ethno-medizinisches Zentrum Hannover* est consiste en une formation de base en cours d'emploi d'une durée de 30 heures, ouverte à tous les traducteurs/interprètes concernés. Cette formation se compose de cours d'introduction, de modules d'approfondissement et de cours de terminologie. Les cours d'introduction comprennent des informations sur le système sanitaire et social allemand en relation avec la situation spécifique des migrants, sur les structures hospitalières ainsi que sur les aspects éthiques et juridiques inhérents aux activités de traduction/interprétariat. Les interprètes y sont également formés aux différents types de communication, notamment interculturelle, à tout ce qui touche à la problématique "Migration et santé" et à la psychosomatique. Les modules d'approfondissement leur permettent ensuite d'aborder des thèmes tels que les relations entre langages et cultures ou la gestion des émotions. Finalement, les cours de terminologie leur donnent la possibilité d'apprendre les principales expressions biomédicales et le bon usage des dictionnaires spécialisés. Comparée à la formation-pilote de l'association *Appartenances*, celle du *EMZ de Hanovre* est nettement plus courte (26h. de cours contre 96h.). Les contenus se recoupent partiellement. A cet égard, la principale différence réside dans le fait que la formation allemande reste très centrée sur les interprètes intervenant en milieu somatico-médical. *Appartenances* donne, au contraire, la priorité à l'interprétariat en contexte psycho-social et psychothérapeutique, de sorte que l'interprète devient un médiateur culturel ou même un co-thérapeute et se trouve beaucoup plus étroitement intégré dans le processus global que cela ne semble être le cas au *EMZ*.
- Le *Invanderprojekter Copenhague* offre une formation spécialisée de médiateur ou médiatrice culturel-le. Il s'agit d'une formation initiale à temps complet d'une durée de sept mois, organisée sous forme de stage pratique. Les interprètes ont ainsi la possibilité de former à la médiation inter-culturelle dans le domaine professionnel qui leur est propre. Cette formation existe depuis une dizaine d'année. Elle s'achève par un examen menant à l'obtention d'un diplôme. Les élèves font leur stage dans un service public et sont suivis par le *Invanderprojekter*.

Pour ce qui est de l'avenir, les projets étrangers visent prioritairement une professionnalisation accrue et la reconnaissance des services d'interprétariat par les pouvoirs publics. Ils souhaitent en outre renforcer la collaboration entre projets réalisés dans différents pays.

¹⁹⁵ La formation des interprètes du *Invanderprojekter Kopenhagen* est partiellement externe. Ainsi, les principes éthiques leur sont enseignés par le "Danish Refugee Council" alors que la "Copenhagen Business School" leur ouvre ses portes pour des cours de six mois dans les langues les plus usuelles. Ces deux offres de formation continue sont pourtant insatisfaisantes aux yeux des responsables du projet, car elles ne sont pas reconnues par l'Etat danois.

- Au Danemark, on tend avant tout vers une formation professionnelle reconnue par l'Etat. Le *Invanderprojekter* de Copenhague a recensé à cet effet les besoins formulés par les services et les entreprises qui font régulièrement appel à ses interprètes. Les résultats de cette étude sont pris en compte dans le programme de formation initiale élaboré à l'heure actuelle.
- Le *Stichting Tolkencentrum* néerlandais souhaite la mise sur pied d'une formation spécialisée correspondant au standard européen, qu'il faudrait dès lors adapter aux interprètes et traducteurs qui interviennent dans le domaine social.
- L'*Inter-Service Migrants* de Paris estime que sa tâche centrale est d'améliorer la mise en réseau des services et des formations professionnelles et de les faire reconnaître et financer par les Etats. Son directeur, Michel Sauvêtre, est à l'origine de la première Conférence européenne, intitulée "L'interprétariat en milieu social", qui s'est tenue à Strasbourg en octobre 1995.

5.2.5.2 Formations externes aux services d'interprétariat et de traduction

Nous vous présentons ci-dessous trois parcours de formation correspondant à trois modèles différents. Précisons toutefois que ces offres sont allemande, anglaise et suédoise. Elles ont donc vu le jour et sont ancrées dans des contextes juridiques et politiques différents. Par formation, nous entendons ici la formation initiale suivie par les traducteurs/interprètes hors des services qui les emploient et dont la durée est nettement supérieure à celle des formations continues internes.

- En *Suède*, il existe depuis 1986 déjà des cours de formation destinés aux interprètes offert par le Centre de traduction de l'Université de Stockholm (*Tolk- och översättarinstitutet vid Stockholms universitet*) et par l'université populaire. Ces cours se fondent sur les formations pour traducteurs/interprètes ouverts dans ce pays en 1968 et sanctionnés depuis 1976 par un diplôme d'Etat. En Suède, cette formation professionnelle est organisée et financée par l'Etat.
- En *Grande-Bretagne*, il n'y a pas (encore) à proprement parler de droit à l'interprétariat, comme en Suède, ni de formation reconnue par l'Etat. Il est toutefois possible d'obtenir le "*Diploma in Public Service Interpreting*" au "*Institute of Linguists Educational Trust*" de Londres.¹⁹⁶ Cette fondation privée est reconnue et soutenue financièrement par l'Etat.¹⁹⁷
- En *Allemagne*, le comité directeur de l'*Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE)*, à Hambourg, s'est donné pour mandat d'élaborer dès 1994 un "*Konzept für eine Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich*". C'est le groupe de travail interdisciplinaire "*Migrantenvesorgung im UKE*", conduit par Niels-Jens Albrecht, qui a rédigé puis mis en place ce projet-pilote qui s'est étendu de mars à septembre 1995. Quatre

¹⁹⁶ Fondé à Londres en 1910, l'institution privée "Institute of Linguists" offre des formations et diplômes linguistiques dans des domaines très divers, dont la plus grande partie jouit de la reconnaissance de l'Etat.

¹⁹⁷ En 1993, la "Royal Commission on Justice" a reçu mandat d'étudier l'offre existante en matière de traduction/interprétariat pour les personnes de langue étrangère. Il s'est avéré que les interprètes employés jusque là n'étaient pas suffisamment qualifiés. Cela a conduit à l'établissement d'un registre national, le "National Register of Public Service Interpreters", dans lequel sont répertoriés depuis 1995 tous les professionnels qualifiés du truchement linguistique. L' "Institute of Linguists" a en outre été chargé par cette même commission d'organiser des formations et des examens financés par l'Etat.

cours de formation, comprenant chacun 20 personnes, ont eu lieu. Depuis septembre 1996, ce projet est entré dans une deuxième phase de deux ans durant laquelle les qualifications des interprètes ainsi formés font l'objet d'évaluations régulières. Parallèlement, les étudiants en médecine et le personnel soignant suivent une formation continue théorique et pratique afin d'être aptes à travailler avec les interprètes.

Aspects *formels* et différences entre projets:

- En Suède, la formation au "Community Interpreting" peut être acquise par deux voies différentes: d'une part, à l'Université de Stockholm dont le cursus est reconnu et financé par l'Etat et, d'autre part, dans les universités populaires qui conduisent également à des examens et des diplômes reconnus par les pouvoirs publics. Ces deux parcours se distinguent au plan formel par le fait que les cours universitaires durent une année à plein temps alors que la formation à l'université populaire s'étend sur une plus longue période car elle se fait en cours d'emploi, notamment par blocs concentrés sur des fins de semaine (80h. de cours au total). Outre la formation au "Community Interpreting", la filière *universitaire* offre aussi une formation initiale à la traduction écrite ainsi que des *cours de formation continue* pour les interprètes oeuvrant dans le domaine médical, juridique et psychologique. Ces cours font suite à la formation de base en "Community Interpreting" et se terminent également par des examens. Pour répondre aux besoins en présence, l'Université organise aussi des *spécialisations* en matière de gynécologie, de psychiatrie et de soins dentaires.

Il incombe également au centre de traduction de l'Université de Stockholm de développer le matériel didactique nécessaire, de faire de la recherche et d'évaluer les projets dans le domaine de la traduction et de l'interprétariat.

Parallèlement à la formation de "Community Interpreter", l'*Université populaire* offre des cours de langage des signes (langue des sourds-muets).

Pour suivre les cours de l'Université de Stockholm, il faut détenir une maturité et passer avec succès l'examen d'entrée. Expérience dans le domaine social et dans la traduction et connaissances linguistiques confirmées sont les *critères d'admission* permettant d'accéder à l'université populaire.

Quelle que soit la filière de formation, le recrutement des élèves se fait par l'intermédiaire des services de traduction locaux. L'université accueille chaque année quelque 60 étudiants en interprétariat alors qu'à ce même rythme ce ne sont pas moins de 3000 personnes qui sortent de l'université populaire après avoir obtenu leur diplôme.

Outre les deux formations offertes à Stockholm, plusieurs universités suédoises aux (futurs) interprètes des cours de base de trois à quatre semaines qui peuvent ensuite être complétés par des formations continues et des spécialisations.¹⁹⁸

- L'"Institute of Linguists" *anglais* organise des cours de formation initiale, élabore du matériel pédagogique, établit les principes éthiques à observer dans ce domaine et constitue le seul moyen de parvenir au "Diploma in Public Service Interpreting" nécessaire pour

¹⁹⁸ Universités d'Umeå, Uppsala et Göteborg.

l'inscription dans le "National Register of Public Service Interpreters". Les cours de formation de cet institut national peuvent être suivis dans les Collèges et Universités locales de Grande-Bretagne. D'une durée totale de 150 heures, ce parcours de formation n'est pas obligatoire mais simplement conseillé. Théoriquement l'examen final peut donc être passé sans formation préalable. Différents diplômes peuvent être obtenus dans le domaine médical ("Health"), juridique ("English Law" et "Scottish Law") ou des services publics locaux ("Local Government") tels que les services sociaux, l'assistance publique et l'école.

- La formation initiale en cours d'emploi dispensée par l'hôpital universitaire Eppendorf de Hambourg, en *Allemagne*, comprend un cours d'introduction, un cours de base, un cours d'approfondissement et un cours de terminologie. Au total, cela représente 20 doubles leçons de 90 minutes, qui ont lieu en soirée et en fin de semaine.

Financement:

- En *Suède*, les coûts de formation initiale sont pris en charge par l'Etat. Les étudiants inscrits à l'Université peuvent demander une bourse pour couvrir leurs frais de cours. Les élèves de l'université populaire sont nourris et logés; ils bénéficient aussi d'indemnités en cas de pertes de gain.
- En *Grande-Bretagne*, l'"Institute of Linguists" est financé par des fonds privés. Seule formation de ce type, le "Diploma in Public Service Interpreting" est reconnu et soutenu financièrement par le Ministère de l'éducation et du travail.
- Les cours d'interprétariat de l'hôpital universitaire Eppendorf, en *Allemagne*, sont financés par des contributions de la caisse-maladie, de diverses fondations, du fonds de l'hôpital et de l'université de Hambourg. Les étudiants sont sélectionnés sur la base d'un dossier de postulation.

Reconnaissance:

- Les formations *suédoises* aboutissent à un examen et à un diplôme reconnu par l'Etat. Les diplômes suédois de "Community Interpreters" sont valables cinq ans et ne peuvent être prolongés qu'en justifiant d'une activité de traduction/interprétariat suivie. Comme la demande dépasse de loin l'offre en interprètes qualifiés et qu'il y a pénurie d'enseignants dans ce secteur, les interprètes non-qualifiés ont jusqu'ici été autorisés à intervenir aussi.¹⁹⁹
- En *Grande-Bretagne*, la formation conduit également à l'obtention d'un diplôme reconnu par l'Etat au terme d'un examen final.
- Les interprètes qui passent leur examen à l'"Institute of Linguists" doivent faire preuve de connaissances professionnelles étendues et de compétences techniques en matière de traduction écrite et d'interprétariat. Les personnes au bénéfice d'un diplôme ont droit à l'inscription dans le "National Register of Public Service Interpreters". Les services officiels britanniques ont l'obligation de ne travailler qu'avec des interprètes inscrits dans ce registre.
- La formation *allemande* prévoit en tout état de cause uniquement un examen écrit de terminologie médicale. Il ne jouit d'*aucune reconnaissance officielle*.

Mise en réseau et coopération:

- Pour ce qui est de la mise en réseau et la coordination des divers cursus de formation, le concept élaboré par *l'hôpital universitaire Eppendorf* est exemplaire tant au point de vue national qu'international. En effet, la phase de planification a notamment consisté à récolter

¹⁹⁹ En 1989, on dénombrait 760 interprètes professionnels, dont 151 avaient suivi une formation continue en matière juridique et 82 dans le domaine médical.

des informations sur différents modèles et à établir des relations avec les expériences menées à l'étranger et en Allemagne. Une étroite collaboration lie Eppendorf au *Ethno-medizinisches Zentrum de Hanovre*. Il a de plus été fait appel à des professeurs invités allemands et étrangers dans le cadre de la formation initiale mise sur pied à Hambourg.

- Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, les formatrices et formateurs *suédois* sont en contact régulier avec les services de traduction locaux, qui participent au recrutement des candidats à la formation initiale.

Concepts:

Les documents écrits présentant les concepts de formation sont de teneurs très diverses. Il est donc difficile de les comparer de manière pertinente.

- Les premiers cours de formation pour traducteurs/interprètes donnés en *Suède* remontent à 1968. Les contenus et les objectifs prioritaires de ces formations sont pourtant mal connus. Les documents auxquels nous avons pu accéder nous donnent néanmoins à penser que ce pays peut servir d'exemple aujourd'hui encore. Etablie sur de solides bases légales, la professionnalisation de la traduction a donné lieu à un *large éventail d'offres de formation adaptées aux besoins réels*. De plus, les formations sont peu onéreuses, ce qui les rend très accessibles.
- *La Grande-Bretagne* se caractérise à cet égard par une approche privilégiant les compétences *linguistiques* des interprètes. Le programme d'étude de l'"Institute of Linguists" décrit de façon précise et très détaillée les aptitudes demandées aux traducteurs professionnels. Ce document, que les formateurs peuvent consulter en tout temps, comporte aussi bien une liste détaillée des compétences à acquérir qu'une énumération des critères formels à remplir pour passer les examens oraux et écrits de l'"Institute of Linguists". La problématique globale "Migration et santé" et toutes les questions qu'elle soulève n'y sont pourtant pas mentionnées. Seules les compétences en matière de "techniques linguistiques" font l'objet d'une évaluation.
- A notre avis, la formation *allemande* dispensée par *l'hôpital universitaire Eppendorf de Hambourg* peut être considérée comme un exemple d'enseignement bien adapté aux réalités de l'interprétariat en milieu médical. Elle rejoint largement celle offerte par le *Ethno-medizinisches Zentrum de Hanovre*.
- Cette formation se compose de plusieurs modules . Le cours d'introduction de 2 h. a pour but d'informer les élèves sur le projet lui-même et sur les conditions à remplir. Ensuite vient un cours de 2 jours qui traite du système de santé allemand, du thème "Migration et santé" et de la théorie de la traduction, y compris le cadre contractuel qui en découle. Un exposé de 2 h. d'un professeur invité permet ensuite d'avoir un aperçu des outils et des expériences faites dans d'autres contextes de traduction/interprétariat. Le cours d'approfondissement dure 2 jours et sert à familiariser les étudiants avec les techniques de traduction orale et écrite tout en les faisant réfléchir à leur rôle professionnel et discuter de leurs sentiments et difficultés à cet égard. Le dernier module est réservé à la terminologie, c'est-à-dire à l'acquisition de notions médicales et d'expressions allemandes et étrangères y relatives. Seul ce dernier bloc de formation donne lieu à un examen écrit. L'hôpital universitaire Eppendorf organise par ailleurs des cours de formation continue qui permettent aux traducteurs/interprètes de se spécialiser dans un domaine médical plus précis.

5.2.5.3 Formation continue des usagers

Si les interprètes et/ou traducteurs disposent de différentes filières de formation, le personnel soignant se voit offrir de plus en plus souvent des cours de formation continue en vue d'optimaliser la collaboration avec les professionnels du truchement linguistique.

- En Suisse, c'est à nouveau l'association *Appartenances* qui fait oeuvre de pionnier. Ainsi, le projet-pilote "Relations inter-culturelles" (PRNS 39) évoqué plus haut comprend non seulement une formation initiale pour les interprètes mais également des possibilités de formation continue pour les usagers. Ces possibilités s'adressent aux professionnels de la santé, de la médecine et de l'enseignement. La triade interculturelle qui se construit autour de l'interprétariat et ses implications pour le personnel soignant sont au centre de cette formation. On y parle aussi des différents rôles des interprètes - dont celui de co-thérapeute. Le *Centre de Santé-Migrants* et le Dr. Sabbioni de l'hôpital de l'Ile à Berne prévoient également de mettre en place des formations continues destinées au personnel médical.

A l'étranger, la formation continue du personnel soignant fait souvent partie des concepts de formation. Les informations dont nous disposons à ce sujet sont toutefois limitées et lacunaires.

- En Grande-Bretagne, le *Lothian Interpreting and Translating Service Trust (LITS)* d'Edimbourg offre, à petite échelle, des cours de formation continue pour le personnel des entreprises de service. La collaboration avec les interprètes et la communication plurilinguistique en sont les thèmes centraux.

De son côté, la *Language Line* londonienne offre également des cours de formation continue aux professionnels qui ont souvent recours aux services d'interprétariat. Ces cours visent essentiellement à sensibiliser les usagers aux ressources que représentent les interprètes pour la communication avec les personnes de langue étrangère et à les aider à prendre conscience des différents rôles et fonctions que les professionnels du truchement linguistique peuvent remplir.

- En Norvège, le *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* offre des formations continues d'une journée au personnel des services sociaux et de deux jours au personnel du milieu sanitaire. Les frais de ces cours sont pris en charge par l'Etat dans le cadre du soutien financier global à l'institution.
- En Allemagne, le *Ethno-medizinisches Zentrum de Hanovre* offre des cours d'ethno-médecine socioculturelle pour les usagers du domaine de la santé, du droit et du social. Ces cours ont lieu depuis 1993 dans des hautes écoles (spécialisées). Ils consistent surtout à transmettre des outils méthodologiques pour le travail auprès des migrants, pour la communication inter-culturelle et pour gérer les différents rôles endossés par les interprètes.²⁰⁰

²⁰⁰ Le *Ethno-medizinisches Zentrum Hannover* a en outre développé des projets de promotion de la santé et d'auto-assistance pour migrants. De plus, il organise des journées d'étude et des conférences sur ce thème et a mis sur pied une plate-forme de coordination et d'information dans ce domaine.

6 Résumé et conclusions

Dans ce dernier chapitre, nous résumons les constats tirés des comparaisons entre programmes d'interprétariat suisses et étrangers et les complétons par quelques réflexions visant à faire avancer toute la problématique de l'interprétariat.

Si l'on veut assurer la pertinence des traductions/interprétations en milieu médical, il faut remplir des conditions qui sont encore trop peu reconnues en Suisse. Les postulats de base énoncés ci-après doivent être sous-tendus par un consensus, sans quoi ils ne sauraient aboutir à des pratiques communes efficaces. Il s'agit plus précisément:

- du droit des malades de langue étrangère à bénéficier de services d'interprétariat
- de la nécessité de sensibiliser les autorités et les responsables sanitaires à cette problématique
- de la prise de conscience quant à la nécessité d'offrir une formation spécialisée aux traducteurs/interprètes oeuvrant dans ce milieu
- de la prise de conscience quant à la nécessité d'offrir des cours de formation continue au personnel soignant
- de la garantie de conditions d'emploi décentes pour les traducteurs/interprètes
- de la nécessité d'élaborer des méthodes spécifiques et de définir les rôles pour chaque domaine et contexte en jeu

L'étude comparative entre programmes suisses et étrangers réalisée dans le cadre de ce rapport ne prétend aucunement à l'exhaustivité. En effet, les projets suisses qui se bornent à l'établissement de simples glossaires et ne documentent pas leurs interventions n'ont pas été pris en considération, pas plus que les programmes étrangers non-européens. Même limitée, cette comparaison n'en montre pas moins que les contextes politique, historique et juridique agissent de manière décisive sur la pratique en matière d'interprétariat.

Les principes juridiques qui donnent aux programmes de traduction/interprétariat une base légale reconnue ont un effet positif sur l'offre en services de traduction/interprétariat et de formation. Seule la *Suède* a introduit - en 1978- des dispositions de droit public dans lesquelles est ancré le droit à l'interprétariat des personnes de langue étrangère. Les prestations qui en découlent sont gratuites dans l'ensemble des services publics. En Suède, l'Etat finance un large éventail de filières de formation et de spécialisation pour traducteurs/interprètes.

Au *Danemark*, aux *Pays-Bas* et en *Norvège*, le recours aux traducteurs/interprètes est facilité par l'existence de recommandations officielles, qui ont également abouti, aux Pays-Bas et en

Norvège, à la reconnaissance étatique et au subventionnement des services d'interprétariat. Tous les autres pays, dont la *Suisse*, offrent des services privés. La reconnaissance officielle de la nécessité de l'interprétariat pour des personnes de langue étrangère trouve son reflet dans une formation publique pour les interprètes ainsi que dans le soutien aux services d'interprétariat. Il convient dès lors de clarifier (vérifier?) les possibilités juridiques propres à la Suisse afin d'assurer une offre suffisante en traducteurs/interprètes qualifiés au plan helvétique.

Il ressort de notre comparaison entre programmes suisses et européens que les *mesures politiques en matière de migration et d'intégration* ont également une incidence sur l'offre d'interprétariat destinée aux étrangers. Les possibilités effectives de créer des structures adéquates sont étroitement liées aux principes qui sous-tendent ces politiques. Plus celles-ci sont de type participatif et plus elles visent à l'égalité des chances en défendant une approche multiculturelle, plus la possibilité d'offrir aux migrants les prestations nécessaires augmente.

En Suisse, on élabore actuellement un concept "pour une politique migratoire cohérente", afin de concilier politique des étrangers et politique d'asyle. Les objectifs et mesures concrètes en matière de politique d'intégration définis à la demande de la Commission d'experts "Migration" portent aussi sur les questions de traduction/interprétariat. Les chances des personnes de nationalité étrangères de participer activement à tous les domaines de la vie publique doivent être améliorées. Cela implique notamment le développement de mesures facilitant leurs contacts avec les services publics (Expertenkommission Migration 1997b:6). Il reste à établir si l'on peut justifier ainsi la revendication globale de l'accessibilité à l'ensemble du système de santé.

Vus sous l'angle général d'une politique sociale visant à promouvoir l'intégration des migrants les services d'interprétariat constituent des structures tout à fait pertinentes. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les efforts des migrants eux-mêmes en vue d'améliorer leurs compétences linguistiques, et partant, la qualité de leur communication avec leur environnement sont tout aussi importants. Mais la promotion de leur intégration répond encore à d'autres raisons pratiques. Diverses études sur les migrants et le système sanitaire suisse ont en effet montré que le traitement de cette catégorie de patients est principalement entravé par des problèmes de communication. L'intervention de traducteurs/interprètes permet de résoudre certains de ces problèmes, d'où une meilleure prise en charge médicale. Il semblerait que la collaboration avec les professionnels du truchement linguistique contribue également à faire baisser les coûts médicaux. Certaines erreurs de diagnostic et de traitement ainsi que les fréquents changements de médecins peuvent être évités en améliorant le dialogue entre patients et soignants. Cet aspect-là serait à examiner de plus près.

D'autres aspects mériteraient également de faire l'objet de *recherches scientifiques*. Il serait utile d'étudier plus avant des questions telles que la réduction des coûts et l'efficacité des formations

pour traducteurs/interprètes et médiateurs culturels. Un programme du fonds national de la recherche (PRN 39) en cours à Lausanne s'attache pour la première fois aux questions de contrôle de la qualité dans ce domaine.

Comparée aux autres pays étudiés, la Suisse offre beaucoup moins de services d'*interprétariat qui ne se limitent pas exclusivement au secteur médical..* Nous sommes d'avis qu'une coordination s'impose pour l'ensemble des offres de traduction/interprétariat émanant du secteur social suisse. Il serait judicieux que tous les services publics offrent des services de traduction/interprétariat pour les usagers de nationalité étrangère. Les formations nécessaires à cela pourraient être élaborées selon des structures de base communes.

L'une des principales différences relevée entre programmes suisses et étrangers réside dans le fait qu'une partie de ceux-ci ont acquis un *capital d'expériences* nettement supérieur. Le plus ancien service de traduction/interprétariat est suédois; il a été mis en place 20 ans que la Suisse ne crée son premier service similaire.

Il apparaît en outre qu'une certaine *étendue et mise en réseau* de ces services favorise une offre différenciée et la formation des traducteurs/interprètes. Les projets nationaux et internationaux d'une certaine ampleur ont, par exemple, la possibilité d'élaborer des directives et des structures communes de formation, c'est-à-dire de profiter des synergies et de faire des économies.

En *Suisse*, une coordination nationale s'impose en matière de *formation* des traducteurs/interprètes. Les cursus devraient être réglementés par des directives élaborées puis appliquées au plan national. Il n'en resterait pas moins indispensable que les lieux et les contenus de cette formation soient adaptés aux particularités de chaque région linguistique.

Le *perfectionnement* du personnel soignant et des autres intervenants qui oeuvrent auprès des personnes de nationalité étrangère est chose courante au plan international. Il conviendrait donc, en Suisse aussi, de centrer davantage les programmes de traduction/interprétariat en milieu médical sur la sensibilisation et le perfectionnement du personnel soignant.

Nous avons pris la liberté d'imaginer un modèle de formation qui pourrait s'appliquer dans toute la Suisse et qui s'insire des systèmes étrangers tout en respectant les expériences et les structures spécifiquement à notre pays (cf. annexe).

En comparant les instances qui chapeautent les différents services de traduction, on voit que la majorité d'entre eux sont soutenus par des organisations privées, le plus souvent parce qu'ils sont intégrés à une institution spécialisée dans l'aide aux migrants. Contrairement aux autres pays, la Suisse se caractérise par des offres spécifiques selon les domaines et les cultures en présence, c'est-à-dire par une spécialisation poussée en matière d'interprétariat. Les conditions

de travail des traducteurs/interprètes suisses tendent à être meilleures que celles de leurs collègues étrangers; parfois ils font partie intégrante de l'équipe thérapeutique.

Dans l'ensemble, les *conditions de travail* des traducteurs/interprètes sont mauvaises. La plupart des programmes font appel à des indépendants engagés sur la base de mandats ponctuels. Situation précaire, horaires irréguliers, salaires horaires, frais annexes pas intégralement remboursés et mauvaise couverture sociale sont choses courantes. Les organismes qui offrent les meilleures conditions de travail sont tous suisses.

Les *qualifications* demandées aux traducteurs/interprètes se limitent pour l'essentiel à leurs connaissances linuguistiques. En Suisse, l'accent est davantage mis sur leurs expériences professionnelles et personnelles qu'à l'étranger, où sont les critères formels prédominent.

Lorsqu'on compare les *genres de truchement linguistique*, on remarque qu'à l'étranger les projets offrant des traductions écrites ou téléphoniques en sus de l'interprétariat en face-à-face sont assez nombreux. En Suisse, on ne trouve guère de telles offres complémentaires. Il conviendrait d'évaluer dans quelle mesure de telles offres devraient être introduites et prévues dans la formation des traducteurs/interprètes.

Parmi toutes les dimensions étudiées dans le cadre de cette étude, les *formes* de truchement linguistique et le *rôle* exact des traducteurs/interprètes sont certainement celles qui demanderaient le plus à être approfondies. L'accent est malheureusement mis sur les aspects formels des interventions au détriment de leurs contenus. En Suisse, le rôle des traducteurs/interprètes est souvent défini de telle manière qu'ils fonctionnent avant tout comme des médiateurs culturels. A l'étranger, on leur demande généralement de traduire au mot-à-mot.

La *médiation culturelle* est indispensable pour comprendre les vrais besoins des migrants et le contexte social dans lequel ils se trouvent. Pour être complet, le truchement linguistique doit englober tous les niveaux de langage pertinents.

Les traducteurs/interprètes en milieu médical peuvent en outre revêtir d'autres fonctions, par exemple celle de *défenseurs des malades* ou de *co-thérapeute*. Ces rôles n'ont toutefois de sens que s'ils sont clairement définis et acceptés par tous les partis concernés.

A notre avis, les nombreuses *ressources des traducteurs/interprètes*, notamment leurs expériences personnelles en matière de migration et d'intégration, sont trop peu reconnues et donc prises en compte au niveau théorique.

La plupart des services qui ne sont pas entièrement subventionnés par l'Etat bénéficient d'un financement mixte, c'est-à-dire de fonds publics combinés avec des fonds privés. Seule une

petite minorité des institutions s'auto-financent totalement et se passent donc de subventions. En ce qui concerne le financement, on ne relève de différences notables entre les pays étudiés.

En Suisse, la question du financement des offres de truchement linguistique et de la formation d'intervenants qualifiés dans ce domaine reste ouverte. En donnant au droit à ces prestations des fondements politiques et juridiques, on faciliterait certainement leur financement. Nous suggérons par conséquent qu'une personne compétente clarifie les bases légales existantes.

Nous sommes d'avis que les petits projets mal coordonnés ont peu de chances de profiter de possibles synergies et ne parviendront donc jamais se doter de bases financières solides. Il devient dès lors indispensable de développer des stratégies communes, aussi bien du point de vue strictement méthodologique que pour des raisons de santé publique et de politique professionnelle. A l'avenir, les efforts devraient converger vers la création d'une plate-forme d'action, dont un premier objectif pourrait être l'élaboration d'un concept de formation pour l'ensemble de la Suisse.

Annexes

- Annexe 1:** Aperçu des projets
- Annexe 2:** Adresses et documentation concernant les projets
- Annexe 3:** Proposition d'un modèle de formation pour interprètes en milieu médical en trois degrés

Annexe 1. Aperçu des projets

Suisse						
Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Association Appartenances Lausanne depuis 1993	<ul style="list-style-type: none"> • institution privée (association) • centre psycho-social et promotion de la santé pour les migrants • service de traduction 	<ul style="list-style-type: none"> • autofinancement par l'association • subventions pour les formations possibles au niveau cantonal (PMU, CHUV, PPU, DAMPS, FAREAS) et national (OFSP et PRN 39) 	<ul style="list-style-type: none"> • plus de 50% des traduct./interpr. ont un emploi fixe • tarif horaire: env. 40.-/h. • condition: résider en Suisse depuis trois à dix ans • entretien d'embauche 	<ul style="list-style-type: none"> • interprétariat + traduction écrite • traduction libre rendant le sens général • médiation • culturelle et co-thérapie • possibilité de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • depuis 1996, projet pilote de formation interne complète en cours d'emploi pour les traduct./interpr. et formation continue pour les usagers 	<ul style="list-style-type: none"> • les traduct./interp. font partie intégrante de l'équipe thérapeutique • participation au PRN 39: "Migrants et réseau de soutien: pour une adaptation interculturelle"

Suisse

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Centre de Santé – Migrants Genève depuis 1993 à l'initiative de la Croix-Rouge Genevoise et de la Polyclinique médicale Genève	• soutien privé • projet de la Croix-Rouge Genevoise centre de santé pour requérants d'asile • service de traduction des hôpitaux	• financement par la Croix-Rouge Genevoise • subventions • contrats avec les hôpitaux	• traduct./interp. sur appel exclusivement tarif horaire: env.40-49.- • entretien d'embauche • test oral • feedbacks des hôpitaux • pas de traduction/interprétariat pour la Police des étrangers ni auprès des tribunaux	• interprétariat traduction libre rendant le sens général • médiation culturelle	quatre modules de formation ont été proposés (réalisation: Bischoff)	la Polyclinique médicale de Genève (Loutan, Bischoff, Tonnerre) a réalisé une étude au niveau national portant sur la traduction à caractère médical auprès des cliniques médicales (et psychiatriques dans un deuxième temps)

Suisse

Project et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
DERMAN Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen (Promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants)	<ul style="list-style-type: none"> soutien privé projet de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière centre de santé pour une culture spécifique traduct./interp. assurant le rôle de médiateurs interculturels service de traduction des hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> financé par l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière subventions cantonales par les Services sociaux subventions nationales par l'Office Fédéral des Réfugiés (OFR) contrat avec l'Hôpital Triemli, Zurich 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des traduct./interp. ont un emploi fixe salaire fixe au taux horaire d'env. 40-49.- selon tabelle des salaires OSEO frais de voyage et temps de déplacement, indemnisations pour délai d'attente, dédie et maladie conditions préalables: 	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat et traduction écrite traduction littérale et traduction libre rendant le sens général traducteurs comme „instruments“ et médiateurs culturels la supervision est proposée 	<ul style="list-style-type: none"> pas de formation continue 	<ul style="list-style-type: none"> projets d'avenir : évt. des traduct./interp. supplémentaire sur liste afin d'élargir l'offre et d'être plus flexible désir de rendre possibles la formation initiale et continue pour les traduct./interp.

Suisse

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Dr.med. P. Flubacher Bâle depuis 1992	<ul style="list-style-type: none"> cabinet de médecine générale avec service d'interprétariat pour les patients kurdes et turcs quelques rares fois des traducteurs à l'heure (par le biais du HEKS) 	<ul style="list-style-type: none"> comptabilisé dans les frais annexes du cabinet pas de subvention 	<ul style="list-style-type: none"> interprète fixe à raison de 2h/semaine tarif horaire: env. 50.-.- entretien d'embauche 	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat traduction libre rendant le sens général médiation culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> aucunes (impossibles pour des raisons financières) 	

Suisse

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Therapiezentrum SRK für Folteropfer (TZFO) (Centre de thérapie pour victimes de tortures, Croix-Rouge Suisse CRS) Berne depuis 1995 Frey Sancar Valach	• soutien privé • projet de la CRS • exclusivement pour les réfugiés traumatisés et leur famille • offre de thérapie ambulatoire avec traducteurs • les traducteurs assurent l'accompagnement et parfois des tâches administratives des traducteurs • sont mis en contact avec des tiers	financé par la CRS	• traducteurs • uniquement sur appel • salaire horaire: 31.- + 1h pour les frais • entretien • d'embauche et feedbacks par le personnel soignant, les patients et les autres	• interprétariat et traduction écrite traduction libre rendant le sens général traduction la plus littérale possible après discussion, médiation culturelle	formation continue interne (un jour par année)	• des contacts privés entre interprètes et patients sont à éviter souhait d'une formation de base en cours d'emploi centralisée

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Suisse	<p>Spital-dolmetscher dienst des HEKS (Hilfswerk der Evangelischen Kirchen der Schweiz) (EPEP: Entraide protestante suisse)</p> <ul style="list-style-type: none"> soutien privé projet de l'EPEP Bâle service de traduction des hôpitaux dans divers départements de l'Hôpital cantonal et de l'Hôpital Felix-Plattner à Bâle parfois, des traducteurs sont mis en contact avec des médecins du domaine privé 	<ul style="list-style-type: none"> financé par l'EPEP par contrats fixes avec les hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> exclusivement des traducteurs fixes indemnité hebdomadaire fixe lieu de travail fixe (pièce dans l'hôpital) tarif horaire: 39.- indemnisations pour les maladies et les jours fériés condition préalable: habiter la Suisse depuis au moins 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat et traduction écrite traduction littérale et traduction libre rendant le sens général traducteurs comme „instruments“ et médiateurs culturels 	<ul style="list-style-type: none"> formation continue (jusqu'à présent d'une durée d'une journée) 	<ul style="list-style-type: none"> expérience de plusieurs années souhait de trouver plus d'argent pour le financement de la formation continue et de la supervision pour les traducteurs

Suisse

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Service de traduction de l'Hôpital universitaire de l'Ile Berne depuis 1990	<ul style="list-style-type: none"> soutien privé, service créé suite à une décision interne de l'hôpital service d'interprétariat sur appel le service social de l'hôpital de l'Ile est responsable de la coordination et du financement pour les expertises, les interprètes (IV/CNA) collaborent occasionnellement avec d'autres institutions 	<ul style="list-style-type: none"> financé par un fonds spécial de l'hôpital ce fonds est alimenté par diverses fondations et par des donateurs 1000.-/année sont à disposition des différentes cliniques de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> les traduct./interp. travaillent exclusivement sur appel Salaire: - indemnisation minimale: 30.- pour une traduction durant jusqu'à 30 min. - forfaits: 60.- pour des traductions de 30-60 min. - 1.- par min. les traductions sont offertes gratuitement aux indigents 	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat traduction libre rendant le sens général médiation culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> pas de formation ni de formation continue 	<ul style="list-style-type: none"> le service de médecine Loryspital de l'Ile manifeste un intérêt certain pour la traduction Le Dr. M. Sabbioni a organisé là-bas des manifestations sur ce thème pour les traducteurs et les usagers et a d'autres projets en chantier M. Sabbioni a également rédigé un dépliant sur les relations avec les traduct./interp. réalisé au Loryspital, le travail de licence en ethnologie de Rahel Stucker porte sur la traduction dans l'interaction médecins-patients: «Die Zusammenarbeit mit LaienübersetzerInnen»

Allemagne

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Etno-Medizinisches Zentrum Hannover depuis 1989 (service de traduction depuis 1991)	<ul style="list-style-type: none"> soutien privé (association d'utilité publique) conseil et information aux experts et aux trad. professionnels bénévoles service de traduct./interp. formations complémentaires et mise en réseau de connaissances ethnoculturelles 	<ul style="list-style-type: none"> à 90% par des subventions du ministère des affaires sociales de Basse-Saxe et du ministère des affaires fédérales et européennes à 10% par des contrats avec les hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> moins de 20% d'interprètes fixes tous les autres sur appel tarif horaire: env. 30-39.- frais de voyage et temps de déplacement, indemnisations en cas d'attente, d'annulation et de maladie 	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat en face-à-face, traductions écrite et téléphonique traduction libre rendant le sens général médiation culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> formation interne en emploi complète et formation continue pour les usagers issus du domaine de la santé, de la justice et du social formation interne en emploi complète et formation continue pour les usagers issus du domaine de la santé, de la justice et du social 	<ul style="list-style-type: none"> collaboration étroite avec les hautes écoles auxquelles le EMZ propose de la formation continue et de la formation complémentaire coordination des offres existantes par le EMZ (avec N.-J. Albrecht du UKE Hambourg)

Danemark

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Indvandrer-projekter Copenague depuis 1988	<ul style="list-style-type: none"> soutien privé statut ONG institution de formation et de projets pour migrants cours de danois pour migrants (obligatoire au Danemark) service d'interprétariat implication au niveau européen en matière d'interprétariat mise en place d'une formation professionnelle de traduct./interp. reconnue par l'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> le fonds social de la Communauté Européenne en finance une partie subventions locales et nationales cours de danois financés par l'Etat formations financées par „Danish Social Assistance Act“ et par „Danish employment service“ le projet européen est financé par des contributions nationales et de l'UE 	<p>pour l'embauche, les qualifications réelles sont plus importantes que les qualifications formelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat en face-à-face traduction littérale et traduction libre rendant le sens général médiation culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> depuis 1987, formation interne de base pour „médiateurs culturels“: sept mois à plein temps, examen et diplôme formation continue assurée de manière interne et externe: interne <ul style="list-style-type: none"> a) pour l'interprétariat dans le domaine médical et social b) pour le „Business Interpretation“ externe <ul style="list-style-type: none"> a) à la déontologie par le Danish Refugee Council b) cours de langue: 6 mois à la Copenhagen Business School 	<ul style="list-style-type: none"> collaboration aux projets français et belges: échange d'idées, de méthodes, d'élèves et d'enseignants «Projet européen Leonardo», 1996 à fin 1998, en collaboration avec l'Italie, l'Espagne et la France afin de mettre sur pied un code déontologique commun pour la formation professionnelle au «Community Interpreting» à plus long terme: mise en place d'une formation professionnelle reconnue par l'Etat

France	Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
	Inter-Service Migrants (ISM) Paris depuis 1971 filiales: Lyon, Metz, Clermont-Ferrand, Marseille, Clermont-Ferrand Sauveterre	• soutien privé de l'association • service de consultation pour migrants • service de traduc./interp. • depuis 1990, service de traduction téléphonique	• à 85% par des contrats avec les usagers: hôpitaux, police, services publics, services sociaux, tribunaux, Poste etc • à 15% par des subventions nationales provenant du „Fonds d'Action Sociale“	• env. 35% des traduct./interp. employés de manière fixe • conditions: connaissance de la France et des institutions publiques	• interprétariat, traductions écrites et téléphoniques (24/24h) • traduction littérale et traduction libre rendant le sens général • médiation culturelle	formation continue interne en vue d'une spécialisation dans un domaine spécifique	le directeur du service de traduction ISM fut l'organisateur de la conférence européenne en octobre 1995 à Strasbourg: „L'interprétariat en milieu social“

Grande-Bretagne

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Language Line London depuis 1990 (privé depuis 1992)	<ul style="list-style-type: none"> soutien privé (deux associations d'utilité publique) centrale téléphonique de mise en contact de traducteurs 	<ul style="list-style-type: none"> autofinancement de l'institution (avant 1992: subventions des British Telecom et du Département de l'Intérieur) 	<ul style="list-style-type: none"> traduct./interp. sur demande exclusivement (24/24h) salaire horaire le lieu de travail est le domicile privé 	<ul style="list-style-type: none"> traduction téléphonique complément aux offres d'interprétariat en face-à-face des autres services peu de traductions écrites traduction littérale médiation culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> formation interne continue pour les traduct./interp. et formation à la traduction par téléphone pour les usagers 	

Grande-Bretagne

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Lothian Interpreting & Translating Service Trust (LITST) Edimbourg depuis 1987	<ul style="list-style-type: none"> soutien privé le service de traduction travaille essentiellement dans le domaine de la santé le LITST donne des conseils et de l'information sur la communication avec les traducteurs 	<ul style="list-style-type: none"> subventions locales: „Lothian Regional Council“, „Edinburgh District Council“ et le ministère de la santé régional financement par les indemnités versées par les usagers privés 	<ul style="list-style-type: none"> traduct./interp. sur appel essentiellement embauche surtout des migrants 	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat et traduction écrite 	<p>peu de formation continue pour les employés des entreprises de service: cours „how to work with interpreters“ et information sur la communication multilingue</p>	<p>sont membres du „Scottish Community Interpreting Development Group“ (SCIDG)</p>
K. Dasgupta (Directeur du Conseil d'Administration)						

Grande-Bretagne

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Institute of Linguists Educational Trust London propose un diplôme reconnu par l'Etat depuis 1995	<ul style="list-style-type: none"> soutien privé institut de langues: depuis 1995, diplôme reconnu d'interprètes: "Diploma in Public Service Interpreting" seuls les interprètes diplômés peuvent travailler pour les services publics 	<ul style="list-style-type: none"> subvention nationale pour la coordination et la planification de la formation et des conditions d'obtention du diplôme pour les traducteurs 	<ul style="list-style-type: none"> l'examen consiste en tests de traduction orale et écrite pas de médiation culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> la formation met l'accent sur les capacités linguistiques 	<ul style="list-style-type: none"> l'Institut organise les cours et les examens dans différentes hautes écoles locales l'Institut décerne le "Diploma in Public Service Interpreting" (seul diplôme officiellement reconnu en GB) 	<ul style="list-style-type: none"> le diplôme peut être acquis dans les domaines „Health“, „Scottish Law“ et „Local Government“ inscription des interprètes au „National Register of Public Service Interpreters“ (NRPSI)

Pays-Bas		Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Stichting Tolken-centrum	six centrales Velp, Amsterdam, Hengelo, Utrecht, Rotterdam et Eindhoven depuis 1976	<ul style="list-style-type: none"> • service d'Etat • centrale de mise en relation des traducteurs pour les services publics (hôpitaux, médecins de famille, justice etc) • dans les services publics, les traductions sont gratuites 	<ul style="list-style-type: none"> • à 100% par des subventions de l'Etat • par le département fédéral de la santé et du sport • montants d'autres ministères 	<ul style="list-style-type: none"> • traduct./interp. presque exclusivement à la demande • payés au tarif horaire: 27.- env. • indemnité de déplacement • conditions d'embauche: 	<ul style="list-style-type: none"> • interprétariat, traductions téléphoniques et érites • traduction littérale • explications culturelles • rôle passif et neutre des traducteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • formation continue interne pour les traduct./interp. 	<ul style="list-style-type: none"> but: pouvoir proposer une formation spéciale aux traduct./interp. selon les normes européennes dans le domaine social 	

Norvège

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Tolketjenesten Innandrerkontoret Bergen depuis 1981	<ul style="list-style-type: none"> soutien de l'Etat institution pour migrants service de traduct./interp. pour les services publics réseau européen de traductions gratuites pour les services sociaux et de santé de la commune de Bergen 	<ul style="list-style-type: none"> subvention par la commune de Bergen financé aussi par les institutions publiques de la commune et de la région qui ont recours au service 	<ul style="list-style-type: none"> traduct./interp. sur demande essentiellement salaire horaire quelques traducteurs sont employés à 100% de manière fixe 	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat et traductions écrites traduction littérale partiellement, travaux supplémentaires pour les traducteurs dans l'administration possibilité de soutien psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> formation interne pour traducteurs (1-3 jours): - préparation au diplôme d'Etat à l'Institut en Linguistique de l'Université d'Oslo - formation continue pour les usagers (pour les services sociaux: 1 jour; pour les services de la santé: 2 jours) 	<p>1987-1996, la formation était payée par l'Etat</p> <p>l'Etat ne se charge aujourd'hui plus que des „Directions for Services“</p> <p>une chaire de traduction est prévue pour 1999 à l'Université d'Oslo</p> <p>participe au groupe de travail européen (avec Paris et Florence) formé après la Conférence de Strasbourg en octobre 1995, dont le travail consiste à élaborer les lignes directrices pour la formation et les exigences relatives à l'interprétariat.</p> <p>Rapport final du groupe de travail en octobre 1997</p>

Suède

Projet et nom	Support juridique et type d'institution	Financement	Conditions de travail	Genre et formes de traduction	Offres de formation	Remarques complémentaires
Stockholm Tolk- förmelding depuis 1967 (privé depuis 1994)	<ul style="list-style-type: none"> centrale privée de mise en relation pour la traduction pour tous les services publics contrats avec la plupart des hôpitaux, avec le tribunal et la police de Stockholm 90% de la clientèle sont les services publics 	autofinancé par les indemnisations pour les prestations	<ul style="list-style-type: none"> la plupart des traduct./interp. travaillent sur demande, avec un salaire horaire env. 10 personnes sont employées de manière fixe à 100% auprès de l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> interprétariat, traductions écrites et téléphonique traduction littérale service 24/24h de la centrale téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> formation de base interne pour les traduct./interp. sans diplôme formation continue pour les traduct./interp. dans les domaines social, médical et de justice 	les diplômes en Suède ne sont valables que cinq ans et renouvelés sur preuve d'activités de traduction suivies
Riitta Öberg depuis 1978 droit à la traduction depuis 1976 diplômes d'Etat				<ul style="list-style-type: none"> condition d'embauche: diplôme reconnu ou examen réussi après formation de base interne 		

Annexe 2. Adresses et documentation concernant les projets:

Nom et adresses	Littérature
Suisse: Appartenances Rue des Terreaux 10 Case postale 54 1000 Lausanne 9 021/ 341'12'50	<ul style="list-style-type: none"> - Métraux, J.-C., 1995: Amélioration de l'accès aux 'soins' des populations migrantes. Un droit: S'exprimer dans sa propre langue. Rapport. Appartenances. Métraux J.-C. und S. Alvir, 1995: L'interprète: traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeut. InterDIALOGOS. 2: pp. 22-25. - Alvir, S. und J.-C. Métraux, 1997: Complémentariat entre thérapeute de famille et interprète comme médiateur dans les interventions transculturelles. Rapport. Appartenances. - Fleury, F., 1995: Migration und Gemeinsamkeiten. Die Association Appartenances in Lausanne: Eine wichtige Ergänzung des sozialen Netzwerks. Soziale Medizin. 1: 19. - Métraux, J.-C. und F. Fleury, 1995: Die Zukunft erschaffen. Gruppenarbeit mit traumatisierten Gemeinschaften. In: Perren, G: Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe. Verlag Paul Haupt. Bern: pp. 153-178.
Centre de Santé-Migrants 9, rue Dancet 1205 Genève 022/ 329'10'90	<ul style="list-style-type: none"> - Pacoud, A., 1994: Le Centre santé migrants. Les soins aux requérants d'asile à Genève. Krankenpflege/Soins Infirmiers. 11: 54-57. - Tonnerre, C. et al., 1997a: Interpréterat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse. 65e Assemblée Annuelle de la Société de Médecine Interne/ 202 Congrès de Médecine Générale. Genève, 5-7 Juni. - Tonnerre, C. et al., 1997b: Interpréterat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse. Schweizerische Medizinische Wochenschau. 127/88:152. non encore parus: <ul style="list-style-type: none"> - Bischoff, A., 1997: Santé des Migrants: L'interprétariat medical. Aspect incontournable de la prise en charge. - Bischoff, A. et al., 1997: Langues parlées lors de consultations à la Polyclinique de Médecine. Enquête sur les Langues parlées lors des consultations à la polyclinique de médecine. Unité du Médecine des Voyages et des Migrations. Dept. de Médecine Communautaire. Hôpitaux Universitaire de Genève. - Eytan, A., et al., 1997: Les interprètes dans les services de psychiatrie en Suisse.

<p>Derman - Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen</p> <p>Brauerstrasse 4 8004 Zürich 01/24182'88</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DERMAN, Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen, 1997: Evaluationsbericht über die zweijährige Pilotphase des Projektes, August 1994 - Juli 1996. Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk SAH. Zürich. - Obrist Van Eeuwijk, B., 1992: "Ich möchte mit meiner eigenen Hilfe auskommen, aber es geht nicht". Eine medzinethnologische Studie über Krankheitserfahrungen türkischer und kurdischer Menschen in der Region Zürich. Unter Mitarbeit von L. Svejda Hirsch. Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk. Zürich. 	<p>Dr. med. P. Flubacher</p> <p>Spezialarzt FMH für Allgemeinmedizin</p> <p>Hammerstrasse 177 4057 Basel 061/ 692'20'90</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flubacher, P., 1994: Eine Übersetzerin in der Hausarztpraxis. Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. Soziale Medizin. 21/6: pp.20-22. - Flubacher, P., 1995: Betreuung ausländischer Patienten in der Praxis - Erfahrungen und Überlegungen eines Hausarztes. Ars Medici. 6: pp.380-385. - Flubacher, P., 1997: Ausländische Patienten in der hausärztlichen Praxis: unlösbare Probleme für Arzt und Patient? PRAXIS. Schweizerische Rundschau für Medizin. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 1. 19/1:pp. 811-816. <p>HEKS-Spitaldolmetschendienst</p> <p>HEKS-Flüchtlingsdienst</p> <p>Regionalstelle BS/BL</p> <p>Socinstrasse 13 4051 Basel 061/ 26148'80</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eser, T., 1994: Stell dir vor, du bist krank und dein Arzt versteht dich nicht. Dolmetschendienst am Kantonsspital Basel. Soziale Medizin. 21/6: 9. - Dokumentation interne: - Dolmetschendienst am Kantonsspital Basel. Eine Dienstleistung organisiert von der HEKS-Regionalstelle BS/BL.
---	--	---

<p>Therapiezentrum SRK für Folteropfer (TZRÖ) Freiburgstrasse 44a 3010 Bern 031/3905050</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wicker, H.-R., 1991: Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Institut für Ethnologie Bern. Im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes. - Weiss, R., 1993: Therapieprojekt für gefolterte Flüchtlinge. Machbarkeitsstudie im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes. - Sancar, H., 1997: Sozialarbeit mit gefolterten und kriegstraumatisierten Flüchtlingen. Diplomarbeit der Höheren Fachschule für Sozialarbeit Bern. Edition Soziothek. - Frey, C. und L. Valach, 1997: Die Behandlung von Folter- und Kriegsopfern in der Schweiz. Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 2. 86/21: pp. 899-905. <p>Documentation interne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1996: Übersetzungsarbeit im therapeutischen Bereich, - 1996: Fachliche Weisungen für die Übersetzungssarbeit im Therapiezentrum SRK. - 1996: Administrative Weisungen für die Übersetzungssarbeit im Therapiezentrum SRK. - 1996: Einige Gedanken zur Übersetzungssarbeit. <p>Übersetzerdienst des Universitätsspital Insel Direktion Dienste Sozialdienst 3010 Bern 031/6322091</p>	<p>Documentation interne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direktion Dienste, Sozialdienst, 1993: Regelung Übersetzungsdiest für Patienten. Direktionskonferenz vom 4. Juli 1990. - Direktion Dienste, Sozialdienst, 1996: Merkblatt. Neue Dolmetscherregelung. Abteilungssitzung vom 29. März 1996. - Dr. med. M. Sabbioni, Oberarzt der Medizinischen Abteilung Loryspital Bern, 1996: Anleitung für den Umgang mit Übersetzern
---	--

Etranger:	
Europe:	<ul style="list-style-type: none"> - Parlement Européen Strasbourg, 1995: L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen, 5-7 octobre 1995. Organisé par Inter-Service Migrants - Paris. - Déclaration du Colloque Européen sur L'Interprétariat en milieu social, 5 - 6 - 7 Octobre 1995.
Danemark:	<p>Indvanderprojekter Nørregade 36, 3. sal 1165 København K</p> <p>Documentation interne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Beschrieb des Gesamtprojektes] - Stage du médiateur culturel - Øhrgaard, A: Interpreter's course based upon true qualifications. <p>Allgemeine:</p> <p>Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e. V. Egedorfstr. 2 30449 Hannover</p> <p>Documentation interne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviceangebote zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migranten. - 1995: Wir über uns. Konzeption, Arbeitsbereiche, Service Leistungen, Organisation. - 1995: Ethno-Medizinischer Dolmetscher- und Interpreterservice. Ein Kommunikationsservice für den medizinischen und sozialen Sektor. Information, Sprachenliste, Preise. - 1995: Konzeption des Dolmetscher- und Interpretertrainings. Schulungsmassnahmen, Kurssystem, Schulungsinhalte.

<p>'Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich'</p> <p>Universitäts-Krankenhaus Eppendorf</p> <p>Fachbereich Medizin</p> <p>Martinistraße 52</p> <p>20246 Hamburg</p>	<p>Documentation interne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Albrecht, Niels-Jens, 1994: Konzept für eine Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich. Universität Hamburg. Fachbereich Medizin. Planungsgruppe "Migrantenversorgung im UKE". Im Auftrag des Direktoriums gemäß Beschluss vom 18. Juli 1994. - Albrecht, Niels-Jens, 1995: Culturally aware and migrantspecific health care in a Hamburg large-scale clinic. Hamburg University, Faculty of Medicine, Department of General Medicine and Health System Research. - Dolmetscher-Dienst im UKE, Hamburg.
<p>France:</p> <p>Inter-Service Migrants</p> <p>INTERPRETARIAT</p> <p>12, rue Guy de La Brosse</p> <p>75005 Paris</p>	<p>France:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sauvêtre, M., 1996: L'interprétariat en milieu social. Accueillir No. 207: pp. 34-36. - Parlement Européen Strasbourg, 1995: L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen, 5-7 octobre 1995. Organisé par Inter-Service Migrants – Paris. - Salom, G., 1989: La parole restituée. Extrait d'<i>Informations sociales</i> No. 5. - Lasne, N., 1992: Le médecin, le malade et l'interprète. Soins No. 563/564; pp. 16/17. <p>Documentation interne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1997: ISM Interpretariat. Dialogue à 3. Lettre d'information publiée par ISM interprétariat. No. 2. - Interprétariat de déplacement. Les secteurs d'activités. Permanences et évolutions. - le dialogue à trois. ISM Interpretariat.
<p>Grande-Bretagne:</p> <p>Lothian Interpreting & Translating Service Trust (LITS)</p> <p>56 Queen Charlotte Street</p> <p>Edinburgh, EH6 7EX</p>	<p>Scottish Community Interpreting Development Group, 1990: The Right to Understand. Recommendations for Action. Report of Conference held in Sept. 1990 and Annual Report 1990.</p> <p>Documentation interne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lothian Interpreting & Translating Service Trust. Report/Review 1994/95. - Interpreting for Health. The Lothian Interpreting and Translating Service. Services for Health and their clients

<p>Language Line 18 Victoria Park Square London E2 9PF</p>	<p>- Parlement Européen Strasbourg, 1995: L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen, 5-7 octobre 1995. Organisé par Inter-Service Migrants – Paris: pp. 37-41. Documentation interne: - Approaches to Interpreting in the Community: Telephone Interpreting Service. - Your Guide to Using Language Line</p>	<p>Documentation interne: The Linguist. Official Journal of the Institute of Linguists. Diploma in Public Service Interpreting. 1995: Diploma in Public Service Interpreting. Reading List. 1997: Diploma in Public Service Interpreting. Training/Video Package. 1997: Diploma in Public Service Interpreting. Administrative Handbook.</p>
<p>Institute of Linguistics Educational Trust</p>	<p>Saxon House 48 Southwark Street London SE1 1UN</p>	<p>Pays-Bas:</p>
<p>Stichting Tolkencentrum: Gelderland - Velp Noord-Holland - Amsterdam</p>	<p>Noord en Oost Nederland – Hengelo Utrecht - Utrecht Zuid-Holland - Rotterdam Zuid-Nederland - Eindhoven</p>	<p>- Parlement Européen Strasbourg, 1995: L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen, 5-7 octobre 1995. Organisé par Inter-Service Migrants – Paris: pp. 23-28. Interne Dokumentation: Déclaration faite par les interprètes/traducteur qui effectuent des travaux d'interprétariat ou de traduction pour un ou plusieurs des centres d'interprétariat établis dans notre pays. - Code de conduite de l'interprète. - 1996: <i>Tolkencentra</i> in Nederland: Elkaar verstaan is elkaar begrijpen</p>

Norvège:	-Renseignements téléphoniques uniquement
Tolkjenesten Innvandrerkontoret Kong Oscars Gt. 43 50117 Bergen	
Suède:	
Stockholms Tolkförmeling Box 8316 10420 Stockholm	<p>Documentation interne: - Riitta Öberg: Stockholms Tolkförmeling</p> <p>TÖL – Tolk- och Översättarinstitutet vid Stockholms universitet 10691 Stockholm</p>
USA:	<p>- Niska, H., 1990: A new breed of interpreter for immigrants: "contact interpretation" in Sweden. ITI Conference 4: pp. 94-104.</p> <p>- Dhawan, S. et al., 1995: Der Dolmetscher als Brücke zwischen Kulturen und Opfern organisierter Gewalt. In: Peltzer, K. et al.: Gewalt und Trauma. Verlag für interkulturelle Kommunikation. Frankfurt a. M. pp. 178-192.</p> <p>Documentation interne: - IITS: The Institute for Interpretation and Translation Studies - The training of community interpreters in Sweden within adult education and the universities.</p> <p>- Ginsberg et al., 1995: Interpretation and Translation Services in Health Care: A Survey of US Public and Private Teaching Hospitals. A National Public Health and Hospital Institute Report.</p>

Annexe 3: Proposition d'un modèle de formation pour interprètes en milieu médical en trois degrés

1ère étape:

Lieu:	par région linguistique
Forme:	langues régionales, en cours d'emploi, formation par modules
	Organisation commune pour l'interprétariat dans tous les domaines publics: santé, justice, travail social
Prérequis:	maîtrise de la langue maternelle et d'une autre langue nationale, stabilité psychosociale
Titre:	diplôme de <i>Community Interpreter</i>
"Catégorie salariale":	1
Contenus de formation:	<ul style="list-style-type: none"> - Causes et conséquences des mouvements migratoires - Structures politiques et juridiques suisses - Communication et langages dans différents contextes - Fonctions de l'interprétariat: médiation linguistique et culturelle - Responsabilité, délimitation, principes déontologiques - Médiation dans un processus d'intégration sociale

2ème étape:

Lieu:	Perfectionnement "Interprétariat en milieu de santé publique"
Forme:	dans un premier temps, par région linguistique, ensuite au plan national
	en cours d'emploi, par modules de formation
Prérequis:	Objectif: formation en cours d'emploi d'élèves "itinérants"
Titre:	diplôme de community interpreter (degré 1) ¹⁸⁸
"Catégorie salariale":	2
Contenus de formation:	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du système de santé et des disciplines spécifiques - Identités professionnelles - Terminologie médicale - Droits des patients et éthique médicale - Santé et maladie - Différentes définitions des rôles - Triade: dynamique, pouvoir et chances - Pratique professionnelle, supervision et formation continue - Interventions et techniques spécialisées, introduction

3ème étape:

Lieu:	Spécialisation dans un secteur médical particulier
Forme:	par région linguistique
Prérequis:	formation par modules, en cours d'emploi
Titre:	diplôme d'interprète en milieu médical (degré 2)
"Catégorie salariale":	3

¹⁸⁸ Les interprètes expérimentés pourraient éventuellement accéder directement au deuxième degré de formation.

Domaines de spécialisation:

- pédiatrie
- gériatrie
- gynécologie/obstétrique
- médecine d'urgence
- psychothérapie
- psychosomatique
- psychiatrie

Commentaires

Avantages

- A notre avis, une formation unifiée au plan suisse favoriserait une meilleure reconnaissance de la profession d'interprète (à l'instar de ce qu'on peut observer à l'étranger)
- La concentration des ressources disponibles (documentation, matériel pédagogique, frais de gestion des projets) et un enseignement commun permettrait de résoudre partiellement la délicate question du financement
- La spécialisation des interprètes, telle qu'elle est prévue dans ce modèle, permettrait de les faire intervenir de manière plus ciblée en fonction de leurs compétences respectives. Cette catégorisation par domaines spécifiques correspond à la spécialisation croissante du système de santé. Elle impliquerait toutefois une réflexion méthodologique plus poussée de la part des usagers.
- Ce modèle de formation prend en compte les expériences professionnelles et personnelles des migrants
- Le modèle des trois degrés permet aux interprètes d'établir un plan de carrière
- La coexistence voulue de divergences méthodologiques entre les différents domaines de spécialisation favorise le développement de nouvelles approches théoriques.

Inconvénients ou dangers possibles

- Ce modèle pourrait tendre vers un système de formation complexe
- La coordination et la mise en réseau représentent un certain investissement au plan administratif
- Comme dans toute nouvelle profession, il se peut que les délimitations entre les domaines d'intervention et les compétences respectives soient encore floues au début mais se clarifient au fur et à mesure que les expériences concrètes se mettent en place
- Certains abus seraient possibles au niveau de la formation initiale en raison de la tendance à réduire les coûts.

Formation initiale et continue du personnel soignant et des autres usagers

La question de l'interprétariat doit également être intégrée dans le plan de formation de toutes les formations initiales dans les métiers de la santé. Médecins et psychologues, écoles de soins infirmiers, de physiothérapie et d'ergothérapie et hautes écoles spécialisées en travail social sont particulièrement concernés à cet égard.

En complément des formations de base, il faudrait également développer les offres de formation continue centrées sur la collaboration entre interprètes et malades de langue étrangère.

Les points forts de ces cours seraient:

- Migration et retombées psychosociales
- Interactions au sein de la triade, gestion des jeux de pouvoir et des besoins de contrôle
- Adaptation méthodologique (rôles, coopération, outils thérapeutiques et techniques d'interprétariat)
- Réflexion sur sa propre appartenance à un système donné (par exemple le système médical)

7 Bibliographie

- Acosta, Frank X. & Martha H. Cristo 1981:** «Development of a Bilingual Interpreter Program: An Alternative Model for Spanish-Speaking Services». *Professional Psychology* 12/4:474-482.
- Albrecht, Niels-Jens 1994:** Konzept für eine Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich. Universität Hamburg. Fachbereich Medizin. Planungsgruppe "Migrantenversorgung im UKE".
- Alpert, M. 1970:** Television tape for evaluation of treatment response. *Psychosomatics* 11:467-469.
- Alvir, Spomenka & Jean-Claude Métraux 1997:** Complémentarité entre thérapeute de famille et interprète comme médiateur dans les interventions transculturelles. Lausanne: Appartenances. 20pp.
- Amati Mehler, J.; S. Argentiere & J. Canestri 1990:** The Babel of the Unconscious. *International Journal of Psychoanalysis* 1990/71:569-583.
- Asad, Talad 1993:** Übersetzen zwischen Kulturen. Ein Konzept der britischen Sozialanthropologie. In: Berg, Eberhard & Martin Fuchs (ed.) 1993: Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation. Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch wissenschaft. 300-334.
- Auckenthaler, Anna 1983:** Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Badura, Bernhard 1993:** Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus & Ulrich Laaser (ed.) 1993: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 63-90.
- Balarajan, R.; L. Bulusu; A. M. Adelstein et al. 1984:** Patterns of Mortality among Migrants to England and Wales from the Indian Subcontinent. *British Medical Journal* 289/3 November:1185-1187.
- Berger, Peter L. & Thomas Luckmann 1994:** Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.
- Bickley, Verner C. 1982:** Language as the Bridge. In: Bochner, Stephen (ed.) 1982: Cultures in Contact. Studies in Cross-Cultural Interaction. Oxford: Pergamon Press. 99-125.
- Bilgin, Y. & A. Arat et al. 1992:** Risk Profile of Coronary Heart Disease by Turkish Workers in Germany. Conference Proceedings: 2nd Conference on Migration and Health. Brussels, 29.6.-1.7.92: International Organization for Migration.
- Bischoff, A. 1995:** Migration and Health in Switzerland. Unité de Médecine des Voyages et des Migrations. Hôpitaux Universitaires de Genève. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Bischoff, A. 1997:** Santé des Migrants: L'interprétariat médical — aspect incontournable de la prise en charge. Unité de Médecine des Voyages et des Migrations. Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Bischoff, A.; C. Tonnerre & L. Loutan 1998:** Langues parlées lors de consultations à la Polyclinique de Médecine. Enquête sur les Langues parlées lors de consultations à la Polyclinique de Médecine. Genève.
- Black, J. 1985:** The Difficulties of Living in Britain. *British Journal of Medicine* 290:615-617.
- Blöchliger, Corinne; Christoph Hatz; Regula Weiss et al. 1994:** Gesundheitsprobleme und allgemeinmedizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz aus hausärztlicher Sicht. Schweizerisches Tropeninstitut Basel. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Blöchliger, C.; M. Tanner; C. Hatz et al. 1997:** Asylsuchende und Flüchtlinge in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin 86/19. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 1:800-810.
- Bloom, Martin; Helen Hanson; Gertrude Fries et al. 1966:** The Use of Interpreters in Interviewing. *Mental Hygiene* 50:214-217.
- Bollini, Paola 1992:** Health Policies for Immigrant Populations in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries. *International Migration. Quarterly Review XXX*. Special Issue: Migration and Health in the 1990s. International Organization for Migration:103-120.
- Bollini, Paola 1993:** Health for Immigrants and Refugees in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries. *Innovation* 6/1/93:101-110.
- Bollini, Paola & Harald Siem 1995a:** Health Needs of Migrants. *World Health* 48/6:20-21.
- Bollini, Paola & Harald Siem 1995b:** No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000. *Social Science & Medicine* 41/6:819-828.
- Borchert, Henning; Ramazan Salman & Jürgen Collatz 1994:** Mittler zwischen den Kulturen — Aktivitäten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migranten. Konzept und Arbeit des Ethnomedizinischen Zentrums von Hannover.
- Bourdillon, F. et al. 1991:** La santé des populations d'origine étrangère en France. *Social Science & Medicine* 32/11:1219-1227.
- Brucks, Ursula; Erdmann von Salisch & Wulf-Bodo Wahl 1987:** Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Beiträge zur sozialen Entwicklung im Gesundheitswesen. Hamburg: E.B.-Verlag Rissen.

- Burgi, Didier 1997:** Gesundheitsförderung und Prävention bei der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz: Schritt für Schritt vorwärts... Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin 86/21. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 2:906-910.
- Buxbaum, E. 1949:** The Role of the Second Language in the Formation of the Ego and Superego. Psychoanalytic Quarterly 1949/18:279.
- Caplow, Theodore 1959:** Further Development of a Theory of Coalitions in the Triad. The American Journal of Sociology 64/5:488-493.
- Caruso, I.A. & R.T. Duque 1966:** El Problema de Psicoanálisis en Lengua Extranjera. Archivos de Estudios de Psicoanálisis y Psicología Médica 1966/3:7ff.
- Castles, Stephen 1993:** Migrations and Minorities in Europe: Perspective for the 1990s: Eleven Hypotheses. In: Wrench, John & John Solomos (ed.) 1993: Racism and Migration in Western Europe. Oxford/Providence: Berg. 17-34.
- Chabrit, Y. 1990:** La santé des migrants. Rev. Europ. Migrations internationales 1990/3:161-174.
- Coe, Rodney M. & Christine G. Prendergast 1985:** The Formations of Coalitions: Interaction Strategies in Triads. Sociology of Health and Illness 7:236-247.
- Crandon, Libbet 1986:** Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case from Rural Highland Bolivia. American Ethnologist 13/3:463-476.
- Del Castillo, Julio C. 1970:** The Influence of Language upon Symptomatology in Foreign-born Patients. American Journal of Psychiatry 127/2:160-162.
- DERMAN, Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen 1997:** Evaluationsbericht über die zweijährige Pilotphase des Projektes. Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk (SAH). Zürich.
- Desjarlais, Robert; Leon Eisenberg; Byron Good et al. 1995:** World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries. With Contributions from: Alastair Ager, Myron Belfer, Ruth Fischbach, Mary-Jo DelVecchio Good, Kris Heggenhougen. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Dhawan, Savita; Eva Entrena; Ulla-Stina Eriksson-Söder et al. 1995:** Der Dolmetscher als Brücke zwischen den Kulturen und Sprachen. In: Peltzer, Karl; Aycha Abduljawad & Elise Bittenbinder (ed.) 1995: Gewalt und Trauma: Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. Frankfurt a.M.: Verlag für interkulturelle Kommunikation. 178-192.
- Diaz-Duque, Ozzie F. 1982:** Overcoming the Language Barrier. Advice from an Interpreter. American Journal of Nursing 82:1380-1382.
- Downing, B.T. 1992:** The Use of Bilingual/Bicultural Workers as Providers and Interpreters. International Migration. Quarterly Review XXX. Special Issue: Migration and Health in the 1990s. International Organization for Migration:121-130.
- Dussaussois, Evelyn & Heidi Mosimann 1998:** Das Recht, verstanden zu werden. Der Umgang mit Fremdsprachigkeit im institutionellen Rahmen. Diplomarbeit. Höhere Fachschule für Sozialarbeit Bern.
- Ebner, Gerhard 1997:** Psychisch kranke Menschen ausländischer Herkunft. Psychiatriezentrum Schaffhausen. Fragebogen.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (ed.) 1993:** Frauenflüchtlinge in der Schweiz. EDMZ. Bern.
- Eisenberg, Leon 1977:** Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. Culture, Medicine and Psychiatry 1977/1:9-23.
- Eser, Turan 1994:** Stell dir vor, du bist krank und dein Arzt versteht dich nicht – Dolmetscherdienst am Kantonsspital Basel. Soziale Medizin 21/6:9.
- Expertenkommission Migration 1997a:** Ein neues Konzept der Migrationspolitik. Bericht der Expertenkommission. Im Auftrag des Bundesrates. Bern.
- Expertenkommission Migration 1997b:** Ein neues Konzept der Migrationspolitik. Zusammenfassung der Ziele und Massnahmen. Bericht der Expertenkommission. Im Auftrag des Bundesrates. Bern.
- Expertenkommission Migration 1997c:** Ein neues Konzept der Migrationspolitik. Materialienband. Bericht der Expertenkommission. Im Auftrag des Bundesrates. Bern.
- Eytan, Ariel; Alexandre Bischoff & Louis Loutan 1998:** Les interprètes dans les services de psychiatrie en Suisse. Genève, non publié.
- Faust, Shotsy & Robert Drickey 1986:** Working with Interpreters. The Journal of Family Practice 22/2:131-138.
- Favrat, B.; M. Francillon; B. Burnaund et al. 1991:** La «Satisfaction» du médecin lors d'une première consultation diffère-t-elle selon l'origine du patient? Schweizerische medizinische Wochenschrift 124:44.
- Fenichel, Otto 1997 (1945):** Psychoanalytische Neurosenlehre (1945). Giessen, Psychosozial-Verlag. 3 Bde. Die Deutsche Bibliothek. Aus dem Englischen: Klaus Laermann.
- Flaskerud, J. H. & P. Y. Liu 1990:** Influence of therapist ethnicity and language on therapy outcomes of Southeast Asian clients. The International Journal of Social Psychiatry 36/1:18-29.

- Flubacher, Peter 1994a:** Die Zusammenarbeit mit einer Übersetzerin bei der Betreuung ausländischer Patienten in der Praxis: Erfahrungen und Überlegungen eines Hausarztes. *Psychosomatische Medizin* 23/3:22-24.
- Flubacher, Peter 1994b:** Eine Übersetzerin in der Hausarztpraxis. Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. *Soziale Medizin* 21/6:20-22.
- Flubacher, Peter 1995:** Betreuung ausländischer Patienten in der Praxis: Erfahrungen und Überlegungen eines Hausarztes. *Ars Medici* 85/6:380-385.
- Flubacher, Peter 1997:** Ausländische Patienten in der hausärztlichen Praxis: unlösbare Probleme für Arzt und Patient? *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin* 86/19. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 1:811-816.
- FMH, Verbindung der Schweizer Ärzte 1997:** Standesordnung FMH. Bern.
- Foster, R.P. 1992:** Psychoanalysis and the Bilingual Patient: Some Observations on the Influence of Language Choice on the Transference. *Psychoanalytic Psychology* 9:61-76.
- Freimanis, Carolina 1994:** Training Bilinguals to Interpret in the Community. In: Brislin, Richard W. & Tomoko Yoshida (ed.) 1994: Improving Intercultural Interactions. Modules for Cross-Cultural Training Programs. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications. 313-341.
- Frey, C. & L. Valach 1997:** Die Behandlung von Folter- und Kriegsopfern in der Schweiz. *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin* 86/21. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 2:899-905.
- Gehrke, Monika 1993:** Community interpreting. In: Picken, Catriona (ed.) 1993: Translation — the vital link. Proceedings of the XIIIth World Congress of FIT. London: Institute for Translation and Interpreting. 417-421.
- Ginsberg, Caren; Vanessa Martin; Dennis Andrulis et al. 1995:** Interpretation and Translation Services in Health Care: A Survey of US Public and Private Teaching Hospitals. A National Public Health and Hospital Institute Report. Washington.
- Glick Schiller, Nina; Linda Basch & Cristina Szanton Blanc 1995:** From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration. *Anthropological Quarterly* 68/1:48-63.
- Goffman, Erving 1994:** Interaktion und Geschlecht. Frankfurt a. M: Campus.
- Good, Byron J. 1994:** Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, Byron J. & Mary-Jo Del Vecchio Good 1981:** The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In: Eisenberg, Leon & Arthur Kleinman (ed.) 1981: The Relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. 165-196.
- Greenson, Ralph R. 1982 (1950):** Die Muttersprache und die Mutter. In: ders. (ed.) 1982 [1950]: Psychoanalytische Erkundungen. Stuttgart: Klett-Cotta. 13-24.
- Griese, Hartmut M.; Bruno W. Nikles & Christoph Rülcker 1977:** Soziale Rolle. Zur Vermittlung von Individuum und Gesellschaft. Opladen: Leske Verlag und Budrich GmbH.
- Gurman, Alan S. 1973:** The Effects and Effectivness of Marital Therapy: A Review of Outcome Research. *Family Process* 12:145-170.
- Haffner, Linda 1992:** Cross-cultural Medicine — a decade later: Translation is not enough: Interpreting in a medical setting. *Western Journal of Medicine /Sep* 157:255-259.
- Hardt, Eric J. 1991:** The Bilingual Medical Interview I. The Bilingual Medical Interview II: The Geriatric Interview. *Medical Interviewing Across Language Barriers*. Boston: Boston Department of Health and Hospitals.
- Hardt, Eric J. 1994:** The Bilingual Interview and Medical Interpretation. In: Lipkin, Mack & Samuel M. et al. Putnam (ed.) 1994: The Medical Interview. Clinical Care, Education, and Research. New York. Berlin: Springer-Verlag. 172-177.
- Hatz, Christoph & Corina Salis Gross 1995:** Gesundheitsstrategien von Asylsuchenden und Flüchtlingen und die allgemeinmedizinische Versorgung in der Schweiz. *Schweizerisches Tropeninstitut* Basel. Manuskript.
- Haug, Werner 1995:** Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Migrationspolitik. Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik. Bundesamt für Statistik. Bern.
- Heckmann, F. & W. Bosswick (ed.) 1994:** Migration Policies: a Comparative Perspective. Bamberg: European forum for migrations studies (efms).
- Helman, Cecil G. 1990:** Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Hoffmann, Peter (ed.) 1993:** Medizinischer Sprachführer — Arzt. Sennwald/SG: Universimed. 80pp.
- Inter-Service Migrants (ISM) Interprétariat 1997:** Dialogue à 3. Lettre d'information publiée 1/2.
- IOM 1991:** Migration and Health 2(1). Quarterly Newsletter 2(1)/192:1-8.
- IOM 1993:** Migration and Health. *Innovation in Social Science Research* 6/1:114 pp.
- Isakower, Otto 1939:** On the Exceptional Position of the Auditory Sphere. *International Journal of Psychoanalysis* XX:340-348.

- Jäggi, Christian J.** 1993: Zum Problem der interkulturellen Kommunikation im globalen und mikrosozialen Kontext. *Interkulturelle Texte* 4. Institut für Kommunikationsforschung. Meggen: inter-edition.
- Jäggi, Christian J.** 1996: Von der multikulturellen zur interkulturellen Gesellschaft. Überlegungen aus kommunikationstheoretischer Sicht. In: Wicker, Hans-Rudolf et al. (ed.) 1996: *Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat*. Zürich: Seismo. 427-438.
- Kanton Bern** 1989: Patientendekret. Dekret über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten in öffentlichen Spitätern. Artikel 39-41 des Gesundheitsgesetzes. Bern.
- Kareem, Jafar & Roland Littlewood** (ed). 1992: *Intercultural Therapy. Themes, Interpretations and Practice*. Oxford: Blackwell Science.
- Karmi, Ghada** (ed.): The Ethnic Health Factfile. A guide for health professionals who care for people from ethnic backgrounds. The Health & Ethnicity Programme. London.
- Katon, Wayne & Arthur Kleinman** 1981: Doctor-Patient Negotiation and Other Social Science Strategies in Patient Care. In: Eisenberg, Leon & Arthur Kleinman (ed.) 1981: *The Relevance of Social Science for Medicine. Culture, Illness, and Healing*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. 253-279.
- Kaufert, Joseph M.** 1990: Sociological and Anthropological Perspectives on the Impact of Interpreters on Clinician/Client Communication. *Santé-Culture-Health* VII/2-3:209-235.
- Kaufert, Joseph M. & William W. Koolage** 1984: Role Conflict Among «Culture Brokers»: The Experience of Native Canadian Medical Interpreters. *Social Science & Medicine* 18/3:283-286.
- Kaufert, Joseph M. & John D. O'Neill** 1990: Biomedical Rituals and Informed Consent: Native Canadians and the Negotiation of Clinical Trust. In: Weisz, George (ed.) 1990: *Social Science Perspectives on Medical Ethics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 41-63.
- Kaufert, Joseph M. & John D. O'Neill** 1995: Cultural Mediation of Dying and Grieving Among Native Canadian Patients in Urban Hospitals. In: DeSpelder, Lynne Ann & Albert Lee Strickland (ed.) 1995: *The path ahead: readings in death and dying*. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company. 59-75.
- Kaufert, Joseph M.; William W. Koolage; Patricia Leyland Kaufert et al.** 1984: The Use of «Trouble Case» Examples in Teaching the Impact of Sociocultural and Political Factors in Clinical Communication. *Medical Anthropology* 8/1:36-45.
- Kaufert, Joseph M.; Patricia Leyland Kaufert; John D. O'Neill et al.** 1986: Advocacy, Media and Native Medical Interpreters. In: Paine, Robert (ed.) 1986: *Advocacy and Anthropology. First Encounters*. Institute of Social and Economic Research. Memorial University of Newfoundland. 98-115.
- Kaufert, Joseph M.; John D. O'Neill & William W. Koolage** 1990: The Cultural and Political Context of Informed Consent for Native Canadians. *Circumpolar Health*:181-184.
- Keesing, Roger M.** 1979: Linguistic Knowledge and Cultural Knowledge: Some Doubts and Speculations. *American Anthropologist* 91/1:14-36.
- Kiraly, Donald** 1995: The Translator's Contexts: Toward Filling the Pedagogical Gap in Translation Skills Instruction. In: Salnikow, Nikolai (ed.) 1995: *Sprachtransfer – Kulturtansfer. Text, Kontext und Translation*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 17-30.
- Kleinman, Arthur** 1980: Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care* 3. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur; Leon Eisenberg & Byron Good** 1978: Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88/2:251-258.
- Kliewer, E.** 1992: Epidemiology of Diseases among Migrants. *International Migration. Quarterly Review XXX. Special Issue: Migration and Health in the 1990s*. International Organization for Migration:141-166.
- Kline, Frank; Frank X. Acosta; William Austin et al.** 1980: The Misunderstood Spanish-Speaking Patient. *American Journal of Psychiatry* 137/12:1530-1533.
- Kohut, Susanne A.** 1975: Guidelines for Using Interpreters. *Hospital Progress* 56/4:39-40.
- Krapf, E.** 1955: The Choice of the Language in Polyglott Psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly* 1955/24:343-357.
- Kuipers, Joel C.** 1989: "Medical Discourse" in Anthropological Context: Views of Language and Power. *Medical Anthropology Quarterly* 3/2:99-123.
- Kupsch-Losereit, Sigrid** 1995: Übersetzen als transkultureller Verstehens- und Kommunikationsvorgang: andere Kulturen, andere Äusserungen. In: Salnikow, Nikolai (ed.) 1995: *Sprachtransfer – Kulturtansfer. Text, Kontext und Translation*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 1-15.
- Lagache, D.** 1956: Sur le polyglottisme dans l'analyse. *Psychanalyse* 1956/1:167.
- Lasne, Noëlle.** 1992: Le médecin, le malade et l'interprète. *Soins* 563/564:16-17.
- Lazarus, Ellen S.** 1988: Theoretical Considerations for the Study of the Doctor-Patient Relationship: Implications of a Perinatal Study. *Medical Anthropology Quarterly* 2/1:34-58.
- Leyer, Emanuela M.** 1991: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Lindbom-Jakobson, Marika 1992:** Working with Interpreters in Treatment of Tortured Refugees. The Red Cross Center for Tortured Refugees Sweden.
- Macnamara, J. 1967:** The Linguistic Independence of Bilinguals. *Journal of verbal learning and verbal behaviour* 6:729-736.
- Mahnig, Hans 1997:** Migrationspolitik in sechs westlichen Industriestaaten. Deutschland, Frankreich, Niederlande, USA, Australien und Kanada. Neuenburg: Forum Suisse pour l'étude des migrations.
- Marcos, Luis R. 1976a:** Linguistic Dimensions in the Bilingual Patient. *The American Journal of Psychoanalysis* 36:347-354.
- Marcos, Luis R. 1976b:** Bilinguals in Psychotherapy: Language as an Emotional Barrier. *American Journal of Psychotherapy* 30:552-560.
- Marcos, Luis R. 1979:** Effects of Interpreters on the Evaluation of Psychopathology in Non-English-speaking Patients. *American Journal of Psychiatry* 136/2:171-174.
- Marcos, Luis R. & Murray Alpert 1976:** Strategies and Risks in Psychotherapy with Bilingual Patients: The Phenomenon of Language Independence. *American Journal of Psychiatry* 133/11:1275-1278.
- Marcos, Luis R.; Leonel Urcuyo: Martin Kesselmann et al. 1973a:** The Language Barrier in Evaluating Spanish-American Patients. *Arch Gen Psychiatry* 29:655-659.
- Marcos, Luis R.; Murray Alpert; Leonel Urcuyo et al. 1973b:** The Effect of Interview Language on the Evaluation of Psychopathology in Spanish-American Schizophrenic Patients. *American Journal of Psychiatry* 130/5:549-533.
- Marta, Jan 1996:** A Linguistic Model of Informed Consent. *Journal of Medicine and Philosophy* (forthcoming).
- Métraux, Jean-Claude 1995:** Amélioration de l'accès aux 'soins' des populations migrantes. Un droit: s'exprimer dans sa propre langue. Lausanne: Appartenances.
- Métraux, Jean-Claude & François Fleury 1995:** Die Zukunft erschaffen. Gruppenarbeit mit traumatisierten Gemeinschaften. In: Perren-Klingler, Gisela (ed.) 1995: Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe. Bern: Verlag Paul Haupt. 153-178.
- Métraux, Jean-Claude & Spomenka Alvir 1995:** L'interprète: traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeut. *InterDIALOGOS* 2:22-25.
- Mills, Theodore M. 1953:** Power Relations in Three-Person Groups. *American Sociological Review* 18/4:351-357.
- Mirdal, Gretty M. 1985:** The Condition of "Tightness": the somatic complaints of Turkish migrant women. *Acta Psychiatr. scand.* 71:287-296.
- Mirdal, Gretty M. 1988:** The Interpreter in Cross-Cultural Therapy. *Quarterly Review of the Intergovernmental Committee for Migration* XXVI/3:327-334.
- Moro, Marie Rose 1994:** Parents en exil. *Psychopathologie et migrations*. Diatkine, René; Phillippe Jammet & Serge Lebovici. Le fil rouge. Section 2, Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moro, Marie Rose & Sybille de Pury Toumi 1994:** Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. In: Nathan, Tobie (ed.) 1994: Traduction et psychothérapie. Paris: La pensée sauvage editions. 47-86.
- Moser, Catherine 1996:** Fremder als fremd: Die Suche nach der Differenz. Einige Überlegungen zur Frage nach dem "Ausländer spezifischen" in der Arztinteraktion mit ausländischen Patienten. Seminararbeit. Institut für Ethnologie der Universität Bern.
- Moser, Catherine 1997:** Die Geburt des Patienten. Ritualisierung und Konstruktion der Arzt-Patienten Interaktion. Institut für Ethnologie der Universität Bern. Köniz: Edition Soziothek.
- Muecke, Marjorie A. 1983:** Caring for Southeast Asian Refugee Patients in the USA. *American Journal of Public Health* 73/4:431-438.
- Muecke, Marjorie A. 1992:** New Paradigms for Refugee Health Problems. *Social Science and Medicine* 35/4:515-523.
- Mullavye-O'Byrne, Colleen 1994:** Intercultural communication for health care professionals. In: Brislin, Richard W. & Tomoko Yoshida (ed.) 1994: Improving Intercultural Interactions. Modules for Cross-Cultural Training Programs. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications. 171-196.
- Müller-Pozzi, Heinz 1995:** Psychoanalytisches Denken. Eine Einführung. Bern: Huber.
- Nathan, Tobie 1986:** La folie des autres. *Traité d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Dunod.
- Nathan, Tobie 1994a:** L'Influence qui guérit. Enquête sur la technique thérapeutique. Paris: Ed. Odile Jacob.
- Nathan, Tobie (ed.) 1994b:** Traduction et psychothérapie. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. Paris: La pensée sauvage editions. 25/26.
- Newmeyer, Frederick J. (ed.) 1988:** Language: The Socio-cultural Context. *Linguistics: The Cambridge Survey*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Niska, Helge 1990(?)**: A New Breed of Interpreter for Immigrants: contact interpretation in Sweden. 4th ITI Conference. Stockholm University: Institut for Interpretation and Translation Studies. 94-104.
- O'Neill, John D. 1989:** The Cultural and Political Context of Patient Dissatisfaction in Cross-Cultural Clinical Encounters: A Canadian Inuit Study. *Medical Anthropology Quarterly* 3/4:325-344.

- Obrist van Eeuwijk, Brigitte 1992:** "Ich möchte mit meiner eigenen Hilfe auskommen, aber es geht nicht." Eine medizinethnologische Studie über Krankheitserfahrungen türkischer und kurdischer Menschen in der Region Zürich. Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk SAH. Zürich.
- Ostermann, Birgit 1990:** "Wer versteht mich?" Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High Tech. Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Arztpaxen. Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Ozolins, Uldis 1993:** the Politics of Language in Australia. Cambridge: Cambridge University Press.
- Park, Robert E. & Ernest W. Burgess 1969 [1921]:** Introduction to the Science of Sociology. Chicago: The University of Chicago Press.
- Parlement Européen Strasbourg 1995:** L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen. 5 - 6 - 7 octobre 1995. Inter-Service Migrants – Paris. 120pp.
- Phelan, Michael & Sue Parkman 1995:** Work with an Interpreter. British Medical Journal 311:555-557.
- Plüss-Trân, Tuyêt 1995:** Etude d'une situation de communication dans le cadre d'un service d'aide aux réfugiés — Monsieur parle du coq, Madame parle du canard! (proverbe vietnamien) — Mais, l'interprète, de quoi pourra-t-il parler? Centre de Formation Pédagogique et Sociale. Sion.
- Putsch, Robert W. 1985:** Cross-Cultural Communication. The Special Case of Interpreters in Health Care. Journal of the American Medical Association 254/23:3344-3348.
- Radtke, Frank-Olaf 1992:** Die Konstruktion des Fremden im Diskurs des Multikulturalismus. In: Kürsat-Ahlers, Elçin (ed.) 1992: Die multikulturelle Gesellschaft: Der Weg zur Gleichstellung. Bielefeld: Verlag für Interkulturelle Kommunikation. 129-140.
- Radtke, Franz-Olaf 1996:** Fremde und Allzufremde. Zur Ausbreitung des ethnologischen Blicks in der Einwanderungsgesellschaft. In: Wicker, Hans-Rudolf et al. (ed.) 1996: Das Fremde in der Gesellschaft. Migration, Ethnizität und Staat. Zürich: Seismo-Verlag. 333-352.
- Reich, Wilhelm 1927:** Zur Technik der Deutung und der Widerstandsanalyse. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse XIII/1928:141-159.
- Rendon, Mario 1989:** Discussion of "Some Problems of cross-cultural Psychotherapy with Refugees seeking Treatment", by Carl-Ivar Dahl. The American Journal of Psychoanalysis 49/1/89:45-50.
- Risteen Hasselkus, Betty 1992:** The Family Caregiver as Interpreter in the Geriatric Medical Interview. Medical Anthropology Quarterly 6/3:288-304.
- Roberts, Roda P. 1993:** Community Interpreting in North America. In: Picken, Catriona (ed.) 1993: Translation — the vital link. Proceedings of the XIIIth World Congress of FIT. London: Institute for Translation and Interpreting. 139-252.
- Roman, M & B. Meltzer 1977:** Cotherapy: A Review of Current Literature. Journal of Sex and Marital Therapy 3:63-77.
- Rosenbaum, M. 1971:** Co-Therapy. In: Kaplan, H. & B. Sadock (ed.) 1971: Comprehensive Group Psychotherapy. Baltimore: 501-514.
- Rossi, Ilario 1994a:** Corps et migration ou le regard interculturel. Médecine psychosomatique 2:23-28.
- Rossi, Ilario 1994b:** Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie, une diagonale anthropologique. Ethnologica Helvetica 17/18:47-64.
- Rossi, Ilario 1994c:** La medicalizzazione degli stragnieri tra giustificazioni e interrogazioni. Société Suisse de Psychiatrie, 169ème ass.ann., Lugano, 139-146.
- Rozensky, R.H. & M.Y. Gomez 1983:** Language Switching in Psychotherapy with Bilinguals: two problems, two models, and case examples. Psychotherapy: Theory, Practice, and Results 20:152-160.
- Sabin, James E. 1975:** Translating Despair. American Journal of Psychiatry 132/2:197-199.
- Salis Gross, Corina; Catherine Moser; Brigit Zuppinger et al. 1997a:** Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Schweizerisches Tropeninstitut Basel. Schlussbericht.
- Salis Gross, Corina; Catherine Moser; Brigit Zuppinger et al. 1997b:** Die Arzt-Patienten-Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin 86/21. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 2:887-894.
- Salom, Gaye 1989:** La parole restituée. Informations sociales 5:4.
- Salzmann, Zdenek 1993:** Language, Culture, and Society. An Introduction to Linguistic Anthropology. Boulder, San Francisco, Oxford: Westview Press.
- Sancar, Hasim 1997:** Sozialarbeit mit gefolterten und kriegstraumatisierten Flüchtlingen. Diplomarbeit. Höhere Fachschule für Sozialarbeit Bern.
- Sauvêtre, Michel 1996:** L'Interprétariat en milieu social. Accueillir 207:34-36.
- Scheper-Hughes, Nancy & Margaret M. Lock 1986:** Speaking "Truth" to Illness: Metaphors, Reification, and a Pedagogy for Patients. Medical Anthropology Quarterly 17/5. Critical Approaches to Health and Healing in Sociology and Anthropology:137-140.
- Scheper-Hughes, Nancy & Margaret M. Lock 1987:** The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. Medical Anthropology Quarterly 1:6-41.

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW 1994:** Migrationsmedizin: Praxis und Forschung in der Schweiz. Symposium der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. 27./28. Oktober 1994. Interlaken.
- Scottish Community Interpreting Development Group 1990:** The Right to Understand. Recommendations for Action. Report of Conference held in Sept. 1990 and Annual Report 1990. Edinburgh.
- Shackman, Jane 1985:** The Right to be Understood. Handbook on working with, employing and training community interpreters. Cambridge: National Extension College.
- Siem, Harald 1997:** Migration and Health – The International Perspective. Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin 86/19. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 1:788-793.
- Sluzki, Carlos E. 1984:** The Patient-Provider-Translator Triad: A Note for Providers. Family Systems Medicine 2/4:397-400.
- Smart, Julie F. & David W. Smart 1992:** Cultural Issues in the Rehabilitation of Hispanics. Journal of Rehabilitation April/May/June:29-37.
- Steiner, Elisabeth 1996:** Die Rolle des Dolmetschers in der Behandlung von Flüchtlingen. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie: "Sozialpsychiatrie in der multikulturellen Gesellschaft", 19.9.96. Basel.
- Steiner-König, Ursula 1997:** Die Rolle der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin 86/19. Sondernummer Gesundheit und Migration Teil 1:797-799.
- Stolze, Radegundis 1994:** Übersetzungstheorien. Eine Einführung. Narr Studienbücher. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Taussig, Michael T. 1980:** Reification and the Consciousness of the Patient. Social Science and Medicine 14B:3-13.
- Tedlock, Dennis 1993:** Fragen zur dialogischen Anthropologie. In: Berg, Eberhard & Martin Fuchs (ed.) 1993: Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation. Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch wissenschaft. 269-287.
- Theilen, Irmgard 1985:** Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik: Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur kulturellen Therapie. In: Collatz, Jürgen; Elçin Kürsat-Ahlers & Johannes Korporal (ed.) 1985: Gesundheit für Alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EB-Verlag Rissen. 292-322.
- Therapiezentrum SRK für Folteropfer 1996a:** Administrative Weisungen für die Übersetzungsarbeit im Therapiezentrum SRK Bern. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Therapiezentrum SRK für Folteropfer 1996b:** Fachliche Weisungen für die Übersetzungsarbeit im Therapiezentrum SRK Bern. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Todd, K.H.; N. Samaroo & J.R. Hoffman 1993:** Ethnicity as a Risk Factor for Inadequate Emergency Department Analgesia. Journal of the American Medical Association 269:1537.
- Tonnerre, C.; A. Bischoff & L. Loutan 1996:** Umfrage über den Einsatz von Übersetzer/innen in den Medizinischen Abteilungen der Schweiz. Questionnaire. Genève.
- Tonnerre, C.; A. Bischoff & L. Loutan 1997a:** Interprétariat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse. 65e Assemblée Annuelle de la Société Suisse de Médecine Interne/ 202 Congrès de Médecine Générale. 5-7 juin 1997. Genève.
- Tonnerre, C.; A. Bischoff & L. Loutan 1997b:** Interprétariat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse. Schweizerische medizinische Wochenschrift 127. Suppl. 88.
- Tribe, Rachel 1991:** Bicultural Workers. Bridging the Gap or Damming the Flow? Paper presented at the II International Conference of Centres, Institutions and Individuals Concerned with the Care of Victims of Organised Violence: Health, Political Repression and Human Rights. Santiago, Chile. November 1991. Medical Foundation for the Care of Victims of Torture. London:14pp.
- Uniken Venema, H. P.; H. F. L. Garretsen & P. J. Van der Maas 1995:** Health of Migrants and Migrant Health Policy, the Netherlands as an Example. Social Science and Medicine 41/6:809-818.
- Velikovsky, I. 1934:** Can a Newly Acquired Language Become the Speech of the Unconscious? Psychoanalytic Review 1962/10:799.
- Verwey, Martine 1993:** Migrantinnen in Europa und Gesundheit. In: Black/Migrant Women and Health in Europe. Stuttgart.
- Vinacke, Edgar W. & Abe Arkoff 1957:** An Experimental Study of Coalitions in the Triad. American Sociological Review 22/4:406-414.
- Vranjes, Nenad; Brigitte Bisig & Felix Gutzwiller 1995:** Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Basis: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Schlussbericht.
- Wagner, Petra; Elisabeth H. Kerek-Bodden; Elisabeth Schach et al. 1985:** Erkrankungen ausländischer Arbeitsnehmer im Spektrum der ambulanten Versorgung. Material und Methode. In: Collatz, Jürgen; Elçin Kürsat-Ahlers & Johannes Korporal (ed.) 1985: Gesundheit für Alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EB-Verlag Rissen. 177-195.

- Weidman, Hazel Hitson 1982:** Research Strategies, Structural Alterations, and Clinically Relevant Anthropology. In: Chrisman, Noel J. & Thomas W. Maretzki (ed.) 1982: Clinically Applied Anthropology. Anthropologists in Health Science Settings. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. 201-242.
- Weiss, Mitchell 1996:** The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness Experience. Transcultural Psychiatric Research Review (in press).
- Weiss, Regula 1993:** Therapieprojekt für gefolterte Flüchtlinge. Machbarkeitsstudie im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes. Bern.
- Westermeyer, J. 1990:** Working with an Interpreter in Psychiatric Assessment and Treatment. The journal of nervous and mental disease 178/12:745-749.
- WHO 1992:** Ziele zur "Gesundheit für alle". Die Gesundheitspolitik für Europa. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Kopenhagen.
- WHO 1993:** Platform on multicultural societies and mental health. WHO-regional office for Europe. 22-24 october 1992. Report on a meeting. Denmark.
- Whorf, Benjamin Lee 1986 [1963]:** Sprache - Denken - Wirklichkeit. Beiträge zur Metalinguistik und Sprachphilosophie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.
- Wicker, Hans-Rudolf 1991:** Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Institut für Ethnologie der Universität Bern. Im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes. Unter Mitarbeit von Suna Cosar, Hildegard Hungerbühler, Lic.phil. David Koch, Hasim Sancar, Sibyl Schädeli.
- Wicker, Hans-Rudolf 1996a:** Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker, Hans-Rudolf; Jean-Luc Alber; Claudio Bolzmann et al. (ed.) 1996a: Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Zürich: Seismo. 373-392.
- Wicker, Hans-Rudolf 1996b:** Vom Sinn und Unsinn ethnologischer Gerichtsgutachten. Asyl 4:118-128.
- Wicker, Hans-Rudolf; Jean-Luc Alber; Claudio Bolzmann et al. (ed.) 1996a:** Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Soziologie, Tagungsband Schweizerische Ethnologische Gesellschaft und Schweizerische Gesellschaft für Soziologie. Zürich: Seismo.
- Wicker, Hans-Rudolf; Sabine Schoch & Thomas Gass 1996b:** Leitbild zur Integrationspolitik der Stadt Bern. Institut für Ethnologie der Universität Bern.
- Wimmer, Andreas 1997:** Ein Zulassungsmodell für Arbeitsmigranten von ausserhalb der EU. Vorschlag zuhanden der Expertenkommission Migrationspolitik. Neuenburg: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.
- Woloshin, Steven; Nina A. Bickell; Lisa M. Schwartz et al. 1995:** Language Barriers in Medicine in the United States. Journal of the American Medical Association 273/9:724-728.
- Wursch, T. G.; H. Hess; R. Walser et al. 1978:** Die Epidemiologie des Ulcus duodeni. Untersuchungen an 1105 Patienten in Zurich. Deutsche Medizinische Wochenschrift 103/14:613-619.
- Young, Allan 1981a:** When Rational Men Fall Sick: An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. Culture, Medicine and Psychiatry 5/4:317-335.
- Young, Allan 1981b:** The Creation of Medical Knowledge: Some Problems in Interpretation. Social Science and Medicine 15B:379-386.
- Young, Allan 1982:** The Anthropologies of Illness and Sickness. Annual Review of Anthropology 11:257-285.
- Zeltner, Thomas 1994:** Nationale Aufgaben. Migrationsmedizin: Praxis und Forschung in der Schweiz. Symposium der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. 27.-28.10.1994. Interlaken.
- Zuppinger, Brigit 1998 (in Arbeit):** "When I come from the doctor I feel light". Lizentiatsarbeit zur Studie 'Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen'. Fallstudien in doppelter Perspektive. Institut für Ethnologie der Universität Bern.

Liste des Publications
Rapports de recherche du Forum suisse pour l'étude des migrations

Andreas Wimmer. 1996. *Flüchtlingsaussenpolitik und Migrationsprävention*. Forschungsbericht Nr. 1.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1996. *Das migrationspolitische Feld der Schweiz. Eine politikwissenschaftliche Analyse der Vernehmlassung zum Arbenzbericht*. Forschungsbericht Nr. 2.

Etienne Piguet et Roland Misteli, sous la direction de Andreas Wimmer. 1996. *L'intégration des réfugiés au marché du travail*. Forschungsbericht Nr. 3.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1996. *Konturen eines Kompromisses? Die migrationspolitischen Positionen schweizerischer Parteien und Verbände im Wandel*. Forschungsbericht Nr. 4.

Andreas Wimmer. 1996. *Die Wiederansiedlung von Flüchtlingen in der Schweiz. Eine Analyse der bisherigen Praxis und Evaluation von Handlungsoptionen*. Forschungsbericht Nr. 5.

Andreas Wimmer. 1996. *La réinstallation des réfugiés : analyse de l'expérience suisse dans le contexte international*. Forschungsbericht Nr. 5.

Andreas Wimmer. 1996. *The resettlement of refugees: an analysis of the Swiss experience in the international context*. Forschungsbericht Nr. 5.

Hans Mahnig. 1997. *Migrationspolitik in sechs westlichen Industriestaaten. Deutschland, Frankreich, Niederlande, USA, Australien und Kanada*. Forschungsbericht Nr. 6.

Juliane Kerlen und Andreas Wimmer. 1997. *Migrationssteuerung. Zur Entwicklung eines politischen Konzepts in Deutschland, Frankreich, Schweden und der Europäischen Union*. Forschungsbericht Nr. 7.

Denise Efionayi und Etienne Piguet (Leitung: Andreas Wimmer). 1997. *Nationale Unterschiede in der Arbeitsintegration von Asylsuchenden*. Forschungsbericht Nr. 8.

Andreas Wimmer und Etienne Piguet. 1998. *Asyl und Arbeit. Eine Studie zur Erwerbsintegration von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz*. Forschungsbericht Nr. 9.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1998. *Integrationspolitik in Grossbritannien, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden. Eine vergleichende Analyse*. Forschungsbericht Nr. 10.

Regula Weiss und Rahel Stuker. 1998. *Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem*. Ein Grundlagenbericht. Forschungsbericht Nr. 11.

Documents de travail du Forum suisse pour l'étude des migrations

Andreas Wimmer. 1995. *Entwicklungszusammenarbeit, humanitäre Hilfe, Migration*. Ein Bericht zuhanden der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit.

Andreas Wimmer. 1997. *Ein Zulassungsmodell für Arbeitsmigranten von ausserhalb der Europäischen Union*. Vorschlag zuhanden der Expertengruppe Migrationspolitik.

