

INTERPRÉTER N'EST PAS TRADUIRE¹

Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire

Yvan Leanza*, Isabelle Boivin**

** École de psychologie
Université Laval
Québec, Québec, Canada
G1K 7P4
Yvan.Leanza@psy.ulaval.ca*

*** Département de psychologie
Université de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec, Canada
J1K 2R1
Isabelle.boivin2@usherbrooke.ca*

RÉSUMÉ. L'objet de ce texte est la relation entre le pouvoir et la pratique de l'interprétariat communautaire. Le pouvoir de l'interprète est analysé selon le contexte, l'institution, les représentations des praticiens et la pratique elle-même. Les analyses montrent des procédures dont la finalité principale est d'encadrer le discours de l'interprète et d'en limiter la portée. Ces restrictions du pouvoir sont visibles au niveau national (certification et code de déontologie), au niveau institutionnel (dans divers aspects organisationnels, par exemple l'existence ou non d'une enveloppe budgétaire) et au niveau des représentations des praticiens (la plus fréquente étant l'invisibilité de l'interprète dans l'interaction). Dans la pratique, la situation est partiellement autre, en particulier si le pouvoir de l'interprète est reconnu. Des cas de collaboration et de négociation sont présentés.

MOTS-CLÉS : interprétariat ; clinique interculturelle ; pouvoir ; interprète médical ; représentations des praticiens ; barrières à la communication ; rôle professionnel.

1. Ce texte est une version modifiée d'un chapitre à paraître dans Dahinden, J. & Bishoff, A. *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?* (titre provisoire).

L'objet de ce texte est la relation entre le pouvoir et la pratique de l'interprétariat communautaire, ou plus précisément le pouvoir *dans* la pratique de l'interprétariat communautaire. Bien que s'appuyant sur un grand nombre de recherches (récentes), ce n'est pas uniquement une revue de la littérature. C'est aussi une proposition pour analyser la place de l'interprète dans les institutions et les interventions. La réflexion porte sur le monde médical, psychothérapie incluse, et en tant que tel s'applique d'abord à ce monde là. Cependant, toute similarité avec les autres mondes institutionnels (éducation, services sociaux, justice, ...) n'est pas fortuite, et peut-être bien que de larges pans de cet essai peuvent s'y appliquer.

Après avoir brièvement rappelé une définition classique, mais ô combien opérationnelle, du pouvoir, et son lien avec le discours, c'est le pouvoir dans le monde médical qui est succinctement présenté. Le pouvoir de l'interprète communautaire est ensuite analysé selon le contexte, l'institution, les représentations des praticiens et enfin la pratique elle-même.

1. Le pouvoir

A l'évocation du terme « pouvoir » ce sont souvent des noms et images d'hommes et femmes d'État, monarques ou autres leaders charismatiques qui viennent à l'esprit. Le pouvoir évoque également la contrainte et la force physique. Évidemment, dans le cadre qui nous intéresse, à savoir l'interprétariat communautaire, il ne s'agit ni du pouvoir charismatique utilisé à destination des grandes foules ou des populations d'une nation, ni de la force physique. Il s'agit plutôt du pouvoir tel que le définit Foucault (1976), c'est-à-dire un pouvoir non personnifié, mais circulant dans les relations entre agents institutionnels et clients de ces institutions. Il s'agit d'un pouvoir qu'il faut mettre en évidence dans les interactions quotidiennes entre praticiens, interprètes et usagers, sans qu'il soit l'apanage de l'un ou de l'autre exclusivement. Il est le reflet de logique de rapport de forces, de luttes globales, comme les rapports entre hommes et femmes, ou entre groupes religieux, mais c'est dans les relations locales, à un niveau micro, qu'il est possible de l'appréhender.

Pour Foucault (1976) le pouvoir est consubstantiel au savoir. C'est par les connaissances acquises dans un domaine de la vie, par exemple connaissances sur la sexualité, la biologie du corps, l'enfance, etc., qu'une forme de pouvoir naît, existe (par l'exercice de ces connaissances sur les autres) et peut se perpétuer (transmission du savoir). Le savoir donne un avantage, voire une emprise sur ceux qui ne le possède pas. Le médecin sait ce qui est bon ou non pour la santé de chacun. Il s'établit alors un rapport de force entre celui qui sait, l'expert, et les profanes, dans la mesure où ces derniers sont soit considérés comme ignorants, soit détenteurs d'un savoir inadéquat. Cependant, malgré une organisation du savoir-pouvoir qui semble figée une fois pour toute par les institutions, Foucault insiste également sur le fait

que le pouvoir est en mouvement. Il varie continuellement, autrement dit il existe des dynamiques dans les rapports de force.

Une des sources importantes du pouvoir est la parole. Avoir la parole, c'est avoir la possibilité de façonner le monde, de le (re)définir pour ceux qui écoutent. C'est marquer les frontières entre le bien et le mal, entre nous et eux, entre le normal et le pathologique, ... Aussi bien Foucault (1983) que d'autres éminents penseurs de notre temps (Bourdieu, 1982; Fairclough, 2001; Habermas, 1995) discutent du lien entre pouvoir et discours (la parole formatée pour un contexte particulier). Bourdieu estime que les mots façonnent un ordre social, puis rendent possible l'usage du pouvoir pour perpétuer cet ordre, du moins pour ceux qui maîtrisent le discours. Les porte-paroles sont justement ceux qui maîtrisent le discours et qui représentent le mieux un ordre social. Ils savent manier avec art les mots qui touchent le corps social, qui a préalablement été préparé (socialisé) pour entendre et être touché par ces mots. Ainsi les mots exerceraient « un pouvoir typiquement magique : ils font croire, ils font agir » (Éribon, 1982, p. 28). C'est peut-être ce que Foucault nommait déjà la « redoutable matérialité du discours » (p. 11) et qui lui faisait dire, dans sa leçon inaugurale au Collège de France, que toute société établit des contrôles très stricts quant à l'usage du discours. Si le discours maintient l'ordre social établi, il est tout autant dangereux pour cet ordre. De ce fait plusieurs procédures viennent limiter sa portée : procédures d'exclusion qui permettent de maîtriser le discours de l'extérieur, d'empêcher les débordements du pouvoir et du désir ; procédures d'exclusion internes, mises en œuvre dans le discours lui-même qui permettent de conjurer le hasard des apparitions de ce pouvoir (et du risque que cela entraîne) ; et finalement procédures qui déterminent les conditions dans lesquelles il est possible, permis de tenir un discours. « Nul n'entrera dans l'ordre du discours s'il ne satisfait à certaines exigences ou s'il n'est, d'entrée de jeu, qualifié pour le faire » (p. 39). Cette dernière famille de procédures implique la raréfaction des sujets parlants, et facilite par là même leur contrôle. Ne peut tenir un discours sur la santé des enfants, par exemple, le premier adulte venu, même un parent expérimenté. Il faut au préalable avoir été « ordonné » dans un groupe social qui est reconnu pour avoir le droit de parole sur ce thème et dont l'expertise ne devrait a priori pas remettre en cause l'ordre social établi.

Si l'on synthétise cette (déjà) brève présentation sur le pouvoir et la parole, on constate que (1) le pouvoir peut être considéré comme circulant entre les personnes sans être le monopole d'une institution ou d'un individu particulier, (2) la parole, ou le discours, est une forme de pouvoir, et (3) il existe des règles sociales qui encadrent la pratique de tout discours afin d'en limiter sa portée et de maintenir l'ordre établi.

2. Pouvoir et monde de la santé

Les institutions de la santé sont souvent prises en exemple lorsqu'il s'agit de démontrer les effets néfastes, voire les abus de relation de pouvoir. De nombreuses recherches attestent des rapports de forces qui se jouent dans les hôpitaux ou dans les consultations de généralistes aussi bien que de spécialistes. Mishler (1984) par une analyse restée célèbre et inspirée des réflexions de Habermas, démontre que des médecins généralistes étatsuniens, par l'intermédiaire de procédés discursifs, imposent une vision instrumentale de la maladie et du traitement, au détriment de la vision plus socialement et affectivement teintée du patient. Il souligne l'effort systématique de domination que les représentants de la biomédecine s'évertuent à maintenir dans le dialogue de la consultation. Il nomme ce type de consultations les « unremarkable interviews » (c'est par l'absence de construction d'un dialogue mutuel qu'elles sont justement peu remarquables). Cependant, les rapports de forces dans le cadre de consultations médicales ne sont pas toujours à sens unique, avec un médecin en position forte et un patient en position passive ou dominée. Dans les années 80 déjà, Silverman (1981) montre comment des pédiatres de Grande Bretagne laissent plus de place à la négociation avec les parents dans des consultations pour enfants trisomiques. La négociation comme stratégie de communication est aussi mise en évidence plus récemment dans le cadre de consultations entre des médecins généralistes de Montréal (Canada) et des patients d'une autre origine culturelle (Rosenberg *et al.*, 2007). Ces résultats, différents de la représentation commune d'un médecin omnipotent et peu attentif aux perceptions et vécu du patient, viennent appuyer la thèse d'un pouvoir circulant entre les acteurs d'une même situation, et ce malgré les règles d'une institution au pouvoir établi et reconnu.

3. Le pouvoir des interprètes

Le travail avec interprète communautaire vise la réduction des écarts entre usagers et agents institutionnels. Dans l'idéal, l'interprète non seulement traduit d'une langue à l'autre, mais opère une médiation entre systèmes de sens. On peut dès lors se demander ce qu'il advient du pouvoir. Est-ce que le schéma classique de la relation médecin-patient est perpétué, et le pouvoir reste dans les mains du médecin, ou au contraire ce sont des pratiques de négociation qui émergent de par la présence d'un tiers qui permet ainsi la circulation du pouvoir ? La réponse à cette question n'est évidemment pas univoque ; il y a *des* réponses et elles dépendent non seulement des pratiques, mais aussi des institutions et de leurs règles de fonctionnement.

À un premier niveau d'analyse, on constate ces dernières années la naissance de cursus certifiés et approuvés par les instances nationales. Ce processus est en général

accompagné de l'adoption, par des instances nationales également, de code de déontologie ou d'éthique qui viennent encadrer la pratique de l'interprétariat communautaire. S'il est réjouissant de voir une pratique millénaire enfin reconnue et dotée des attributs d'une profession à part entière, il est tout aussi légitime d'interpréter ce mouvement comme le résultat de la volonté de contrôler le discours de ces intervenants. Dans la grande majorité des cas, les codes de déontologie insistent sur la neutralité de l'interprète. Selon ces codes, il est du devoir de l'interprète de retenir son jugement sur ce qui est dit, de transmettre complètement et avec précision ce que les interlocuteurs verbalisent. Bien qu'il soit compréhensible que les praticiens en consultations avec un interprète, les usagers des institutions, comme les administrations de ces institutions, aient besoin de garanties quant à la professionnalité du travail effectué (aussi bien pour se protéger elle-même que l'utilisateur), en imposant de telles règles de conduite pour les interprètes, c'est à la fois les mettre dans l'impossibilité (déontologique) d'effectuer une part importante de leur travail, à savoir la médiation de sens, et créer un malaise profond pour eux (Kaufert & Putsch, 1997). En affirmant protéger les usagers de pratiques inappropriées, voire néfastes, c'est, si l'on adopte une analyse en termes de pouvoir, un contrôle massif d'une pratique discursive à potentiel hautement subversif qui est ainsi institutionnalisé. En effet, le discours du praticien est repris et transformé par l'interprète. Ce qui est, comme on l'a vu plus haut, un des attributs les plus importants de la position du praticien (son discours) lui échappe donc complètement. Le pouvoir est, en même temps que le discours, transféré à l'interprète. La formation certifiée est une première procédure qui permet de limiter l'accès à ce pouvoir : ne pourra plus transmettre un discours si puissant qui veut ; les codes de déontologie font en sorte que ceux qui y accèdent ne perdent pas de vue qu'ils servent une institution avec ces propres objectifs (par exemple la diffusion de normes en matières d'éducation des enfants ou d'alimentation) et qu'ils n'ont en aucun cas à remettre en question le pouvoir tel qu'il est prédéfini. Ce qui est remarquable, c'est que les codes de déontologie sont souvent instaurés par les interprètes eux-mêmes (ou du moins par les associations les représentant). Faut-il y voir une marque d'autocensure, et donc implicitement la conscience d'un grand pouvoir ? Peut-être est-ce aussi derrière la volonté de convaincre d'une activité pleinement professionnelle et donc sans danger pour les institutions, une stratégie pour se donner les moyens d'agir au quotidien, dans la relation avec les praticiens, au-delà de cette neutralité. Mais ce serait là une stratégie peu porteuse puisqu'elle enfermerait la profession dans cette image de neutralité tout en risquant de lui faire perdre sa crédibilité au moindre écart.

Même si au niveau national on observe une volonté de structurer et professionnaliser la pratique, il n'en reste pas moins que les institutions développent chacune leurs propres façons de gérer cette (nouvelle) forme d'intervention. Une fois encore, l'insertion au sein des équipes et les modes de collaborations établis avec l'interprète reflètent des dynamiques de pouvoir. Un premier indicateur de ces dynamiques est l'existence ou non d'un budget pour engager des interprètes. Cependant, l'existence même d'une enveloppe budgétaire ne garantit pas la présence d'interprète lors des interventions. Il faut pour cela que les responsables de service se saisissent de l'opportunité, c'est-à-dire qu'ils perçoivent la nécessité de cette

tierce présence, et surtout que la hiérarchie dans son ensemble soutienne une telle initiative. Il est aussi possible que l'institution, argumentant de moyens financiers limités, se tourne vers ses propres collaborateurs en établissant une liste de « traducteurs internes ». Au-delà des inconvénients dans le cadre même de l'intervention (en particulier autour de la confidentialité, cf. Bischoff *et al.*, 1999), un tel choix a pour conséquence de garder la parole à l'interne (ou indique qu'elle doit rester à « l'interne »). Cette parole est d'ailleurs considérée uniquement comme un instrument, ne véhiculant rien d'autres que des informations factuelles dans un sens comme dans l'autre, puisqu'on nie la nécessité d'une assistance professionnelle quant à l'interprétation. A nouveau, une telle posture implique une représentation de la relation praticien – usager très classique, le praticien dominant à la fois le contenu et la structure de l'entretien.

Dans la mesure où ce sont des interprètes formés qui sont employés, on peut observer qu'il existe au moins deux formes de contrats possibles. L'interprète peut être sur appel, et donc dépendre du bon vouloir des praticiens ou/et des besoins effectifs de l'institution. Toutefois, cette option laisse l'interprète quasiment indépendant de l'institution puisqu'il n'a pas de contrat de longue durée. On peut faire l'hypothèse, qui serait à vérifier, qu'il se sentira plus à l'aise pour intervenir dans un répertoire plus large que sur la seule traduction et de ce fait occuper un peu plus de place dans le rapport de force. Évidemment, cette indépendance est à double tranchant. En effet, l'interprète se trouve dans la situation où il doit séduire suffisamment les praticiens pour que ceux-ci l'appellent pour d'autres interventions. Au final, l'interprète communautaire autonome se doit de jongler avec des exigences parfois contradictoires (utiliser le pouvoir qui lui est conféré sans pour autant remettre l'ordre établi trop en question). L'autre cas de figure est de faire partie d'un service spécifique d'interprétariat, comme Angelelli (2004) en décrit un dans un grand hôpital de Californie (États-Unis). Dans ce cas le lien avec l'institution est plus fort. L'interprète est un employé à part entière. En ce sens, il a peut-être une marge de manœuvre moins large. Il est avant tout un porte-parole de l'institution à qui il doit une certaine loyauté, comme le démontre les observations rapportées par Angelelli. L'interprète possède certes la possibilité d'avoir un effet sur la relation en « ajoutant du texte », c'est-à-dire en intervenant au-delà de ce qui est dit par les interlocuteurs. Cependant, c'est majoritairement pour soutenir le discours médical que ces ajouts ont lieu (ceci est ma lecture des observations d'Angelelli, elle-même insistant sur la visibilité de ces interprètes sans analyser les nuances de cette visibilité). Il nous semble donc que de créer un service spécifique est une façon de conserver la main mise sur le discours, plutôt que de favoriser les collaborations interprètes-praticien. C'est s'assurer que les sujets parlant vont respecter l'ordre établi, puisqu'ils en sont partie prenante. Une hypothèse optimiste pourrait être que l'interprète participant à un service d'interprétariat devrait pouvoir assurer plus facilement une continuité dans les soins et développer des liens de collaborations avec quelques praticiens. Pour l'instant les recherches semblent montrer le contraire.

Un autre point important est la place « offerte » aux interprètes au sein des équipes. La plupart du temps, j'ai pu le constater dans mon propre travail de recherche (Leanza, sous presse), le fonctionnement des équipes de soins, déjà fort

complexe, n'inclut pas les interprètes en dehors de la rencontre avec l'utilisateur. La préparation de cette rencontre avec l'interprète et le débriefing suite à l'intervention, règles de base que proposent de nombreux auteurs (par exemple Bischoff & Loutan, 1998), ne sont en général pas suivies. La présence des interprètes lors des moments clés de la vie institutionnelle, comme le changement d'équipe ou les colloques (du matin) où sont présentés les derniers patients arrivés, n'est habituellement pas envisagée. Par ailleurs, rares sont les formations qui sont données pour les praticiens afin de les initier au travail avec l'interprète. Réciproquement, rares sont les formations continues offertes par les institutions pour les interprètes qu'elles emploient, et plus rares encore les formations conjointes. Ces restrictions sont autant de barrières élevées pour contenir l'usage (et les dérapages possibles) du discours. En incluant les interprètes c'est en effet à un double danger que s'exposent les praticiens. Le premier est celui de faire entendre le discours des usagers sans que celui-ci soit préalablement transformé pour être acceptable dans l'ordre institutionnel. L'interprète pourrait être un représentant plaidant trop en faveur de l'utilisateur (avocat). Par exemple, selon Greenhalgh, Robb et Scambler (2006), contrairement au médecin qui attribuent généralement aux symptômes des causes biomédicales, d'une manière plus complexe, l'interprète lierait ces symptômes physiques à des problématiques sociales. Toutefois, plutôt que de négocier du sens, les interprètes se rangeraient du côté du médecin afin d'éviter les conflits. Le second danger est la possibilité de voir le discours spécialisé, celui du pouvoir des praticiens, être entendu et par la suite usurpé par l'interprète. D'ailleurs, il arrive que les médecins en arrivent à penser que, aux yeux du patient, c'est l'interprète qui est détenteur du savoir médical, qui établit le diagnostic et le traitement (Leanza, 2005; Rosenberg *et al.*, soumis). Ces propos, qui peuvent a priori faire sourire, démontrent que ces praticiens ne contrôlant plus le discours, se sentent dépouillés de leur pouvoir. Nombreux sont les praticiens qui rapportent vivre péniblement cette « perte de contrôle ». Certains parlent de l'impossibilité de réaliser un « contrôle de la qualité » (Robb & Greenhalgh, 2006). Les sentiments qui en découlent en sont d'exclusion (Hatton, & Webb, 1993; Raval, 1996), d'impuissance (Raval, 1996), de dépendance involontaire (Robb & Greenhalgh, 2006), de frustration et de colère (Miller, Martell, Pazdirek, Caruth & Lopez, D. 2005). Autant de raisons de tenter de maîtriser le pouvoir de l'interprète pour éviter ces sentiments et la perte effective du contrôle de la consultation.

Il y a certainement d'autres indicateurs qui peuvent nous aider à comprendre la place de l'interprète dans les rapports de pouvoir (par exemple la possibilité pour lui d'accéder à une supervision, son mode d'intervention, à distance au téléphone ou directement dans la rencontre, ...) mais il serait trop long de les développer tous ici². Il faut tout de même mentionner un autre niveau d'analyse, celui des représentations. Dans la recherche sur l'interprétariat communautaire certains auteurs se sont penchés sur les métaphores employées par les interprètes eux-mêmes pour parler de leur activité, comme celles employées par les praticiens qui ont à travailler avec des interprètes. Une fois encore, ces métaphores nous apprennent quelle est la place qui

2. Ce développement est proposé dans le texte à paraître dans Dahinden, J. & Bischoff, A. *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?* (titre provisoire).

est accordée, dans les représentations de ces praticiens, à l'interprète. La représentation la plus fréquente est celle de l'interprétariat comme ayant essentiellement une fonction de traduction et celle d'un interprète invisible. Les métaphores en ce sens sont l'interprète comme une « machine à traduire » (Guex & Singy, 2003; Singy, 2001; Bot, 2005), un « poteau de téléphone » (Tremblay, Brouillet, Rhéaume & Laquerre, 2006), une « voice box/black box » (Hatton & Webb, 1993 ; Miller & al. 2005). Outre qu'il est invisible ou déshumanisé, il est sans pouvoir aussi bien sur l'usager que sur le praticien ou sur la relation. Il n'a pas la capacité de produire un discours propre ou de transformer celui des interlocuteurs.

Les métaphores qui dépeignent la relation avec l'interprète sur un autre mode qu'instrumental sont plus rares. Elles sont toutefois rapportées dans quelques études menées auprès de psychothérapeutes et d'infirmiers (mais ces métaphores semblent plus rarement être utilisées par les médecins). Celles-ci évoquent un pouvoir plus grand de l'interprète et donc une possibilité de négociation. Ces métaphores peuvent être regroupées en deux catégories : collaboration et exclusion. Premièrement, il y a la vision de l'interprétariat comme un travail en collaboration. À ce sujet, les métaphores sont l'interprète comme « collaborateur » (Hatton & Webb, 1993), « co-travailleur » (Raval & Smith, 2003), « co-thérapeute » (Raval, 1996 ; Singy, 2001 ; Raval & Smith, 2003), puis de l'interprétation comme « médiation réciproque » (Labun, 1999). Les infirmiers de l'étude de Hatton et Webb (1993) décrivent la collaboration comme une danse. On peut alors s'imaginer une relation harmonieuse, dans laquelle chacun trouve sa place et accorde son rythme sur celui de l'autre. Deuxièmement, il y a la vision de l'interprète comme un « exclure » (Hatton & Webb, 1993) dans les cas où celui-ci prend le contrôle de la discussion. Ces différentes métaphores traduisent des différences qualitatives de partage de pouvoir. En l'absence d'interprète ou en contexte de traduction, c'est l'intervenant qui garde le contrôle. En situation de collaboration, l'intervenant et l'interprète se partagent le pouvoir. En situation d'exclusion, c'est l'interprète qui prend le dessus (take over). Un praticien peut exprimer une seule représentation, ou bien adopter des positions différentes en fonction des contextes (Hatton & Webb, 1993).

À ces différents niveaux (société, institutions, représentations), les analyses montrent toutes sortes de procédures dont la finalité est principalement d'encadrer le discours de l'interprète, et d'en limiter sa portée, ou du moins de minimiser les risques qu'il comporte pour l'ordre établi. Dans la pratique, la situation est partiellement autre. En effet, c'est le lieu où, fort de ses connaissances linguistiques (et socioculturelles), l'interprète communautaire peut déployer ses compétences en matière de transmission d'un discours d'une langue dans une autre, mais aussi, éventuellement, intervenir en dehors de ce qui est dit par les interlocuteurs (ajouter du texte, selon la formule de Angelelli). Il est certain que l'interprète possède de facto un pouvoir dans la relation. Il peut transmettre un message, dans l'une ou l'autre langue, en le transformant, en omettant un passage, en ajoutant des informations, ... sans que les parties en présence ne puissent juger de ces écarts. Ce pouvoir a été l'objet de recherche et réflexion. Quelques auteurs dissertent sur le sujet en considérant ces écarts comme des « erreurs de traduction » (Farooq & Fear, 2003; Flores *et al.*, 2003; Marcos & Urcuyo, 1979) et mettent en évidence les

risques pour la santé des usagers. La sélection rigoureuse de personnes qualifiées et le suivi des règles de base pour le travail avec interprète sont en général recommandés pour éviter ces fautes et les risques de voir une erreur médicale se produire. Sans vouloir nier les risques, il me semble que mettre l'emphase sur les « erreurs » (on relèvera la connotation négative du terme) et les potentielles conséquences dramatiques, c'est réduire (à nouveau) l'intervention des interprètes à sa dimension linguistique et participer au fantasme du risque zéro. Hsieh (2007) souligne également les risques potentiels dans les écarts de traduction, en dénaturant non seulement le contenu, mais aussi la forme du discours qui peut être moins empathique que le praticien le souhaitait. Cependant, elle insiste également sur la place délicate que l'interprète occupe et sur la nécessaire réflexion à tous les niveaux (institutionnel, interpersonnel) qu'une collaboration, dans le partage de la pose du diagnostique, implique.

D'autres auteurs, reconnaissant ce pouvoir dans le cadre de l'intervention, plaident pour une plus grande ouverture à son emploi. Un indice déjà mentionné de la possibilité d'une plus grande ouverture est l'utilisation des métaphores évoquant la collaboration. Kaufert & Putsh (1997), par exemple, estiment que l'on ne peut pas éviter ce transfert de contrôle du discours, et qu'il n'est pas forcément à l'avantage des interprètes qui se retrouvent ainsi dans des situations de conflits de rôles, sous-tendus par des différences de valeurs entre culture biomédicale et culture des usagers. Suivant les réflexions, entre autres, de Cohen-Emerique (2003), j'ai proposé une typologie des postures (position symbolique, plus ou moins proche du praticien, et déclinées en plusieurs rôles) possibles pour l'interprète communautaire (Leanza, 2005, 2006). Dans sa dernière version (2006), cette typologie distingue les postures qui impliquent la confirmation du discours dominant ou institutionnel de celles qui permettent la négociation. La recherche qui m'a servi de support empirique à l'élaboration de cette typologie montre que les postures plus enclines à la négociation sont rarement mises en œuvre dans la pratique (pédiatrique dans ce cas). Même si théoriquement l'interprète détient un pouvoir d'intervention, il semble que la tendance est à la confirmation de l'ordre établi (statu quo) plutôt qu'à sa remise en question. Ces résultats en confirment d'autres, comme par exemple ceux de Wadensjö (1998) ou Davidson (2000) qui voit dans l'interprète un vigile institutionnel (*institutional gatekeeper*). Dans le même sens, les praticiens de l'étude de Robb et Greenhalgh (2006) considéraient, presque sans exception, que les interprètes faisaient partie du « système » de santé et non du « monde vécu » (lifeworld) du patient. Ils s'attendaient à ce que les interprètes les aident à respecter les contraintes du système (respecter le temps de consultation, se restreindre aux aspects biomédicaux) et fassent abstraction du monde vécu.

Quelques études menées auprès d'infirmiers (Labun, 1999 ; Hatton & Webb, 1993) et de psychothérapeutes (Miller & al., 2005; Raval & Smith, 2003) décrivent des postures enclines à la négociation. Cette perspective semble peu présente chez les médecins quoique Singy (2001) rapporte que suite à une formation reçue, un petit nombre de psychiatres de son étude favorisait le statut de co-thérapeute pour l'interprète, mais cela reste du domaine des soins psychologiques (et non somatiques). La relation de « médiation réciproque » décrite par Labun (1999)

implique que l'interprète prenne une part de responsabilité dans le succès des soins apportés au patient et qu'à la fois l'infirmier et l'interprète remplissent le rôle d'« avocat » du patient. Il n'y en a pas un qui détient plus de pouvoir que l'autre car les deux ont une expertise essentielle à la réussite des soins : l'infirmier est un professionnel de la santé alors que l'interprète est un professionnel de la culture. Hatton et Webb (1993) décrivent également des moments où les infirmiers et les interprètes partageaient le pouvoir (collaboration) et d'autres moments où les interprètes allaient jusqu'à prendre le dessus (« take over »). La plupart des infirmiers de leur étude reconnaissaient l'importance de s'adapter aux situations : la traduction mot-pour-mot est parfois essentielle, parfois la collaboration l'est et à certains moments, il est approprié de laisser l'interprète prendre le dessus (bien que ces moments soient vécus plus difficilement par les infirmiers).

Dans un contexte de psychothérapie auprès de réfugiés (Miller & al., 2005), les thérapeutes ont rapporté que l'alliance thérapeutique se créait d'abord entre l'interprète et le client. De plus, en situation de crise, les clients se tournaient vers les interprètes avec qui ils pouvaient communiquer directement. Bien que cette situation sollicitait la patience et l'adaptation des thérapeutes car ces derniers se sentaient mis de côté, ils reconnaissaient l'importance du développement de cette alliance avec l'interprète. Une autre étude rapporte un taux d'abandon des psychothérapies élevé pour des allophones (Raval & Smith, 2003). L'hypothèse explicative principale proposée par les auteurs est la difficulté de créer un lien entre l'usager et l'interprète étant donné que ce dernier n'est pas la même personne d'une consultation à l'autre. Tous ces exemples démontrent la centralité de la relation entre les usagers et les interprètes, situation difficile pour les praticiens, mais reconnue par certains comme étant essentielle. Raval et Smith (2003) montre l'ambiguïté des rôles des interprètes dans un contexte de psychothérapie. D'une part, certains thérapeutes de leur étude souhaitent développer une relation de « co-travailleurs » avec les interprètes. Ainsi, ils encouragent les interprètes à prendre des initiatives et à développer des habiletés cliniques. Paradoxalement, ces mêmes thérapeutes rapportent percevoir le point de vue des interprètes comme une intrusion.

4. Le pouvoir toujours aux plus puissants ?

Que faut-il conclure de ce tour d'horizon ? Les procédures en vue de limiter le pouvoir de l'interprète semblent innombrables et très difficilement surmontables. Et peut-être sont-elles justifiées, étant donné le risque encouru par les usagers en cas d'erreurs. Terminer ainsi serait ignorer nombre de recherches et réflexions récentes (et un peu moins) qui montrent que dans un contexte porteur, les interventions des interprètes sont non seulement incontournables, mais surtout susceptibles de créer les conditions favorables à des soins véritablement interculturels, voire susciter des actions novatrices en matière d'accueil de la différence. Par exemple Chen Wu *et al.* (2006) montrent que d'employer les connaissances des interprètes pour former les

médecins à quelques notions de base en Espagnol et à les sensibiliser aux pratiques éducatives et de soins de parents latino-américains, améliore significativement la satisfaction de ces parents lors des consultations. Cet exemple remarquable, parce que documenté par une recherche rigoureuse, met en évidence le potentiel que recèle une collaboration entre interprètes et praticiens. Dans ce cas il ne s'agit plus de limiter la prise de parole (pouvoir) de l'interprète, mais bien de travailler conjointement, chacun avec son pouvoir, pour tendre vers des soins adéquats, c'est-à-dire vers un ordre établi renégocié. Une telle démarche ne peut avoir lieu que si les différents niveaux de réalité ont été pris en compte. Il s'agit non seulement d'établir au cas par cas des collaborations interpersonnelles (entre interprète et médecin) efficace, voire créative, mais de donner à chaque praticien (et interprète) les conditions cadres pour le développement de pratiques innovantes. Il s'agit de transformer les représentations quant à ce qu'est un interprète et quelle est sa place dans l'intervention. Quelques études auprès d'infirmiers et de psychothérapeutes montrent que cette transformation est non seulement possible, mais également satisfaisante pour les différents acteurs de la triade. Cela ne peut se faire qu'avec la collaboration de tous les niveaux décisionnels, par la mise en œuvre de lignes directrices courageuses qui vont influencer sur les formations, les pratiques et les programmes de recherche.

Bibliographie

- Angelelli, C. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bischoff, A., & Loutan, L. (1998). *A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes*. Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Bischoff, A., Tonnerre, C., Eytan, A., Bernstein, M., & Loutan, L. (1999). Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Médecine sociale et préventive*, 44(6), 248-256.
- Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam: Rodopi.
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire: L'économie des échanges linguistiques*. Paris: Fayard.
- Chen Wu, A., Leventhal, J., Ortiz, J., Gonzalez, E., & Forsyth, B. (2006). The interpreter as cultural educator of residents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 1145-1150.

- Cohen-Emerique, M. (2003). La médiation interculturelle, les médiateurs et leur formation. In F. Remotti (Ed.), *Corpi, individuali e contesti interculturali* (pp. 58-87). Turin: L'Harmattan Italia Connessioni.
- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of sociolinguistics*, 4(3), 379-405.
- Éribon, D. (1982, 19 octobre). Dévoiler les ressorts du pouvoir. Le fétichisme politique. Entretien avec Pierre Bourdieu. *Libération*, p. 28.
- Fairclough, N. (2001). *Language and power* (2ème éd.). Harlow, GB: Longman.
- Farooq, S., & Fear, C. (2003). Working through interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(2), 104-109.
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., et al. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1983). *L'ordre du discours: leçon inaugurale au collège de France prononcée le 2 décembre 1970*. Paris: Gallimard.
- Greenhalgh, T., Robb, N., & Scambler, G. (2006). Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1170-1187.
- Guex, P., & Singy, P. (2003). *Quand la médecine à besoin d'interprètes*. Genève: Médecine & Hygiène.
- Habermas, J. (1995). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris: Fayard.
- Hatton, D. C., & Webb, T. (1993). Information transmission in bilingual, bicultural contexts: a field study of community health nurses and interpreters. *Journal of Community Health Nursing*, 10(3), 137-147.
- Hsieh, E. (2007). Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine*, 64(4), 924-937.
- Kaufert, J. M., & Putsch, R. W. (1997). Communication through interpreters in healthcare: Ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power. *Journal of Clinical Ethics*, 8(1), 71-87.
- Labun, E. (1999). Shared brokering: the development of a nurse/interpreter partnership. *Journal of Immigrant Health*, 1(4), 215-222.
- Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), 167-192.
- Leanza, Y. (2006). L'interprète médiateur communautaire: Entre ambiguïté et polyvalence. *L'autre. Cliniques, cultures et sociétés*, 7(1), 109-124.
- Leanza, Y. (sous presse). Accueil de familles migrantes dans une policlinique de pédiatrie: Tensions, mutisme, désarticulation et ruptures. *Interactions*.

- Marcos, L. R., & Urcuyo, L. (1979). Dynamic psychotherapy with the bilingual patient. *American Journal of Psychotherapy*, 33(3), 331-338.
- Miller, K. E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M., & Lopez, D. (2005). The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study. *Am J Orthopsychiatry*, 75(1), 27-39.
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Raval, H. (1996). A systemic perspective on working with interpreters. *Clinical child psychology and psychiatry*, 1, 29-43.
- Raval, H., & Smith, J. (2003). Therapist' experiences of working with language interpreters. *International Journal of mental health*, 32(2), 6-31.
- Robb, N., & Greenhalgh, T. (2006). "You have to cover up the words of the doctor": the mediation of trust in interpreted consultations in primary care. *Journal of Health Organisation and Management*, 20(5), 434-455.
- Rosenberg, E., Kirmayer, L. J., Xenocostas, S., Dao, M. D., & Loignon, C. (sous presse). GPs' strategies in intercultural clinical encounters. *Family Practice*.
- Rosenberg, E., Leanza, Y., & Seller, R. (soumis). Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters.
- Silverman, D. (1981). The child as a social object: Down's syndrome children in a paediatric cardiology clinic. *Sociology of Health and Illness*, 3(3), 254-274.
- Singy, P. (2001). Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 175-192.
- Tremblay, L., Brouillet, M.-I., Rhéaume, J., & Laquerre, M.-E. (2006). *La communication avec interprète dans l'intervention à domicile*. Montréal: Centre de santé et de services sociaux de la Montagne.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Londres: Longman.