

Natacha Niemants (Università di Modena e Reggio Emilia)

natacha.niemants@gmail.com

Natacha Niemants est diplômée en interprétation de Conférence de l'Université de Bologne et docteur en Langues et Cultures comparées de l'Université de Modène et Reggio Emilia, où elle travaille comme post-doctorante sur un projet visant à améliorer la communication dans les soins de santé.

Ses intérêts de recherche incluent l'interprétation en milieu médical, la formation des interprètes et l'analyse des conversations. Elle a publié et édité plusieurs chapitres et articles en français et en anglais, et elle est l'auteure de *L'interprétation de dialogue en milieu médical : Du jeu de rôle à l'exercice d'une responsabilité* (2015).

L' « entre-deux-rencontres » :

activités de médiation autour des entretiens

Résumé

La plupart des recherches sur la médiation (inter)culturelle et/ou l'interprétation dans les soins de santé portent sur des interactions en présence d'un intermédiaire, en observant son rôle et son impact dans la communication entre les prestataires de soins et les patients étrangers. Tant notre expérience professionnelle que plusieurs études dans le milieu médical montrent toutefois que l'échange triadique n'est que l'un des moments où cet intermédiaire participe au parcours de soins et d'assistance des patients. Un travail d'approfondissement sera donc amorcé sur deux interactions enregistrées en Belgique et en Italie, où une première consultation médicale avec le personnel soignant se termine par des indications sur l'itinéraire à emprunter pour rejoindre le lieu d'une seconde visite et est suivi d'une longue séquence où la médiatrice – comprenant la difficulté du patient à s'y rendre seul – décide de l'accompagner. Une fois les deux macro-séquences d'accompagnement isolées, nous miserons sur l'analyse conversationnelle pour détecter leur charpente commune et pour observer les différentes réactions des médiatrices aux tours de parole qui précèdent. Nous montrerons ainsi comment elles (com)prennent ce qui a été dit et ce qu'elles font pour répondre aux propos, et aux besoins, des patients étrangers, non seulement lorsque les prestataires sont physiquement présents, mais également lorsqu'ils ne le sont pas. Le but de notre analyse sera double : (1) vérifier si et comment la « médiation » – qui au sens étymologique implique trois participants – peut également exister lorsque seulement deux d'entre eux sont physiquement présents ; (2) vérifier si et comment les choix discursifs des deux médiatrices au cours de l'accompagnement influencent le rapport entre le patient et le service. Nous chercherons enfin à observer si ces (différents) choix peuvent être mis en relation avec la présence – ou l'absence – d'un encadrement professionnel défini.

Mots-clés : médiation interculturelle, interprétation de dialogue, analyse conversationnelle, communication en milieu sanitaire, interaction non triadique

1. Introduction

Dans une société de plus en plus multilingue, la question se pose de comment offrir à tous le même accès aux soins. Lorsque les patients ne maîtrisent pas suffisamment la langue du pays d'accueil, des actions s'avèrent parfois nécessaires, afin de les mettre dans les conditions de communiquer avec les prestataires et de bénéficier, équitablement, de leurs services.

Dans les pays anglophones et dans plusieurs pays de l'Europe centrale et septentrionale, l'une de ces actions se range sous l'étiquette « interprétation communautaire » (Hale, 2007 ; Delizée, 2015) ou « interprétation pour les services publics » (Corsellis, 2008 ; Pointurier, 2016), se référant à des services rendus par des interprètes certifiés qui participent à l'entretien entre les représentants institutionnels et les usagers, les aidant ainsi à dépasser la barrière linguistique qui les sépare. Dans d'autres pays, comme la Belgique et l'Italie dont nous allons nous occuper ici, on parle également de « médiation », se référant à des services rendus par des bilingues qualifié(e)s par leur expérience de travail au sein des institutions, où ils/elles interviennent dans toute occasion de contact entre les prestataires et la patientèle étrangère.

Comme en témoignent, entre autres, les volumes de Benayoun & Navarro (2013) et de Garzone & Archibald (2014), outre l'entrée *Mediation* dans la *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (Baraldi & Gavioli, 2015), la distinction entre l'interprétation et/ou médiation est loin d'être claire et ne fait que confirmer le besoin de réfléchir aux frontières professionnelles d'un intermédiaire qui, d'une manière ou d'une autre, participe à la construction de la relation entre le prestataire de services et le bénéficiaire.

Parmi les multiples voies qui peuvent être parcourues afin de vérifier si différentes conceptions et dénominations se traduisent par des pratiques discursives distinctes, nous entamons celle de l'observation et de la description d'interactions authentiques enregistrées et transcrites. Alors que la plupart des études linguistiques qui privilégient cette approche se sont penchées sur l'entretien clinique en présence d'un intermédiaire, en analysant son rôle et son impact dans la communication entre les institutions de soins et les patients étrangers (cf. Angelelli, 2004 ; Valero-Garcés & Martin, 2008 ; Baraldi & Gavioli, 2012 ; Davitti & Pasquandrea, 2014 ; Niemants, 2015), cette étude porte sur deux longues séquences d'accompagnement impliquant également des contacts non triadiques entre les intermédiaires et les patients. En effet, tant notre expérience professionnelle que plusieurs recherches dans le milieu médical (cf. Verrept, 2008 ; Luatti, 2011 ; Niemants, 2016) montrent que l'entretien en triade n'est que l'un des moments où l'intermédiaire participe au parcours de soins des patients et qu'il peut être tout aussi intéressant d'analyser ce qui se passe après, dans un « entre-deux » que Tipton & Furmanek (2016) ont récemment nommé « in-between events » (p. 117).

2. Ce que nous entendons par « médiation »

Du latin *mediatio* (être au milieu de), la médiation réside, selon le *Trésor de la Langue Française*, dans l'action de « servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses ». L'idée de l'interprète comme médiateur ne date certes pas d'aujourd'hui, mais c'est seulement au cours des vingt dernières années que la *médiation* a trouvé toute sa place dans le domaine des études sur l'interprétation. Ce terme y est

utilisé à deux niveaux qu'il nous paraît important de distinguer : le niveau conceptuel et le niveau professionnel.

D'un point de vue conceptuel, on parle de médiation dans l'interprétation pour se référer à trois dimensions distinctes, que Pöchhacker (2008) nomme « contractuel », « cognitive » et « linguistic/cultural ».

La médiation dans un sens contractuel correspond à la gestion des conflits et des différences de pouvoir, ce qui n'est pas pertinent pour l'analyse de notre corpus étant donné que les différends sont très peu nombreux, pour ne pas dire absents. Et même en admettant des asymétries entre les participants, la notion de médiation contractuelle ne suffirait de toute façon pas à expliquer la complexité des activités de médiation autour des entretiens (cf. Baraldi & Gavioli, 2015, p 249).

Le deuxième concept de médiation a affaire à la dimension cognitive dans le travail de l'interprète, qui ne peut traduire que ce qu'il/elle comprend. Tout en étant sans nul doute très utile, la notion de médiation cognitive est elle aussi à exclure d'une analyse qui, comme on le verra, se base sur ce que les participants à une interaction montrent publiquement avoir compris dans un contexte social, et non pas sur les processus cognitifs sous-jacents.

Nous en venons, enfin, à la médiation linguistique/culturelle, qui nous intéresse davantage puisqu'elle se base sur le lien existant entre les composantes linguistiques et culturelles de l'interprétation. L'interprétation est en effet considérée comme une forme de médiation dans la mesure où elle permet aux intervenants d'accéder et de donner du sens à leurs propos (Wadensjö, 1998). Comme le rappellent Baraldi & Gavioli (2015), la médiation dans le sens linguistique/culturel où l'entend Pöchhacker implique « la gestion et la facilitation de la participation active des interlocuteurs » (p. 248, notre traduction), ce qui se traduit par une vaste gamme d'actions de la part du médiateur, qui *nolens volens* doit « interpréter » la complexité de la communication et faire en sorte que les participants puissent donner du sens aux éléments linguistiques et culturels de l'interaction. Toujours selon Baraldi & Gavioli (2015), « la médiation interculturelle est donc réalisée à travers l'adaptation de la langue aux connaissances et aux valeurs culturelles des participants » (p. 248, notre traduction), ce qui dans le cadre des soins de santé peut par exemple équivaloir à adapter le langage médical occidental aux conditions de participation des patients étrangers.

La question que nous nous posons est alors de savoir si cette adaptation se produit également pendant l'accompagnement du patient d'un lieu (et d'un prestataire) à un autre et comment cela influe sur la suite du parcours de soins. Mais avant d'apporter quelques éléments de réponse, nous nous devons de

souligner le lien existant entre le niveau conceptuel de la médiation telle que nous l'avons présenté jusqu'ici et le niveau professionnel tel que nous le détaillerons dans le reste du paragraphe. En effet, c'est la sensibilité envers le développement de relations interculturelles positives qui a mené certains pays, comme l'Italie et l'Espagne, à faire la distinction entre d'une part, les interprètes ayant un diplôme universitaire et exerçant la médiation linguistique et d'autre part, les médiateurs ayant des qualifications professionnelles et exerçant la médiation (inter)culturelle. Cette dernière acception correspond au deuxième niveau d'utilisation du terme médiation, à savoir la description (et la délimitation) d'une profession s'exerçant dans plusieurs établissements publics, dont les institutions de soins qui nous intéressent ici.

2.1 La médiation interculturelle en Belgique

Dans le cas de la Belgique, qui ressemble de près aux deux pays cités ci-dessus, la « médiation interculturelle » correspond à une profession reconnue au niveau fédéral qui ne s'exerce qu'en milieu hospitalier (Verrept & Coune, 2015) et qui se différencie du plus vaste profil-métier d' « interprète social » (COFÉTIS-FOSOVET, 2007). Alors que ce dernier relève des *Services de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social* (SeTIS) existant tant dans la communauté francophone que flamande et répond aux besoins de traduction/interprétation dans des secteurs très variés (santé, enseignement, emploi, services sociaux, etc.), le médiateur interculturel relève directement de la *Cellule médiation Interculturelle et Support de la Politique* du *Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement* et répond à la nécessité d'améliorer l'accès et la qualité des soins hospitaliers dispensés aux patients étrangers, en assurant non seulement la communication soignant-soigné, mais également la prise en compte des besoins spécifiques des patients allophones. Les codes déontologiques de ces deux professionnels diffèrent formellement, puisque la profession d'interprète social est définie par les deux codes des SeTIS (cf. Cox, 2015, pour une comparaison entre les codes francophone et flamand), alors que celle de médiateur interculturel est régulée par le *Guide pour la Médiation Interculturelle dans les Soins de Santé*, dénommé ci-après « le *Guide* », qui a été élaboré par Verrept & Coune (2016). Comme le précise Delizée (2015), « leurs mandats sont clairement distincts, ce qui reflète la division – peut-être essentiellement théorique – entre interprétation et médiation » (p. 42). Il n'empêche que, comme plusieurs auteurs internationaux l'ont souligné, lorsqu'on y regarde de plus près, les activités des interprètes et des médiateurs se placent souvent le long d'un même *continuum* et il n'est donc pas toujours aisé de les distinguer clairement (cf. par exemple Merlini, 2005, p. 34-35). Cette idée de *continuum* est d'ailleurs également présente dans le *Guide*, où Verrept & Coune (2016, p. 13) proposent l'image d'une échelle pour représenter les tâches du médiateur interculturel, allant de l'échelon le plus bas de l'interprétation linguistique jusqu'à l'échelon le plus élevé de la défense des

patients, en passant par trois tâches de « facilitation » qui sont nommées clarification des malentendus, gestion des différences culturelles et soutien aux patients et aux soignants afin qu'ils prennent leur rôle. La séparation de ces cinq tâches est motivée par une analyse des avantages et des inconvénients de chacune et il existe, d'après les auteurs, de fortes ressemblances entre certaines d'entre-elles. Verrept & Coune affirment également que « les trois tâches [...] sous le nom de 'faciliter' peuvent être toutes les trois effectuées aussi bien durant un contact en triade que durant un contact non triadique » (p. 19).

2.2 La médiation linguistique et culturelle en Italie

Pour ce qui est du cas italien, celle qui est le plus souvent appelée « médiation linguistique et culturelle » (cf. Gavioli, 2009 ; Garzone & Archibald, 2014) ne fait pas encore l'objet d'une définition stricte ni d'un code déontologique reconnu au niveau national. Sans compter qu'elle se place à mi-chemin entre le monde des institutions de soins, qui a contribué à créer le profil du médiateur comme expert de « culture », et le monde des universités, qui a avancé des propositions pédagogiques qui sont généralement ciblées sur la question « linguistique » (cf. Tomassini, 2012 ; Baraldi & Gavioli, 2015, p. 248-249). C'est pourquoi, la distinction italienne entre interprétation et médiation n'a selon certains aucune raison d'être (Falbo, 2013), alors que selon d'autres, elle reflète une certaine sensibilité au fait que les présupposés culturels de la communication pourraient ne pas être partagés (Baraldi *et al.*, 2012).

Tant les uns que les autres nous semblent aujourd'hui d'accord sur l'utilisation d'une appellation que Mason, inspiré des travaux de Wadensjö (1998), a avancée en 1999, à savoir celle de *dialogue interpreting*. Comme l'expliquent longuement Baraldi & Gavioli (2012) et plus brièvement Merlini (2015) ainsi que Dal Fovo & Niemants (2015), la définition d'interprétation de dialogue correspond bien à la nature dialogale de l'échange et met l'accent sur la co-construction d'une interaction à laquelle participent tant les interlocuteurs primaires qui ne partagent pas (suffisamment) la même langue, que l'interprète qui traduit et coordonne l'échange. Cette appellation permet ainsi de couvrir une kyrielle de situations professionnelles, où l'interprète co-construit et occupe des rôles et des espaces variés (cf. le concept de *role-space* élaboré par Lewellyn-Jones & Lee, 2015), et d'utiliser le mot « médiation » à un niveau plus conceptuel.

3. L'étude de deux séquences d'accompagnement

Nous présenterons deux longues interactions (en italien et français) enregistrées en 2010 en Belgique et en Italie, où une première consultation avec le personnel soignant se termine par des indications sur l'itinéraire à emprunter pour rejoindre le lieu d'une seconde visite et est suivi d'une séquence où la médiatrice – comprenant la difficulté du patient à s'y rendre seul – décide de l'accompagner.

Ces deux macro-séquences d'accompagnement, qui seront observées au travers de l'analyse conversationnelle (Sacks *et al.*, 1974 ; Traverso, 1999), présentent la même charpente : (1) la négociation de l'accompagnement avec les prestataires de soins ; (2) le déplacement d'un lieu à un autre ; (3) l'arrivée à destination ; (4) l'attente du prestataire de service. Pour chacune de ces quatre séquences nous présenterons deux extraits, dont l'un tiré du sous-corpus belge et l'autre de l'italien, en observant les (ré)actions des deux médiatrices aux tours de parole qui précèdent (ce que les analystes de la conversation appellent *next turn proof procedure*). Nous montrerons ainsi comment elles (com)prennent ce qui a été dit et ce qu'elles font pour répondre aux propos, et aux besoins, des patients allophones, tant lorsque les prestataires sont physiquement et verbalement présents que lorsqu'ils ne le sont pas.

Le but de notre analyse sera double : (1) vérifier si et comment la « médiation » – qui au sens étymologique implique théoriquement trois participants – peut également exister lorsque seulement deux d'entre eux sont physiquement présents. Autrement dit, nous observerons si les deux médiatrices continuent de jouer – par leurs actions de traduction et de coordination – le rôle d'intermédiaires entre le patient et le service. En effet, aussi bien la conversation à trois que la conversation à deux présupposent un autre acteur, à savoir l'institution de soins, qui continue d'être présente même lorsque le prestataire du service est temporairement absent (cf. Luatti, 2011, p. 89) ; (2) vérifier si et comment les choix discursifs des deux médiatrices au cours de l'accompagnement influencent le rapport entre le patient et le service. Nous chercherons enfin à observer si ces (différents) choix peuvent être mis en relation avec la présence – ou l'absence – d'un encadrement professionnel défini.

4. La Belgique et l'Italie au crible de l'analyse

En ce qui concerne les données belges, l'interaction se déroule dans un hôpital de la région wallonne, aux urgences. Il s'agit d'un patient italoophone ayant un problème dermatologique et la prestataire de soins lui explique qu'il faut qu'il aille prendre un rendez-vous à la polyclinique en dermatologie. Tout de suite après cela, la médiatrice – une assistante sociale d'origine italienne qui est engagée et payée directement par l'hôpital – fait de l'interprétation linguistique (se plaçant ainsi sur le premier échelon du *Guide*) et traduit cette information pour le patient.

L'interaction italienne se déroule, quant à elle, dans un établissement de soins de la région Emilie Romagne et plus précisément dans un centre de santé pour les familles immigrées où s'est rendu un patient francophone ayant un problème ophtalmologique. Les prestataires, qui sont au nombre de trois, lui expliquent qu'il doit aller au guichet pour demander une visite urgente chez un spécialiste, après quoi la médiatrice – une femme d'origine tunisienne qui travaille pour une coopérative extérieure à

l'établissement de soins – interprète cette information pour le patient et manifeste publiquement sa difficulté à le comprendre en disant *non si spiega però* (« mais il ne s'explique pas »).

4.1 La négociation de l'accompagnement

Le point §29 du *Guide* traite de la concertation avec le soignant par rapport aux tâches de facilitation, ce qui se produit dans les deux premiers extraits choisis.

Dans le cas belge, la médiatrice (MI), après avoir vérifié si le patient (PA) sait où se trouve la polyclinique, dit au prestataire qu'elle va expliquer à ce monsieur où il doit aller. Elle le fait dans un long tour de parole où elle se réfère aux affiches, aux couloirs, aux escaliers et aux ascenseurs à utiliser comme points de repères pour s'orienter, en adaptant ses indications à un patient étranger qui ne connaît pas l'établissement. Détectant la confusion de PA, MI lui demande si ça ira ou s'il préfère qu'elle l'accompagne, à quoi il répond *eh sì forse è meglio* (« eh oui c'est peut-être mieux », 10).

Extrait 1

01 MI ma dovete andare in polyclinique (.) non so se sapete dov'è
mais vous devez aller à la polyclinique (.) je ne sais pas si vous savez où c'est

02 PA no

03 MI (.) dunque ehm uscite ehm bè sarà je vais-je vais expliquer à monsieur où il doit aller hein (.)
je vais lui expliquer où il doit aller ça va (.) merci
donc ehm sortez ehm bon ce sera...

04 (4)

05 MI dunque andate (.) forse è meglio (.) uscire (.) semplicemente (.) ehm (.) no venite vi spiego (.)
così (.) capirete subito (.) dunque c'è un pannello scritto così (1) lo seguite sempre dunque questo andate
sempre diritto (.) dopo c'è ce n'è un altro lì a destra (.) lo seguite sempre normalmente c'è (.) una porta
che dovete ehm andare dall'altro lato dunque ci sarà un (.) una una scala da da seguire c'è un corridoio
così e arrivate a dei ascensori così (.) dunque prendete (.) il piano zero (.) e normalmente non c'è
problema spiegate che volete prendere (.) prendere un appuntamento dunque per (.) un dottore ehm
*donc vous allez (.) c'est peut-être mieux (.) sortir (.) simplement (.) ehm (.) non venez je vous
explique (.) comme ça (.) vous comprendrez tout de suite (.) donc il y a un panneau écrit
comme ça (1) vous le suivez toujours donc ceci vous allez toujours tout droit (.) après il y a il y
en a un autre là à droite (.) vous le suivez toujours normalement il y a (.) une porte que vous*

*devez ehm aller de l'autre côté donc il y aura un (.) un un escalier à à suivre il y a un couloir
comme ça et vous arrivez à des ascenseurs comme ça (.) donc vous prenez (.) l'étage zéro (.)
et normalement il n'y a aucun problème vous expliquez que vous voulez prendre (.) prendre un
rendez-vous donc pour (.) un médecin ehm*

06 PA mh

07 (.)

08 PA [ma io]
mais moi

09 MI [andrà] bene o preferite che vengo con voi ?
ça ira ou vous préférez que je vienne avec vous ?

10 PA eh sì forse è meglio
eh oui c'est peut-être mieux

Dans l'interaction italienne, la concertation avec le personnel soignant prend plus de temps. Tout d'abord parce qu'il y a deux soignants qui prennent la parole, comme dans l'extrait ci-dessous. Ensuite, parce qu'il y a l'enchevêtrement de trois conversations : (1) celle entre deux des soignants (S2 et S3), qui discutent d'un document donnant droit aux soins urgents pour les étrangers qui ne sont pas inscrits au Service Sanitaire National ; (2) celle entre MI et PA, auquel elle explique qu'elle va l'accompagner au guichet pour accéder directement au spécialiste en ophtalmologie, (3) celle entre MI et S2, qui cherche à se réinsérer dans la conversation en français : d'abord par un « okay » avec intonation montante (12), puis par « *mi raccomando eh* » (« n'oublies pas hein », 17), enfin par « *ci vediamo dopo* » (« on se voit après », 20). Donc, s'il est vrai que cet accompagnement est une initiative de MI, il est également vrai qu'il est négocié avec les soignants et surtout avec S2, qui accorde la permission d'accompagner le patient et insiste sur le fait que la médiatrice doit revenir sur place.

Extrait 2

01 MI lo accompagno magari all'H per l'accesso diretto ?
je l'accompagne peut-être à l'H pour l'accès direct ?

02 S2 [sì grazie]
oui merci

03 S3 [mm hm]

04 MI e poi
et puis

05 (1)

06 S2 sai se ha
tu sais s'il a

07 S3 ho visto che l' STP è appena stato rinnovato
j'ai vu que le STP vient d'être rénové

08 S2 poi torni giù qua da noi eh quando hai fatto [di là tieni]
après tu reviens ici en bas chez nous eh quand tu as fini là-bas tiens

09 MI [maintenant t'ac]compagne ehm au guichet H et puis chez le
médecin

10 PA ehm

11 MI puis puis tu retournes ici (1) on fait [voir]

12 S2 [okay ?]

13 MI le résultat de la visite

14 PA okay

15 MI okay ?

16 PA okay ouais

17 S2 mi raccomando eh
n'oublie pas hein

18 MI okay ehm on y va

19 (1)

20 S2 ci vediamo dopo
on se voit après

4.2 Le déplacement

Pendant la séquence de déplacement belge, les deux participants parlent beaucoup, ce qui rend toute sélection particulièrement difficile. Nous nous devons de préciser qu'immédiatement après leur départ, MI pose deux questions visant à évaluer la situation de PA, à savoir : (1) s'il a une mutuelle en Belgique, et il répond que non ; (2) quelle est la nature de son problème, et il s'avère que c'est un problème dermatologique aux organes génitaux, pour lequel il s'est déjà adressé à un généraliste, mais qu'il est assez urgent pour lui de consulter un spécialiste. Après quoi, c'est le patient qui prend la parole et qui demande si le dermatologue parlera italien (premier tour de l'extrait 3 ci-dessous). MI avoue qu'elle ne le sait pas, mais que si un rendez-vous est fixé, elle peut l'accompagner. Après 12 secondes de marche dans les couloirs de l'hôpital, MI « traduit » le dépaysement du patient en admettant que c'est un peu un labyrinthe. Après un autre laps de temps de 23 secondes, où l'on n'entend que des bruits de fond, elle pose une première question de nature transactionnelle, c'est-à-dire qu'elle demande plus d'informations sur le médecin qui a déjà visité le patient, et découvre ainsi que la visite a eu lieu l'avant-veille. Elle pose ensuite une question de nature plus interactionnelle qui, à en juger par ce qui suit (dans des tours que nous ne montrons pas ici), vise à tisser des liens avec le patient (cf. Brown & Hule, 1983, à propos de la distinction entre *transactional* et *interactional talk*).

Extrait 3

01 PA lui parla italiano questo qui ?
il parle italien celui-ci ?

02 MI non lo so (.) penso di no (.) ma in caso se avete un appuntamento io scrivo quand'è e vengo con voi così potete
je ne sais pas (.) je pense que non (.) mais au cas où vous avez un rendez-vous moi j'écris quand c'est et je viens avec vous comme ça vous pouvez

03 (12)

04 MI è un po' un labirinto qui
c'est un peu un labyrinthe ici

05 (23)

06 MI l'avete visto oggi il dottore ?
vous l'avez vu aujourd'hui le médecin ?

07 (.)

08 PA no l'altro ieri il mio dottore generico
non avant-hier mon médecin généraliste

09 MI sì
Oui

10 PA l'altro ieri
avant-hier

11 MI okay

12 (.)

13 PA poi mi aveva dato un indirizzo (.) un numero di telefono poi era sbagliato quello del dermatologo non so dove stava
puis il m'avait donné une adresse (.) un numéro de téléphone puis il était faux celui du dermatologue je ne sais pas où il était

14 (1)

15 MI okay

16 PA perché non parlando la lingua [diventa]
car ne parlant pas la langue ça devient

17 MI [sì sì]
oui oui

18 PA anche un po' un problema
même un peu un problème

19 MI e siete in Belgio da molto ?
et vous êtes en Belgique depuis longtemps ?

La présentation de la séquence de déplacement qui se déroule en Italie demande peu d'espace, car pendant 95 secondes on n'entend que des bruits de fond : la médiatrice et le patient montent des escaliers, mais ils n'échangent pas un seul mot. C'est donc une manière totalement différente de s'assurer de la suite du parcours de soins, dans la mesure où tout en se déplaçant physiquement avec le patient, la médiatrice italienne n'interagit absolument pas avec lui.

Extrait 4

01 (95)

Voyons maintenant si ces deux choix discursifs opposés influencent le moment où les médiatrices et les patients arrivent au guichet.

4.3 L'arrivée à destination

Dans le cas belge, MI s'adresse au prestataire de soins d'un ton formel et se présente comme étant du service social. Cela correspond à l'une des conditions expressément citées dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 qui régit le recrutement des médiateurs interculturels (cf. l'annexe à Delizée, 2015, p. 39-44), où l'on précise que la fonction de médiateur peut être exercée par une personne diplômée dans le secteur social, comme dans le cas échéant. Au tour 11, la médiatrice traduit pour le patient, resté temporairement exclu de la conversation en français, ce qui a été négocié, à savoir qu'ils doivent attendre pour prendre un rendez-vous.

Extrait 5

01 MI excusez-moi (.) la dermatologie c'est où ?

02 PR vous avez un rendez-vous ?

03 MI non mais je suis du service social en fait

04 PR vous allez au premier étage service quarante

05 MI au premier étage (.) pour prendre les rendez-vous donc alors

06 PR ah pour prendre les rendez-vous

07 MI oui

08 PR non ça c'est ici

09 MI ah (.) okay

10 (5)

11 MI dobbiamo aspettare per prendere l'appuntamento
nous devons attendre pour prendre le rendez-vous

Lorsqu'ils arrivent au guichet italien, par contre, MI dit *faccio per lui* (« je fais pour lui », 01) *per questo signore che è un po'* (« pour ce monsieur qui est un peu », 03) et elle précise qu'elle a pris un peu de temps. Nous en déduisons que cela ne fait probablement pas partie de ses tâches habituelles et en

154

écoutant la suite, où on entend des rires (08) ainsi que la médiatrice appeler quelqu'un par son prénom (10), on remarque que le ton de la conversation est plutôt informel et que MI connaît bien les prestataires au guichet. Il importe également de noter que le patient reste exclu de cette conversation en italien.

Extrait 6

01 MI ehm faccio per [lui]
ehm je fais pour lui

02 PR [ah] pensavo
ah je croyais

03 MI per questo signore che è un po'
pour ce monsieur qui est un peu

04 PR ah

05 (.)

06 MI ho preso un po' di tempo
j'ai pris un peu de temps

07 (7)

08 ((rires))

09 (.)

10 MI ((Prénom))

4.4 L'attente

Nous en venons à la dernière séquence, l'attente, qui a fait l'objet de l'étude de Cox (2015). Dans les deux codes déontologiques belges que cet auteur compare, il est expressément défendu d'attendre avec le patient. Or, cela se produit deux fois ici, dont la première dans l'extrait 7 ci-dessous. Cet extrait se situe juste après la première conversation au guichet, lorsque MI profite de ce moment d'attente pour demander à PA s'il a une pièce d'identité. Le patient lui répond qu'il a la *tessera sanitaria*, la carte européenne pour les soins, ce qui projette la réaction de MI, qui rajoute des détails sur cette carte (tours 02 et 04) et lui explique qu'il faut la valider en Belgique. Au tour 05, le patient demande donc où on peut le faire et MI lui répond qu'on le fait à la mutuelle, mais que s'il veut elle peut le faire elle-même à partir de l'hôpital.

Lorsque, quelques instants plus tard, MI se représente au guichet (encore une fois comme étant du service social), elle traduit les informations qu'elle a collectées pendant le déplacement, à savoir le fait que le rendez-vous est urgent et que le patient a déjà vu un médecin généraliste l'avant-veille. Après une longue interaction triadique où, grâce au travail de traduction et de coordination de la médiatrice, l'on négocie le numéro de téléphone et l'adresse du patient, MI demande une copie de la carte européenne, car « on ne sait jamais » – dit-elle dans des tours que nous ne montrons pas – probablement songeant au fait de la faire valider.

Extrait 7

01 MI *questa dovete farla validare qui in Belgio lo sapete ?
celle-ci vous devez la faire valider ici en Belgique vous le savez ?*

[...]

02 MI *sì (.) ma diciamo che (.) vi evita di pagare (1) è meglio così (1) adesso (.) come volete se
volete pagare tutto ma in caso anche se avete diciamo se dovete essere ricoverato qui in ospedale (.)
questa è valida anche*

*oui (.) mais disons que (.) ça vous évite de payer (.) c'est mieux comme ça (1) maintenant (.)
comme vous voulez si vous voulez tout payer mais au cas où même si vous avez disons si vous
devez être hospitalisé ici à l'hôpital (.) celle-ci est valable aussi*

03 PA mm hm

04 MI *e dev'ess- però dovete farla validare qui in Belgio sennò non è non è valida perciò non serve a
niente
et elle doi- mais vous devez la faire valider ici en Belgique sinon elle n'est elle n'est pas
valable donc elle ne sert à rien*

05 PA *dov'è che si va per validarla ?
où est-ce qu'on va pour la valider ?*

06 MI *alla mutua però se volete ve lo faccio io da qui dall'ospedale
à la mutuelle mais si vous voulez je vous le fais d'ici de l'hôpital*

[...]

07 MI *ehm je viens du service social ce serait pour prendre un rendez-vous pour monsieur en
dermatologie (.) si possible le ehm enfin le plus rapidement quoi*

08 PR mm hm (.) ben oui voyons ce qu'on peut faire c'est assez plein

[...]

09 PR c'est un peu du cas par cas ça dépend aussi ce qu'a monsieur

10 MI mm hm

11 PR de la raison pour laquelle il vient

12 MI apparemment c'est un médecin il a vu un médecin généraliste avant-hier qui l'a envoyé ici
quoi

Puisque le premier rendez-vous disponible est après un mois, la prestataire leur conseille de monter à l'étage et d'expliquer que c'est un cas d'urgence, ce qui inaugure une nouvelle macro-séquence d'accompagnement se composant d'un autre déplacement, d'une arrivée à (une autre) destination, ainsi que d'une (autre) attente particulièrement bavarde.

Dans le cas italien, par contre, la médiatrice et le patient attendent sans se parler (cf. les 105 secondes de silence ci-dessous). Lorsqu'elle se représente au guichet, MI dit à la prestataire qu'ils doivent faire (à noter l'utilisation du nous inclusif) un accès direct, c'est-à-dire réserver un rendez-vous chez le spécialiste sans passer par le médecin généraliste ou autre intermédiaire. À en juger par ce premier tour de parole (02) et par ceux qui suivent, les deux se connaissent déjà et au tour 12, la femme au guichet commence même à se plaindre de sa matinée difficile et les deux rigolent ensemble. Comme dans l'extrait 6 ci-dessus, le patient est exclu de la conversation en italien, du moins jusqu'au moment où, une fois le papier de réservation imprimé, la prestataire et la médiatrice se saluent et cette dernière adresse enfin la parole au patient en lui disant *allora vieni* (« alors viens », 14).

Extrait 8

01 (105)

02 MI dobbiamo fare un accesso diretto
nous devons faire un accès direct

03 PR ehm sì
ehm oui

04 MI per una visita oculistica
pour une visite ophtalmologique

05 (.)

06 PR sì e da chi lo mando (.) lo sai già ?
oui et chez qui je l'envoie (.) tu le sais déjà ?

07 MI ehm no ehm
ehm non ehm

08 PR non è un'urgenza ?
ce n'est pas un cas d'urgence ?

09 MI è un'urgenza non non mi hanno detto però
c'est un cas d'urgence mais ils ne m'ont pas pas dit

10 PR allora
donc

11 (2)

12 PR sta mattina non ce la posso fare
ce matin je ne peux pas y arriver

13 MI ((rires))

[...]

14 MI allora vieni
alors viens

Avant de tirer quelques conclusions, nous résumons ce qui se passe après ces deux interactions au guichet. Dans le cas belge, la médiatrice reste dans la salle d'attente avec le patient et poursuit une conversation de nature tant transactionnelle qu'interactionnelle, lui permettant de promouvoir la participation active du patient et de collecter ainsi des informations qu'elle traduit lors du contact en triade avec le dermatologue. Un rendez-vous urgent est enfin fixé pour le lendemain. Dans le cas italien, par contre, la médiatrice laisse le patient seul dans la salle d'attente, en lui disant qu'il doit présenter le papier de la réservation qui vient d'être imprimé au guichet et qu'ils vont l'appeler en cas de besoin. Or, nos enregistrements témoignent du fait que cela ne se produit pas, car la médiatrice est appelée pour une interprétation linguistique impliquant l'arabe. Il s'avère également que le même patient s'est représenté quelques semaines plus tard et que la même médiatrice a été appelée. De cette nouvelle rencontre se dégage le fait que le patient ne s'est pas rendu à la visite de contrôle qui avait été fixée et cela n'est pas surprenant, étant donné que les barrières linguistiques sont une cause commune de l'absence au rendez-vous de suivi médical (cf. Cox, 2015 à propos du besoin de ce qu'il nomme *supporting aftercare*). Puisque cette absence entraîne des conséquences tant pour le patient (qui doit fixer un nouveau rendez-vous) que pour le service (qui perd du temps et de l'argent), Cox insiste sur l'importance de détecter et de signaler la confusion du patient. En effet, il est possible que celui-ci parle un peu la langue d'accueil, mais pas suffisamment bien pour interagir avec les services de santé et pour comprendre des éléments ponctuels tels que des chiffres et des dates. Il importe de rappeler, à ce propos, que la médiatrice italienne avait dit avoir des difficultés à comprendre le patient, qui était manifestement confus. Ceci n'a toutefois

158

pas empêché la médiatrice de le laisser seul et de retourner au centre de santé pour les familles immigrées, en respectant ainsi ce que le soignant lui avait demandé de faire.

5. Conclusions et études futures

Dans cet article nous avons comparé deux séquences d'accompagnement enregistrées en Belgique et en Italie, en zoomant sur le terrain de la médiation tel qu'il était en 2010, donc bien avant l'élaboration du *Guide pour la Médiation Interculturelle dans les Soins de Santé*. Nous souhaitons confirmer par-là, si besoin est, que le métier de nos deux « médiatrices » ne se réduit pas à une activité de traduction et de coordination dans la triade au sens de Wadensjö (1998), mais comprend d'autres activités qui construisent ce qu'il y a à dire, à traduire et, dans le cas de la fourniture d'indications, même à faire, dans la continuation du parcours de soins. On pourrait certes affirmer que l'accompagnement des patients de la part des médiatrices, qui est dans les deux cas négocié avec les soignants, demande un travail supplémentaire et donc du temps. Il n'empêche que cette action permet à ces deux patients de bénéficier des prestations auxquelles ils ont droit, en les mettant dans les conditions d'avoir le même accès, et donc les mêmes opportunités, que les patients autochtones. A ceux qui estiment que, ce faisant, les médiatrices donnent un avantage déloyal au patient étranger, nous répondons que non, car il faut envisager la situation dans le contexte plus vaste d'une société et d'un hôpital, en l'occurrence, où un étranger n'a pas la même facilité d'orientation et de repérage des informations, et où l'accompagnement peut être la seule manière de s'assurer de la suite de son parcours de soins. Pour limitée qu'elle soit, notre analyse peut donc contribuer à éclairer davantage les exigences relatives à la médiation dans les soins de santé, exigences qui devraient être gardées à l'esprit lors de la définition d'un profil-métier ancré dans la réalité professionnelle, ainsi que lors de la conception de programmes de formation qui préparent les étudiants à l'affronter.

En partant des résultats de cette étude de cas, il serait intéressant de collecter de nouvelles données authentiques et de vérifier si le *Guide* a effectivement des retombées sur la pratique de la profession telle qu'elle est exercée aujourd'hui en Belgique et si la distinction théorique entre les médiateurs interculturels et les interprètes sociaux se reflète dans la pratique (cf. Delizée, 2015, p. 42). Car comme l'admet même Pöchhacher (2008, p. 24), il est possible que les deux mandats coexistent chez la même personne et donc la question est moins de savoir si on est l'un ou l'autre que d'avoir conscience de quand on est sur le premier échelon et de quand on monte plus haut sur l'échelle, vers des tâches impliquant plus de visibilité et de risques. Pour parvenir à y répondre, il serait utile d'unir des recherches basées, comme la nôtre, sur des transcriptions d'interactions authentiques, avec l'observation participative et les interviews d'autres chercheurs (cf. Cox, 2015), car cela nous permettrait d'avoir une

vision plus complète et de tester empiriquement le *Guide*, comme Angelelli (2008) invite à le faire pour tout code déontologique.

D'après ce que nous venons d'observer, il nous paraît assez évident que l'encadrement professionnel joue un rôle crucial, dans la mesure où il existe une grande différence entre une médiatrice qui travaille constamment au sein d'un hôpital et peut donc accompagner le patient tout au long de son parcours, et une médiatrice qui prête son service une ou deux fois par semaine à un endroit précis (comme le centre dont il était question ici), en laissant le patient seul dans l'entre-deux. Nous estimons qu'il faudrait réfléchir davantage à l'impact de cet encadrement et aux risques que l'on court lorsque les compétences linguistiques des patients ne leur permettent pas de poursuivre de façon autonome leur parcours de soins. Comme nous l'avons vu, l'un des risques est qu'il n'y ait pas les conditions pour une communication satisfaisante et encore moins pour la création d'une relation entre patient et soignant, ce qui confirme le besoin d'analyser les activités de médiation autour des entretiens, en reconnaissant le rôle de facilitateur du médiateur même au-delà de la triade, et en redonnant ainsi toute sa valeur à un professionnel qui fait de l'entre-deux une de ses raisons d'être.

Références

- Angelelli, C. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, C. (2008). The role of the interpreter in healthcare setting: A plea for a dialogue between research and practice. In C. Valero-Garcés & A. Martin (Eds.), 147-163.
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (Eds.). (2012). *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (2015). Mediation. In F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 246-249). London: Taylor & Francis.
- Baraldi, C., Farini, F., & Gavioli, L. 2012. La mediazione sanitaria e la visibilità del paziente (migrante). In Baraldi, C. (Ed.), *Gli invisibili. La condizione degli immigrati nella società* (pp. 149-176). Acireale-Roma: Bonanno Editore.
- Benayoun, J., & Navarro, E. (Eds.). (2013). *Interprétation-médiation: L'an II d'un nouveau métier*. Reims: Presses Universitaires de Sainte Gemme.
- COFÉTIS-FOSOVET asbl. (2007). Profil-métier de l'interprète social. Coordination fédérale de la traduction et de l'interprétation sociale.
- Corsellis, A. (2008). *Public Service Interpreting*. New York et al.: Palgrave Macmillan.
- Cox, A. (2015). 'Do You Get the Message? Defining the Interpreter's Role in Medical Interpreting'. *MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación*, Special Issue 2, 161-184.
- Dal Fovo, E., & Niemants, N. (2015). Studying Dialogue Interpreting: an introduction. *The Interpreters' Newsletter*, 20, thematic issue on Dialogue Interpreting, 1-8.
- Davitti, E., & Pasquandrea, S. (Eds.). (2014). *Dialogue Interpreting in practice: bridging the gap between empirical research and interpreter education*. Special Issue, *The Interpreter and Translator Trainer*, 8(3).

- Delizée, A. (2015). *Émergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone*. humanOrg Working Paper 2015/02. humanOrg, Institut de recherche en développement humain et des organisation, Université de Mons.
- Falbo, C. (2013). 'Interprete' et 'mediatore linguistico-culturale': deux figures professionnelles opposées?. In G. Agresti, & C. Schiavone (Eds.), *Plurilinguisme et monde du travail: Professions, opérateurs et acteurs de la diversité linguistique* (pp. 253-270). Roma: Aracne.
- Garzone, G., & Archibald, J. (Eds.). (2014). *Definire la mediazione linguistica e culturale: Un approccio multidisciplinare / Defining linguistic and cultural mediation: A multidisciplinary approach*. Special Issue, *Lingue Culture Mediazioni / Languages Cultures Mediation*, 1(1-2).
- Garzone, G. & Archibald, J. (2014). Conceptualising linguistic and cultural mediation. *Lingue Culture Mediazioni Languages Cultures Mediation*, 1(1-2), 7-16.
- Gavioli, L. (Ed.). (2009). *La mediazione linguistico-culturale: Una prospettiva interazionista*. Perugia: Guerra Edizioni.
- Hale, S. (2007). *Community Interpreting*. New York et al.: Palgrave Macmillan.
- Lee, R. & Llewellyn-Jones, P. (2014). *Redefining the Role of the Community Interpreter: The Concept of Role-space*. Carlton-le-Moorland, UK: SLI Press.
- Luatti, L. (2011). *Mediatori atleti dell'incontro*. Gussago: Vannini.
- Mason, I. (Ed.). (1999). *Dialogue interpreting*. Special Issue, *The Translator*, 5(2).
- Médiation. (n.d.). In *Trésor de la Langue Française Informatisé*. Retrieved from <http://atilf.atilf.fr/>
- Merlini, R. (2005). Alla ricerca dell'interprete ritrovato. In G. Mack & M. Russo (Eds.), *Interpretazione di trattativa: La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale* (p. 19-40). Milano: Hoepli.
- Merlini, R. (2015). Dialogue Interpreting. In F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 102-107). London: Taylor & Francis.
- Niemants, N. (2015). *L'interprétation de dialogue en milieu médical. Du jeu de rôle à l'exercice d'une responsabilité*. Roma: Aracne.

- Niemants, N. (2016). La responsabilité du médiateur dans l'accès aux soins des immigrés. In M. De Gioia & G. Agresti (Eds.), *Médiation et droits linguistiques*. Special Issue, *Etudes de Linguistique Appliquée*, 181, pp. 55-77.
- Pöchhacker, F. (2008). Interpreting as mediation. In C. Valero-Garcés & A. Martin (Eds.), 9-26.
- Pointurier, S. (2016). *Théories et pratiques de l'interprétation de service public*. Paris : Presses Sorbonne Nouvelle.
- Sacks, H., Schegloff, E., Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, pp. 696-735.
- Tipton, R., & Furmanek, O. (2016). *Dialogue interpreting. A guide to interpreting in public services and the community*. London/New York: Routledge.
- Tomassini, E. (2012). Healthcare interpreting in Italy: Current needs and proposals to promote collaboration between universities and healthcare services. *The Interpreters' Newsletter*, 17, pp. 39-54.
- Traverso, V. (1999). *L'analyse des conversations*. Paris: Armand Colin.
- Valero-Garcés, C., & Martin, A. (Eds.). (2008). *Crossing borders in community interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Verrept, H. (2008). Intercultural mediation: An answer to healthcare disparities? In C. Valero-Garcés, & A. Martin (Eds.), pp. 187-201.
- Verrept, H., & Coune, I. (2016). *Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé*. Consulté sur <http://www.health.belgium.be/fr/guide-pour-la-mediation-interculturelle-dans-les-soins-de-sante>
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman.