

Université Sorbonne Paris-Nord
DIU Santé des migrants 2024-2025
Mémoire de fin de formation

L'interprétariat en santé :
contexte philosophique,
déontologique et applicabilité

Jules Bayart
Hôpital Saint-Antoine, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

Introduction

Ce mémoire s'inscrit dans une réflexion entamée au cours de mon internat en maladies infectieuses et tropicales, où la prise en charge de patients migrants allophones est fréquente. Il prolonge également les enseignements du DIU *Santé des Migrants*, en questionnant plus spécifiquement la vulnérabilité liée à la barrière linguistique dans l'accès aux soins. À partir d'une approche philosophique de la traduction comme geste d'hospitalité, ce travail interroge le rôle de l'interprétariat à l'hôpital à l'interface entre exigences éthiques et contraintes organisationnelles. Dans le cadre de notre spécialité, où la relation soignant-soigné conditionne l'adhésion aux traitements et la qualité du suivi, ce mémoire souligne l'importance d'intégrer pleinement l'interprétariat professionnel dans les parcours de soins. Il constitue ainsi un outil de réflexion au service d'une médecine plus inclusive et plus adaptée aux réalités des patients migrants allophones.

Plan du mémoire

I. La traduction comme geste d'hospitalité, fondements philosophiques et humanistes.....	4
II. Le cadre déontologique de l'interprétariat en santé.....	6
III. L'interprétariat en santé dans la pratique quotidienne : retour d'enquête au sein d'un service d'infectiologie.....	8
Conclusion.....	14
Bibliographie.....	15

I. La traduction comme geste d'hospitalité, fondements philosophiques et humanistes

Dans *De langue à langue. L'hospitalité de la traduction*, Souleymane Bachir Diagne invite à repenser la traduction non seulement comme un simple passage d'un idiome à un autre, mais comme un véritable geste d'hospitalité. Dans cette perspective, traduire, c'est accueillir l'autre dans sa propre langue, c'est ouvrir un espace de rencontre, un espace de dialogue. Loin d'une entreprise d'appropriation, la traduction devient un lieu de reconnaissance mutuelle, une tentative de recréer, par-delà la fragmentation des langues, une communauté humaine fondée sur l'échange ¹.

Ce geste d'hospitalité prend tout son sens si l'on considère la condition post-babélique de l'humanité, telle que figurée dans le mythe biblique. La diversité linguistique n'est plus perçue comme une punition, mais comme la condition même de l'altérité. George Steiner, dans *Après Babel*, interprète cette dispersion comme l'occasion d'une reconquête par le dialogue : si nous ne parlons plus une seule et même langue, alors nous devons sans cesse traduire pour nous comprendre, et c'est précisément dans cet effort que réside notre humanité partagée ².

Pour Ngugi wa Thiong'o, la traduction devient même la « langue des langues » : elle est le moyen par lequel toutes les langues peuvent se parler, et donc se reconnaître. La traduction est ainsi pensée comme une tentative permanente de recombinaison de notre unité perdue, non pas par l'uniformisation, mais par la réciprocité. À l'image du traducteur qui, selon Bachir Diagne, « met en contact deux langues », la traduction fabrique de la réciprocité là où il pourrait y avoir de l'incommunicabilité.

Cependant, cette utopie du dialogue linguistique ne saurait occulter les rapports de force qui structurent le domaine des langues. Pascale Casanova nous rappelle que la traduction peut aussi servir la domination, en reproduisant des hiérarchies symboliques entre langues dites périphériques, centrales, ou hypercentrales ³. L'histoire occidentale fournit quelques exemples de traductions malveillantes, comme celle du Coran en latin par Pierre le Vénérable, entreprise non pour comprendre, mais pour discréditer et combattre. Par ailleurs, dans un contexte de diglossie – lorsque deux langues coexistent mais que l'une d'elle est socialement abaissée – la traduction peut se faire l'instrument d'une violence symbolique.

C'est ici que le principe de « charité » évoqué par le philosophe Quine trouve toute son importance. Traduire suppose une hypothèse de bonne foi, celle que l'autre, même dans une langue inconnue, partage une même logique, une même humanité. La traduction, ainsi comprise, devient une opération profondément éthique. Elle n'est pas seulement transmission d'un contenu, mais rencontre de sujets.

¹ Bachir Diagne, *De langue à langue*.

² Steiner, *Après Babel*.

³ Casanova, *La Langue mondiale. Traduction et domination*.

Dans le champ de la santé, et plus spécifiquement dans le domaine de l'interprétariat médical, cette philosophie prend une dimension très concrète. Le traducteur, ou l'interprète, devient le vecteur d'une hospitalité langagière. Il s'agit alors non seulement de comprendre les mots de l'autre, mais d'accueillir son monde, son imaginaire, ses représentations de la santé, de la maladie et du soin.

Antoine Berman, dans une même veine humaniste, affirmait que « l'essence de la traduction est d'être ouverture, dialogue, métissage, décentrement ». La traduction est le contraire de la clôture sur soi : elle oblige à sortir de son propre idiome, à s'exposer à la différence. En cela, elle participe de cette « tâche de réaliser l'humanité » à laquelle Diagne identifie la vocation même du traduire ⁴.

Ainsi, envisagée comme force décolonisatrice face aux asymétries héritées de l'histoire, la traduction – et par extension pour notre sujet, l'interprétariat en santé – devient acte de résistance autant que de solidarité. Elle ne se limite pas à un transfert technique, mais engage une posture éthique, politique et profondément humaine. Elle est, selon la belle formule de Louis Massignon, l'acte de « devenir hôte {de l'autre} » sans chercher à « se l'annexer » ⁵.

⁴ Berman, *L'Épreuve de l'étranger. Culture et traduction dans l'Allemagne romantique*.

⁵ Massignon, *Opera minora*.

II. Le cadre déontologique de l'interprétariat en santé

L'interprétariat en santé, tel qu'il se déploie dans la pratique médicale contemporaine, apparaît ainsi comme l'une des applications concrètes de la philosophie de la traduction telle que l'envisage Souleymane Bachir Diagne. Ce que la théorie pose comme idéal – une hospitalité linguistique, fondée sur la reconnaissance de l'autre et la réciprocité entre les langues – trouve ici un terrain d'application éthique : celui du soin. Dans l'espace médical, traduire n'est plus simplement transmettre un message, mais créer les conditions d'une compréhension mutuelle, dans un contexte où l'enjeu est l'accès à la santé. L'interprète devient alors le médiateur d'un dialogue fragile mais essentiel, où se projette cette volonté de « faire humanité ensemble ». En ce sens, le cadre déontologique qui encadre sa pratique incarne ce que la philosophie de la traduction appelle de ses vœux : une pratique éthique du langage, capable de résister à la domination, de respecter l'altérité, et de rendre possible la relation de soin.

Dans un contexte où la diversité linguistique des patients constitue un enjeu majeur pour l'accès aux soins⁶, l'interprétariat en santé s'impose comme une composante essentielle de l'éthique médicale contemporaine. Plus qu'un simple outil de traduction, il est un maillon fondamental du respect des droits des patients, notamment en matière d'information, de consentement éclairé et de confidentialité. Ces droits, notamment sécurisés par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), ne peuvent être garantis sans une communication claire et compréhensible entre le professionnel de santé et le patient. L'interprète joue dès lors le rôle crucial de rendre ce dialogue possible, notamment auprès des publics les plus vulnérables.

La HAS rappelle que le recours à un interprète professionnel ne relève pas du simple confort, mais d'une exigence éthique et déontologique. Pour répondre à cette exigence, l'interprète doit se conformer à un cadre rigoureux, fondé sur trois principes fondamentaux : la fidélité, l'impartialité et la confidentialité. Il lui revient de traduire avec exactitude les propos échangés, sans omettre, ajouter ni interpréter leur contenu. Son rôle n'est pas de juger, de conseiller, ni de s'immiscer dans la relation thérapeutique : il reste un tiers, garant de la neutralité du discours. Cette position d'équilibre suppose également une autonomie claire vis-à-vis des deux parties. L'interprète ne peut en aucun cas se substituer au soignant dans la décision médicale, ni au patient dans le choix de ses soins.

Ce cadre déontologique s'applique à la fois à l'interprétariat par téléphone et en présentiel. Ces deux dispositifs présentent des avantages pratiques, mais aussi des limites qu'il convient de connaître. Si l'interprétation en face-à-face permet une meilleure qualité relationnelle, les modalités à distance sont souvent plus accessibles en termes logistiques.

La HAS met en garde contre le recours à des solutions de substitution non professionnelles, telles que l'intervention de proches, de membres de la famille ou de tiers bénévoles (soignants parlant la même langue par exemple). Bien que ces pratiques

⁶ HAS, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé ».

puissent sembler opportunes sur le moment, elles comportent de nombreux risques : incompréhensions, omissions, tabous culturels, ou encore altération du contenu par pudeur ou volonté de protéger. Ces situations peuvent nuire à la qualité des soins, entraîner des diagnostics erronés ou des décisions médicales inappropriées. De même, les outils de traduction automatique, comme Google Traduction, s'ils peuvent parfois servir d'appoint, ne sauraient remplacer l'intervention humaine. Ils appauvrissent le dialogue et repose, selon Bachir Diagne, la question d'une « traduction {comme} humanisme ».

Certaines situations cliniques rendent impératif le recours à un interprète professionnel. La HAS en identifie plusieurs : lors de la première consultation, de l'annonce d'un diagnostic, de la mise en place d'un traitement complexe ou du recueil d'un consentement éclairé. Ces moments-clés nécessitent une compréhension mutuelle sans faille, condition sine qua non d'un soin juste, efficace et respectueux des droits du patient.

Cependant, malgré l'importance de ces principes, leur mise en œuvre reste inégale sur le terrain. Divers obstacles entravent le recours systématique à un interprétariat qualifié : méconnaissance des dispositifs existants, contraintes budgétaires, manque de formation des professionnels, ou difficultés organisationnelles. Les données recueillies par Médecins du Monde en 2015 montrent que, bien que près de 40 % des consultations aient nécessité un interprète, celui-ci n'était que rarement un professionnel qualifié⁷.

Le rapport de Médecins du Monde 2024 confirme cette tendance : en moyenne, seuls 35,8 % des consultations nécessitant un interprète ont effectivement bénéficié d'un professionnel. L'interprétariat s'y fait principalement par téléphone, tandis que dans 28,1 % des cas, les équipes ont dû faire appel à une tierce personne non formée⁸. Ces chiffres révèlent à la fois une prise de conscience croissante du besoin, mais aussi la persistance de solutions de fortune face à un besoin systémique.

Enfin, dans ce cadre, il est essentiel que chaque patient soit informé de son droit à un interprète, et que ce droit soit activement garanti par les structures de soin qui l'accueillent.

⁷ Médecins du Monde, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, 2015 ».

⁸ Médecins du Monde, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, 2024 ».

III. L'interprétariat en santé dans la pratique quotidienne : retour d'enquête au sein d'un service d'infectiologie

Afin d'interroger la place réelle de l'interprétariat en santé dans la pratique hospitalière quotidienne, un questionnaire a été diffusé au sein du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-Antoine. L'objectif était de recueillir le point de vue des professionnels de santé sur leur expérience auprès de patients allophones, leurs usages de l'interprétariat, ainsi que les obstacles rencontrés dans la relation de soin. Les résultats, bien qu'issus d'un échantillon limité (33 répondants), révèlent des tensions importantes entre les principes éthiques et théoriques exposés précédemment, et leur application effective en pratique clinique.

Enquête

Question n°1 : Quelle est votre profession ?

Catégorie professionnelle	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
Médecin (titulaire)	8	24%
Médecin (interne)	7	21%
IDE	6	18%
Pharmacie (pharmacien ou préparateur)	4	12%
Assistante sociale	4	12%
Médecin (externe)	2	6%
Social (assistante ou secrétaire)	2	6%

Question n°2 : Au cours des trois derniers mois, combien de patients allophones (ne parlant pas ou peu français) différents avez-vous pris en soins ?

Nombre de patients	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
0	1	3%
1-2	2	6%
3-5	7	21%
6-10	12	36%
10-20	5	15%
>20	6	18%

Question n°3 : Au cours des trois derniers mois, combien de fois (environ) avez-vous eu recours à un interprète professionnel (type ISM) lors de votre interaction avec un patient allophone ?

Nombre de recours	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
0	24	63%
1-2	8	24%
3-5	4	12%
>6	0	0%

Question n°4 : Parmi vos interactions avec le même patient allophone, quelle en était la proportion traduite par un interprète professionnel ?

% de relations interprétées	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
<10%	27	81%
10-25%	1	3%
25-50%	1	3%
50-75%	0	0%
>75%	4	12%

Question n°5 : Dans quelle(s) situation(s) avez-vous eu besoin d'un interprète dans ces trois derniers mois ?

Situation	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
Entrée en hospitalisation	6	50%
Sortie d'hospitalisation	2	16%
Consultation initiale	4	33%
Suivi de maladie chronique	4	33%
Annonce diagnostique	8	66%
Consentement	8	66%
Explication d'un protocole complexe	11	91%
Situation d'urgence	0	0%

Question n°6 : Lors de la prise en soins d'un patient allophone (ne parlant pas ou peu français), quelles difficultés principales avez-vous rencontrées ?

Difficulté	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
Difficulté à établir un lien de confiance	13	39%
Sentiment d'incomplétude du soin	23	70%
Sentiment d'une relation unidirectionnelle de soins	16	48%
Mauvaise compréhension des instructions de soins	22	67%
Difficulté prise des médicaments/examens complémentaires	16	48%

Question n°7 : Dans les trois derniers mois, combien de situations avez-vous observées où l'utilisation d'un interprète aurait été nécessaire d'un point de vue éthique, mais où aucun interprète n'a été utilisé ?

Nombre de situations	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
0	6	18%
1-2	7	21%
3-5	7	21%
6-10	4	12%
10-20	2	6%
>20	2	6%
Je ne sais pas	4	12%

Question n°8 : Si un interprète professionnel n'est pas disponible, quelle alternative utilisez-vous le plus souvent ?

Alternative	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
Proche ou accompagnant	26	79%
Français ou autre langue semblant comprise	16	48%
Google traduction	28	85%
Médipicto	0	0%
Soignant parlant la même langue	24	73%

Question n°9 : Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de l'utilisation d'un interprète professionnel ?

Difficulté	Nombre de répondants	Pourcentage (%)
Absence d'interprète disponible	5	15%
Délai d'attente trop long	4	12%
Pas le temps d'utiliser un interprète	17	52%
Difficulté d'accès aux services d'interprétariat	8	24%
Coût du service	2	6%
Je ne connais pas les modalités d'accès	10	30%

Résultats principaux et discussion

Les répondants au questionnaire proviennent de diverses catégories professionnelles : huit médecins titulaires, sept internes, deux externes, six infirmiers, quatre aides-soignantes, deux assistantes sociales et quatre pharmaciens. Cette pluralité enrichit l'analyse en révélant que, quelle que soit la fonction occupée, la barrière de la langue constitue un défi majeur partagé.

En ce sens, les chiffres concernant la fréquentation de patients allophones sont parlants : seuls 3 % des répondants déclarent ne jamais avoir été confrontés à ce type de situation. Une majorité significative (36 %) a pris en soin entre 6 et 10 patients allophones dans les trois derniers mois, et 18 % en déclarent plus de vingt. La présence de patients allophones n'est donc pas marginale : elle s'inscrit dans le quotidien des soins du service, et engage pleinement les responsabilités éthiques et professionnelles décrites dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Or, malgré cette fréquence, l'usage de l'interprétariat professionnel demeure extrêmement faible. 63 % des soignants interrogés déclarent ne jamais avoir recours à ISM Interprétariat, le principal prestataire de service d'interprétariat dans les structures de soins en Ile de France. 24 % seulement y ont fait appel une à deux fois. Par ailleurs, lorsque l'on observe la continuité du recours à l'interprétation avec un même patient, 81 % des professionnels estiment que moins de 10 % de leurs interactions avec le même patient allophone ont été traduites. Cette donnée met en lumière un soin fragmenté, irrégulier, souvent unidirectionnel, où la communication repose sur des stratégies d'ajustement et d'approximation.

Les situations dans lesquelles un interprète est sollicité concernent principalement l'explication d'un protocole de soins complexe (91 %), l'annonce d'un diagnostic (66 %), le recueil du consentement éclairé (66 %) ainsi que l'entrée en hospitalisation (50 %). En revanche, l'interprétariat reste peu mobilisé pour assurer la continuité des soins : seuls 33 % des professionnels y ont eu recours dans le cadre du suivi d'une pathologie

chronique, et à peine 16 % lors des sorties d'hospitalisation. Ce recours ciblé, limité à certains moments jugés stratégiques, tend à cloisonner l'usage de l'interprète aux étapes dites critiques, reléguant la dimension relationnelle à l'arrière-plan. Une telle approche, bien que pragmatique, entre en tension avec la conception de la traduction comme processus continu d'hospitalité linguistique ; elle révèle que l'interprétariat pourrait encore trop souvent perçu comme un outil ponctuel au service du soignant, plutôt qu'un vecteur constant de reconnaissance et de réciprocité dans la relation de soins.

Les répercussions de l'absence d'interprétation systématique sont fréquentes et significatives. 70 % des répondant-es évoquent un sentiment d'incomplétude dans la relation de soins avec les patients allophones, 67 % rapportent une mauvaise compréhension des instructions médicales, et près de la moitié (48 %) soulignent des difficultés dans la prise de médicaments ou la réalisation des examens complémentaires. Ce déficit de communication favorise également une relation de soins unidirectionnelle, ressentie par 48 % des participants, ainsi qu'une difficulté à instaurer un lien de confiance (39 %). Ces constats viennent confirmer, comme évoqué dans la deuxième partie, la nécessité d'un interprétariat fondé sur les principes de fidélité, d'impartialité et de continuité, garants d'un accompagnement respectueux et équitable pour tous les patients.

Interrogés sur les situations jugées non éthiques, les soignant.es témoignent également de leur fréquence. Si 18 % déclarent n'en avoir jamais rencontré, 60 % en rapportent entre une et dix dans les trois derniers mois, et 12 % indiquent ne pas savoir évaluer ce nombre. Cela témoigne d'un certain malaise face à des pratiques parfois improvisées, où la langue devient un facteur d'inégalité plutôt que d'ouverture. Ce constat fait écho aux analyses de Pascale Casanova et de Bachir Diagne : la traduction, lorsqu'elle est absente ou malmenée, ne construit pas de réciprocité, mais reconduit des rapports de domination.

Les solutions de remplacement mises en œuvre en l'absence d'interprète professionnel illustrent ces improvisations : 85 % des professionnels ont recours à Google Traduction, 79 % à l'aide d'un proche du patient, 73 % sollicitent un soignant parlant la même langue, et 48 % tentent de s'appuyer sur un français « approximativement » compris. Si ces stratégies témoignent d'un engagement des équipes à surmonter les obstacles, elles n'en sont pas moins problématiques sur le plan déontologique et clinique. Elles introduisent des biais de compréhension, altèrent la confidentialité et risquent d'induire des erreurs de prise en soin.

Enfin, les obstacles au recours à l'interprétariat professionnel confirment une réalité attendue : 52 % des répondants estiment ne pas avoir le temps d'utiliser un interprète, 30 % ne connaissent pas les modalités d'accès au service, et 24 % en dénoncent la complexité d'utilisation. À cela s'ajoutent des contraintes de disponibilité (15 %) ou des délais jugés trop longs (12 %). Ces éléments révèlent une nécessité impérieuse de former et d'informer les professionnels de santé, tout en simplifiant l'accès aux dispositifs existants.

Les résultats de cette enquête soulignent la nécessité d'une meilleure prise en compte de l'interprétariat dans l'organisation des services hospitaliers. Il s'agit avant tout d'un enjeu opérationnel : garantir une communication efficace avec les patients allophones pour sécuriser les soins, éviter les erreurs et améliorer la qualité des prises en soins. Cela implique de rendre les dispositifs d'interprétariat plus accessibles et visibles dans les services, et de sensibiliser les professionnels, en particulier les jeunes médecins et soignants, à leur usage. Intégrer cette dimension dès la formation permettrait d'en faire un réflexe professionnel adapté aux réalités du terrain.

Conclusion

À travers ce mémoire, nous avons exploré l'interprétariat en santé à la lumière d'une réflexion à la fois philosophique, éthique et pragmatique. La traduction, conçue comme un geste d'hospitalité, prend dans le champ médical une forme particulièrement concrète : celle d'un outil indispensable pour garantir à chaque patient le droit fondamental d'être soigné dans le respect de sa langue, de sa compréhension et de son autonomie. Cette exigence est encadrée par un corpus déontologique clair, qui peine pourtant à se traduire dans les pratiques hospitalières quotidiennes.

L'enquête réalisée au sein du service d'infectiologie met en lumière un paradoxe : alors que les patients allophones sont nombreux, le recours à un interprète professionnel reste exceptionnel. Les professionnels de santé improvisent avec des ressources non spécialisées, faute de temps, de formation ou d'information. Cette situation engendre des ruptures de communication, un sentiment d'incomplétude du soin, voire des tensions éthiques importantes.

Pour répondre de manière concrète à cette lacune, une action simple et accessible peut être envisagée : mieux faire connaître le service ISM Interprétariat auprès des professionnels du service. Il est ainsi proposé d'ajouter, sur la plaquette des numéros utiles des internes, le numéro d'appel ainsi que le code service permettant d'accéder à l'interprétariat téléphonique, afin de faciliter son usage au quotidien, notamment pour les patients hospitalisés.

D'ailleurs, au fil de cette enquête, plusieurs professionnels ont exprimé un intérêt spontané pour ce dispositif. Les internes qui s'occupent des patients hospitalisés se sont montrés particulièrement sensibles à la question, conscients des enjeux de compréhension et d'adhésion au traitement. Par ailleurs, l'équipe de la pharmacie hospitalière, impliquée dans la dispensation de traitements spécifiques, a manifesté le souhait d'une présentation sur le fonctionnement de l'interprétariat et sur les modalités concrètes d'accès. Cette demande montre que, loin d'être marginale, la question de la « langue des langues » traverse l'ensemble du parcours de soin.

Faire connaître les outils existants et lever les obstacles pratiques à leur usage, c'est déjà faire un pas vers une médecine plus juste, plus inclusive, et plus respectueuse de la singularité de chaque patient. C'est, en somme, faire de l'interprétariat non pas une exception, mais un réflexe professionnel au service de l'hospitalité du soin.

Bibliographie

Bachir Diagne, Souleyman. *De langue à langue*. Albin Michel., s. d.

Berman, Antoine. *L'Épreuve de l'étranger. Culture et traduction dans l'Allemagne romantique*, s. d.

Casanova, Pascale. *La Langue mondiale. Traduction et domination*. Seuil., s. d.

HAS. « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », s. d.

Massignon, Louis. *Opera minora*, s. d.

Médecins du Monde. « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, 2015 », s. d.

Médecins du Monde. « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, 2024 », s. d.

Steiner, George. *Après Babel*. Albin Michel., s. d.