L'interprète dans le bloc opératoire ou l'interprétation de l'extrême

Daphné Deliyanni

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/traduire/2437>

DOI : 10.4000/traduire.2437

ISSN : 2272-9992

Éditeur

Société française des traducteurs

Édition imprimée

Date de publication : 5 décembre 2021

Pagination : 49-57

ISSN : 0395-773X

Référence électronique

Daphné Deliyanni, « L'interprète dans le bloc opératoire ou l'interprétation de l'extrême », *Traduire* [En ligne], 245 | 2021, mis en ligne le 05 décembre 2021, consulté le 23 décembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/traduire/2437> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/traduire.2437>

L'interprète dans le bloc opératoire

ou l'interprétation de l'extrême

Daphné Deliyanni

Introduction

L'interprétation en milieu hospitalier est une pratique langagière inscrite en tant que droit de la personne dans le Code de la santé publique¹. Il s'agit d'une réalité répandue, née des besoins des populations migrantes. Si la levée de la barrière de la langue a longtemps été assurée par les proches, elle est désormais en phase de professionnalisation, institutionnellement et déontologiquement codifiée, du fait des conditions de travail particulières et des enjeux d'une importance vitale dont il est question.

Dans cet article, nous étudierons un cas extrême d'interprétation en milieu hospitalier, l'interprétation dans le bloc opératoire, lors des interventions du cerveau en conditions éveillées. Bien que cette activité interprétative soit rare, elle mérite notre attention car elle met à l'épreuve le professionnel le plus chevronné et souligne la nécessité de professionnalisation dans ce domaine spécifique.

1. Code de la santé publique art. L1110-3-1.

Après avoir exposé le protocole en question, nous présenterons le travail des interprètes avant, pendant et après l'intervention, examinerons leur profil et le cadre institutionnel dans lequel ils évoluent et estimerons si les conditions réunies leur permettent de remplir leur rôle. Ces interprètes correspondent-ils aux idéaux décrits dans les textes? Nous tenterons finalement d'esquisser une proposition pour remédier aux éventuels dysfonctionnements et aider les interprètes et les professionnels de santé à mener à bien leurs missions respectives tout en répondant aux attentes des patients.

Une mission exceptionnelle

Le protocole et les intervenants

La technique des interventions éveillées dans le cerveau humain a fait son apparition il y a une vingtaine d'années. Elle consiste à procéder à l'exérèse de gliomes, des tumeurs rares représentant néanmoins la moitié des tumeurs cérébrales. La difficulté du traitement par exérèse est due au fait que ces tumeurs sont invisibles à l'œil nu et diffuses dans le tissu sain. La technique de l'intervention sur un patient en éveil permet au neurochirurgien d'enlever une très grande partie de la tumeur tout en sauvegardant la totalité des fonctions du cerveau. Ce traitement lui donne simultanément de plus grandes chances de contrôler l'évolution de la tumeur tout en préservant la qualité de vie du patient, ce qui est impossible avec une intervention classique «à l'aveugle».

Lors d'une intervention de ce type, une anesthésie générale est pratiquée dans un premier temps. Après une craniotomie et une anesthésie locale, l'anesthésiste réveille le patient. Pendant une à deux heures, le patient accomplit des tâches simples de mouvement et de dénomination d'images, guidées et interprétées par un orthophoniste ou un neuropsychologue² afin que le neurochirurgien puisse cartographier le cerveau et la tumeur : grâce aux réactions du patient, spontanées ou provoquées par le chirurgien, ce dernier

2. Ces spécialistes interviennent selon l'hémisphère opéré. Pour des raisons de simplicité, nous n'utiliserons par la suite que le terme orthophoniste.

peut ensuite établir les corrélations anatomo-fonctionnelles propres à chaque patient et repérer les limites du tissu cérébral qui peut être enlevé. Ce protocole, aussi impressionnant que révolutionnaire, permet aux neurochirurgiens d'obtenir d'excellents résultats, mais requiert la participation active du patient. C'est là que les interprètes entrent en jeu, car rares sont les neurochirurgiens qui pratiquent cette technique, ce qui oblige de nombreux patients à s'expatrier pour se faire opérer. La présence d'un interprète devient alors indispensable étant donné que, même dans le cas où le patient partage une langue véhiculaire avec l'équipe, on préfère travailler dans la langue d'appartenance sociale³ du patient. Nous allons maintenant décrire le travail de l'interprète qui accompagne le patient avant, après et surtout pendant l'opération, telle que nous la vivons dans le département de neurochirurgie de l'hôpital Gui de Chauliac à Montpellier, sous la direction du professeur H. Duffau.

Le travail de l'interprète

Les interprètes interviennent très tôt dans le processus, dès la première rencontre entre patient et médecin. L'entretien est très codifié. Dans un premier temps, le chirurgien consulte les IRM. Ensuite, il demande au patient de lui exposer l'historique des événements qui l'ont conduit jusqu'à lui. Enfin, il prend la parole pour expliquer ce qu'il voit dans l'imagerie, ce qu'est un gliome et détailler le protocole qu'il pratique, avec ses avantages et inconvénients, ainsi que les risques encourus. Il demande finalement au patient s'il a des questions et l'invite à réfléchir à l'éventualité de subir cette intervention, en lui laissant un laps de temps plus ou moins long selon la gravité de son état.

Les tours de parole ne sont pas équilibrés, ceux du chirurgien durant beaucoup plus longtemps, ce qui est tout à fait compréhensible. Le professeur Duffau, qui a une expérience considérable, non seulement vulgarise son discours, mais il l'adapte culturellement selon le patient, devenant plus

3. Pour les besoins de cet article, nous utilisons le terme «langue d'appartenance sociale» pour les personnes d'un bilinguisme consécutif pratiquant, pour des raisons sociales (p. ex. migration), une langue différente de leur langue première.

factuel quand il rencontre un Anglo-saxon ou plus paternel face à un Méditerranéen, par exemple. La rencontre en face à face, qui pourrait donner lieu à une interprétation de liaison, se transforme en un long monologue très difficile voire impossible à interrompre pour laisser la possibilité au médecin de suivre scrupuleusement le cours et l'organisation de ses explications. La prise de notes est absolument nécessaire, et il faut mettre en place les techniques de l'interprétation consécutive. Une fois que le patient a pris sa décision, le secrétariat organise les rendez-vous avec l'orthophoniste, l'anesthésiste, l'IRM. L'interprète suit le patient lors de tous ces rendez-vous, l'accompagnant même parfois pour les IRM.

Le jour de l'intervention, l'interprète prend position entre le patient et l'orthophoniste. Sa mission ne consiste plus à transmettre ce que dit le patient, mais à vérifier la justesse de ses énoncés. Si, lors du test de dénomination orale par exemple, le patient voit un éléphant et dit «ceci est un éléphant», l'interprète dit «ok». Dans le cas où le patient présente un trouble du langage, l'interprète en discute avec l'orthophoniste qui donne sa conclusion au chirurgien.

Ces troubles peuvent concerner la phonétique, la sémantique, l'articulation. Leur catégorisation est la suivante (Libra, 2015):

- manque du mot : impossibilité de dénommer l'image ;
- paraphrase phonologique : distorsion des mots ;
- paraphrase sémantique : remplacement d'un mot par un autre, avec un lien conceptuel plus ou moins étroit ;
- trouble articulatoire : suspension partielle ou totale de la parole ;
- persévération verbale : répétition du même mot ;
- hypophonie : réduction de l'intensité vocale ;
- bégaiement : répétition de syllabes ou prolongement de sons ;
- jargon : «invention» de mots.

L'intervention de l'interprète dans le bloc opératoire est-elle de l'interprétation ? D. Seleskovitch (1985) défend le terme interprétation contre celui d'interprétariat, affirmant qu'il s'agit du

processus de l'émission et de la réception de la parole, et si l'on admet que toute parole se transforme en pensée chez celui qui

la reçoit et que c'est bien cette pensée que transmet le traducteur et non le sémantisme ou la syntaxe de la langue originale.

Or, dans le bloc opératoire, l'interprète n'interprète pas stricto sensu. Il ne transfère pas la pensée du patient. C'est justement le sémantisme et la syntaxe de la langue originale qu'il doit transmettre. Cependant, il interprète, étant donné qu'il doit prendre une décision sur ce qui est «ok» et ce qui ne l'est pas. Certains des troubles ne sont pas immédiatement interprétables. Dans le cas de la paraphrase sémantique, par exemple, il arrive que les patients utilisent des hyperonymes («oiseau» à la place de «canard») ou des synecdoques, comme «balai» à la place de «balai électrique». Si c'est l'orthophoniste qui décide du lien conceptuel plus ou moins étroit entre «oiseau» et «canard», c'est l'interprète qui doit décider si «balai» est acceptable pour «balai électrique», étant donné que dans la vie quotidienne d'un Grec les deux termes sont interchangeable. L'aspect culturel joue ainsi un rôle indéniable pour plusieurs images du test de dénomination, sans qu'on ait la possibilité de l'adapter au profil de chaque patient. Il s'agit bel et bien alors d'interprétation, mais elle se fait à de multiples niveaux et en binôme étant donné qu'elle passe par le dialogue entre interprète et orthophoniste.

Une difficulté supplémentaire pour l'interprète vient de ce qu'il représente pour le patient. Il l'a accompagné pendant quelques heures, l'a parfois sorti des dédales d'une réalité administrative inconnue, a rencontré sa famille. C'est un médiateur hospitalier et même un lien entre le patient et la famille, l'hôpital, les valeurs et les références culturelles étant supposément partagées. L'interprète devient un point d'appui, et ce sentiment s'exprime toujours explicitement d'une manière ou d'une autre. Des patients m'ont demandé de leur tenir la main, de leur confirmer qu'ils «font du bon travail» comme on dit dans le bloc, de passer tel ou tel message à la famille, de prier pour eux. Non seulement cela demande une grande disponibilité de la part de l'interprète, mais un certain courage dans une décision très difficile à prendre, celle de la pose de limites. C'est une décision entièrement personnelle qui dépend de la personnalité de l'interprète et qui l'engage dans le temps, étant donné qu'il continue à être

présent lors des visites postopératoires du patient, trois mois après l'opération puis une fois par an, tous les ans.

Qui interprète et dans quel cadre institutionnel ?

Des études, de plus en plus nombreuses, menées depuis la fin des années 1990 sur les pratiques de l'interprétation et de la médiation hospitalière dans plusieurs régions et pays européens (Delizée, 2015) s'accordent sur le besoin d'interprètes professionnels dans le domaine de la santé. En France, le métier de l'interprète en milieu social est défini par la charte de l'interprétariat médical et social, adoptée en 2012 :

Il exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale.

Cependant, selon le référentiel de la Haute Autorité de santé, «le recours à l'interprétation professionnelle en santé est [...] hétérogène en fonction des régions françaises, des secteurs d'activité et des types de professionnels» (HAS, 2017).

La question se pose alors de savoir quelles conséquences peut avoir le recours à des interprètes non professionnels sur la qualité des soins prodigués. Ce constat est particulièrement vrai au CHU de Montpellier, où l'on fait appel à des particuliers ou à des professionnels de la santé intervenant sur la base du bénévolat, sans vérifier leurs compétences linguistiques. Se fondant sur l'idée reçue que toute personne parlant une langue étrangère peut interpréter, et sans avoir les moyens financiers de recourir à des professionnels, les services hospitaliers constituent des listes de personnes parlant telle ou telle langue étrangère, éventuellement disponibles et assez solides pour pouvoir entrer dans le bloc opératoire.

En effet, entrer dans le bloc n'est pas anodin. Mais, en fin de compte, ce n'est pas dans le bloc que l'absence d'un interprète professionnel se fait le plus sentir, puisque c'est le binôme interprète-orthophoniste qui interprète. L'interprète joue un rôle tout au long du protocole périopératoire, il doit jongler entre plusieurs techniques d'interprétation, il doit surtout porter plusieurs casquettes puisque, faute de mieux, il fait office d'accompagnant et de médiateur hospitalier.

Il investit un temps considérable et mobilise des ressources psychologiques inimaginables au regard de l'enjeu vital pour le patient, des liens qui se tissent entre eux et de la nature incurable de la maladie. Dans ces conditions, le cadre déontologique (maîtrise des techniques, justesse de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, autonomie des personnes) peut difficilement être garanti. Certains des interprètes bénévoles, ne pouvant pas gérer émotionnellement la perte éventuelle d'une personne à laquelle ils ont fini par s'attacher, ont ainsi choisi de ne plus accompagner les patients en dehors du bloc, les laissant faire face à la situation avec leurs propres moyens financiers ou humains (embauche d'accompagnant, recours à une langue véhiculaire, débrouillardise). Dernier point : la place des professionnels de santé. L'interprétation professionnelle en milieu hospitalier a également pour mission de fournir les moyens au personnel hospitalier d'assurer la prise en charge des patients dans le respect du secret professionnel. Si la communication peut éventuellement être assurée en anglais par le chirurgien et l'orthophoniste, ce n'est pas le cas pour le personnel soignant du service de neurochirurgie (infirmier•e•s, soignant•e•s, brancardier•e•s, auxiliaires et assistant•e•s de toute sorte). Très souvent, la communication repose sur la bonne volonté de chacun. Or, ce n'est pas dans ces conditions que l'on garantit l'égalité ou la qualité des soins.

Comment professionnaliser les interprètes ?

Nous sommes face à une réalité impossible à changer du jour au lendemain. Le système en place rend service à des dizaines de personnes et fonctionne avec ses avantages et ses inconvénients. Nous avons pourtant entre les mains tous les outils pour l'améliorer. Il faut, dans un premier temps, professionnaliser les interprètes hospitaliers. À l'instar de ce qui est prévu pour les interprètes assermentés, qui sont obligés de suivre une formation continue pour garder leur titre, il est tout à fait envisageable d'organiser et de proposer au sein de l'hôpital des formations au cours desquelles les interprètes hospitaliers pourraient s'initier aux techniques et au cadre déontologique de leur activité.

La prise de conscience de l'importance de l'interprète concerne aussi l'ensemble du personnel soignant à tous les niveaux. Il est vain pour l'interprète le plus spécialisé d'essayer d'assurer sa mission dans un environnement où sa présence est incomprise. Le personnel hospitalier doit faciliter l'accès à l'interprète et le considérer comme partie intégrante de l'équipe. Et, puisqu'on ne peut pas installer un interprète dans chaque service, il convient aussi de doter le personnel soignant, tous ceux qui sont en contact permanent avec les patients et qui répondent à leurs besoins quotidiens, d'autres moyens de communication, comme des pictogrammes par exemple. Même si ceux-ci ne sont pas universels et qu'ils ne permettent qu'une communication unilatérale, ils pourraient éventuellement aider à débloquer des situations de communication difficiles, sur des sujets simples (douleur, faim, froid, etc.) ou dans le cas de langues rares, le temps de trouver une meilleure solution.

La deuxième étape consiste à professionnaliser la fonction. L'administration de l'hôpital doit comprendre que l'interprétation est un métier. On ne peut pas utiliser des bénévoles tout en fermant les yeux sur leur existence. Il faudrait d'abord que les services administratifs des hôpitaux assurent des conditions de travail dignes et sécurisées. À titre d'exemple, en pleine pandémie de Covid-19, aucun test ne pouvait être prescrit aux interprètes de bloc dans la mesure où, pour l'hôpital, ils n'existent pas. Le bénévolat est certes très noble, mais on ne peut pas mettre en péril la santé et la vie des personnes, précisément là où l'on est censé les protéger. L'idéal, évidemment, serait de pouvoir tout réorganiser, faire appel à de vrais professionnels et prévoir un budget pour financer l'accompagnement complet des bénéficiaires et de leurs familles. C'est uniquement de cette manière que nous pourrions prétendre au respect des droits des patients et du secret médical et affirmer que tous les intéressés et tous les acteurs ont les outils dont ils ont besoin pour adhérer au projet thérapeutique.

daphne.deliyianni@gmail.com

Daphné DELIYIANNI est titulaire d'un doctorat de l'Université Paul Valéry de Montpellier, ayant comme sujet la terminologie diachronique en tant que méthode de formation de termes dans le domaine de la vitiviniculture. Elle travaille comme traductrice et interprète professionnelle depuis 2007 et dispense des cours en théorie et pratique de la traduction en tant que chargée d'enseignement à l'Université Paul Valéry. Experte près la Cour d'appel de Montpellier, elle est également interprète bénévole dans le service de neurochirurgie du CHU de Montpellier.

SOURCES CITÉES

Groupe de travail national inter-associatif à Strasbourg, *Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France*, 14 novembre 2012.

Haute Autorité de santé (HAS), *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques*, Service évaluation économique et santé publique, octobre 2017.

BRIN Frédérique, *Dictionnaire d'orthophonie* (vol. 1-1), Isbergues (France), Ortho Édition, 2011.

DELIZÉE Anne, *Émergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone*, humanOrg, Institut de recherche en développement humain et des organisations, Université de Mons, 2015, <https://www.researchgate.net/publication/276411341>, consulté le 08/08/2021.

LIBRA Marine, *Le manque du mot : une analyse basée sur la cartographie peropératoire chez des patients de gliomes de bas grade en condition éveillée*, mémoire pour obtenir le Certificat de capacité d'orthophonie, Université de Franche-Comté, 2015.

MANDONNET Emmanuel *et al.*, « Prise en charge des gliomes diffus de bas grade cérébraux de découverte fortuite : vers une politique de dépistage dans la population générale ? », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 201, n° 1-2-3, p. 311-324, séance du 7 février 2017.

SELESKOVITCH Danica, « Interprétation ou interprétariat ? », in *Meta*, 30(1), 1985, p. 19-24, <https://doi.org/10.7202/004086ar>.