



**HAL**  
open science

## Représenter la dimension spatiale des contextes d'exercice des professionnels intervenant auprès de migrants : le cas des interprètes

Anne-Cécile Hoyez, Anaik Pian, Pascal Jarno, Arnaud Lepetit

### ► To cite this version:

Anne-Cécile Hoyez, Anaik Pian, Pascal Jarno, Arnaud Lepetit. Représenter la dimension spatiale des contextes d'exercice des professionnels intervenant auprès de migrants : le cas des interprètes. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2019, 10.4000/rfst.342 . halshs-02296262

**HAL Id: halshs-02296262**

**<https://shs.hal.science/halshs-02296262v1>**

Submitted on 28 May 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International License



---

## Représenter la dimension spatiale des contextes d'exercice des professionnels intervenant auprès des migrants : le cas des interprètes

*Representing the spatial dimension of the exercise contexts of professionals involving migrants: the case of the interpreters*

**Anne-Cécile Hoyez, Anaïk Pian, Pascal Jarno et Arnaud Lepetit**

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/rfst/342>

DOI : 10.4000/rfst.342

ISSN : 2492-3672

### Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Ce document vous est offert par Université de Rouen Normandie – Bibliothèque Universitaire



### Référence électronique

Anne-Cécile Hoyez, Anaïk Pian, Pascal Jarno et Arnaud Lepetit, « Représenter la dimension spatiale des contextes d'exercice des professionnels intervenant auprès des migrants : le cas des interprètes », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Miscellanées, mis en ligne le 27 mai 2019, consulté le 28 mai 2024. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/342> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.342>

---

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-SA 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

---

# Représenter la dimension spatiale des contextes d'exercice des professionnels intervenant auprès des migrants : le cas des interprètes

*Representing the spatial dimension of the exercise contexts of professionals involving migrants: the case of the interpreters*

Anne-Cécile Hoyez, Anaïk Pian, Pascal Jarno et Arnaud Lepetit

---

- 1 L'article rend compte de deux recherches sur l'interprétariat médico-social qui se situent à la croisée de la géographie, de la sociologie et de la santé publique. Elles ont impliqué un partenariat avec deux associations, le Réseau Louis Guilloux (RLG) à Rennes et Migrations Santé Alsace (MSA) à Strasbourg, qui mettent à disposition de l'interprétariat médico-social sur les territoires métropolitains voire à des échelles plus larges (département ou région). Dans ces deux recherches (décrites *infra*), la question de la « représentation des territoires »<sup>i</sup> s'est posée à un double niveau : d'une part, au regard du territoire couvert par les actions du RLG et de MSA ; d'autre part, du point de vue des interprètes qui se déplacent dans différents établissements en fonction des sollicitations adressées à leur association employeuse. C'est sous ce double prisme, et à partir d'une perspective pluridisciplinaire, que l'article aborde la question de la représentation des territoires de l'interprétariat.
- 2 L'article se décline en trois parties. La première resitue, du point de vue de la santé publique, les enjeux actuels soulevés par l'interprétariat médico-social, qui révèlent les écarts entre les termes de la loi de modernisation du système de santé de 2016 et les réalités de sa mise en œuvre au sein des établissements de santé publique et médico-sociaux. La seconde partie rend compte de la représentation cartographique du déploiement des interprètes en santé et social sur les deux territoires d'étude. Elle explicite les choix méthodologiques opérés et les étapes préalables à la mise en forme du travail cartographique. Enfin, la troisième partie présente les résultats d'une étude qualitative menée conjointement à l'étude cartographique : de manière

complémentaire aux analyses sur la portée territoriale des interventions dans le champ de l'interprétariat médico-social, l'approche qualitative permet d'interroger le rapport des interprètes à leur métier. Dans le même temps, elle permet de prendre en compte à des échelles plus fines les différentes mobilités sociales et spatiales engagées dans l'expérience et la pratique des interprètes.

#### **Les programmes de recherche :**

Le programme de recherche **IMSODA** (« L'interprétariat médico-social et la prise en charge des demandeurs d'asile ») a été financé par le Réseau national des MSH (2016-2018) et coordonné par A. Pian (Université de Strasbourg/UMR DYNAMIE). Combinant une approche sociale et spatiale, le programme a porté sur la mise en place de dispositifs d'interprétariat médico-social à destination des demandeurs d'asile, dans une perspective comparative Alsace-Lorraine/Bretagne. La recherche a éclairé la manière dont, à différentes échelles du territoire (commune, département, région) se structurent ces dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins et au droit d'un public identifié comme vulnérable. Tout en s'intéressant à la carrière – au sens sociologique – des interprètes, la recherche a interrogé les dynamiques de professionnalisation de l'interprétariat médico-social.

Financé par l'ANR (2016-2019), le programme de recherche **MIGSAN** (« Expériences de la santé et trajectoires de soin des primoarrivants en France ») est coordonné par A.-C. Hoyez (UMR ESO/Université Rennes 2). Il porte sur les expériences de la santé et les trajectoires de soins des populations migrantes récemment arrivées sur le territoire en les replaçant dans leurs dimensions spatiales et sociales. Plus précisément, il s'articule autour de trois objectifs : 1) Connaître et comprendre les expériences du point de vue des populations migrantes, 2) Analyser les pratiques des professionnels intervenant auprès de ces mêmes populations, 3) Examiner les lieux d'interface patients/professionnels. Dans ce cadre, les interprètes en santé sont considérés comme de nouveaux acteurs du soin.

#### **Les partenaires des recherches :**

**Migrations Santé Alsace (MSA)** est une association créée à Strasbourg en 1975, dont l'action s'inscrit dans la promotion de l'accès aux droits et aux soins des populations migrantes. La mise à disposition et la promotion de l'interprétariat dans le domaine de la santé constitue sa principale activité : en 2016, elle compte 85 interprètes actifs dans 38 langues, pour un total de 26 023 heures d'interprétariat réalisées sur l'année en Alsace (Rapport d'activités MSA, 2016 : 18).

**Le Réseau Louis Guilloux (RLG)** est une structure associative créée en 2003 à Rennes dans la continuité du Réseau-Ville-Hôpital 35. Son activité réside principalement dans l'accès aux soins des migrants (au sein du pôle « migrant » qui comprend un centre de santé : le Centre Médical Louis Guilloux) et comporte, entre autres dispositifs, un pôle d'interprétariat depuis le milieu des années 2000. Ce pôle met à disposition de toutes les structures demandeuses un service d'interprétariat « physique » (déplacement de l'interprète sur le lieu de rendez-vous) et éventuellement téléphonique. En 2016, le pôle interprétariat salarie 19 interprètes couvrant 22 langues, pour un volume horaire total de 9 436 par an (Rapport d'activités RLG, 2016 : 27).

## Le système de santé publique et l'interprétariat

### L'interprétariat en santé et social : enjeu ou outil pour le système de santé publique ?

- 3 La loi de modernisation du système de santé du 27 janvier 2016 (JORF n° 0022) comporte un volet soulignant l'importance des interprètes en santé et en social intervenant à titre professionnel dans le système de santé publique. En effet, l'article 90 pose le principe selon lequel « *l'interprétariat linguistique vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.* » Cette loi donne à voir les effets de la mobilisation de 9 associations françaises qui ont effectué, depuis 2010, un travail de plaidoyer en faveur de la reconnaissance du métier d'interprète comme une profession à part entière. Ces associations ont également œuvré à l'élaboration d'une charte de l'interprète en santé rendue publique en 2012<sup>ii</sup>. En 2016, cette charte a été transformée en rédaction d'un référentiel de compétences repris par la Haute Autorité de Santé (HAS), agence scientifique en charge de la qualité et la sécurité des soins<sup>iii</sup>. Dans cette lignée, les concertations entre la HAS et le réseau des associations susmentionnées ont abouti à des recommandations de santé publique validées à la fin de l'année 2017. Celles-ci ont par la suite donné lieu à la rédaction d'un référentiel de compétences, d'un référentiel de formation et d'un référentiel de bonnes pratiques. Cette mobilisation de type « bottom up » (suffisamment rare dans le domaine de la santé publique pour qu'elle soit ici signalée) a plus largement permis la reconnaissance et la visibilisation progressive de la place de l'interprétariat, notamment d'un point de vue réglementaire<sup>iv</sup>. Si, en France, les interprètes professionnels bénéficient donc d'une reconnaissance institutionnelle inédite dans la loi de 2016, ils ne sont cependant pas si « nouveaux » dans le champ médical et médico-social : en effet, depuis plusieurs années, des structures officiant en appui au système de santé publique ont commencé à les salarier et à les mandater : en l'occurrence, MSA a un pôle d'interprétariat depuis plus de vingt ans, tandis que celui du RLG est actif depuis 2006.
- 4 Du point de vue de la santé publique, l'interprétariat médical et médico-social constitue un enjeu majeur en termes de réduction des inégalités sociales de santé, plus particulièrement pour les personnes migrantes allophones. En effet, il est vu comme facilitant la prévention, la promotion de la santé et l'accès aux soins d'une population souvent éloignée du système de soin. Dans le cadre des objectifs plus généraux d'amélioration de la prise en charge des patients dans le système de santé publique, il est perçu comme un outil permettant d'améliorer conjointement :
- *l'accès aux soins*, c'est-à-dire à rendre possible, concrètement et matériellement, le recours aux services de santé en levant la « barrière » de la langue
  - *la qualité de la relation soignant-soigné*, en permettant la mise en place d'une relation thérapeutique non entravée par la barrière linguistique, ainsi que l'accompagnement des malades et de leurs proches autant sur la maladie, les traitements que sur l'information et la prévention
  - *la qualité des soins*, c'est-à-dire toutes les propriétés qui caractérisent les soins (efficacité, sécurité, accessibilité, acceptabilité)
  - *la pertinence des soins*, c'est-à-dire l'adéquation entre le niveau de soins délivrés et l'expression des besoins du patient, en évitant la sous-consommation comme la sur-

consommation, et la non-redondance des examens médicaux ou des soins (l'objectif global étant d'aller vers la mise en place de parcours de soins dits « appropriés »).

- 5 Dans cette lignée, l'interprétariat médical et médico-social est considéré comme un outil potentiel permettant aux professionnels de mieux orienter et de mieux impliquer les patients ne parlant pas ou peu français dans leur démarche de soins. En ce sens, il constituerait un levier pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, point essentiel pour l'ensemble des professionnels de la santé et les établissements hospitaliers dont les performances sont mesurées, entre autres indicateurs, via leur capacité à intégrer les patients et leurs représentants dans un partenariat concret autour de la relation de soin, des pratiques ou de l'organisation des soins.

### Réticences, freins et limites au déploiement de l'interprétariat

- 6 Quand bien même le discours de santé publique met en avant les avantages voire la nécessité de l'interprétariat professionnel, la mise en pratique se heurte à de nombreux obstacles.
- 7 Tout d'abord, la loi de 2016 ne comporte pas d'éléments sur les conditions de développement d'un cadre technique et financier pour un interprétariat médical et social *professionnel*<sup>v</sup>.
- 8 Pour aboutir à la professionnalisation<sup>vi</sup> des interprètes médicaux et sociaux, le réseau d'associations promouvant l'interprétariat poursuit trois objectifs : bien définir le statut des interprètes dans le champ des soins et du social, trouver les possibilités de stabiliser les personnes dans le métier, et réussir à faire concorder l'éthique de l'interprète avec l'éthique des soins.
- 9 Par ailleurs, pour que l'interprétariat puisse participer d'une amélioration de l'accès à des soins de qualité, il doit pouvoir être mobilisé fréquemment et régulièrement tout au long de la prise en charge, sans quoi ses effets sur « l'alliance thérapeutique »<sup>vii</sup> risquent de s'avérer limités. Ainsi, lors d'une enquête interne menée en 2016 dans les hôpitaux de l'AP-HP (2017), 87 % des professionnels déclaraient avoir été confrontés entre une et dix fois, dans le mois précédent l'enquête, à une communication jugée « difficile » avec des patients ne s'exprimant et ne comprenant pas le français. Ces situations de difficulté communicationnelles induisent, pour les professionnels, un sentiment d'insatisfaction et d'ineffectivité de leur prise en charge, et les font s'interroger sur les conséquences en matière de renoncement au suivi de soins chez ces patients. Ensuite, l'accès à des soins de qualité nécessite que les professionnels puissent s'appuyer, dans leur lieu ou territoire d'exercice, sur des ressources en interprétariat « physique ». En effet, de l'avis de professionnels médicaux et médico-sociaux interrogés dans une autre étude (Arend et al., 2017), les interprètes devraient être présents à différents moments clés d'intervention comme le diagnostic, le changement de traitement et la délivrance de médicaments. Pour certains domaines particuliers, comme celui de la santé mentale notamment, s'il n'y a pas d'interprète, le suivi est très difficile ou ne peut pas se faire (Pian et al., 2018).
- 10 En outre, se donnent à lire d'importants freins chez les professionnels de santé liés aux conditions de recours à l'interprétariat, qui peuvent être vues comme particulièrement contraignantes (perte de temps liée aux contraintes organisationnelles et à l'allongement de la durée des consultations en présence d'un interprète, rupture de l'idéal d'un colloque singulier, etc.)<sup>viii</sup>. Dans les établissements hospitaliers, les

procédures à engager pour faire appel à des interprètes professionnels sont particulièrement peu fluides : la rémunération des associations proposant des services d'interprétariat implique la mise en place de conventions et de procédures qui, souvent, engorgent le service de la direction de la relation avec les usagers en charge de cette tâche<sup>ix</sup>. Par ailleurs, le développement de l'interprétariat professionnel implique la mise en place de canaux de communication et d'information à destination des soignants, ainsi que des formations pour les sensibiliser au travail avec des interprètes.

- 11 Enfin, en libéral, comme dans les établissements publics, les difficultés de financement de l'interprétariat sont souvent rédhibitoires, car elles nécessitent souvent de la part des professionnels de les mettre en place sur fonds propres, ce qui pose souvent des problèmes en ville (paiement à l'acte, non-reconnaissance de ces outils comme pouvant déclencher des financements) ou à l'hôpital (recherche de solutions « en mode dégradé », utilisation des fonds consacrés aux Permanences d'Accès à des Soins de Santé, etc.).
- 12 Si la reconnaissance institutionnelle de l'interprétariat par la loi de janvier 2016 et l'instruction de juin 2018 dont des avancées dont se félicitent le réseau national des associations promouvant l'interprétariat médico-social, il reste encore, selon les acteurs acquis à sa cause, beaucoup à faire. En l'occurrence, des professionnels de santé défendant son importance et sa nécessité insistent sur le travail de sensibilisation à engager auprès des autorités de tutelle (Agences régionales de santé ou assurance maladie). Outre les enjeux relatifs à la qualité et à la sécurité des soins, un autre argument mériterait selon eux d'être mis en avant pour susciter l'intérêt des autorités publiques : il s'agit de l'argument financier, mesurant la rentabilité de l'interprétariat au regard du coût de la non ou mauvaise qualité des soins induits par les incompréhensions linguistiques.
- 13 En définitive, le système de santé français propose des évolutions dans les textes législatifs tout en laissant aux associations le déploiement de l'interprétariat à des réseaux médicaux et médico-sociaux ancrés sur différents territoires. Autrement dit, l'application de la loi ne permet pas un déploiement logistique sur l'ensemble du territoire national, mais appuie différentes initiatives locales ou régionales. Dans notre démarche, nous avons donc choisi d'analyser deux situations différentes, à échelle régionale et infra-régionale, en cartographiant les actes d'interprétariat menés par ces associations spécialisées en santé et médico-social.

## Représenter le déploiement de l'interprétariat à partir de deux structures : quelle cartographie ?

- 14 Nos recherches ont permis d'explorer les contextes d'exercice des interprètes et le périmètre d'intervention des associations qui mettent en place de l'interprétariat médical et social sur deux territoires distincts (Rennes et Strasbourg). Afin de connaître au mieux le déploiement des interprètes salariés au RLG et à MSA, nous avons opté pour une approche géographique basée sur un traitement géomatique de données issues des « agendas » des interprètes, qui peuvent être qualifiés de « travailleurs mobiles » (Belton, De Coninck, 2007) voire de « travailleurs mobiles et précaires » (Jouffe 2007)<sup>x</sup>. Cette démarche permet d'analyser les mobilités spatiales des interprètes, tout en interrogeant les temporalités de leur exercice professionnel. Dans le même temps, la

cartographie de ces mobilités professionnelles informe de l'état des ressources en interprétariat sur les deux territoires étudiés.

- 15 Nous avons construit une base de données spatio-temporelles à partir de l'activité des deux associations partenaires. Nous avons élaboré une collection de cartes permettant de mieux comprendre et connaître les réalités d'exercice de ce métier et d'identifier le type de structures recourant aux services de MSA et du RLG (ainsi que leur répartition territoriale). Nous avons opté pour une échelle de temps de 6 mois pour connaître les lieux et les fréquences des interventions des interprètes pour leurs actes d'interprétariat. Ces données renseignent tant sur les conditions de travail d'un métier particulièrement mobile que sur la diversité des domaines d'intervention des interprètes (asile/soins...) et des lieux d'intervention.

## Choix méthodologiques

- 16 La base de données, constituée d'agendas d'interprètes, a été fournie par MSA et le RLG<sup>xi</sup>. Afin de cibler un échantillon précis et comparable, nous avons retenu les agendas de six interprètes exerçant dans les 3 langues les plus mobilisées (deux interprètes en Arabe, deux en Russe, et deux en Albanais). Par souci de comparabilité, nous avons sélectionné des interprètes aux profils semblables :
1. Pour chaque langue, des interprètes répondant à deux « profils d'occupation » différents, c'est-à-dire un interprète par langue qui effectue 1 équivalent temps plein (ETP) (appelé « profil 1 » dans l'intitulé des cartes infra); un autre par langue effectuant 1/3 ETP (« profil 2 »).
  2. Des interprètes n'ayant pas connu d'interruption dans leur contrat de travail sur la période considérée.
- 17 Nous avons déterminé les bornes temporelles de la période de 6 mois de sorte qu'elle couvre les 3 derniers mois de 2015 et les 3 premiers mois de 2016 (tableau 1). Ce bornage a été retenu, car, d'une part, les dates étaient suffisamment anciennes par rapport à la temporalité de la recherche, ce qui permettait de prendre du recul sur les données et, d'autre part, elles encadraient la mise en place de la réforme du droit d'asile de décembre 2015. Ce changement, à l'échelle nationale, annonçait des modifications dans le fonctionnement des instances de l'asile<sup>xii</sup> et était accompagné, à l'échelle européenne, de mesures d'accueil de personnes relocalisées à partir des « hotspots » (Babels, 2017). Cependant, l'analyse cartographique n'a pas permis de tirer des conclusions sur les impacts de ce nouveau contexte sur l'interprétariat (au niveau qualitatif, l'hypothèse d'un changement se vérifie un peu mieux : nous avons pu constater que plusieurs centres d'accueil de demandeurs d'asile [CADA] ont, à cette époque, recruté des travailleurs sociaux ou interprètes arabophones, s'attendant à voir affluer des Syriens en provenance des « hotspots »).



Tableau 1 : nombre d'interventions totales réalisées par les interprètes sélectionnés sur la période (octobre 2015 – mars 2016)

<b>Pour MSA</b>		
<b>TYPE</b>	<b>Nombre</b>	<b>En %</b>
SANTE	1047	59,4
SOCIAL	161	9,1
MEDICO-SOCIAL	525	29,8
EDUCATION	4	0,2
AUTRES	27	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>1764*</b>	<b>100,0</b>
<b>Pour le RLG</b>		
<b>TYPE</b>	<b>Nombre</b>	<b>En %</b>
SANTE	795	66,5
SOCIAL	199	16,7
MEDICO-SOCIAL	113	9,5
EDUCATION	56	4,7
AUTRES	32	2,7
<b>TOTAL</b>	<b>1195**</b>	<b>100,0</b>

\* Représentant 100 lieux différents  
 \*\* Représentant 99 lieux différents

- 18 Il faut néanmoins clarifier ce qui est entendu par « agenda d'interprète ». En effet, il ne s'agit en aucun cas des agendas personnels des interprètes. En revanche, nous faisons référence à une base « agenda » éditée par les structures partenaires, listant les interventions professionnelles. Or, la base de données que nous avons recueillie s'est avérée très hétérogène : le RLG fonctionnait avec l'application « Google agenda » de l'entreprise Google (application qui contient d'importantes limites en matière d'anonymisation et de confidentialité) tandis que MSA a fourni une base de données issue d'un logiciel spécialement conçu pour la structure (pour des raisons de logistique interne et d'anonymisation des données). Ces deux bases contenaient des informations disparates autant dans la forme que dans le contenu qu'il nous a fallu homogénéiser (figure 1).

Figure 1 : Les étapes du tri des données issues des agendas d'interprètes.

	<b>RLG Rennes</b>	<b>MSA Strasbourg</b>
<b>Source</b>	- Agendas Google	- Base de donnée dédiée
<b>Préparation</b>	- Anonymisation - Tri des rendez-vous (congés, annulations, formations)	
<b>Structuration</b>	- Structuration des champs temporels - Création des champs et saisie pour l'adressage - Création des champs et saisie pour la hiérarchisation des lieux de rendez-vous (structure, service, téléphone)	
<b>Sélection</b>	- période étudiée (6 mois)	
<b>Agrégation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agrégation des rendez-vous au lieu d'intervention</li> <li>- Calcul du nombre de rendez-vous par lieu</li> <li>- Calcul de la durée totale d'intervention par lieu</li> </ul>	
<b>Catégorisation</b>	- faire correspondre chaque lieu d'intervention à la typologie définie par l'équipe pour l'exploitation cartographique et statistique (santé, social, médico-social...)	

- 19 Du point de vue des nomenclatures des lieux d'intervention des interprètes, une étape essentielle a été l'homogénéisation des catégories utilisées pour les deux terrains : en effet, les lieux d'interventions n'étaient pas triés dans les données du RLG (centres médico-psychologiques [CMP], CHU, écoles...) alors qu'elles l'étaient pour les données MSA ; c'est sur cette base que l'harmonisation a été établie. Par ailleurs, seuls deux niveaux d'information ont été retenus dans un souci de conserver un rendu cartographique intelligible. Le premier niveau correspond à un découpage entre 5 grands domaines d'intervention (santé, social, médico-social, éducation, autres) et le second aux sous-secteurs qui les constituent (figure 2).

Figure 2 : Catégorisation des domaines d'intervention des interprètes et leurs sous-secteurs appliquée aux deux bases

<i>Grands domaines (cartographie)</i>	<i>Sous-secteurs</i>
<i>Santé</i>	<i>Etablissement public de santé Etablissement public de santé mentale Etablissement privé de santé Centre de santé Cabinet libéral</i>
<i>Social</i>	<i>CADA ou autre centre d'hébergement Etablissement social Structure d'accompagnement social Structure publique d'accueil petite enfance</i>
<i>Médico-social</i>	<i>Centre médico-social Centre médico-psychologique Service municipal de santé publique Protection médicale infantile (PMI)</i>
<i>Education</i>	<i>Etablissement d'éducation Réussite éducative Centre d'information et d'orientation</i>
<i>Autres</i>	<i>Conseil juridique Etablissement pénitentiaire Service médico-psychologique régional (SMPR) Etablissement public d'administration Etablissement de police</i>

- 20 Les bases agendas contenaient également des données sur les congés, les plages non disponibles pour « raisons personnelles », les temps de formation ou encore les rendez-vous annulés. Bien que ces éléments fournissent des informations fines sur les contextes d'exercice du métier, ils n'étaient ni utilisables statistiquement, ni représentables cartographiquement, et ont donc été laissés de côté dans l'étape de tri.
- 21 L'étape suivante a concerné la préparation de l'adressage dans le SIG, ce qui a demandé de préciser les données de localisation et de temps. Tout d'abord, il a fallu bien définir la notion de « lieu d'intervention » afin de retenir uniquement les actes d'interprétariat entrant dans l'étude. En l'occurrence, les rendez-vous « à domicile » proposés par le RLG n'ont pas été pris en compte pour des raisons de confidentialité liées à la spatialisation des adresses. En revanche, les actes d'interprétariat par téléphone du RLG (ce que ne développe pas MSA) ont été inclus dans l'adressage, et ont été représentés dans une carte à part.
- 22 D'autre part, les données au lieu de rendez-vous ont été agrégées, ce qui a permis un comptage du nombre d'interventions au lieu représenté par les symboles proportionnels sur la carte en fonction du domaine d'intervention (domaine représenté par les couleurs utilisées en surfacique sur le symbole). À cette codification, nous avons ajouté des étiquettes (éléments textuels inscrits sur le symbole) correspondant aux 5 lieux qui comptent le plus de rendez-vous pour l'interprète.
- 23 Le géocodage a été réalisé avec QGIS, un logiciel SIG dont une des fonctionnalités permet de convertir une donnée alphanumérique (adresse) en donnée géométrique ; autrement dit : l'adresse devient un point.

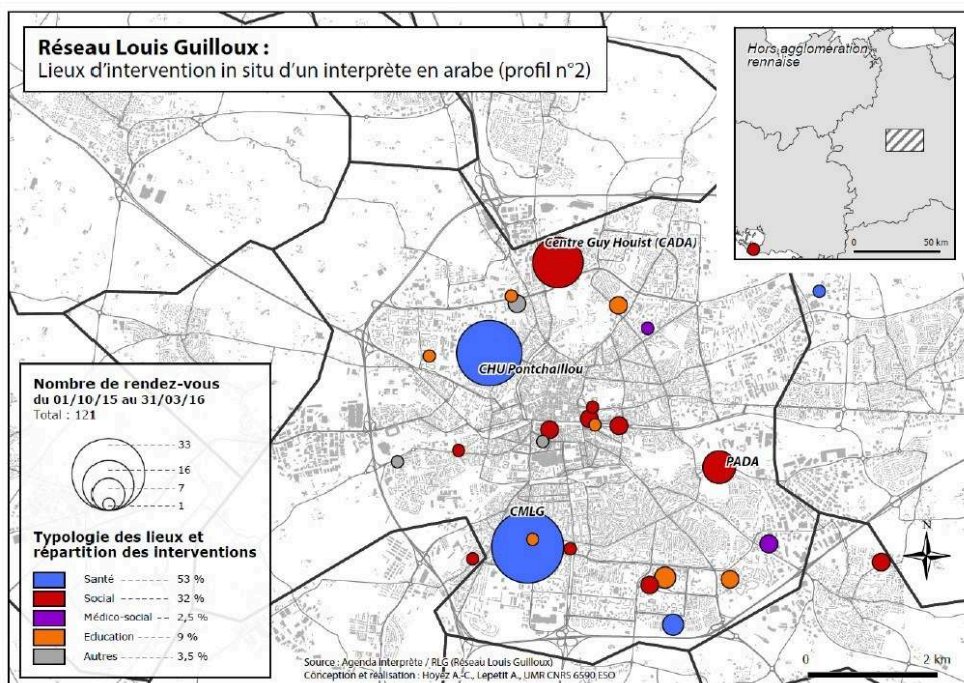
## Résultats

- 24 Deux points de similitude se dégagent de la collection de cartes établies. En effet, au RLG comme à MSA, la distribution des interventions suit une logique de

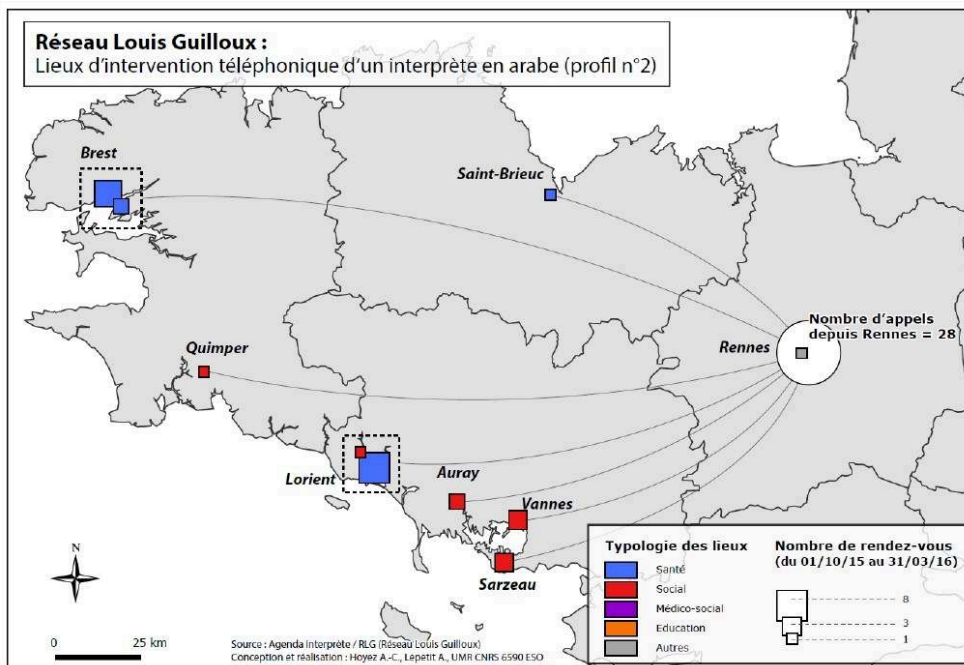
métropolisation et, de ce fait, l'échelle d'intervention des interprètes est concentrée sur la ville et agglomération rennaise ou strasbourgeoise (sauf dans le cas particulier d'un interprète du RLG résidant à Brest et intervenant à Brest). Également, au RLG comme à MSA, les interventions dans les structures de santé sont majoritaires, et ce que les interprètes officient en arabe, en albanais ou en russe.

- 25 Pour les interprètes du RLG et de MSA, les interventions dans les établissements d'éducation figurent parmi les moins nombreuses. Bien que minoritaires, elles sont néanmoins plus représentées en Bretagne (elles constituent jusqu'à 9 % des interventions de l'interprète en arabe [carte 1A et 1B] du RLG, et jusqu'à 10,5 % des interventions de l'interprète en russe [cartes 2A et 2B] du RLG). À MSA, elles représentent au maximum 0,5 % des interventions, parmi les cas cartographiés.

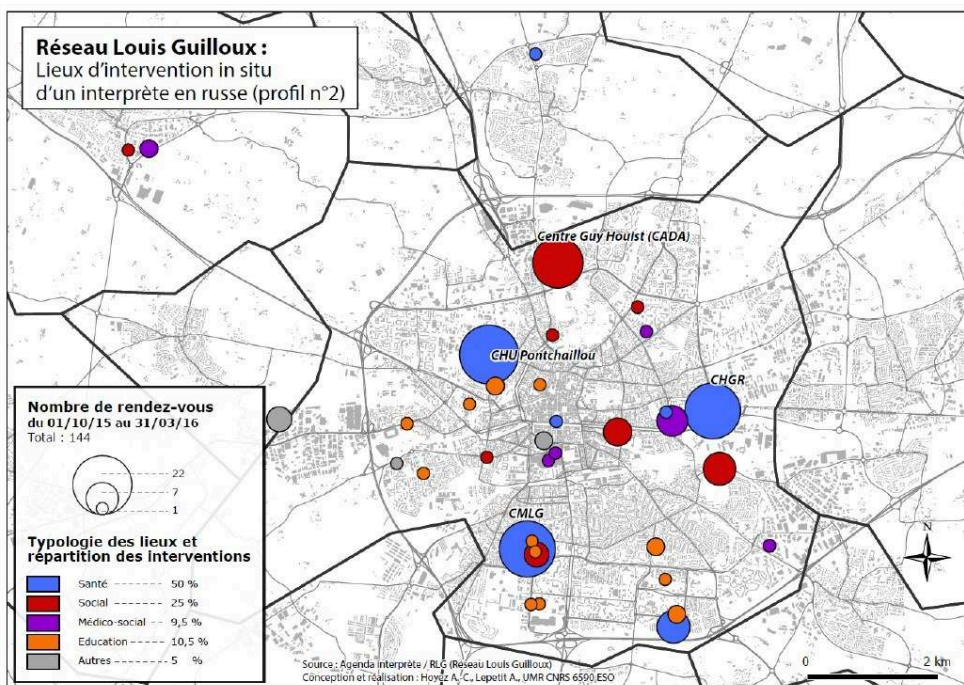
Carte 1A



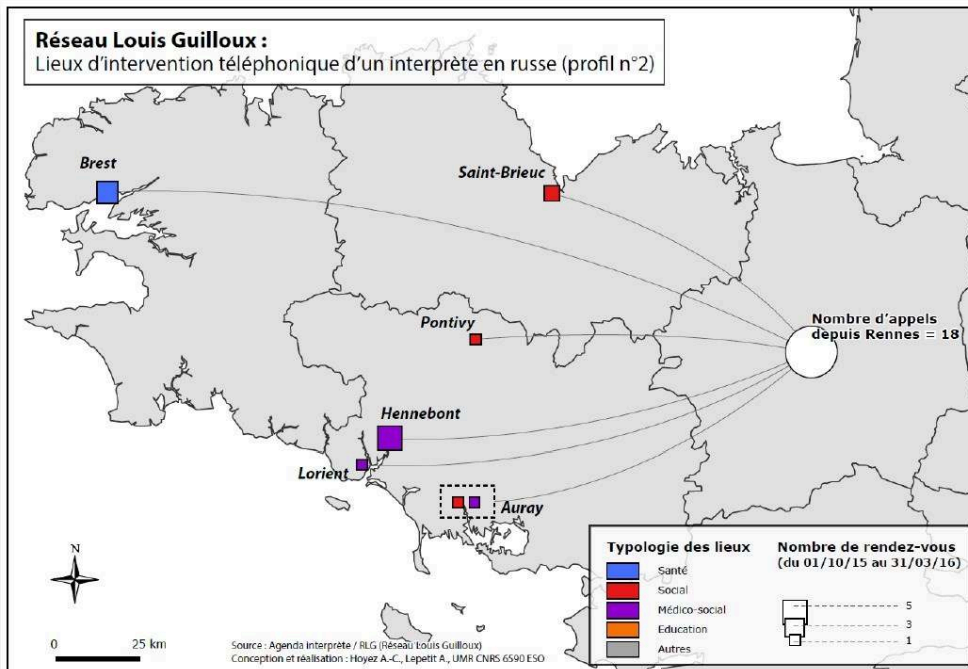
Carte 1B



Carte 2A

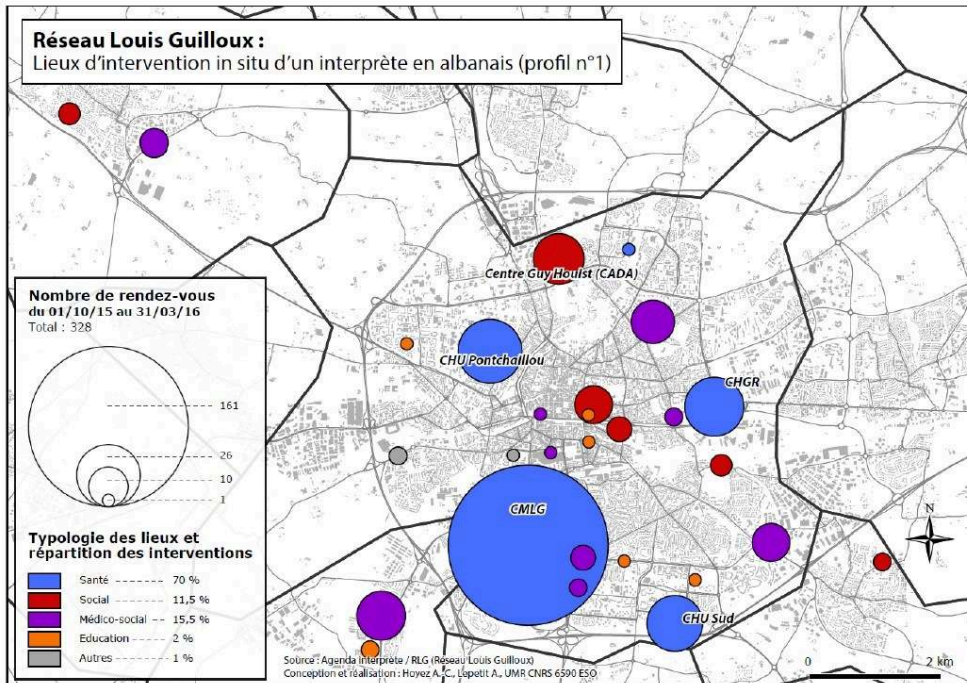


Carte 2B

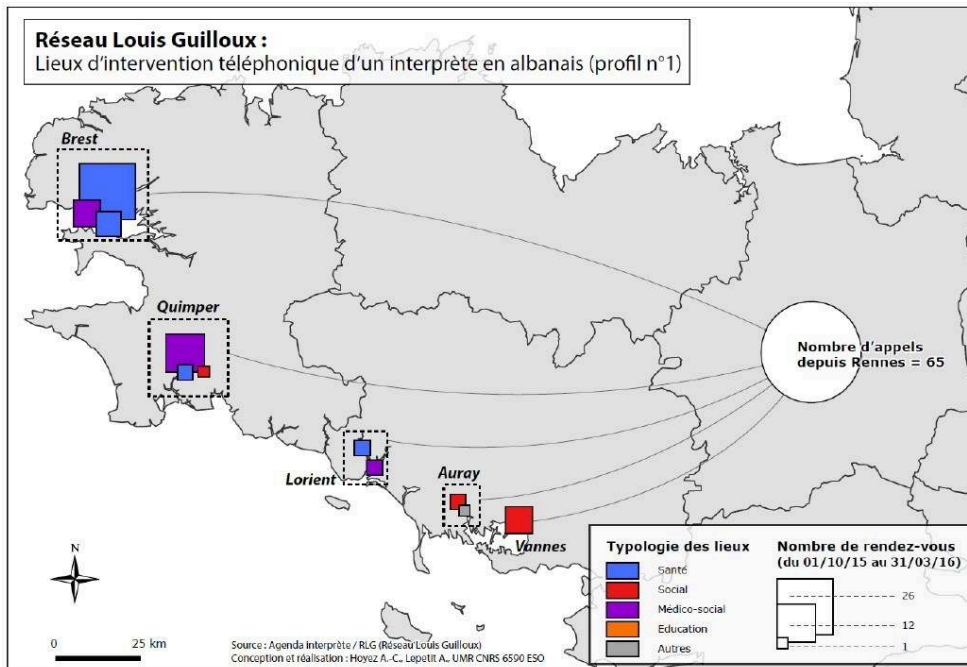


- 26 Les interprètes du RLG interviennent moins que les interprètes de MSA dans les structures comme les CMP et ce, qu'ils officient en arabe, russe ou albanais. Les interventions dans des structures médico-sociales représentent au maximum 15,5 % des interventions cartographiées des interprètes du RLG (cf. interprète en albanais, cartes 3A et 3B), alors que ce pourcentage peut atteindre jusqu'à 44,5 % pour les interprètes de MSA (cf. interprète en arabe, carte 4).
- 27 Les interventions des interprètes du RLG dans des structures de santé sont plus polarisées que celles des interprètes de MSA : à l'échelle de la ville et de l'agglomération, ces derniers se déplacent dans une pluralité d'établissements plus grande. À Rennes, le centre médical Louis Guilloux (CMLG) est très structurant pour l'activité des interprètes ; nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il joue un rôle de « capteur » et/ou exprimeur de besoins face à des ressources en interprétariat disponibles.

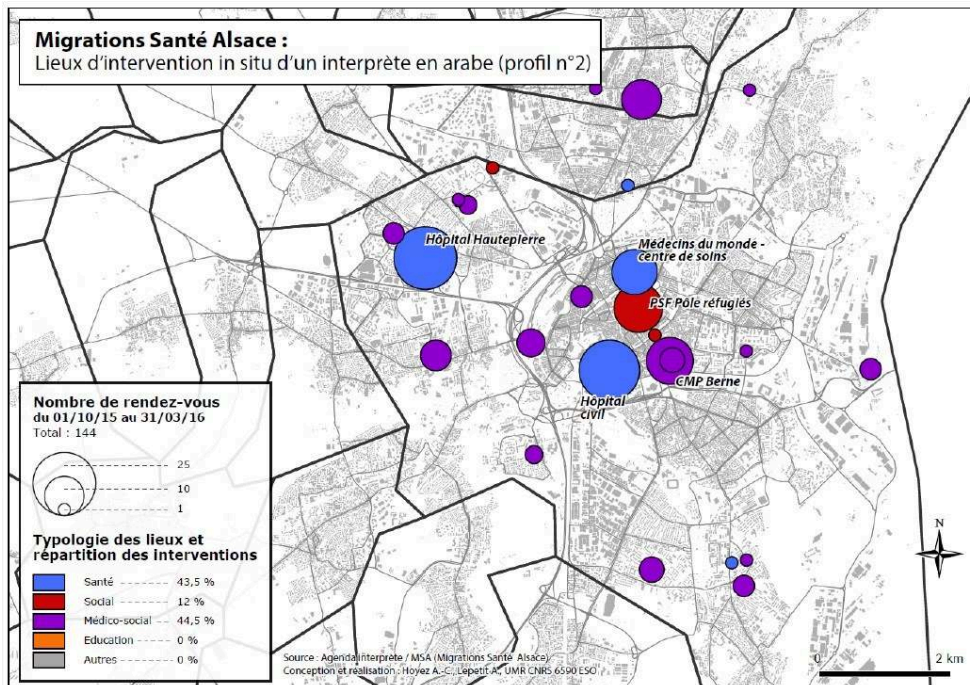
Carte 3A



Carte 3B



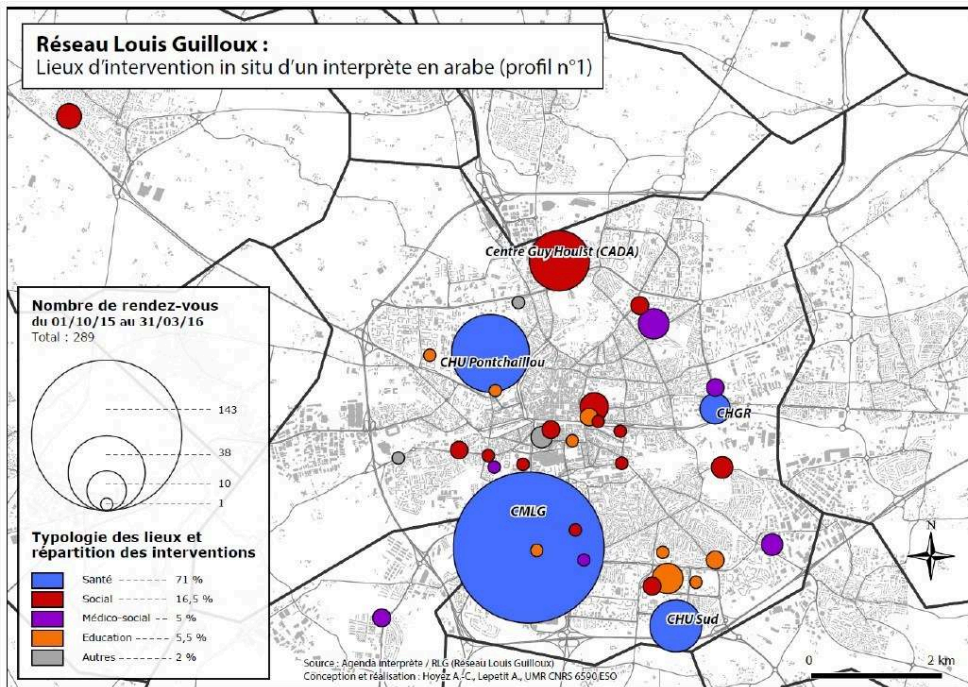
Carte 4



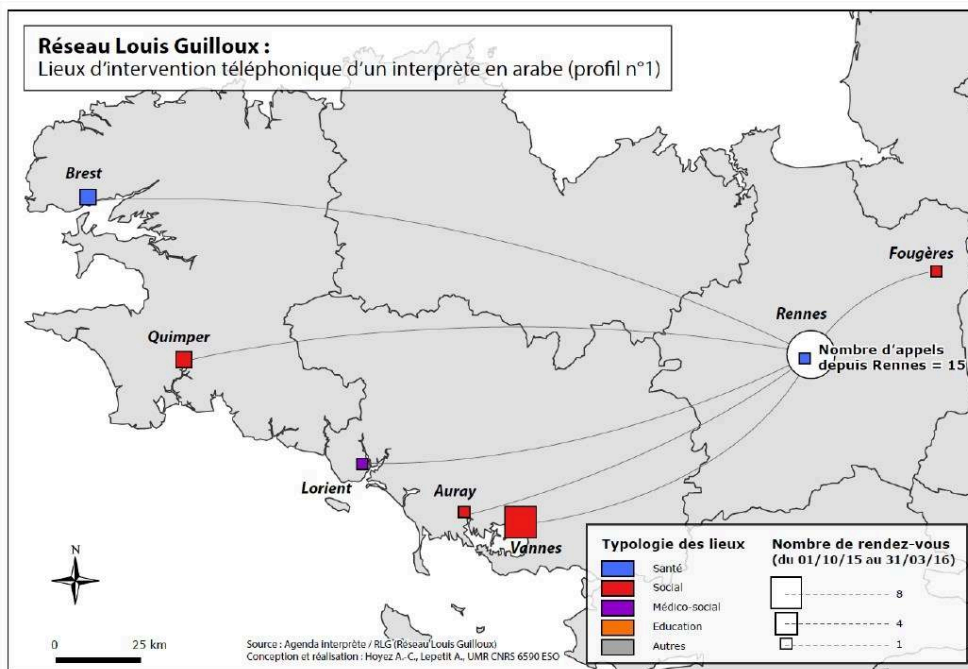
- 28 Les interventions des interprètes dans le domaine du social sont plus importantes au RLG qu'à MSA (pour le RLG, elles représentent jusqu'à 37,5 % des interventions de l'interprète en arabe, cf. cartes 5A et 5B ; pour MSA, elles représentent au maximum 21,5 % des interventions cartographiées – interprète en arabe, cf. carte 6).
- 29 Dans la rubrique « Autres », les interventions du RLG couvrent des interventions dans des cabinets d'avocats, ce qui n'est pas le cas pour les interprètes de MSA.
- 30 Parmi les cas cartographiés, la répartition des interventions des interprètes du RLG et de MSA, officiant dans une même langue, et ayant sur 6 mois un nombre total d'interventions assez similaire, présente des écarts importants. Par exemple, la comparaison entre les deux interprètes en arabe du RLG et de MSA, comptant respectivement 289 interventions et 298 interventions sur 6 mois, montre des profils d'activité contrastés : l'interprète en arabe (carte 6) de MSA fait 51,5 % de ses interventions en santé ; 21,5 % dans le social ; 26 % dans le médico-social et 1 % dans « Autres » tandis que l'interprète en arabe (cartes 5A et 5B) du RLG fait 71 % de ses interventions en santé ; 16,5 % dans le social ; 5 % dans le médico-social ; 5 % dans l'éducation et 2 % dans « Autres ».
- 31 Pour finir, notons la spécificité de l'interprétariat par téléphone du RLG : les interventions en santé ne sont pas toujours majoritaires, contrairement aux interventions *in situ* (voir notamment cartes 2A/B et 5A/B).



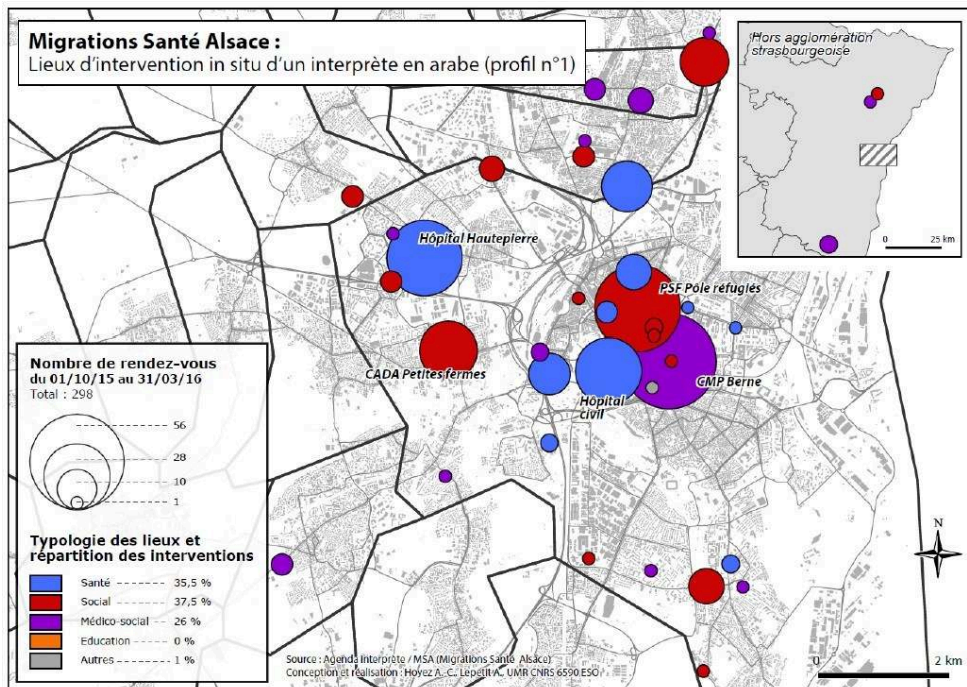
Carte 5A



Carte 5B



Carte 6



- 32 Cette étude cartographique donne à voir trois particularités qui éclairent le déploiement d'interprètes en santé et social par ces deux associations. Tout d'abord, la cartographie révèle des conditions de travail marquées par la mobilité sur un territoire métropolitain, dans une multiplicité d'établissements de santé ou médico-sociaux, ce qui souligne les compétences multiples de ces professionnels. D'autre part, la cartographie révèle de fortes différenciations territoriales voire des inégalités territoriales à certaines échelles. Le RLG, par exemple, qui a mis en place un réseau d'interprétariat devant irriguer l'ensemble de la région Bretagne, voit l'essentiel de son activité, dans les faits, concentrée dans les aires métropolitaines de Rennes et secondairement à Brest. Le reste du territoire Breton est couvert de façon marginale, avec une polarisation vers les villes (Lorient, Vannes, Saint-Brieuc), alors même que les besoins en interprétariat existent en bien d'autres endroits, notamment en milieu rural où, sur la période étudiée, des dizaines de places d'hébergement ont été ouvertes afin d'accueillir les personnes issues du démantèlement des camps de Calais et Paris (Babels, 2017). Ces différences sont aussi marquées dans les domaines d'intervention : celles qui ont lieu en dehors de Rennes et Brest ne relèvent quasiment que du domaine médical et médico-social. Néanmoins, l'absence ou le faible recours aux interprètes révélés par la cartographie ne signifient pas nécessairement absence de ressources en interprétariat sur le terrain. En effet, nous pouvons faire l'hypothèse que les établissements mobilisent d'autres types de ressources, en faisant par exemple appel à des interprètes auto-entrepreneurs indépendants. D'autres établissements (ou parfois les mêmes) salarient leurs propres interprètes – c'est le cas par exemple de certains CADA. À cela s'ajoute un recours encore relativement important à l'interprétariat dit bénévole dans le domaine médical et social, avec toutes les limites et ambiguïtés qui peuvent en découler (Pian, 2014 et 2017).
- 33 *In fine*, cette étude cartographique invite à s'interroger sur la complexité des représentations en termes de « géographies prioritaires »<sup>xiii</sup> pour le secteur de la santé

et du médico-social. L'approche cartographique ne consiste pas seulement en un repérage de territoires à cibler. Au-delà d'un outil de description et d'analyse, elle s'inscrit dans d'une démarche globale qui permet de saisir les contextes d'action de différents établissements de soins et du social. Elle invite à considérer la voie d'une analyse portant sur les interprètes comme catégorie en émergence de travailleurs.

## Les réalités du métier

- 34 En dépit de son intérêt, la représentation cartographique ne dit rien sur la manière dont les interprètes vivent la mobilité inhérente à leur contexte d'exercice professionnel. Plus largement, elle ne permet pas d'aborder la manière dont ils conçoivent leur rapport au métier. Or, si les interprètes sont des travailleurs mobiles, comme il en existe beaucoup dans le domaine de la santé<sup>xiv</sup>, ils ont pour originalité d'articuler deux registres de mobilité : des mobilités spatiales à l'échelle quotidienne du fait de leurs agendas professionnels, mais aussi, très souvent une migration (ou une histoire de migrations familiales) à l'échelle biographique. La démarche qualitative adoptée en sus de l'approche cartographique a permis d'éclairer, plus finement, les enjeux socio-spatiaux et biographiques de ces trajectoires professionnelles. Dans le cadre du programme IMSODA, nous avons en effet réalisé 39 entretiens semi-directifs avec des interprètes du RLG et de MSA. Ces données qualitatives permettent d'explorer, du point de vue de l'expérience des interprètes, l'exercice de ce métier en le resituant dans un temps long, de l'entrée dans la carrière<sup>xv</sup> à l'activité actuelle, notamment marquée par de nombreuses fluctuations liées à la conjoncture migratoire. C'est ce que synthétise la figure 3 qui reprend les 4 grands points d'analyses menés dans le volet qualitatif de l'étude.

Figure 3 : Profil et réalités de l'exercice du métier d'interprète en santé et social

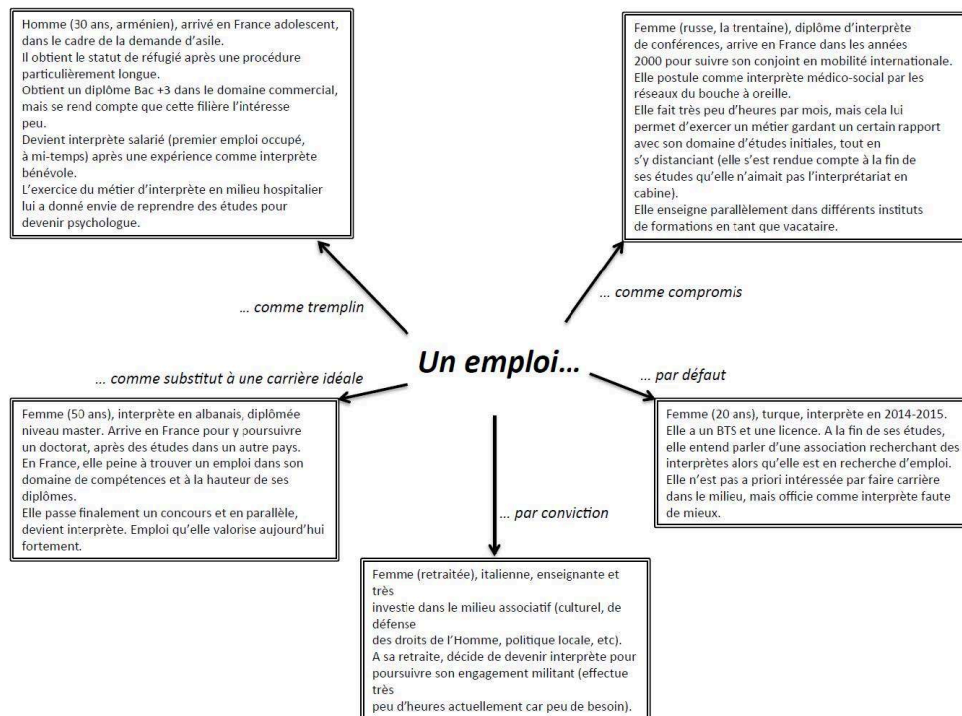
<b>1. Dresser les profils majoritaires des interprètes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- origine étrangère et expérience de la migration</li> <li>- officiant dans leur langue maternelle</li> <li>- davantage de femmes</li> <li>- expériences professionnelles ou bénévoles antérieures mobilisant des compétences linguistiques ou relationnelles</li> <li>- candidatures souvent effectuées via le bouche à oreille et les réseaux d'interconnaissance</li> </ul>	<b>2. Connaître leurs motivations telles qu'exprimées :</b> <p><u>au départ :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volonté d'aider, attirance pour le côté social</li> <li>- trouver un emploi avant tout</li> <li>- pratiquer la langue</li> </ul> <p><u>pour rester :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin crucial de cette ressource financière</li> <li>- flexibilité du poste qui permet de cumuler avec un autre emploi</li> <li>- rétribution «symbolique» liée au militantisme</li> <li>- rétribution «symbolique» via l'enrichissement personnel (connaissances diverses acquises sur le terrain)</li> </ul>	<b>3. Décrire les conditions salariales :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inégalités du fait de la variabilité du nombre d'heures effectuées en fonction des langues</li> <li>- instabilité du fait des besoins fluctuants en fonction des demandes</li> <li>- différences de rapport au salaire selon les situations socio-économiques : salaire d'appoint vs nécessité pour «joindre les deux bouts»</li> </ul>
<b>4. Décrypter leurs conditions de travail</b>	<b>Contraintes</b>	<b>Avantages</b>
Un rapport différencié à un emploi du temps majoritairement éclaté	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficultés à se projeter à court terme</li> <li>- aléas liés aux décalages voire annulations des rendez-vous</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- négocier ses disponibilités en fonction d'autres impératifs (famille, études, autre emploi salarié)</li> </ul>
Un rapport différencié à la dispersion des lieux d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficultés de gestion des temps de déplacements entre les rendez-vous</li> <li>- difficultés d'accès à certains lieux en fonction du mode de transport</li> <li>- s'adapter à des contextes d'intervention très variés (ex: passer d'un CADA à un service hospitalier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- négocier son périmètre d'intervention</li> <li>- bénéficier d'indemnités de déplacement</li> <li>- pas de monotonie du métier</li> </ul>

## Logiques d'engagement et structuration du marché du travail

- 35 Dresser le profil sociologique des interprètes amène d'emblée un double constat. Tout d'abord, l'interprétariat médico-social constitue un métier très féminisé, rejoignant en cela une caractéristique des métiers du *care* et du social : en 2015 à MSA, 65 interprètes sur 81 sont des femmes ; au RLG, c'est le cas de 14 interprètes sur 19. Ensuite, la très grande majorité des interprètes, comme précédent évoqué, sont des personnes immigrées (au sens de l'INSEE, c'est-à-dire qu'elles sont nées étrangères dans un pays étranger) ou nées en France de parents immigrés. Les interprètes ayant eux-mêmes connu l'expérience de la migration sont arrivés en France dans le cadre de la poursuite d'études supérieures, de raisons familiales ou d'une demande d'asile. Dans ce dernier cas, certains ont obtenu le statut de réfugié, d'autres ont été déboutés puis régularisés administrativement (figure 3, boîte 1).
- 36 Aussi, plusieurs d'entre eux connaissent ou ont connu une situation administrative précaire et partagent cette expérience avec les usagers auprès de qui ils interviennent. En outre, certains interprètes du RLG ont d'abord été des patients du centre médical du réseau, avant d'y être recrutés comme interprète, un processus que l'on retrouve dans d'autres types d'associations de solidarité à destination des étrangers (Pian, 2017). Par ailleurs, si l'entrée dans le métier d'interprète répond à des considérations souvent présentées comme pragmatiques (nécessité de trouver un emploi dans un contexte de précarité salariale), peut s'y adosser un registre de considérations plus altruistes (volonté d'aider) ou organisationnelles (la flexibilité de l'emploi du temps peut être vue comme un avantage permettant de concilier une activité salariée avec des études ou une vie familiale par exemple). Le rapport des interprètes à leur activité – sur une

échelle de temps plus ou moins longue en fonction de leur ancienneté – se décline, de manière schématique, autour de cinq grandes logiques (cf. figure 4).

Figure 4 : Les différentes facettes de l'emploi d'interprète



### 37 Exercer comme interprète constitue, selon les trajectoires, un emploi :

- « Par défaut » : le métier d'interprète est perçu comme un pis-aller en attente de mieux ou en l'absence d'un projet professionnel bien défini ;
- « Comme substitut à une carrière idéale » : au départ occupé faute de mieux, le métier devient une activité valorisante et symboliquement gratifiante aux yeux des intéressés ;
- « Comme compromis » : il s'agit pour les intéressés de garder un certain lien avec un domaine d'études initial (par exemple la littérature, les civilisations étrangères) ou d'apporter un revenu complémentaire en parallèle d'une autre activité professionnelle plus valorisée (par exemple des vacances dans l'enseignement) ;
- « Comme tremplin » ouvrant sur d'autres vocations, aspirations ou mobilités professionnelles : les compétences acquises à travers l'interprétariat sont vues comme un atout pour évoluer dans la carrière professionnelle (par exemple, devenir psychologue en mettant à profit l'expérience des consultations en santé mentale). Tout d'abord recrutés comme interprète au sein de MSA et du RLG, certains ont également pu accéder à des postes avec plus de responsabilités (c'est notamment le cas des responsables du pôle interprétariat) ;
- « Comme conviction » : le métier est alors prioritairement rattaché à un engagement militant.

38 Pouvant s'entrecroiser et évoluer au cours du temps, ces différentes logiques d'engagement ne sont pas figées. En outre, elles tendent à se rejoindre sur un point : devenir interprète en santé et social n'est pas, le plus souvent, un projet professionnel anticipé. Il correspond plutôt à une opportunité saisie dans un contexte marqué d'une part, par des difficultés d'insertion sur le marché de l'emploi<sup>xvi</sup> et, d'autre part, face à

des besoins en interprétariat non comblés par des associations pourvoyeuses. En effet, peinant à recruter des interprètes diplômés en interprétariat/traduction, peu intéressés par un métier demeurant somme toute précaire, et très souvent exercé à temps partiel imposé<sup>xvii</sup>, les associations salariant les interprètes puisent dans la demande d'emploi disponible. Cette double dynamique, étroitement insérée dans les contraintes structurelles du marché du travail, redouble les enjeux liés à la professionnalisation de la pratique : en effet, en l'absence d'un diplôme ou d'une formation dans le domaine de l'interprétariat et/ou la traduction en santé et social<sup>xviii</sup>, les savoir-faire des interprètes relèvent de premier abord de savoir-faire biographiques, liés à la maîtrise d'une langue maternelle (Pian et al., 2018).

- 39 Si le regard porté sur les échelles sociospatiales biographiques montre combien l'interprétariat est un métier qui, pour ceux qui l'exercent, renvoie en permanence à l'expérience migratoire (la leur, celle de leur entourage, les usagers auprès de qui ils interviennent), il convient désormais de revenir plus en détail sur la manière dont les interprètes perçoivent la dispersion spatio-temporelle marquant leur contexte d'exercice.

### Dispersion spatio-temporelle : un métier soumis à de nombreuses variations

- 40 Comme le met en évidence le volet cartographique de l'étude, les interprètes sont amenés à exercer dans une pluralité de structures avec des interlocuteurs divers, ce qui implique des situations d'interprétariat hétérogènes et la mobilisation d'un large registre de pratiques langagières (liées au domaine médical, à celui de l'asile, de la petite enfance, etc.). Ainsi, un interprète peut assurer dans une même journée une consultation en pédiatrie, une intervention en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) puis se rendre dans un service de cancérologie où le rendez-vous médical concernera une annonce de diagnostic. Aux charges émotionnelles et intellectuelles – en termes de concentration –, ainsi induites, s'ajoute la confrontation à des attentes spécifiques ou divergentes des professionnels selon les secteurs, mais aussi au sein d'un même domaine<sup>xix</sup>. De surcroît, pour les interprètes, l'éclatement sociospatial de leurs interventions est source d'une forte incertitude temporelle : la pratique quotidienne de leur métier est rythmée par les contraintes liées aux déplacements, effectués très majoritairement en transport en commun en milieu urbain<sup>xx</sup>. Comme le souligne cet interprète en arabe (homme, 35 ans) :

« Une matinée, tu vas avoir une heure d'interprétariat à faire, et ça va te prendre presque toute la matinée. Il faut y aller, se présenter là-bas, ensuite il faut revenir ; et peut-être pour une demi-heure ou une heure d'interprétariat, tu seras immobilisé pendant deux heures, voire deux heures et demie. »

- 41 Quand les interprètes ont plusieurs rendez-vous dans une même journée, il arrive que les plages horaires octroyées aux déplacements entre deux rendez-vous ne soient pas suffisantes. C'est notamment le cas lorsque les retards s'accumulent dans les consultations, ce qui est fréquent dans les services hospitaliers. Lorsque la durée d'interprétariat planifiée déborde (une partie ayant été passée en salle d'attente), les interprètes risquent de se présenter en retard à l'intervention suivante, ce qui accroît la pression du rythme de travail. À l'inverse, les rendez-vous ponctuels, trop étalés dans le temps, peuvent être perçus comme contraignants : *« Moi ça ne me dérange pas les déplacements, plutôt je me plains quand j'ai un rendez-vous par jour. Et c'est un peu fatigant. »*

*Par exemple, de te dire dans ta tête "ce matin j'ai rendez-vous à 9 h jusqu'à 10 h". En fait tu te lèves depuis 7 h 30, tu prends ta douche, tu te maquilles, tu te prépares, et après tu rentres chez toi à 10 h. Tu te dis, j'ai fait tout ce boulot, une heure et demie de préparation, pour en fait travailler une heure. Je préfère être bien remplie, [...] tu te sens qu'au moins je suis levée, je travaille comme tout le monde »* témoigne une interprète en russe.

42 Les heures d'interprétariat sont fixées en fonction des demandes des établissements et des disponibilités des interprètes. Mais, même si les pôles d'interprétariat font en sorte d'agencer au mieux les heures de travail, les emplois du temps restent relativement éclatés, surtout pour les interprètes effectuant peu d'heures. Les expressions « *C'est variable* » ou « *ça dépend des semaines* » par lesquelles les interprètes rendent compte du volume horaire de leur activité, expriment bien l'irrégularité de leur travail. Deux configurations sont ainsi particulièrement décrites : celles liées au « trop peu de temps » entre deux interventions et, à l'opposé, celles donnant lieu à un étirement temporel trop long, impliquant un « temps creux » ne permettant pas nécessairement d'être investi comme un « temps libre ».

43 À un autre niveau, la dynamique temporelle de l'interprétariat dépend étroitement de la conjoncture migratoire, qui contribue à redéfinir les besoins en fonction du profil des nouveaux arrivants. Un interprète exerçant en arabe depuis plusieurs années à Rennes fait ainsi part des évolutions marquant le paysage rennais :

« Il y a quelques années, il y avait beaucoup de migrants mongols, aujourd'hui il y en a toujours, mais un petit peu moins. À l'inverse, le nombre d'heures des interprètes arabes a explosé. Pour dire, certaines de mes collègues étaient très attentives à la liste des pays sûrs, notamment pour l'Albanie : le fait qu'elle soit sur la liste des pays sûrs changeait beaucoup de choses<sup>xxi</sup>. Pour elles, cela représentait une baisse de travail et elles s'en inquiétaient. »

44 Comme l'exprime cet interprète, les arrivées migratoires, mais aussi les orientations des politiques migratoires sont susceptibles d'avoir un impact direct sur l'activité d'interprétariat, à travers le volume horaire effectué et par conséquent le revenu<sup>xxii</sup>. Ces incertitudes conjoncturelles rendent d'autant plus difficile les projections à long terme dans le métier, redoublées au quotidien pour les interprètes officiant dans des langues peu usitées :

« En ce moment c'est une période assez creuse par rapport à d'habitude. Déjà ce n'était pas beaucoup... Donc là c'est quelques heures par semaine, et encore. Il y a des semaines où il y a eu une ou deux heures par semaine. Il n'y a pas de moyenne. Sur le bulletin de salaire, il y a 31 heures par mois. C'est arrivé une fois de faire 38-39 heures, mais quand j'ai commencé c'était 19-20 heures par semaine. Après ça dépend aussi s'il y a des nouveaux patients qui arrivent ou s'il y a des personnes qui ont besoin d'un suivi sur une longue période. Parce que s'il y a des personnes qui n'ont plus de suivi et pas de nouveau patient, ça veut dire moins de travail » résume ainsi une interprète en roumain, âgée de 45 ans environ.

45 Un autre registre de mobilité émerge alors ici : l'interprétariat n'est pas seulement un métier éclaté dans le temps (dissémination de rendez-vous au long des journées et des semaines) et dans l'espace (dispersion des lieux d'intervention qui requièrent de réguler son emploi du temps en présence « physique » avec les modes de déplacement). Il est aussi un métier mouvant en ce qu'il est soumis, à l'échelle des territoires, à des variations en termes de besoins pouvant être très fluctuants. En effet, les jeux d'échelles sont à examiner attentivement pour bien saisir la complexité du déploiement de l'interprétariat et des conditions de son exercice pour les professionnels. Si les politiques publiques font une place croissante à ce domaine en légitimant

l'interprétariat à l'échelle nationale, la répartition aux échelles régionales, départementales et locales est marquée par de fortes disparités (des territoires demeurent non couverts par de l'interprétariat professionnel) et d'importants contrastes (notamment une concentration en milieu urbain, alors même que l'accueil de migrants se fait également en milieu rural). Dès lors, l'hétérogénéité et les déséquilibres repérés font l'objet de constants ajustements par les associations que nous avons étudiées. Agissant « en mode projet », elles dédient une importante partie de leur temps à se mobiliser pour trouver les financements servant à couvrir des besoins non comblés sur les territoires. Il reste que les spécificités du contexte d'exercice du métier exposent les interprètes à beaucoup d'incertitudes et de variabilités qu'il conviendrait d'analyser plus précisément. À cette fin, la démarche de représentation cartographique selon une logique « agenda », pourrait être améliorée dans de futurs développements. D'une part, comme le font les « enquêtes emploi du temps » de l'INSEE (Ponthieux, 2015) ou les travaux de Lesnard (2015), en incluant les temps de vie professionnels au sein de l'analyse des temps de vie quotidiens. D'autre part, en collectant des données relatives aux modes de déplacements des interprètes (comme dans les travaux menés par Bahoken, Raton et Gressel [2018] à propos d'autres groupes professionnels) ou encore en répertoriant les durées effectives d'interventions en les distinguant des temps de déplacement.

## Conclusion

- 46 À la croisée des domaines des migrations, des mobilités, des professions et de la santé publique, l'article a tenté de souligner la complexité des enjeux se jouant aujourd'hui en France autour de l'interprétariat médico-social. La production cartographique proposée a permis de décrire et d'analyser les conditions de déploiement de l'interprétariat professionnel à l'échelle de deux territoires, à partir du maillage couvert par deux associations motrices en la matière. Participant d'une représentation du réel passant par la géomatique, cette démarche a été enrichie par une approche sociologique qualitative permettant de mieux cerner les conditions et l'expérience du métier. Dans cette continuité, une réflexion mériterait d'être engagée quant à la manière de cartographier les parcours individuels des interprètes, tant dans leurs temporalités professionnelles du quotidien qu'à l'échelle de leurs propres trajectoires migratoires. Renvoyant à des débats partagés par les spécialistes des migrations (Bacon et al. 2016), ces défis techniques et épistémologiques pourraient entrer en concordance avec les avancées dans le champ des cartographies des flux, des parcours migratoires et des itinéraires quotidiens dans d'autres secteurs (Bahoken, 2017). Enfin, il semble pertinent de poursuivre les observations sur le déploiement de l'interprétariat à différentes échelles. En effet, la constitution, en février 2019, du RIMES (Réseau de l'interprétariat médical et social) marque à l'échelle nationale le prolongement des dynamiques impulsées par les associations à l'initiative de la Charte de l'interprétariat médico-social de 2011. Les déclinaisons régionales et locales de ce réseau restent cependant à interroger, notamment en médecine de ville où des initiatives sont développées par les Agences régionales de santé (ARS) ou les associations de médecins afin de doter les généralistes libéraux de ressources en interprétariat professionnel (comme c'est actuellement le cas à Nantes<sup>xxiii</sup> ou à Rennes, à travers un projet en partenariat entre l'ARS et la Ville). Des initiatives sont en gestation, comme celle, pour des associations, d'obtenir un financement des autorités de santé au titre du dispositif



« article 51 » (dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 introduisant l'expérimentation d'alternatives au paiement à l'acte) pour la prise en charge de prestations d'interprètes pour les médecins généralistes libéraux dans leur zone géographique. Or, la promotion de l'interprétariat en médecine de ville résulte surtout du plaidoyer des associations et des médecins hospitaliers engagés. Ces derniers arguent en faveur d'un transfert de compétences depuis la médecine hospitalière ou les centres médicaux spécialisés dans l'accueil des migrants, afin de soulager leurs files actives et de permettre un accès aux soins intégrant le système de droit commun. Ce faisant, les initiatives développées autour de l'interprétariat perpétuent les débats autour du hiatus entre universalisme/différentialisme du système de santé publique français. Une perspective comparative à l'échelle européenne de la place de l'interprétariat dans les systèmes de santé publique (Ingleby, 2009 ; Kluge et al., 2012) permettrait alors de mieux interroger cette spécificité française.

---

## BIBLIOGRAPHIE

AH-HP, 2017, Interprétariat : communiquer avec les patients allophones ne parlant pas ou peu le français, *Newsletter de la direction des patients, usagers et associations*. Mai. N° 30-1.

Arend L., Cadart A., Chabagno L., Delepoulle-Ndiaye A., Deseille R., Gautier A., Guiffault T., Moutou K., Thomon E., Urcun M., 2017, *L'interprétariat médical et social, élément de la démocratie sanitaire*, Rapport, Module Inter Professionnel de Santé Publique, Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 53 p.

Babels, 2017, *De Lesbos à Calais : comment l'Europe fabrique des camps*. Lyon : Le passager clandestin, coll. « Bibliothèque des frontières », 151 p.

Bacon L., Clochard O., Honoré T., Lambert N., Mekdjian S., Rekacewicz P., 2016, Cartographier les mouvements migratoires, *Revue européenne des migrations internationales* 32 (vol. 32-n° 3 et 4), p. 185-214. <https://doi.org/10.4000/remi.8249>.

Bahoken F., 2017, Propositions pour une formalisation (carto) graphique des mobilités individuelles. L'exemple d'un récit biographique, communication au 6th European geographic congress on « The Geography of Europe » (EUGEO'2017), session TS 7,12 « Cartographie des parcours : voyager, représenter et mobiliser/Section : Itinéraires et récits de vie », Bruxelles, 4-6 septembre.

Bahoken F., Raton G., Gressel R., 2018, Morphologie des mobilités spatiales de professionnels mobiles. Vers la représentation de structures territoriales d'interventions professionnelles. In *CIST2018 - Représenter les territoires / Representing territories*. Rouen, France : CIST. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01854510>.

Beal A., Chambon N., 2015, Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes, *Cahiers du Rhizome*, n° 55, février, p. 9-19.

- Belton L., De Coninck F., 2007, Des frontières et des liens, Les topologies du privé et du professionnel pour les travailleurs mobiles, *Réseaux*, n° 140, p. 67-100
- Bioy A., Bachelart M., 2010, L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, *Perspectives Psy* Vol. 49 (4), p. 317-26.
- Demazière D., 2009, Postface : professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation, *Formation emploi*, n° 108, p. 83-90.
- Jouffe Y., 2007, Précaires, mais mobiles. Tactiques de mobilité des travailleurs précaires flexibles et nouveaux services de mobilité, Marne-La-Vallée: Thèse de l'École Nationale des ponts et Chaussées.
- Ingleby D., 2009, La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 21 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/463>
- Kluge, U., Bogic M., Devillé W., Greacen T., Dauvrin M., Dias S., Gaddini A., 2012. Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *Migration and Mental Health* 27 (juin): S56-62.
- Lesnard L., 2015, *La famille désarticulée : Les nouvelles contraintes de l'emploi du temps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pian A., Hoyez A.-C., Tersigni S., 2018, L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants. *Revue Européenne des Migrations internationales*. [En ligne], vol. 34 - n° 2 et 3 | 2018, mis en ligne le 01 janvier 2021, consulté le 29 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/remi/10768>
- Pian A., 2017, Devenir interprète bénévole dans des associations de solidarité à destination de sans-papiers et demandeurs d'asile. *Temporalités biographiques et institutionnelles, Sociologie*, n° 4, vol. 8, p.351-368.
- Pian A., 2014, La fabrique de l'interprétariat auprès des immigrés atteints de cancer : la place des proches en question, in F. Douguet, F. Leborgne-Uguen et S. Pennec (dir.), *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, p. 193-204.
- Ponthieux S., 2015, Introduction. Les enquêtes emploi du temps : une source majeure pour l'étude des inégalités sociales et de genre. *Economies et statistiques*. N° 478-479-480. INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1303223?sommaire=1303240>

## NOTES DE FIN

- i. Thème du colloque du CIST en mars 2018 à Rouen, dont est issu ce texte (<https://cist2018.sciencesconf.org/>)
- ii. Cette charte stipule que « *l'interprétariat garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins* ».
- iii. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_referentiel\\_de\\_competences.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences.pdf)
- iv. Voir le plan « Ma santé 2022 » annoncé en septembre 2018 par le gouvernement français (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma->

sante-2022-un-engagement-collectif/) ou encore l'instruction de la DGS du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants ([http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir\\_43755.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf))

v. Ces cadres juridiques sont précisés dans des textes parus en 2017 et 2018 (recommandations de bonnes pratiques HAS et instruction de la DGS 2018).

vi. En sociologie, la professionnalisation fait référence aux processus « de reconnaissance et d'autonomie de catégories de travailleurs et de leur stabilisation et légitimation comme groupes professionnels » (Demazière, 2009 : 85). Ces processus impliquent une définition normative et pratique du métier, ainsi que des logiques de distinction et délégitimation des formes bénévoles d'interprétariat.

vii. L'alliance thérapeutique est un terme consacré, depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle, en psychologie et psychanalyse, à la « collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (Bioy et Bachelart, 2010) qui tend à pénétrer d'autres domaines médicaux et paramédicaux, notamment ceux qui prônent un plus grand engagement du patient dans le soin.

viii. Pour ce qui est des consultations en santé mentale, cf. Par exemple Pian et al (2018).

ix. Service caractérisé par un fonctionnement en « tuyaux d'orgue », peu souple et peu enclin à la transversalité.

x. Jouffe (2017) évoque non seulement la précarité de l'emploi (comme déterminant de mode de vie précaire) mais aussi la précarité « en tant que rapport spécifique au temps donc à la mobilité » (p. 23) qui va de pair avec des régimes de dépendance à différents systèmes (de transports notamment) et des limitations en matière d'autonomie et de projets personnels. De la même façon, comme il le sera évoqué plus loin, la précarité des conditions de travail des interprètes se donne à voir dans les types de contrats, l'incertitude des volumes horaires travaillés, la labilité de leurs agendas.

xi. Par soucis d'anonymat et de respect du secret médical, aucune donnée concernant les « bénéficiaires » de ces interventions en interprétariat ne nous ont été transmises par les associations partenaires.

xii. Les changements induits par la nouvelle loi laissaient pressentir des difficultés pour les associations en charge de la demande d'asile à gérer un afflux de dossiers importants à traiter dans des délais plus courts, sans moyens supplémentaires dédiés à l'interprétariat.

xiii. La « géographie prioritaire » se rapporte à une démarche régulièrement mobilisée au sein des services publics afin de cibler des priorités en matière d'action territoriale, avant de s'interroger sur les conditions sociales de leur réalisation.

xiv. A l'instar, par exemple, des infirmiers ou sages-femmes intervenant au domicile des patients. Voir Bahoken F., et al. (2018).

xv. Sur l'utilisation de la notion de carrière pour rendre compte des trajectoires des interprètes, cf. Pian (2017).

xvi. Et ce, en dépit du niveau de diplôme des interprètes, qui varie entre bac +2 et le doctorat.

xvii. Il convient ici de préciser que l'interprétariat peut constituer la principale activité salariée des interprètes ou un complément à une autre activité. Il peut aussi être exercé de manière complémentaire à une pension de retraite.

**xviii.** En Alsace comme en Bretagne, le niveau d'études des interprètes est majoritairement situé entre bac + 3 et bac + 4, même si certains interprètes sont moins ou plus diplômés (niveau doctorat). Le niveau d'études exigé est moins important lorsqu'il est difficile de trouver un interprète dans une langue donnée.

**xix.** Pour le cas de la santé mentale, cf. Beal et Chambon (2015) ; Pian et al. (2018).

**xx.** Plusieurs interprètes rencontrés refusent les interventions en milieu rural ou semi-urbain, qui impliquent un temps de déplacement plus conséquent (pas toujours rémunéré), et des difficultés d'accès en transport en commun.

**xxi.** Depuis 2003, les personnes demandeuses d'asile voient leur demande examinée différemment suivant l'appartenance ou non à un « pays d'origine sûr ». Cette notion, très controversée, désigne les pays qui veillent au « respect des principes de la liberté, de la démocratie, de l'état de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales » suivant les termes de l'OFPRA. La liste de ces pays, établie par l'OFPRA, est disponible sur le site internet de l'institution, et est actualisée en fonction des changements politiques dans les différents pays d'origine. Concrètement, cela signifie qu'une personne ressortissant d'un de ces pays ne peut être admissible en France au titre de l'asile en « procédure normale », et que celle-ci verra sa demande traitée en « procédure accélérée » (c'est-à-dire suivant un délai théorique de 15 jours). <https://ofpra.gouv.fr/fr/textes-documents/liste-des-pays-d-origine-surs>

**xxii.** Par exemple, en 2017, l'arabe, l'albanais et le pashto sont les 3 langues les plus demandées pour le RLG. Les activités des interprètes en russe connaissent alors une inflexion légère (4<sup>e</sup> place), tandis que les demandes à destination de l'interprète pashto augmentent beaucoup (11<sup>e</sup> place en 2015).

**xxiii.** Sur une initiative de l'URML (union régionale des médecins libéraux) : <http://urml-paysdelaloire.org/interpretariat/interpretariat/> [consulté le 11/02/2019].

## RÉSUMÉS

L'article, pluridisciplinaire, revient sur des recherches menées sur le déploiement de l'interprétariat médico-social en France. Il offre, tout d'abord, une lecture des enjeux actuels soulevés par l'interprétariat médico-social du point de vue de la santé publique. Il présente ensuite le déploiement des interprètes médico-sociaux sur deux territoires, à partir de données issues de l'activité de deux associations différentes, en s'appuyant sur une cartographie d'agendas de professionnels. Enfin, il propose, de manière complémentaire aux analyses sur la portée territoriale des interventions dans le champ de l'interprétariat médico-social, de prendre en compte les différentes mobilités sociales et spatiales engagées dans l'expérience et la pratique des interprètes.

Articulant une entrée par la santé publique, la représentation cartographique et l'enquête qualitative par entretiens, l'article montre combien saisir les enjeux autour du métier d'interprète implique de porter un regard conjoint sur les mobilités ou les trajectoires sociospatiales.

The article comes back on two research projects related to medical and social interpreting. The research is pluridisciplinary and involves geography, sociology and public health. It is based on a partnership with two non-profit organisations (Réseau Louis Guilloux (RLG) in Rennes and Migrations Santé Alsace (MSA) in Strasbourg), which provide medical and social interpreting services. A territorial question arises here on two levels: a first one in regard to the territory

covered by the RLG and MSA actions; a second one related to the interpreters who move between different establishments according to the requests addressed to their employing association.

The article is divided in three parts. The first one, developed from the point of view of public health, reflects the current issues raised by medico-social interpreting, which reveal differences between the terms the law and the realities of its implementation. The second part comes back on the cartographic representation of the deployment of medical and social interpreters in the two study areas. Finally, the third part presents sociological and territorial scopes of interventions in the field of medical and social interpreting.

#### **The public Health system and the interpreter**

The Health System Modernisation Act of 27 January 2016 includes a section emphasising the importance of health and social interpreters who intervene professionally in the public health system. Article 90 lays down the principle according to which 'linguistic interpretation aims to improve access to the rights, prevention and care of people remote from prevention and care systems, taking into account their specificities. "This law shows the effects of the mobilisation of 9 French associations that have, since 2010, carried out advocacy work for the recognition of the profession of interpreter as a profession in its own right. From a public health point of view, medical and social interpreting is a major challenge in terms of reducing social and spatial inequalities in health, especially for allophone immigrant people. Indeed, it is seen as facilitating prevention, health promotion and access to healthcare for a population that is often far from the health care system.

#### **The deployment of the interpreting services from two structures: how to map it?**

We built a database out of MSA and RLG interpreter agendas. In order to target a precise and comparable sample, we selected the diaries of six interpreters working in the three most mobilised languages (two interpreters in Arabic, two in Russian, and two in Albanian).

The distribution of their interventions follows a logic of metropolisation and, as a result, the scale of intervention of the interpreters is concentrated on the city and agglomeration Rennes or Strasbourg.

MAP (coming soon)

The cartography reveals working conditions marked by mobility around metropolitan territories, in a multiplicity of health or social institutions, which underlines the multiple skills of these professionals. Cartography also reveals strong territorial differentiations and even territorial inequalities at certain scales. The RLG, for example, which has set up a network of interpreters to irrigate the entire region of Brittany, sees most of its activity, in fact, concentrated in the metropolitan areas of Rennes and secondarily in Brest. The rest of the Breton territory is marginally covered, with a polarisation towards cities (Lorient, Vannes, Saint-Brieuc), even though interpreting needs exist in many other places, especially in rural areas where, on the period studied, dozens of housing solutions were opened to accommodate people.

#### **The realities of the business**

Medico-social interpreting is a highly feminised profession: in 2015 at MSA, 65 out of 81 interpreters were women; at the RLG, this is the case of 14 out of 19 interpreters. Then, the vast majority of interpreters, as mentioned above, are immigrants (in the sense of INSEE, that is to say that they were born foreign in a foreign country) or born in France of immigrant parents.

As highlighted by the cartographic part of the study, interpreters are asked to practice in a plurality of institutions with different interlocutors, which implies heterogeneous interpreting situations and the mobilisation of a wide range of language practices (related to the medical field, asylum, early childhood, etc.). Thus, an interpreter can ensure in one day a pediatric consultation, an intervention in shelter for asylum seekers then go to a cancer department where the medical appointment will concern a diagnostic announcement. To the emotional and intellectual charges thus induced, is added the confrontation with specific or divergent expectations of the professionals. Moreover, for the interpreters, the sociospatial breakdown of

their interventions is a source of great temporal uncertainty: the daily practice of their profession is punctuated by the constraints related to travel, most of which are carried out by public transit in urban areas.

A comparative perspective at the European level of the place of interpretation in public health systems could better question the French specificities highlighted in the article.

## INDEX

**Mots-clés** : migrants, pratiques professionnelles, interprétariat médico-social, trajectoires socio-spatiales

**Financement** <http://dx.doi.org/10.13039/501100001665>

## AUTEURS

### ANNE-CÉCILE HOYEZ

Chargée de recherche CNRS, UMR 6590 ESO / Université de Rennes

### ANAÏK PIAN

Maître de conférence en sociologie, Université de Strasbourg / UMR 7367 DYNAMIE

### PASCAL JARNO

Médecin de santé publique, CHU Pontchaillou, Rennes

### ARNAUD LEPETIT

Ingénieur d'étude géomaticien, Université de Rennes/UMR 6590 ESO