

La pratique multilingue, les régimes linguistiques et la culture traductionnelle dans des hôpitaux allemands¹

Kristin Bührig

Universität Hamburg, kristin.buehrig@uni-hamburg.de

Bernd Meyer

Universität Mainz, Stellenbosch University, meyerb@uni-mainz.de

1. Le rôle de la langue allemande dans les institutions allemandes

En Allemagne, les débats portent rarement sur la politique linguistique. Une raison en est le découpage de l'état en Länder. Ainsi, les questions de politique culturelle ou éducative, alors même qu'elles sont d'ampleur nationale, sont souvent soumises aux intérêts des Länder (Ehlich & Krumm, 2004). Un autre obstacle empêchant de mener un débat fondé sur le statut de l'allemand en Allemagne est le rôle qui lui est attribué puisque l'allemand est considéré comme élément constitutif de la nation et de l'état. En effet, depuis le XIX^e siècle, la question linguistique a revêtu un caractère de plus en plus politique, et a aussi été traitée de manière de plus en plus émotionnelle (Ahlzweig, 1994). Cette évolution se traduit par le fait que les débats actuels liés à la politique linguistique portent majoritairement sur le prétendu déclin de l'allemand ou sur le danger que représenteraient pour l'allemand d'autres langues ou de nouvelles formes d'orthographe. Les connotations nationalistes sont difficiles à ignorer : la diversité linguistique semble avant tout menacer l'identité allemande quelle que soit la forme sous laquelle elle se manifeste.

1. Cet article s'appuie en partie sur des publications plus anciennes des auteurs, notamment sur Meyer (2011) et Bührig & Meyer (2013).

Dans ce contexte, personne n'a été pris de court ni par le parti conservateur CDU qui, lors de son congrès en hiver 2008, exigeait que l'allemand soit déclaré langue officielle dans la Constitution, ni par les controverses sur l'attitude face à la diversité linguistique en Allemagne qui s'en sont suivis. Mais au moins, il y avait un débat : les associations d'immigrés avaient compris que cette proposition de loi avait pour but d'exclure les autres langues, hypothèse confirmée par les discours du gouvernement qui se voulaient pourtant rassurants. Ainsi, la chargée de l'intégration, Maria Böhmer, encourageait l'initiative du parti CDU en qualifiant l'allemand de « lien qui nous unit ». Mais comment établir un lien avec une personne qui ne maîtrise pas ou très peu l'allemand ? Une langue peut être à l'origine d'une communauté, mais elle peut également être source d'exclusion. La maîtrise de l'allemand est-elle un nouveau shibboleth, la preuve de l'appartenance d'une personne à un groupe ? Peut-on mesurer le degré d'intégration des immigrés à leur niveau d'allemand ? Dans le journal *Frankfurter Allgemeine*, un commentateur a fait une affirmation osée en disant que l'allemand était tout simplement « la langue courante en Allemagne » ; insister sur ce fait ne serait nullement lié à la volonté de forcer l'assimilation (Georg Paul Hefty, FAZ du 09/12/2008).

Ces propos éloignés de la réalité laissent accroire que leur auteur désire en vérité ce qu'il nie dans son propos (forcer l'assimilation). Si les dialectes allemands et au moins ceux des langues minoritaires reconnues (c'est-à-dire les langues considérées comme indigènes telles que le danois, le frison, le bas allemand, le romani et le sorabe) jouissent d'un certain intérêt scientifique et sociétal, la propagation et l'utilisation d'autres langues en Allemagne ne sont que peu étudiées. Selon les constats d'Extra et Gorter (2004), cette différenciation entre les langues minoritaires régionales et les langues d'origine des immigrés n'est pas un problème spécifique à l'Allemagne, mais un problème typiquement européen. Ainsi, la Charte européenne des langues minoritaires adoptée en 1992 exclut explicitement les langues d'origines des immigrés de son champ d'application. Il est donc tout à fait naturel que certaines langues minoritaires régionales soient considérées comme faisant partie du patrimoine culturel et qu'elles soient respectées et favorisées par les institutions tandis que les langues « étrangères » telles que le turc ou le russe ne sont pas considérées comme indigènes bien que des millions de personnes en Allemagne (et des centaines de milliers de personnes de nationalité allemande) s'en servent au quotidien en tant que langue courante ou familiale, en plus de l'allemand.

Si l'on se base sur le peu de données sociodémographiques qui ont été recueillies dans le cadre du sondage annuel « Sozioökonomisches

Panel » (SOEP) par l'Institut allemand de la recherche économique (DIW) à Berlin, chaque groupe d'immigrés consiste en une majorité bien intégrée au niveau linguistique et en une minorité qui l'est moins (Haug, 2008) représentant 20 % à 25 % du groupe et dont la maîtrise passive de la langue allemande est meilleure que la maîtrise active, et la maîtrise de l'oral meilleure que celle de l'écrit. Dans ce sondage, les jeunes prétendent avoir un meilleur niveau linguistique que les plus âgés ; dans certains groupes, les auto-évaluations des hommes divergent largement de celles des femmes. À en croire les jugements des sondés, les connaissances linguistiques des femmes d'origine turque seraient nettement plus faibles que celles des hommes.

Évaluer les compétences sur la base d'une auto-évaluation est sans aucun doute une méthode insatisfaisante. Mais si l'on accepte les données ainsi rassemblées comme une description imprécise, mais au fond correcte, du paysage linguistique en Allemagne, force est de constater que les groupes d'immigrés importants à l'échelle régionale rencontrent de sérieuses difficultés lorsqu'il s'agit de maîtriser en allemand des situations de communication plus complexes. Dans son étude, Haug (2008 : 45) en conclut que « la majorité des immigrés maîtrise suffisamment l'allemand pour être à la hauteur des exigences émergeant de la vie quotidienne », mais qu'ils ont de grandes difficultés « à régler de manière autonome des affaires de la vie courante avec les instances administratives. » La formulation contradictoire choisie par Haug prouve la difficulté méthodologique d'identifier une barrière linguistique concrète sur la base de résultats quantitatifs. Les deux thèses se contredisent : soit, les connaissances de l'allemand sont suffisantes pour maîtriser la vie courante, soit elles ne le sont pas.

Pöchhacker (2000) a choisi une autre approche méthodologique en interrogeant dans les années quatre-vingt-dix les médecins et le personnel soignant des hôpitaux de Vienne (Autriche) sur leur façon de communiquer avec les patients non germanophones. L'étude montre par exemple qu'il n'y a pas de procédures ou règlements établis pour surmonter les barrières linguistiques. Ce sont les solutions improvisées qui prédominent : des enfants, des aides-soignants ou des techniciens de surface assurent l'interprétation. Il ressort aussi de l'enquête que les médecins traitent en moyenne 5 à 10 patients par semaine dont les connaissances linguistiques sont insuffisantes pour communiquer en allemand. De fait, les institutions assurent donc la communication dans une autre langue que l'allemand. Or, ils ne sont pas toujours à même de le faire de manière à faciliter véritablement la compréhension. Selon de nombreuses études, les compétences d'interprète de personnes non-initiées à l'interprétation ne satisfont pas

toujours aux exigences communicationnelles dans les institutions (Flores, 2006 ; Bührig & Meyer, 2004 ; Meyer et *alii*, 2003 ; Meeuwesen et *alii*, 2010). Comme le montre le paragraphe 3, la plupart des pratiques existantes visant à gérer la communication multilingue dans les hôpitaux allemands aboutit à des normes communicationnelles différentes pour les patients germanophones et les patients non germanophones.

2. Les régimes linguistiques et les cultures traductionnelles

Le transnationalisme et la superdiversité (Pries, 2008 ; Vertovec, 2006) ont fait de la diversité linguistique notre quotidien – particulièrement dans les contextes urbains. Cela entraîne la nécessité de changer les modèles communicationnels (Rehbein, 2013). Néanmoins, les stratégies appliquées pour gérer le multilinguisme ne sont souvent pas déterminées en fonction de la compréhension, mais en fonction des idéologies et des stratifications fonctionnelles et sociales (Mar-Molinero & Stevenson, 2006 ; Gunnarsson, 2013 :180). Coulmas (2005 :7) décrit ce phénomène par le terme « language regime », au sens où le choix de langue des personnes monolingues ou multilingues est limité. Ces restrictions peuvent être motivées entre autres par les habitudes, la législation ou des idéologies. Coulmas entend par régime linguistique une pratique linguistique volontairement développée : « When dealing with language regimes, it is administered language we are concerned with » (Coulmas 2005 : 3). Toutefois, Busch (2013 : 127s) développe cette notion en se référant explicitement aux régimes linguistiques officiels qui se manifestent dans le cadre des pratiques habituelles, ainsi que dans l'appropriation d'espaces d'actions, par exemple par des graffitis ou par des panneaux officiels. Selon elle, un régime linguistique comprend donc des pratiques, des représentations ainsi que les discours idéologiques qui en découlent. Il s'applique à un espace de référence qui se définit par ses propriétés géographiques et sociales mais également par la pratique linguistique elle-même. Tandis que la politique linguistique (Kaplan & Baldauf, 1997 ; Spolsky, 2004) est définie notamment comme intervention ayant pour but de changer de manière ciblée les pratiques linguistiques, le régime linguistique est le résultat de la mise en oeuvre de la politique linguistique. L'écologie complexe des langues et de la diversité linguistique dans les espaces sociaux et institutionnels a fait l'objet d'analyses comme celle réalisée par Moyer (2011) dans son étude sur la gestion du multilinguisme des immigrés et des autochtones dans les hôpitaux catalans, ou encore l'analyse faite par Blommaert et *al.* (2005) sur l'usage des langues d'immigrés au sein de certains quartiers dans de grandes villes belges.

On observe également des caractéristiques d'un régime linguistique dans les interviews menées par Meyer (2008 : 43), dans lesquelles il interroge les employés de diverses administrations sur leur façon de communiquer sur le lieu de travail. Les sondés ont souligné à plusieurs reprises qu'ils avaient recours à leur connaissance de langues étrangères uniquement dans des cas particuliers puisque la loi allemande portant sur les procédures administratives (*Verwaltungsverfahrensgesetz* §23) les obligeait à l'usage de la langue allemande. En réalité, cette loi ne réglemente que l'usage de la langue lors des actes administratifs écrits. Elle s'abstient sur le choix linguistique lors des explications ou conseils qui sont donnés au public, de manière régulière et systématique selon le contexte (par exemple, dans le cadre de l'administration du travail). Ainsi, une norme imposant le monolinguisme de manière ponctuelle est étendue et appliquée à chaque type d'action au sein d'un espace d'action institutionnel.

Ille & Neuhold (2013) illustrent par l'exemple d'un gros chantier à Vienne le conflit entre le régime monolingue imposé à l'échelle locale, et le multilinguisme présent dans les faits parmi les ouvriers. Dans le cadre de ce conflit, certains ouvriers bilingues se voient attribuer un rôle clé dans l'organisation du travail, ainsi que dans la sécurité du travail, car ils sont les seuls à disposer des connaissances nécessaires dans plusieurs des langues parlées sur le chantier. Ces employés deviennent plus ou moins volontairement des interprètes et assument un rôle important pour le bon déroulement du travail, sans qu'ils puissent en tirer profit.

Cet exemple est un parmi de nombreux autres illustrant que toute action traductionnelle, au sens où elle vise la transmission entre différentes langues, joue un rôle particulier dans la communication multilingue au sein d'une organisation, un rôle souvent négligé dans les études d'autres disciplines. Cependant, la notion d'action traductionnelle désignant l'ensemble « des actions de transmission transculturelles à gérer par une société en contact avec une société de langue étrangère » (Prunč, 2008 : 19) semble à ce jour trop centrée sur le contact entre des sociétés définies en tant que telles, et ne tient pas compte de l'hétérogénéité et de la dynamique culturelle au sein d'un groupe ou d'une société. Malgré cette objection, le concept de culture traductionnelle introduit par Prunč peut contribuer à comprendre la communication multilingue au sein des institutions. Selon Prunč, la culture traductionnelle est un ensemble de « normes, conventions, attentes et valeurs, ainsi que des comportements habituels de tous les acteurs impliqués dans le processus de traduction » (Prunč, 2008 : 25). Par cette définition, Prunč établit un lien direct entre d'une part la pratique traductionnelle et les concepts qui y sont liées, et

d'autre part les circonstances variables qui sont à la fois le cadre et le résultat de cette pratique. Les éléments typiques d'une culture traductionnelle sont par exemple la sélection et la formation des traducteurs et interprètes, ou encore la question de savoir quelles actions linguistiques sont jugées essentielles pour la traduction. Un régime linguistique définit donc les usages légitimes et illégitimes de la langue. La culture traductionnelle, en revanche, reflète la façon dont les défis linguistiques résultant des difficultés de communication sont relevés au quotidien.

3. La culture traductionnelle dans les hôpitaux germanophones

L'étude de Pöchhacker portant sur la gestion du multilinguisme dans les hôpitaux à Vienne que nous avons évoquée ci-dessus montre une culture traductionnelle incohérente et parfois contradictoire. D'une part, l'étude met en évidence que les quelques 600 participants à l'enquête (personnel soignant, médecins, thérapeutes) ont effectivement réfléchi sur le travail des interprètes. Ainsi, de nombreux sondés préféreraient une transmission inaltérée des interventions, mais demandaient également des précisions complémentaires en cas de potentiels malentendus ou quant au contexte culturel. Cette approche préférant la réception correcte de l'acte linguistique à un équivalent formel et superficiel, correspond aux théories courantes de traductologie.

D'autre part, les réponses classées par catégories professionnelles présentent de grandes différences quant à la durée et aux circonstances d'intervention des interprètes (Pöchhacker, 2000 : 254). Les médecins voulaient contrôler l'interprétation et attendaient de celle-ci qu'elle soit le plus proche possible de la langue originale ; le personnel soignant, lui, demandait de signaler spontanément les malentendus ; les travailleurs sociaux quant à eux s'intéressaient surtout au contexte culturel des patients. Ces attentes différentes et parfois très exigeantes quant aux missions de l'interprète dans les hôpitaux sont en contradiction avec le fait que dans la vie courante, ce sont les proches des patients ou le personnel bilingue qui assurent l'interprétation dans les hôpitaux de Vienne. La culture traductionnelle décrite par Pöchhacker soumet les interprètes et traducteurs à des exigences très élevées, sans s'intéresser à la question de savoir si les personnes concernées sont à leur hauteur.

En outre, l'étude en question a montré que la perception des barrières linguistiques varie considérablement selon les services hospitaliers. Au sein de chaque catégorie professionnelle, 95 à 98 % des employés étaient confrontés à des patients dont la maîtrise de l'allemand était très limitée. La médiane des moyennes faites par semaine était la plus élevée dans les

services de gynécologie (10 patientes/semaine) et la plus faible dans les services de psychiatrie (1 patient/semaine). Cependant, il faut noter la présence de données aberrantes dans certains établissements selon la discipline médicale. Ainsi, à en croire les réponses des participants à l'enquête, les barrières linguistiques sont beaucoup plus prononcées dans certains services de certains établissements (Pöchhacker, 2000 : 155).

Pöchhacker met également en évidence le fait que les établissements n'appliquent généralement aucune procédure systématique pour surmonter les barrières linguistiques. Quand les lacunes linguistiques deviennent trop importantes, l'interprétation est généralement assurée par des proches ou par du personnel multilingue (*idem* : 159 ; voir aussi Ahamer, 2013 ; Cioffi, 2003 ; Settelmeyer, 2009). Cela met à risque la compréhension de tous les acteurs impliqués. De nombreuses études (voir par exemple Bührig & Meyer, 2004 ; Elderkin-Thompson et al., 2001 ; Flores, 2006) démontrent que les interprètes sans formation ni expérience altèrent de manière significative le contenu et le déroulement du discours et qu'ils compromettent ainsi l'action médicale. D'autres études, par contre, relativisent cette conclusion. À titre d'exemple, Meyer et al. (2010) et Ahamer (2013) montrent que les proches assurant l'interprétation accumulent souvent dans ce cadre de nombreuses connaissances sur leur cas et qu'ils sont ainsi en mesure de recourir à ces connaissances lorsqu'ils sont en contact avec les médecins et le personnel soignant. Ces personnes agissent donc souvent selon un « Case Management » en accompagnant le processus de traitement tout au long des différentes étapes. Ainsi, elles deviennent une ressource essentielle pour les patients et le personnel médical.

Dans le contexte global des soins médicaux, on assiste au recours à une culture traductionnelle inconsciente (Meyer et al., 2003 : 153). Ces caractéristiques se reflètent également dans la jurisprudence allemande sur la communication avec les patients de langues étrangères dans le cadre du consentement éclairé (« informed consent »). Informer les patients du déroulement et des risques d'un examen médical ou d'un traitement relève d'une forme de discours complexe qui requiert en Allemagne le recours à une personne agissant comme interprète dès lors que le patient ne maîtrise pas suffisamment l'allemand (Meyer, 2004). Jusqu'à présent, la jurisprudence exige seulement de faire intervenir une personne « disposant des compétences linguistiques nécessaires » lors de l'entretien (OLG Düsseldorf [Cour d'appel régionale] : arrêt du 12/10/1989, 8 U 60/88). Cette formulation floue permet aux gestionnaires d'un hôpital de recourir de façon *ad hoc* à des salariés ou des

proches en tant qu'interprètes. D'un point de vue juridique, aucune norme de qualité particulière n'est à respecter en matière de communication multilingue dans les hôpitaux allemands.

Les analyses d'interactions avec des interprètes *ad hoc* révèlent, hormis des défis communicationnels et lexicaux, des difficultés liées au fait que l'interprète est concerné lui-même. L'interprète peut donc se retrouver à présenter faussement les risques afin d'influencer la décision du patient (Clifford, 2005; Johnen & Meyer, 2007). Il en résulte que les interactions interprétées par des personnes non-initiées à l'interprétation sont souvent faussement interprétées du point de vue du contenu et par conséquent probablement sans valeur juridique. À l'heure actuelle, aucun verdict judiciaire sur la manière de réaliser ces interactions avec les patients de langue étrangère n'a encore été prononcé.

4. Le régime linguistique, la culture traductionnelle et la pratique médicale de communication

Dans le cadre d'un projet de recherche, une formation pour le personnel soignant bilingue (Polonais, Russe, Roumain, Turc) a été développée dans un hôpital d'Allemagne du nord dans le but d'inciter ces personnes à réfléchir sur leur manière d'interpréter. Ce module de formation devait s'intégrer facilement dans le quotidien du personnel soignant sollicité pour l'interprétation et leur permettre d'améliorer leurs prestations. Cette formation était considérée comme partie intégrante d'une stratégie en faveur du « multilinguisme inclusif » (Backus et al, 2013) permettant de transformer le régime linguistique monolingue et centré sur l'allemand, en une pratique ouverte et multilingue qui s'adapte aux besoins de chacun. Afin de développer cette formation et d'approfondir leurs recherches, les auteurs ont conduit des interviews semi-structurées avec six médecins employés dans l'établissement concerné et les ont interrogés sur leurs expériences avec des interprètes et leur pratique d'interprétation. L'objectif visé par ces interviews était de documenter la pratique actuelle du point de vue des médecins et de s'inspirer des difficultés rencontrées pour déterminer des thématiques qui seraient traitées lors de la formation. Les six médecins interrogés, âgés de 30 à 40 ans, travaillaient dans différents services de l'hôpital (médecine interne, gynécologie, pédiatrie et urologie). En plus des représentations contradictoires sur l'interprétation décrites ci-dessus, les interviews ont révélé à quel point la culture traductionnelle pratiquée jusqu'à présent pèse lourd sur la communication avec les patients de langue étrangère.

4.1. Ce qu'on attend d'un interprète

En soulevant cette question, les auteurs ont notamment cherché à recueillir parmi les sondés les représentations existantes au sujet de l'interprétation. Le résultat a confirmé celui obtenu par Pöchhacker, dans le sens où de nombreux sondés ont fait part de leur souhait de contrôler l'interprétation. Ce désir a souvent été caractérisé par le terme « neutre », comme dans l'exemple 1 :

Exemple 1 : « De façon neutre » (gynécologue THO)

Quand quelqu'un traduit ((1,5 s)) je souhaite, ou je m'attends à ce que l'information soit transmise de manière neutre, qu'elle ne soit pas teintée par un jugement de la personne qui traduit, afin que ce que nous expliquons soit transmis de manière neutre et objective. Cela vaut aussi dans l'autre sens : ce que le patient me répond doit être transmis dans son intégralité. Ce n'est pas à l'interprète de décider ce qui est important et de laisser de côté des informations ou de reformuler la phrase.

Ces propos reflètent une conception en partie irréaliste de la traduction, pour la simple raison que dans la majorité des cas, les différences structurelles entre deux langues rendent une reformulation incontournable, sans que celle-ci n'affecte pour autant la qualité de la traduction. La crainte que l'interprète livre un faux rendu des interventions ou qu'il influence par son interprétation l'interaction médicale est l'une des préoccupations principales des personnes recourant à l'interprétation. Cependant, la neutralité et l'objectivité ne sont pas des caractéristiques propres au discours, mais résultant de l'attitude personnelle de l'interprète que l'on imagine avoir un effet positif sur l'interprétation.

L'exemple 2 met en exergue un autre aspect : au début de l'interview, la pédiatre BAU a, comme ses collègues, souligné que l'interprète devait faire preuve de neutralité et d'objectivité. Mais au cours de l'interview, elle exprime la volonté de voir l'interprète apporter de manière ponctuelle ses propres connaissances de nature culturelle en vue de faciliter la communication entre le médecin et le patient.

Exemple 2 : « L'interprète ignorant » (pédiatre BAU)

Ils devraient chercher à ne pas être simplement des traducteurs ignorants. Moi, je ne le voudrais pas, car les interprètes qui partagent le même contexte linguistique que les patients comprennent beaucoup mieux leurs réactions. C'est pourquoi j'apprécie quand ils me disent pourquoi une mère refuse quelque chose, parce que chez eux ils voient les choses différemment. (...) Moi, je ne peux pas le savoir.

Comprendre le contexte des patients a été souligné par plusieurs sondés qui y accordent plus d'importance que l'équivalence formelle et

superficielle du rendu. Finalement, les sondés ont évoqué des situations émotionnelles qui, du point de vue des médecins, exigent également que l'interprète réagisse avec empathie. Les réponses montrent que les exigences communicationnelles imposées aux interprètes couvrent du point de vue des médecins non seulement certaines compétences linguistiques, mais également la capacité de réagir de manière appropriée à un manque de connaissances de ces derniers ou à des situations difficiles. Trouver l'équilibre entre passivité et participation active demande des connaissances très spécifiques sur les conditions institutionnelles auxquelles sont soumises les interactions entre le médecin et le patient, dont de nombreux interprètes *ad hoc* ne disposent pas, même quand ils travaillent dans le domaine médical. En conclusion, l'étude confirme l'un des résultats de l'étude menée par Pöchhacker dans les années quatre-vingt : les attentes des médecins quant aux interventions des interprètes sont élevées.

4.2. Disponibilité et travail dans l'urgence

Outre leurs attentes quant aux capacités communicatives des interprètes, les médecins se sont également prononcés sur les contraintes organisationnelles dans les hôpitaux allemands lorsque le personnel a recours à un interprète. Le peu de temps dont disposent les médecins pour agir et le flou qui règne quant aux disponibilités des interprètes, influent sur le moment de leur intervention et peuvent avoir un impact grave de nature médicale et juridique.

Dans l'exemple 3, le médecin interne ZIR relate une situation au cours de laquelle il a eu recours de manière inattendue à un interprète externe rémunéré. Cet extrait porte en fait sur les avantages globaux résultant de l'intervention d'un interprète. Toutefois, ZIR fait également remarquer que la présence d'un interprète lui a permis de raccourcir l'interaction et de l'élargir à des aspects supplémentaires qu'il n'avait pas prévu d'aborder.

Exemple 3 : « 15 minutes » (médecin interne ZIR)

ZIR : Oui, ça s'est bien passé. On peut poser des questions, donner des informations et réfléchir à la manière de poursuivre le traitement. C'était important.

Interviewer : L'entretien portait sur ... ?

ZIR : C'était un entretien d'information sur la bronchoscopie. Et puis j'en ai profité pour enchaîner sur la TDM.

Interviewer : Donc, il y a eu beaucoup de travail pour l'interprète ?

ZIR : Oui, mais l'entretien n'a pas duré longtemps. En 15 minutes, nous avons tout passé en revue.

Dans cet exemple, le médecin vante le gain d'efficacité et de rapidité qu'a permis le recrutement d'un interprète. En revanche, il ne tient pas compte du fait que deux interactions en 15 minutes ne sont guère suffisantes pour répondre de manière adéquate aux obligations d'informations. Dans ce cas, l'intervention d'un interprète a pour effet paradoxal de baisser la qualité de la communication car les normes habituelles d'une interaction médicale ne sont pas toutes respectées. L'urologue BRE décrit de manière similaire sa façon de travailler avec des employés de l'hôpital qui s'improvisent interprètes.

Exemple 4 « Course contre la montre » (urologue BRE)

Il faut tout faire en temps limité et avec des ressources limitées. Alors on se met d'accord : « On se retrouve ici et on voit rapidement la situation. Puis, on ne peut organiser un prochain rendez-vous que quand l'interprète est libre. »

Le travail dans l'urgence et le manque de disponibilité des interprètes sont des points évoqués par tous les participants à l'enquête. Les conséquences qui en découlent affectent non seulement l'organisation pratique, mais également la manière dont on communique. Dans l'exemple 5, le médecin interne KUN expose la manière dont il communique habituellement à ses patients un mauvais résultat d'examen, par exemple, la manière dont il annonce à un patient qu'il a une tumeur, et comment il adapte sa démarche quand il travaille avec un interprète.

Exemple 5 : « Mauvaise surprise » (médecin interne KUN)

Bon, on y va en douceur. On commence dès les premières interactions. On fait des allusions. Pendant la visite, on annonce qu'on a fait une bronchoscopie et qu'on a trouvé quelque chose qui ne devrait pas se trouver là où c'est actuellement. On dit qu'on a pris des échantillons, vous voyez un peu ? Et puis, on dit qu'il se peut que les résultats soient mauvais. Autrement dit : on commence à préparer le patient à la mauvaise nouvelle. (...) Et quand je n'ai pas la possibilité de parler avant avec le patient et que je ne peux communiquer avec lui que par l'intermédiaire d'un interprète, c'est souvent une très mauvaise surprise pour le patient, un coup violent. (...) Si je n'ai que cette seule interaction avec les patients, ils arrêtent totalement de communiquer avec moi et se renferment complètement.

Cet exemple montre que le médecin interne a développé une stratégie pour informer son patient d'une mauvaise nouvelle. Toutefois, quand il travaille avec un interprète, il ne peut plus l'appliquer en raison de la faible disponibilité de l'interprète. Au lieu de préparer doucement le patient à la mauvaise nouvelle, il doit la lui annoncer directement – ce qui a des conséquences néfastes sur les rapports entre le médecin et le patient et sur l'état psychique de ce dernier. Ce résultat ne doit pas

être attribué à l'interprétation en tant que telle, mais à la façon dont on l'emploie. Les différents acteurs – les médecins, les interprètes improvisés, les patients – ne sont guère en mesure de changer ces circonstances.

5. Conclusions

Dans cet article, nous avons exposé les manières plus fréquentes de communiquer avec les patients disposant d'une faible maîtrise de la langue allemande dans un hôpital allemand et les conséquences qui en découlent pour la communication entre le médecin et le patient. En prenant en compte les conditions démographiques, juridiques et politiques, nous avons mis en évidence un régime linguistique qui suppose l'emploi de l'allemand et qui ne permet l'usage d'une autre langue que de manière ponctuelle, bien que le besoin de recourir à cette autre langue soit évident. Les attentes des médecins et du personnel médical quant à ce que doivent faire les interprètes sont fortes, pourtant aucune mesure n'est prise pour assurer la qualité de l'interprétation. La culture traductionnelle prédominante dans les hôpitaux allemands est l'expression d'un régime linguistique monolingue centré sur l'allemand, et par conséquent dénué de toute réflexion. Elle sous-estime les particularités et les exigences de la communication interprétée et ne reflète pas l'impact produit par le manque d'un recours systématique aux interprètes. Pourtant, cet impact n'est pas négligeable et compromet le fonctionnement interne ainsi que la qualité de fond des interactions entre le médecin et le patient.

En outre, nos observations nous amènent à critiquer le concept du « multilinguisme inclusif » développé par Backus et *al.* 2013. Le concept dénonce à juste titre la politique européenne qui favorise l'apprentissage de deux langues étrangères. Cette critique s'oppose à la hiérarchisation des langues qui se concentre sur les langues nationales telles que l'allemand, l'anglais, le français ou l'espagnol et néglige les langues régionales et minoritaires. Mais plus important encore, elle maintient que l'apprentissage des langues seul ne suffit pas pour permettre le multilinguisme au niveau européen, car la compétence linguistique « additive » visée, ne correspond pas aux pratiques multilingues existantes en Europe (id. 184f). En guise de contreproposition, les auteurs du concept rappellent les cinq modes de la communication (*lingua franca*, langues régionales, *lingua receptiva*, *code-switching* et interprétation ou traduction), qui permettront de mieux réussir la communication au niveau européen. Quant aux interprètes *ad hoc*, il est dit qu'à l'heure actuelle, la recherche montre que les « lay interpreters can in fact achieve successful understanding in these situations, despite sometimes limited linguistic resources. » (Backus et *al.* 2013 : 203). Plus loin (*ibid.*), on lit :

In everyday situations people are often satisfied with much less than an exact rendering. In many cases, if you want to know what a phrase or text written in a foreign language means, just getting an idea of the gist is enough, and for expressing an idea in another language, it may suffice to just string words together in the form of a simple literal word-for-word translation.

Ce regard sur la communication multilingue est certainement pertinent dans de nombreuses situations, toutefois, dans un contexte institutionnel, il défavorise les personnes à faible maîtrise de la langue dominante incapables de participer à la communication au même titre que les autres, en raison de leur faible compétence traductionnelle.

Dans un contexte institutionnel, le multilinguisme inclusif ne peut donc pas se contenter de promouvoir une action traductionnelle sous une forme quelconque sans considérer les exigences spécifiques pour chacun des acteurs impliqués et les conséquences pour le fonctionnement interne. La recherche sur l'interprétation dans les hôpitaux dresse un tableau très hétérogène des exigences imposées par des situations de communication spécifiques. Cela signifie que des débats idéologiques et des modifications du fonctionnement interne s'imposent avant même de pouvoir puiser dans le potentiel d'un multilinguisme social. Sans intervention politique et sans projet concret, il est impossible de surmonter les régimes linguistiques existants et d'établir des cultures traductionnelles qui fonctionnent.

Bibliographie

- Ahamer, V. (2013), Unsichtbare Spracharbeit: jugendliche Migranten als Laiendolmetscher: Integration durch « Community Interpreting ». Transcript.
- Ahlzweig, C. (1994), *Muttersprache – Vaterland. Die deutsche Nation und ihre Sprache*, Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Backus, A., Gorter, D., Knapp, K., Schjerve-Rindler, R., & Swanenberg, A.P.C. (2013), « Inclusive Multilingualism: Concept, Modes and Implications », *European Journal of Applied Linguistics*; 1 (2), p. 179–215.
- Blommaert, J., Collins, J. & Slembrouck, S. (2005), « Spaces of multilingualism », *Language & Communication*, 25 (3), p. 197-216.
- Bührig, K. & Meyer, B. (2004), « Ad hoc interpreting and achievement of communicative purposes in briefings for informed consent », dans J. House & J. Rehbein (éds), *Multilingual communication*, Amsterdam, Benjamins (p. 43-62).

- Bührig, K. & Meyer, B. (2013), « Transfer is not a one-way street. Insights on Ad-hoc interpreting in German hospitals », dans K. Bührig & B. Meyer (éds), *Transferring linguistic know-how into institutional practice*, Hamburg Studies in Multilingualism (coll.), 15, Amsterdam, Benjamins (p. 137-150).
- Busch, B. (2013), *Mehrsprachigkeit*, UTB, Facultas, Wien.
- Clifford, A. (2005), « Healthcare Interpreting and Informed Consent: What is the Interpreter's Role in Treatment Decision-Making? », *TTR: traduction, terminologie, rédaction* 18.2, p. 225-247.
- Coulmas, F. (2005), « Changing language regimes in globalizing environments », *International Journal of the Sociology of Language*, 175 (176), p. 3-15.
- Ehlich, K. & Krumm, H.-J. (2004), « Sprachenpolitik », *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache*, 30, p. 131-134.
- Elderkin-Thompson, Virginia, Roxane Cohen Silver, and Howard Waitzkin (2001), « When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting », *Social science & medicine* 52.9, p. 1343-1358.
- Extra, G. & Gorter, D. (2004), « Linguistic and ethnic minorities », dans U. Ammon, N. Dittmar, K. J. Mattheier, & P. Trudgill (eds), *Soziolinguistik/Sociolinguistics. An International Handbook of the Science of Language and Society / Ein internationales Handbuch zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft*, vol. 3, 2^e éd., Berlin/New York, Mouton de Gruyter (p. 1506-1521).
- Flores, G. (2006), « Language barriers to health care in the United States », *New England Journal of Medicine*, 355 (3), p. 229-231.
- Gunnarsson, B. L. (2013), *Multilingualism in the Workplace. Annual Review of Applied Linguistics*, 33, p. 162-189.
- Haug, S. (2008), *Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland*, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Working Paper 14.
- Hudelson, P. & Vilpert, S. (2009), « Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices », *BMC health services research*, 9 (1), p. 187.

- Ille, K. & Neuhold, P. (2013), « Monolinguales Sprachenregime vor multilingualer Belegschaft. Aktuelle Aspekte der Mehrsprachigkeit und Sicherheitskommunikation auf österreichischen Baustellen », dans B. Haider (Hg.) *Baustelle Mehrsprachigkeit. Herausforderung für Institutionen und Unternehmen*. Edition Volkshochschule: Wien, (p. 137-158)
- Johnen, T. & Meyer, B. (2007). « Between connectivity and modality: reported speech in interpreter-mediated doctor-patient communication », dans J. Rehbein, C. Hohenstein, & L. Pietsch (eds), *Connectivity in Grammar and Discourse*. Amsterdam: Benjamins, (p. 395-417).
- Kaplan, R. B. & Baldauf, R.B. (1997), *Language planning from practice to theory*, Clevedon, Multilingual Matters Ltd.
- Mar-Molinero, C., & Stevenson, P. (2006), *Language ideologies, policies and practices: Language and the future of Europe*, Palgrave Macmillan.
- Meeuwesen, L., Twilt, S., ten Thije, J. D. & Harmsen, H. (2010), « ‘Ne diyor?’ (What does she say?): Informal interpreting in general practice », *Patient education and counseling* 81 (2), p. 198-203.
- Meyer, B., Apfelbaum, B., Bischoff, A. & Pöchlhacker, F. (2003): « Analyzing interpreted doctor-patient communication from the perspectives of linguistics, interpreting studies and health sciences », dans L. Brunette, G. L. Bastin, I. Hemlin & H. Clarke (eds), *The Critical Link III*, Amsterdam, Benjamins (p. 67-79).
- Meyer, B. (2004), *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Arzt-Patienten-Kommunikation im mehrsprachigen Krankenhaus*, Mehrsprachigkeit (coll.), 13, Münster, Waxmann.
- (2008), *Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial. Expertise für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*, Nürnberg.
- (2011), « Herkunftssprachen als kommunikative Ressource? », dans L. M. Eichinger, A. Plewnia & M. Steinle (éds), *Sprache und Integration. Über Mehrsprachigkeit und Integration*, Tübingen, Narr, p. 189-214.
- Meyer, B., Kliche, O., & Pawlack, B. (2010), *Family interpreters in hospitals: good reasons for bad practice?* In R. Antonini (ed.) *Child Language Brokering – Special issue of Mediazioni*, Rivista online di studi interdisciplinare su lingue e culture.

- Moyer, M. G. (2011), « What multilingualism? Agency and unintended consequences of multilingual practices in a Barcelona health clinic », *Journal of Pragmatics* 43 (5), p. 1209-1221.
- Pöchhacker, F. (2000), *Dolmetschen: konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen, Stauffenburg.
- Pries, L. (2008), *Die Transnationalisierung der sozialen Welt: Sozialräume jenseits von Nationalgesellschaften*, Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Prunč, E. (1997), « Translationskultur (Versuch einer konstruktiven Kritik des translatorischen Handelns) », *TEXTconTEXT*, 11=NF 1 (2), p. 99-127.
- (2008), « Zur Konstruktion von Translationskulturen », dans L. Schippel. (ed.), *Translationskultur— ein innovatives und produktives Konzept*, Berlin, Frank & Timme (p. 19-42).
- Rehbein, J. (2013), « The future of multilingualism – towards a HELIX of societal multilingualism under global auspices », dans K. Bührig & B. Meyer (éds), *Transferring Linguistic Know-how into Institutional Practice*. Hamburg Studies in Multilingualism (coll.), 15, Amsterdam, Benjamins (p. 43-80).
- Spolsky, B. (2004), *Language Policy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Vertovec, S. (2006), « The Emergence of Super-Diversity in Britain. Centre on Migration, Policy and Society », dans *Working Paper* 25, Oxford University.