

Santé mentale
& précarité

les CAHIERS de RHIZOME

#55

Février 2015



L'interprétariat
en santé mentale

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Christian LAVAL

ASSISTANTE DE RÉDACTION

Mathilde GALLAT

COMITÉ DE RÉDACTION

Guy ARDIET,

psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)

Nicolas CHAMBON,

sociologue, responsable
de la recherche,
ORSPERE-SAMDARRA (Lyon)

François CHOBEAUX,

responsable des secteurs social
et jeunesse des CEMEA, sociologue
(Paris)

Philippe DAVEZIES,

enseignant-chercheur
en médecine du travail
(Univ. Lyon 1)

Bernard ELGHOZI,

médecin, président de Créteil
Solidarités (Créteil)

Laurent EL GHOZI,

chirurgien, président de Elus, Santé
Publique et Territoires (Nanterre)

Pascale ESTECAHANDY,

médecin, DIHAL (Paris)

Benoît EYRAUD,

sociologue
(Univ. Lyon 2)

Jean FURTOS,

psychiatre (Lyon)

Carole GERBAUD,

responsable associatif
(Bourg-en-Bresse)

Sandra GUIGUENO,

psychiatre (Rouen)

Antoine LAZARUS,

président de l'OIP et professeur
de santé publique
(Univ. Paris XIII)

Édouard LEAUNE,

psychiatre (Lyon)

Philippe LE FERRAND,

psychiatre (Rennes)

Gwen LE GOFF,

directrice adjointe
ORSPERE-SAMDARRA (Lyon)

Jean-Michel LE MARCHAND,

psychiatre (Marseille)

Jean-Pierre MARTIN,

psychiatre
(Ste-Anne, Paris)

Alain MERCUEL,

psychiatre
(Ste-Anne, Paris)

Éric MESSENS,

directeur de la LBFSM
(Bruxelles)

Pierre MORCELLET,

psychiatre (Marseille)

Christian MULLER,

président de la Conférence
des Présidents de CME de CHS
(Lille)

Olivier QUEROUIL,

ex-conseiller technique fonds CMU
(Paris)

Bertrand RAVON,

professeur de sociologie
(Univ. Lyon 2)

Pauline RHENTER,

politologue (Lille)

Étienne RIGAL,

magistrat (Lyon)

Aurélien TINLAND,

médecin de santé publique
et psychiatre (Marseille)

Nadia TOUHAMI,

aumônier des hôpitaux (Marseille)

Nicolas VELUT,

psychiatre (Toulouse)

Benjamin WEIL,

psychiatre (Lille)

Halima ZEROUG-VIAL,

psychiatre, directrice ORSPERE-
SAMDARRA (Lyon)

CONTACT RÉDACTION

ORSPERE-SAMDARRA

CH Le Vinatier
95 bd Pinel
69678 Bron Cedex
Tél.: 04 37 91 53 90

Orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

CRÉATION & RÉALISATION

Médiacité

L'illustration de couverture, « Les petites
têtes bleues », a été aimablement mise à
disposition par Pascal NIOT, dans le cadre
de l'atelier peinture du Centre Hospitalier
Le Vinatier, animé par Jacques Chananeille.

ABONNEMENT

La revue Rhizome est publiée
gratuitement avec le soutien
de la DGS et la DGCS.

Vous pouvez vous abonner à la version
numérique ou papier sur le site
de l'ORSPERE-SAMDARRA :

www.orspere.fr

les CAHIERS de RHIZOME

Rhizome est une revue trimestrielle éditée par l'Orspere-Samdarra, Observatoire Santé Mentale, Vulnérabilité et Sociétés, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Bâtir les Cahiers de Rhizome dans le cadre des missions de l'observatoire nous est apparu au fil des années, comme une nécessité. Ces Cahiers accueillent, une fois l'an, dans un format élargi, une thématique spécifique envisagée selon une approche pluridisciplinaire, autour de recherches effectuées dans le cadre de l'Observatoire. Souhaitant lancer des ponts entre la communauté scientifique et les praticiens, nous souhaitons avec ce support approfondir la réflexion théorique et pratique sur les liens complexes entre santé mentale et précarité. Chaque Cahier, en continuité avec les trois autres Rhizome annuels, est conçu comme un outil de recherche et de connaissance mais aussi comme une contribution au débat collectif. Il comprend une investigation du contexte social, politique et juridique, des présentations réflexives sur des pratiques cliniques ou sociales dans leur rapport avec les théories de référence dans chacun des champs mais aussi avec la politique et ses enjeux démocratiques. Il s'agit, en construisant un espace critique pensé à partir de la pratique, de permettre au lecteur d'être dans une position de réajustement permanent entre les exigences éthiques et l'évolution des pratiques. Enfin, notre projet éditorial vise à discuter des productions pratiques de santé mentale qui impliquent plus largement la communauté des citoyens.

SOMMAIRE

5

PRENDRE LANGUE

Christian Laval
Halima Zeroug-Vial

9

LE RECOURS À L'INTERPRÈTE EN SANTÉ MENTALE : ENJEUX ET PROBLÈMES

Arnaud Béal
Nicolas Chambon

20

L'INTERPRÉTARIAT EN SANTÉ MENTALE À MONTRÉAL

Camille Brisset
Yvan Leanza

28

RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT DANS LES SERVICES PUBLICS DE PSYCHIATRIE DE SEINE-MARITIME

Carole Lebrun
Sandra Guigueno

38

L'INTERPRÉTARIAT EN PSYCHIATRIE : COMPLEXITÉ, INCONFORT ET CRÉATIVITÉ

Claire Mestre

48

DE L'INTERPRÉTARIAT À LA MÉDIATION EN SANTÉ MENTALE : L'EXPÉRIENCE DU CENTRE FRANÇOISE MINKOWSKA

Marie-Jo Bourdin
Stéphanie Larchanché

55

LA RELATION THÉRAPEUTIQUE À L'ÉPREUVE DE LA LANGUE

Jessica Ozenne

61

LE RIRE DE L'INTERPRÈTE

Laure Wolmark
Aude Nguyen
Marie Cossart

70

D'UNE LANGUE À L'AUTRE

Vera Giacolome
Adaluz Duque
Irina Richemond
Hélène Borie

76

UNE PRATIQUE AVEC UN INTERPRÈTE CO-INTERVENANT : DE L'ÊTRE EN GROUPE À PENSER LE GROUPE

Gaëlle Bouquin-Sagot
Mélanie Maurin

86

L'INTERPRÈTE : UN INTERVENANT EN SANTÉ MENTALE ?

Nicolas Chambon
Natacha Carbonel

PRENDRE LANGUE

Au premier abord, le thème de l'interprétariat peut apparaître mineur dans la hiérarchie des questions académiquement traitées en santé mentale. Pourtant, sur le terrain, il est devenu un sujet d'actualité. Les services d'accueil et de soins voient arriver dans leurs locaux de plus en plus de primo-arrivants non francophones. Au même moment, les restrictions budgétaires ont des conséquences sur l'accompagnement social et notamment sur la possibilité d'apprendre le Français dans les Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA). Ainsi des personnes aujourd'hui en Centre Provisoire d'Hébergement (CPH), donc réfugiés statutaires, ne parlent pas français et doivent du coup recourir à l'interprétariat. De nombreuses associations ou institutions de soins sont en difficulté pour financer l'activité d'interprétariat d'autant plus que le coût horaire est relativement élevé.

Au-delà de cette actualité de l'augmentation des flux et du manque de moyens alloués, une investigation plus poussée met en évidence la richesse et la complexité des questions posées. Dans ce numéro des Cahiers de Rhizome, il nous est apparu important de prendre pour thème l'interprète en tant que tel, alors que cet acteur est habituellement invisibilisé et alors que ses prérogatives apparaissent souvent floues et controversées. Autour d'une étude multidisciplinaire menée par l'équipe de l'Orspere-Samdarra depuis décembre 2013, diverses contributions pourraient faire rapidement changer d'avis ceux qui aborderaient le sujet comme une question périphérique.

Chemin faisant, nous nous apercevons que ce choix d'enquête soulève des questions cardinales à différents niveaux de réalité : sur le rapport que notre société entretient avec l'étranger, sur les limites actuelles de notre offre sanitaire, sur l'obligation d'ouvrir la relation clinique à la tiercéité, sur la tendance forte à l'extension de nouvelles figures professionnelles de médiation entre humains mais aussi sur les types de compétences qu'il faudrait attacher à ces nouvelles activités. Sur le mode interrogatif, permettez-nous un tour d'horizon du problème !

DES FAITS ET DES VALEURS ?

L'intérêt ou non porté à l'interprétariat est un bon thermomètre concernant la volonté d'accueil et la place faite aux étrangers dans un contexte national crispé sur la question des migrants depuis plus de trois décennies. Dit autrement, le fait de l'augmentation de demande d'asile d'étrangers non francophones se heurte à des conflits de valeurs (ouverture *versus* fermeture à l'étranger) qui travaillent au corps la société française. Il faudrait aussi évoquer l'universalisme à la française qui historiquement fait peu de place aux langues dites étrangères. Faire une place à l'autre, n'est-ce pas d'abord vouloir le comprendre et donc se donner les moyens de traduire sa langue ? En ce sens, promouvoir un service public d'interprétariat ou laisser faire les initiatives privées lucratives ou bénévoles peut et doit aussi être compris comme un choix de société autant que technique.

DU NON-RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT AU NON-RECOURS AUX SOINS ?

La saisie d'un service d'interprétariat par les professionnels du champ médico-social ne relève pas d'un réflexe habituel ; l'inégale répartition de l'offre au niveau des territoires mais aussi l'inégale demande d'interprétariat par les professionnels (dont témoignent de nombreux articles de ce cahier) font que l'utilisation d'un interprète dans le domaine médico-social et plus particulièrement dans celui de la santé mentale peut être lue à travers la problématique récurrente depuis les années 1990, du non-recours aux droits sociaux et aux services de soins. Un cran au-dessus, selon une perspective de santé publique, ce non-recours pose à terme une problématique d'inégalité sociale de santé. L'absence d'interprétariat pourrait être définie comme un indicateur objectif pertinent anticipant des troubles de santé mentale en situation de grande précarité.

PASSAGES : TRADUCTEUR ? INTERPRÈTE ? MÉDIATEUR ?

Tous les articles sans exception posent la figure de l'interprète comme une figure complexe à définir autant conceptuellement que pratiquement. Tous notent avec force que l'interprète n'est pas une machine à traduire. Cette reconnaissance une fois actée, s'ouvre d'emblée une discussion parfois controversée sur ses compétences, son cadre de travail, sa collaboration et sa co-élaboration avec les professionnels du soin psychique. Notons ici que cette discussion sur ce que fait ou devrait faire un interprète est ordinairement parlée (et ici écrite) par les autres professionnels. La manière dont il conçoit lui-même son intervention est peu décrite dans ces cahiers. On doit le déplorer mais cette absence de prise de parole directe par les intéressés dénote aussi la force de dérangement que leur présence induit dans les métiers psy. Si on suit le « discours sur » des professionnels, apparaît alors une discussion dont les arguments sont parfois difficiles à cerner tant ils s'ancrent dans des conceptions de soins implicites quant au rapport entretenu entre la pratique thérapeutique et le fait culturel. La recherche menée par nos collègues de l'Orspere permet d'y voir plus clair. Citons-les : *« Nous avons été surpris de découvrir que la distinction théorique entre l'interprète et le médiateur culturel, avait une résonance particulière sur le terrain »* Dont acte ! Mais alors si l'interprète est un passeur de langue et donc de culture est-il aussi un médiateur de santé ? Cette référence au travail de médiation est en effet largement mobilisée dans les différents articles de ce numéro même si elle n'est pas définie de la même manière selon les *backgrounds* conceptuels (de l'ethnopsychiatrie à l'anthropologie culturelle). Historiquement, rappelons ici, car aucun des articles n'y fait référence, que l'émergence de pratiques dite de médiation dans les politiques publiques se situe en dehors du champ de la santé. Elles ont été expérimentées dans le cadre de la Politique de la Ville dès les années 1980. Les figures de la médiation de l'époque (femmes-relais ou grands-frères) se légitimaient d'un double savoir culturel et surtout expérientiel (venir d'ailleurs mais avoir l'expérience du quartier).

Pour autant, s'il est aussi un passeur de langue, de territoire et de culture, la problématique de l'interprète /médiateur en santé mentale est quelque peu différente : il « officie » dans un cadre annoncé comme thérapeutique. D'où la question de sa fonction tierce dans le déploiement de toute activité clinique. Si l'interprète est devenu – que les soignants s'en félicitent ou non - un co-intervenant (selon le terme employé par l'équipe d'Osiris), doit-il être hissé à la hauteur d'un co-thérapeute ? Si non, selon quels arguments et si oui à quelle condition ?

QUI DIT PROFESSION DIT FORMATION

L'extension du domaine de la médiation professionnalisée est un fait attesté. Elle interroge sur la marchandisation en cours des relations humaines. D'où un dernier front de controverse récurrent à propos des interprètes. Doit-on les professionnaliser ? Là encore la réponse à cette question est discutée dans différents articles. Ce qui fait consensus, c'est le fait que les interprètes doivent bénéficier d'une formation spécifique attachée à ce type d'intervention (qu'ils soient d'ailleurs professionnels ou bénévoles); formation où devraient être abordés à minima l'organisation des soins de santé mentale, une meilleure connaissance des troubles mentaux, une appréhension problématisée des enjeux sociaux et politiques liés aux processus migratoires. Il faudrait également, comme l'a introduit l'Orspere dans son offre de formation sur le sujet, un apport de la linguistique qui amène une réflexion fine sur la palette infinie du sens des mots afin d'éviter le *traduttore/tradittore* ou tout le moins de penser la figure somme toute ordinaire de l'intraduisible.

Nous vous invitons donc à prendre langue, dans ces Cahiers, avec une activité décidément complexe mais devenue au fil du temps, indispensable.

Arnaud Béal*Psychologue chargé d'études, Orspere-Samdarra,
Groupe de Recherche en Psychologie Sociale,
Université Lyon 2***Nicolas Chambon***Sociologue, Orspere-Samdarra,
Centre Max Weber
Université Lyon 2*

LE RECOURS À L'INTERPRÈTE EN SANTÉ MENTALE : ENJEUX ET PROBLÈMES

Cet article présente les enseignements d'une enquête de terrain menée par une équipe de recherche pluridisciplinaire de l'Orspere-Samdarra auprès de soignants en santé mentale, d'interprètes et des migrants ayant fait l'expérience d'être soignés en présence d'un interprète. Nous focaliserons notre attention sur les analyses d'entretiens de recherche effectuées avec des professionnels du soin en santé mentale portant sur leurs rapports expérientiels et représentationnels à l'interprétariat dans leurs pratiques professionnelles. D'une part, un regard psychosocial s'intéressera particulièrement aux représentations construites à propos du recours aux interprètes de la part des soignants. D'autre part, à partir d'une lecture pragmatiste, nous interrogerons ce qui fait épreuve dans le recours à l'interprétariat professionnel.

Les recherches menées en sciences humaines et sociales sur l'interprétariat n'ont trouvé, jusqu'à présent, que très peu d'écho en France, mises à part quelques recherches récentes (Schwarzinger, 2012 ; Ticca & Traverso, 2015). A contrario, les chercheurs anglo-saxons¹ ont largement investi cet objet d'étude s'intéressant (pour une revue de la littérature cf. Brisset et al., 2012) aux attentes quant aux rôles de l'interprète, aux difficultés de la pratique de soin avec ce tiers², ainsi qu'aux caractéristiques spécifiques de la communication dans cette situation (Ticca & Traverso, 2015). Aussi, si certaines recherches ont montré que la présence d'un interprète professionnel augmentait la qualité du soin de personnes allophones (Karliner et al., 2007 ; Bauer & Alegria, 2010.), l'efficacité du soin avec interprète fait quelque peu polémique (Schwarzinger, op. cit).

¹ Ainsi que la Belgique et la Suisse pour les pays francophones.

² Relatives aux enjeux de pouvoir, de contrôle et de confiance.

Le recours à l'interprète et l'accès au soin

S'il est difficile de quantifier l'efficacité du recours aux interprètes, certaines recherches, notamment nord-américaines, ont néanmoins souligné que la non-maîtrise et/ou le non-partage de la langue peut amener au moins à des « effets de filtre », mais plus problématiquement aussi à des erreurs de diagnostic et de trai-

3 Développés dans le recours aux services sociaux.

4 Il l'est par exemple dans la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005, promouvant « un accueil de qualité des personnes immigrées », impliquant des prestations d'interprétariat à chacune des étapes de cet accueil (Rémy Enfrun, préfet délégué pour l'Égalité des chances, s'exprimant lors du colloque organisé le 21 novembre 2006 par l'ISM Corum, L'interprétariat en milieu social : instrument d'une politique publique de non discrimination ?)

5 Le VIH-Sida, la tuberculose et l'hépatite. Historiquement, la nécessité du recours aux interprètes professionnels s'est imposée en France dans la prise en charge de patients allophones atteints de maladies infectieuses, notamment l'infection à VIH/SIDA et la tuberculose (Schwarzinger, op. cit.).

6 Aussi, des conventions ont parfois été signées par les lieux de soin s'engageant à rendre possible le recours à des interprètes professionnels.

7 CMU, CMUC, ACS, AME, etc.

8 Liste de personnels bilingues interne à l'établissement de soin mais non formés à l'interprétariat.

tement (Mader, 2000). Ainsi, les écarts linguistiques apparaissent comme l'une des causes majeures des inégalités de santé (Brisset *et al.*, op. cit.), la langue étant identifiée à un facteur freinant l'accès aux soins selon des travaux sur l'accès aux droits des migrants³ (Stanojevitch 2007 ; Hoyez 2012). De ce point de vue, le recours à un interprète permettant la compréhension mutuelle dans la prise en charge médico-sociale des publics allophones apparaît, *a priori*, nécessaire pour permettre le recours aux soins et réduire ces inégalités de santé.

Si cette nécessité semble exister dans le *droit à la santé* tel qu'il est édicté dans les directives politiques – à l'échelle internationale, nationale et locale⁴ – notamment dans ses grands principes, un décalage apparaît quand il est question de l'effectivité de l'accès aux soins pour les populations migrantes (Hoyez, op. cit.), rendu plus ou moins facile par le recours à l'aide d'un interprète afin de pouvoir exprimer ses problèmes, ses souffrances, ses besoins, etc., dans sa langue maternelle ou d'usage. En effet, le droit à bénéficier de cette aide n'est pas contraignant, excepté pour quelques pathologies⁵. Néanmoins, l'accès à un interprète dans le cadre du soin constitue un droit en tant que possibilité pour les acteurs de lui ou les sujets de soin de recourir à des *dispositifs* qui ont été construits afin de pouvoir obtenir l'aide d'un interprète au sein des établissements de soin⁶.

L'accès et l'utilisation d'un interprète dans le domaine médico-social et plus particulièrement dans celui de la santé mentale peut donc être lu à travers la problématique émergente, notamment depuis les années 1990, du *non-recours aux droits sociaux et aux services* (Warin, 2010 ; Chauveaud *et al.*, 2012) et plus spécifiquement du non-recours aux droits sociaux permettant de se faire soigner⁷ (Berrat, 2008 ; Leduc, 2008 ; Revil, 2014) et aux soins en tant que tels, devenus des enjeux de santé publique (Rode, 2009, 2010). Quelles sont les manières d'expliquer le non-recours à l'interprétariat du point de vue des soignants ?

Quelques raisons du non-recours aux interprètes

La méconnaissance des dispositifs

D'abord, nous pouvons questionner la *connaissance* qu'ont les soignants des dispositifs permettant de recourir aux interprètes professionnels extérieurs aux établissements⁸ de soin, mais aussi aux dispositifs internes aux établissements. Le manque de connaissance des possibilités institutionnelles pour recourir à un interprète a été émis par certains soignants psychiatres interrogés qui nous disent, par exemple, ne pas connaître le dispositif interne de leur établissement de soin quand on leur en parle, pointant un manque de communication institutionnelle. Par ailleurs, la connaissance des possibilités pour faire financer le recours aux interprètes apparaît aussi comme problématique. Les demandes de budgets spécifiques à l'interprétariat constituent pourtant l'enjeu principal de la possibilité du recours aux interprètes professionnels.

Les difficultés pour recourir

Une autre explication du non-recours aux interprètes apparaît comme plus conflictuelle car marquée par la *non-réception* du droit à l'interprétariat. Dans ce cas de

figure, la possibilité de recourir est connue par les acteurs et/ou les institutions de santé, une démarche est effectuée, ou une volonté de recourir est émise, mais le droit n'est pas reçu ou pas tout de suite⁹. Ici, des facteurs institutionnels rendent impossible, difficile ou complexe le recours. Le manque de financement est pointé comme l'un des facteurs principaux de cette non-réception. Les pouvoirs publics sont alors rendus responsables de ne pas suffisamment permettre financièrement le recours aux interprètes. Au-delà de la « pénurie budgétaire » évoquée par un certain nombre de soignants interviewés, émerge aussi le risque de voir les budgets encore se réduire, y compris par ceux exerçant à l'hôpital public, avec des conséquences directes sur l'accès au soin des publics allophones. Par ailleurs, certains acteurs de santé mentale rappellent que le coût de l'interprétariat doit être « pensé en amont » de la construction des projets d'établissement.

Au-delà de la question du coût, la non-réception du droit à l'interprète peut encore être expliquée par la complexité administrative des dispositifs et des démarches pour y avoir accès. Si certains soignants n'évoquent « pas de difficultés d'avoir un interprète » en lien avec la mise en place de recours automatisés au niveau institutionnel, pour d'autres soignants et/ou d'autres institutions de soin le recours est décrit et évalué comme une procédure complexe et longue, évoquant les difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir un interprète, soit au niveau de l'institution¹⁰ de soin dans laquelle ils exercent, soit au niveau des démarches à effectuer auprès des associations professionnelles d'interprétariat. Cette explication du non-recours peut laisser émerger un rapport relativement conflictuel avec l'institution ou avec le cadre légal et administratif qui codifie le recours aux interprètes.

Par ailleurs, la responsabilité de la non-réception peut trouver ses raisons dans l'offre d'interprétariat quantitativement trop faible sur un territoire, soit en terme d'interprètes disponibles par rapport à une demande chronique ou ponctuelle, soit en terme de variétés de langues (langues « rares »). Aussi, cette non-réception peut encore être expliquée par des manquements dans les comportements des interprètes professionnels eux-mêmes, une partie d'entre eux étant jugés négativement comme manquant de sérieux, de fiabilité, de professionnalisme, notamment concernant le respect des horaires d'entretien nécessaire à la bonne conduite du soin en santé mentale.

Une demande conditionnée

Le non-recours aux interprètes peut encore être expliqué par le choix d'activer ou non une *demande*, apparaissant davantage comme une attitude axiologique et/ou épistémologique vis-à-vis de ce droit à « bénéficier » d'un interprète pour se faire soigner. D'une part, la non-demande d'interprète peut être justifiée par les soignants par la référence à des valeurs éthiques auxquelles adhèrent les soignants et/ou les institutions. En effet, cette pratique professionnelle semble mettre en tension l'adhésion abstraite à des grands principes fondamentaux de justice sociale, notamment ceux relatifs à l'idée d'égalité de traitement des êtres humains. Dans les discours que nous avons recueillis, les professionnels construisent des conceptions des rapports sociaux et des représentations de la catégorie des « étrangers » en France, activant certains principes de justice et orientant les sujets quant à la

⁹ Non-recours « frictionnel » selon la typologie de la CNAF.

¹⁰ Comme c'est le cas dans certains services hospitaliers ou dans les dispositifs de soin spécialisés dans lesquels le recours est institué et ritualisé.

revendication ou à la remise en question du droit à l'interprétariat. Pour résumer, l'importance ou non que l'on donne à cette pratique de soin avec interprète peut ainsi être liée à la place que l'on fait ou que l'on veut faire aux étrangers en France. Ainsi, l'idée qu'une partie des migrants ne maîtrisant pas le français ait à recourir à un interprète pour accéder aux prestations sociales, aux services sociaux et sanitaires, apparaît comme polémique pour les soignants en santé mentale que nous avons interviewés, en lien avec le coût financier que cela représente. L'interprète apparaît comme le catalyseur de discours sur la justice sociale et notamment sur la « prise en charge » des étrangers par les pouvoirs publics français. Un psychologue nous a ainsi confié que « le non-recours à l'interprète, c'est l'arbre qui cache la forêt ». Dans une période où le public migrant précaire est quantitativement plus important dans les dispositifs destinés aux publics « précaires »¹¹ et pose problème dans les réponses à apporter à des situations complexes, le non-recours à l'interprète peut être une manière de ne pas prendre en charge ce public. Il semble aussi exister une crainte d'un possible « appel d'air » que pourrait créer un investissement financier et humain plus important pour le recours aux interprètes. Aussi, certains soignants émettent l'idée que les migrants nécessitant de se faire soigner à l'aide d'un interprète ne soient pas pris en charge par « l'hôpital de secteur », reléguant ainsi cette catégorie sociale, parfois définie à travers sa différence radicale, à travers le fait qu'elle ne soit « pas anodine », dans des structures de soins spécialisés. Certains soignants optent ainsi pour une solution ostraciste de ces demandes de soins perçues comme étranges, non-familiales, appelant au développement d'une médecine spécifique pour les migrants, voire d'une médecine « humanitaire », loin de l'idéal universaliste du droit et du système de soin français.

Parallèlement, la non-demande peut être expliquée par le non-besoin ou le *désintérêt* d'un point de vue professionnel. En effet, quelques soignants en santé mentale interviewés évoquent l'idée qu'ils puissent se passer de la communication orale et du langage pour communiquer et soigner les patients allophones. Ils évoquent notamment d'autres manières de communiquer, à un niveau « infraverbal »¹². Ces soignants comparent alors les thérapies mises en place à celles qui sont utilisées avec des catégories de patients présentant des handicaps communicationnels¹³, non sans conséquences sur l'identité sociale délégitimante qu'ils construisent et projettent potentiellement sur les patients allophones qu'ils soignent ainsi. On observe ici une volonté d'affronter l'impossibilité de communiquer avec l'autre par l'utilisation de connaissances et de pratiques de soin autres, spécifiques. Les soins aux patients allophones sans interprètes peuvent aussi se construire dans la « débrouille », le bidouillage. L'outil informatique, l'utilisation de logiciels de traduction accessibles sur internet peuvent être des moyens de communiquer verbalement à *minima*.

Néanmoins, pour une majorité de soignants que nous avons interviewés, la communication orale et verbale semble être une nécessité dans leur pratique de soins. Comme le notent également Gajo et ses collaborateurs (2001, p. 167), dans le colloque soignant/soigné, notamment dans le domaine psychiatrique, la communication orale, la verbalisation, sont souhaitables, voire essentielles. C'est ce que nous réaffirment donc la plupart des soignants interviewés exerçant en santé men-

¹¹ On pense par exemple aux PASS ou aux EMPP.

¹² La communication se fait à travers d'autres médias (dessin par exemple), d'autres canaux de communication (le regard, les postures corporelles), etc.

¹³ Comme par exemple les autistes ou les enfants n'ayant pas encore acquis le langage.

tale, y compris pour ceux et celles qui ont pu également affirmer durant l'interview qu'ils arrivent à communiquer et à soigner « autrement » les patients allophones. Parce qu'« on est quand même bien embêté quand on n'a pas la parole », l'oralité, le langage, apparaissent comme un vecteur fondamental de communication et de soin. Ainsi, ce besoin largement identifié par les soignants nécessite de recourir à un interprète, à un tiers, permettant la co-compréhension. Pour autant, et c'est que nous allons voir maintenant, différents types d'interprétariats peuvent s'offrir aux soignants, types qui engagent diverses difficultés.

Une démarche « qualité »

Dans un contexte de forte augmentation de la demande d'asile (augmentation de 85% au niveau national entre 2007 et 2013¹⁴), de précarisation des migrants primo-arrivants, les lieux d'accueil à bas seuil d'exigence – on pense aux Pass – sont de plus en plus sollicités par des migrants précaires. De ce fait, le recours à l'interprétariat dans les hôpitaux est statistiquement de plus en plus important. À la Pass du Centre Hospitalier Le Vinatier, sur une patientèle de 850 personnes pour l'année 2013, toutes migrantes, c'est environ la moitié qui est allophone. La demande d'interprètes a été multipliée par 4 en l'espace de 3 ans dans le pôle qui héberge la Pass.

C'est donc dans ce contexte que le Centre Hospitalier du Vinatier et le Réseau Samdarra ont engagé une démarche qualité débouchant sur un « état des lieux »¹⁵ sur les types de recours à l'interprétariat et leurs raisons. Entre un interprétariat communautaire¹⁶, ou émanant de professionnels de l'hôpital, ou de professionnels interprètes extérieurs, c'est cette dernière modalité qui est préférée (taux de satisfaction de 71 %). Alors que dans les faits c'est le recours à un membre de la famille ou de la communauté qui est le plus utilisé. Autrement dit, le recours à l'interprétariat professionnel n'est pas apparu être la norme alors qu'il est majoritairement le plus satisfaisant pour les soignants. Pour ces derniers, ce qui est perçu comme problématique¹⁷ dans l'interprétariat communautaire, c'est surtout le manque de confidentialité et l'intrusion dans la vie privée du compatriote ou du membre de la famille.

Dans une démarche de réduction des coûts liés à l'interprétariat¹⁸, les hôpitaux se sont dotés d'une liste de professionnels soignants parlant une langue étrangère et prêts à être interpellés comme interprète. Si ces professionnels soignants sont sensibilisés au secret médical c'est la confusion des rôles qui apparaît comme problématique pour les acteurs interrogés. Les cliniciens qui ont eu recours à ce type d'interprétariat avaient souvent eu l'impression d'être jugés dans leur pratique clinique. Ainsi, nous avons constaté dans les entretiens une certaine réticence à recourir à ces professionnels qui ne sont pas des professionnels de la langue mais du soin. C'est donc l'interprétariat professionnel qui est préféré justement parce qu'il est professionnel (quand bien même certains soulignent l'extrême diversité des profils des interprètes), et qu'il permet possiblement de travailler avec un même interprète. Pour autant, le manque de connaissances sur le soin en santé mentale, notamment concernant le cadre de l'entretien en psychiatrie, est considéré aussi comme un point problématique.

14 Selon les données de l'OFPPRA

15 Évaluation du système d'interprétariat. Fiche démarche qualité FDQ-093, CH Le Vinatier

16 Que ce soit la famille ou un membre de la communauté. Notons que les professionnels nous ont souvent affirmés que certains étaient payés. Aucun migrant questionné sur ce point nous l'a confirmé.

17 D'ailleurs dans un CADA, nous avons rencontré un interprète qui nous avait confié connaître toute la vie des gens : Il aurait été enthousiaste à nous la partager !

18 Certaines structures imposent un forfait de deux heures. Nous avons pu consulter les factures pour deux hôpitaux psychiatriques : le coût est en moyenne de 85 euros par déplacement pour l'année 2013, incluant deux heures et les frais de déplacement des interprètes. Les dispositifs sanitaires situés en zone rurale paient donc souvent plus cher l'interprète professionnel « physique ».

Un paradoxe

Si l'interprétariat professionnel est préféré par le personnel de l'hôpital, il leur pose donc problème. La présence de l'interprète rend la prise en charge des patients plus complexe. Néanmoins, si $\frac{3}{4}$ des cliniciens qui avaient été interrogés lors de la démarche qualité affirment être en difficulté dans l'entretien avec interprète, seulement 19% d'entre eux ont affirmé avoir besoin de formation spécifique pour travailler avec interprète. Surtout, beaucoup d'entre eux ont suggéré le fait que les interprètes devaient être sensibilisés à la particularité de la psychiatrie. Ce paradoxe nous intéresse ! Autrement dit, s'il y a problème, c'est celui des interprètes et non celui des cliniciens...

Dans une démarche pragmatiste, nous nous interrogeons donc maintenant sur ce qui est de l'ordre de l'épreuve (Barthe et al, 2014) pour le clinicien alors qu'il fait un entretien clinique avec un migrant allophone et un interprète. Au-delà du droit à recourir ou non à l'interprète, il se pose l'effectivité du soin avec ce tiers. Ces types d'épreuves nous permettent de caractériser ce qui pose problème, dans une visée de le travailler avec les professionnels du champ de la santé mentale.

La clinique éprouvée : Un tiers qui déplace la relation thérapeutique

L'interprète vient déplacer la relation thérapeutique. Il la déprivatise. On passe d'une relation duale à une relation tripartite. Et pour certains cliniciens interrogés, cela confond le soin. Il peut participer à rendre la relation de soin étrange, non dans son contenu mais dans sa forme. L'incommunicabilité se situerait moins dans l'impossibilité de se faire comprendre et de comprendre ce que dit l'autre, que dans l'impossibilité de comprendre ce type de communication en tant que tel et de savoir comment construire du soin avec elle. Le soin qui nécessiterait d'éprouver ce que ressent l'autre, n'est par rendu possible par l'interprète : « On rentre pas dedans. Moi j'y arrive pas » nous dit par exemple un psychiatre. C'est là que les soignants peuvent exprimer un sentiment d'exclusion de l'échange et finalement une perte de pouvoir et de contrôle, s'inscrivant dans leurs prérogatives et leur identité professionnelles¹⁹. Voici ce que nous dit l'un d'entre eux : « La difficulté quand vous avez un interprète et un soignant c'est que vous devez interpréter les deux. Vous devez soigner les deux. C'est-à-dire je dois comprendre la psychè de l'interprète et je dois comprendre la psychè du patient. » Pour ce clinicien il doit soigner deux personnes. Pour d'autres, cela instaure une dynamique groupale. Un psychiatre nous dit « 2 ce n'est pas le groupe. 3 ça l'est : l'interprète fait groupe (...) l'interprète prête son inconscient ». Mais qu'attend le clinicien de ce tiers ? Que doit-il faire ? Cet échange avec un psychiatre est à ce titre intéressant :

Psychiatre : C'est pas parce que... Parce qu'il y a un soignant que c'est un tiers soignant.

Sociologue : Il faut le réduire, il faut le réduire à quoi ?

P : C'est pas parce que c'est un soignant que c'est un tiers soignant.

¹⁹ Le soignant semble percevoir la présence d'un tiers comme une menace de désordre s'immisçant dans sa pratique. Cela éveille auprès du soignant en psychiatrie des craintes directement liées à la perte de contrôle de son rôle et au partage de l'exclusivité de son savoir (Gajo et al., 2001, p. 170).

S: Oui, mais pour vous il faudrait que ça soit quoi ?

*P: Ah mais je sais pas ce qu'il faudrait que ça soit.
Pour moi il faudrait que ce soit un interprète.*

S: D'accord. Donc qu'il soit... Donc la qualité professionnelle d'un interprète c'est qu'il ne soit qu'interprète.

P: C'est ça.

S: Donc qu'il ne traduise que les mots...

P: Qu'il fasse son boulot.

S: Oui mais son boulot (rires), c'est... C'est de traduire ?

P: C'est pas à moi de dire à un interprète quel doit être son boulot.

Dans cet exemple, le psychiatre ne définit pas explicitement ses attentes quant à l'interprète. Mais on comprend ici qu'il porte l'idéal d'un interprète traducteur, neutre, effacé ; une machine à interpréter. Plus loin dans l'entretien on comprendra que c'est une quête impossible car la plupart des ces interprètes « veulent être soignant ».

Finalement, cela nous interroge sur ce qu'on attend de manière pratique de ce tiers. Doit-il tout nous dire ? Ne faire que traduire ? Éclairer culturellement ? S'il sait des éléments entendus en la salle d'attente, doit-il en informer le clinicien ? Nous avons été surpris de découvrir que la distinction théorique entre l'interprète et le médiateur culturel avait une résonance particulière sur le terrain. Si la ligne de démarcation est claire en théorie, elle l'est beaucoup moins en pratique. Des « médiateurs » pour les soignants sont le plus souvent des interprètes professionnels à qui on prête des qualités de « passeurs culturels », sans pour autant qu'ils soient formés à la médiation. Notre plan d'enquête a alors consisté à interroger ce que l'on attend de ce tiers de manière pratique. Nous avons été surpris de constater que souvent, dans une même équipe, mais avec différents professionnels (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale), les attentes n'étaient pas les mêmes, voire opposées, et souvent justifiées sur le registre de l'évidence...

Beaucoup de professionnels rencontrés font référence au dispositif de soin promu par l'ethnopsychiatrie sans pour autant adopter ce modèle. Pour les promoteurs de l'ethnopsychiatrie (Nathan, 2000), la traduction et la médiation sont centrales dans le dispositif. Si des interprètes peuvent être présents, on peut aussi retrouver des « médiateurs »²⁰ soignants. Et l'interprète est celui qui, au-delà de la traduction stricte, a un rôle de passeur entre deux espaces linguistiques sur lequel s'appuie le clinicien. Nous avons constaté que les professionnels du champ de la santé mentale qui étaient le plus à l'aise dans le travail avec interprète étaient ceux qui les désignaient sous la catégorie de médiateur, quand bien même ils ne travaillaient pas dans un dispositif ethnopsychiatrique. Ils leur faisaient une place. En tout cas celle-ci était pensée dans le dispositif de soin. Sans entrer dans la controverse (Fassin, 1999, 2000) sur la place de la culture dans le soin, et les dangers du culturalisme cela nous interroge sur le mode de recueil de connaissance du « culturel », du « social ». Est-ce l'expertise de l'interprète ? Cet aspect vaut-il à être interrogé dans une visée thérapeutique ? Dans le contexte suisse, une réflexion (Fierro-Mühlemann, I. Eíríz

²⁰ Définis alors comme « collaborateurs, en général psychologue ou travailleur sociaux ayant obtenu ses diplômes en France, mais originaires de la même région que la famille (reçue), parlant sa langue et au fait des habitudes thérapeutiques locales ». Ibid. p. 158.

Martín & K. François, 2014) intéressante émerge à partir de l'activité de l'association Appartenances sur l'interprétariat professionnel communautaire. Il est alors précisé que « l'interprète communautaire n'est pas un représentant exemplaire de sa culture. (...) Il pourra fournir une médiation interculturelle de qualité en mettant en évidence des données socioculturelles de sa société d'origine, toujours en mouvement et en constante interaction avec d'autres groupes. »

Au-delà de la question théorique, il importerait de réfléchir en équipe sur les attentes des professionnels quant au rôle et à la place de l'interprète. Il ne s'agirait pas de le rendre expert en dimensions culturelle, sociale, anthropologique, mais de penser comment il peut venir étayer le professionnel dans sa démarche qui vise à comprendre cette altérité radicale. Nous avons en effet constaté que suivant les équipes, l'interprète est toujours attendu à une place déterminée mais qu'il est rarement au bon endroit pour les professionnels soignants !

La compréhension et l'interprétation mises à l'épreuve

L'interprétariat nous amène aussi à interroger l'activité du soignant. En étant caricatural, l'interprète ne pose pas problème quand on est dans le factuel, cela est plus problématique quand on est dans la clinique. Il y a la sensation à ce que l'interprète réduise la teneur des propos du patient alors que le clinicien a « besoin » d'un maximum d'éléments. Pour un psychiatre, « on perd le sens clinique là-dedans (...) le discours reste au stade de l'interprète. »

Surtout, pour certains des professionnels rencontrés, l'interprète est vu sur un registre concurrentiel. Il y aurait dans certains cas une coexistence problématique de différents modes interprétatifs. Voici ce que nous dit un psychiatre : « Je dis que le travail psychique est déjà, un travail d'interprétariat. (...) Quand un patient me parle, j'entends pas ce qu'il me dit, j'entends au-delà de ce qu'il me dit, sinon je ne suis pas clinicien. Mon travail c'est de l'interprétation. (...) mon travail est d'interpréter ce qui se passe dans la relation avec un patient, c'est parce que j'interprète que je peux dire s'il est malade ou pas par exemple »

Même chez les soignants « ouverts » à la pratique de soin avec interprète, on pointe le manque de familiarité représenté à travers la catégorie de l'étrangéité. Cette nouvelle configuration du colloque soignant/soigné leur apparaît comme bizarre. L'interprète vient perturber le cadre familial du soin à deux. Le travail de soin subit une défamiliarisation au regard de l'intervention de ce tiers, potentiel de tension et de rejet, et ainsi de non-recours. Par contre, des soignants (sans aller jusqu'à ceux qui développent des thérapies engagées sur la question de l'interprétariat, comme l'ethnopsychiatrie) peuvent *simplement* être dans l'acceptation de la nouveauté de leur pratique de soin : « C'est autre chose. Donc on fait autre chose » nous dira par exemple un psychiatre.

L'intrusion de l'interprète dans le soin aux patients allophones fait émerger des résistances ou au contraire la volonté de se familiariser avec ce nouveau cadre de soin original. Ainsi, il y a un rapport plus ou moins réflexif qui s'instaure chez les soignants pour faire face à l'étrangéité de cette pratique de soin avec les publics

allophones. Aussi, les manières d'envisager cette nouvelle pratique de soin vont également construire des attentes différentes vis-à-vis de l'interprète, quant à ses rôles, sa place, ce qu'il doit faire... Les soignants peuvent se situer différemment vis-à-vis de cet « autre étranger », venant remettre en question la familiarité du cadre de soin. Ces attitudes différentes vis-à-vis de l'interprète construisent des utilisations différentes des interprètes.

Nous observons donc deux attitudes majeures vis-à-vis de la pratique de soin avec interprète. D'un côté la volonté de faire face ; de l'autre le rejet, l'exclusion de l'idée de changer ses pratiques de soin classique. Autrement dit, une politique de reconnaissance de la nouveauté, au niveau individuel et/ou institutionnel, s'oppose à une politique de non-reconnaissance et de maintien dans l'étrange de cette pratique qui apparaît comme dérangement, mettant le soignant en difficulté, potentiellement synonyme de non-recours ou de recours limité (dans le temps et dans le soin) ; et par extension synonyme d'augmentation des inégalités de soins.

Cette mise en difficulté est un dénominateur commun à tous les professionnels du soin, particulièrement dans le domaine de la santé mentale. C'est ce que dit une psychologue clinicienne d'un centre de soin spécialisé, expliquant qu'au début elle ressentait de la résistance, voire de la peur vis-à-vis de cette intrusion du tiers dans le soin. Cependant, ce qui n'est pas commun c'est l'attitude qui est développée vis-à-vis de cette difficulté et l'envie, le désir de la surmonter. Toujours selon cette soignante, cette résistance qu'elle ressentait au début était finalement l'« occasion de changement », dans l'objectif de « vouloir être proches des personnes ».

En guise d'ouverture

D'une part, une des interprétations que nous pourrions formuler au regard de nos résultats, et sans vouloir rentrer dans des considérations relatives à ce qui serait une « bonne clinique », serait qu'il semble exister, coexister différentes attitudes vis-à-vis de la pratique de soin avec interprète. Les soignants, notamment ceux exerçant dans le domaine de la santé mentale, semblent adopter des attitudes différentes face à cette pratique de soin étrange au regard d'une pratique qui serait familière, plus habituelle. En effet, les psychologues/chiatres que nous avons interrogés dans notre enquête font largement émerger des difficultés de se représenter cette pratique de soin avec un interprète ; des difficultés de construire quelque chose de nouveau avec l'ancien.

Cela renvoie à différentes attentes envers le rôle de l'interprète largement mise en évidence dans les travaux sur ces sujets, allant de l'interprète comme « machine à traduire », mettant en évidence une forme de réification de la communication, à l'interprète comme co-thérapeute, mettant en évidence une reconnaissance de l'autre et de prise en compte dans sa totalité. ²¹

D'autre part, sur un registre sociopolitique, nous défendons que s'exprimer dans sa langue est aussi une question de santé publique, et qu'en santé mentale, il est alors préférable de recourir à un interprète professionnel. Paradoxalement, nous avons en effet constaté que le non-recours aux interprètes pour soigner les patients

²¹ Certains auteurs parlent aussi de statuts haut et bas attribués à cet autre étranger impliqué dans le travail de soin (Abdelhak, 2010).

allophones peut être justifié, paradoxalement, par une valeur égalitariste, le financement de l'interprétariat par les pouvoirs publics, l'investissement institutionnel dans cette prestation pouvant être évalués comme une injustice pour les Français. L'interprétariat créerait des inégalités de recours aux soins, puisqu'ils donneraient plus à ceux qui investiraient le moins. Autrement dit, ce positionnement se situe dans l'idée de la justice méritocratique, justifiant la différence dans l'accès aux soins. Nous défendons au contraire que d'autres pratiques de soin et/ou institutionnelles peuvent être marquées par la revendication d'une politique active pour pallier les inégalités de santé, passant nécessairement par un investissement financier dans l'interprétariat. Le droit à comprendre et à se faire comprendre dans une langue maternelle ou usuelle apparaît alors comme une possibilité de construire un système de santé égalitaire.

Cette figure de l'interprète oblige aussi le clinicien à ne pas être le seul dépositaire de la connaissance, que les épreuves précédemment documentées induisent de partager son temps, son espace, sa clinique et qu'elles questionnent aussi son rôle. En quoi l'interprète est-il aidant ? Quelle place fait-on au langage ? À ce titre, il nous apparaît important de faire exister le problème de manière collective, que ce soit en équipe ou dans une dynamique plus large. Soulignons à ce titre les nombreux conseils locaux de santé mentale, qui se saisissent de la question ou les « états des lieux » à l'initiative des ateliers santé ville²² ou d'autres recherches finalisées récemment²³. Sans négliger la débrouille (certains outils²⁴ sont d'un grand secours pour les professionnels), il importe de penser la professionnalisation des interprètes, et de questionner la spécialisation en santé mentale. Nous pensons aussi que les professionnels en santé mentale doivent être sensibilisés au travail avec interprète, ce qui constitue un objectif pour les années à venir pour l'Orspere-Samdarra.

22 L'ASV de Lyon a ainsi fait un « état des lieux de l'interprétariat ».

23 Comme celle porté par le Groupe d'Étude et de Recherche sociales, Études des usages et attentes en matière d'interprétariat dans l'accès aux soins dans la région Pays de la Loire. Agence Régionale de Santé, Pays de la Loire, 2014.

24 <http://www.traducmed.fr/> est un site Internet créé pour permettre au personnel médical d'estimer une situation en l'absence de traducteur et d'évaluer les urgences médicale, sociale ou administrative. Ce site permet aussi d'expliquer au patient le déroulement de l'examen médical. Il propose des traductions sonores d'un interrogatoire médical en Français et des phrases d'explication de la prise en charge médicale.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdelhak, E. - Modélisation des pratiques psychothérapeutiques avec des migrants allophones. L'interprète communautaire, « maillon essentiel » ou « chaînon manquant » ? *Psychothérapies* - 2010/1 - Vol. 30, p. 15-24.
- Barthe Yannick *et al.* - « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix* - 2013/3 - N° 103, p. 175-204.
- Bauer, A.M., Alegria, M. - Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review, *Psychiatr Serv* - 2010 - 61, pp. 765-73.
- Berrat B. - Le non-recours à la CMU complémentaire : enquête au sein de foyers et de résidences sociales en Ile-de-France. *Vie sociale* - 2008/1 - N° 1, p. 43-53.
- Brisset, C., Leanza, Y., Laforest, K. - Working with interpreters in health care : A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling* - 2012
- Chauveaud, C., Demezière, D., Dethyre, R., Djoulden, M., Féré, C., Gajdos, T., Laumet, D., Levy, J., Mazet, P., Okbani, N., Revil, H., Saillard, Y., Warin, P. - L'envers de la « fraude sociale ». Le scandale du non-recours aux droits sociaux. Paris : La Découverte - 2012
- Fassin D. - L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. In : Genèses, 35, L'Europe vue d'ailleurs - 1999 - pp. 146- 171.
- Fassin D. - « Les politiques de l'ethnopsychiatrie », L'Homme [En ligne], 153 - 2000/3 - <http://lhomme.revues.org/14>
- Fierro-Mühlemann I., Eiriz Martini i. et François K. - Quelle formation pour les interprètes communautaires ? Le dispositif mis en œuvre en Suisse romande, *Monografias de Cédille* 4 - 2014 - p 49-61
- Hoyez - Circulation des pratiques de santé et logiques de recours aux soins. *ESO, travaux & documents* - 2012 - N°34, pp. 49-55.
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. - Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency ? A systematic review of the literature. *Health Serv Res* - 2007 - 42, pp. 727-54.
- Leduc S. - Le non-recours et les logiques discriminatoires dans l'accès aux soins Le rôle des agents de l'Assurance maladie en question. *Vie sociale* - 2008/1 - N° 1, p. 69-93.
- Mader, J. - Etre compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client. *Soins infirmiers* - 2000 - 8, pp. 66-70.
- Nathan T. - « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie », *Genèses* - 2000/1 - n° 38, p. 136-159.
- Révil, H. - Le non-recours aux soins de santé. La vie des idées - 2014 - lavedesidees.fr
- Rode, A. - La construction du « non-recours » aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité. In. *La légitimité des politiques sociales en question* - 2009 - Grenoble.
- Rode, A. - Le « non-recours » aux soins des populations précaires. *Constructions et réceptions des normes.* - 2010 - Thèse de doctorat.
- Schwarzinger, M. - Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète - 2012 - Ministère des affaires sociales et de la santé. Pour le compte de la direction générale de la santé.
- Stanojevitch, E. A. - Repères sur la Santé des migrants. La santé de l'homme - 2007 - 392, pp. 21-24.
- Ticca, A. C., Traverso, V. - « Interprétation, traduction orale et formes de médiation dans les situations sociales », Numéro Spécial de *Langage et Société* - 2015/6 - (à paraître)
- Warin, P. - Le non-recours : définition et typologies. *Document de travail.* - 2010 - N°1. Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE).

Camille Brisset

Maître de conférences en psychologie du développement. Laboratoire de Psychologie, Santé et Qualité de Vie EA 4139, Université de Bordeaux

Yvan Leanza

Professeur titulaire en psychologie, École de psychologie, Université Laval

L'INTERPRÉTARIAT EN SANTÉ MENTALE À MONTRÉAL

PERSPECTIVES DES INTERVENANTS, ENTRE MÉCONNAISSANCE ET CO-THÉRAPIE

L'importance de l'interprétariat dans le domaine de la santé mentale en situation de barrières linguistique et culturelle n'est plus à démontrer. Le dialogue est la base à partir de laquelle l'évaluation et le traitement sont élaborés, et la langue est le principal moyen par lequel les usagers transmettent leurs souffrances et par lequel les intervenants partagent leur compréhension de la situation de ces derniers. La présence d'un interprète est dès lors cruciale en contexte plurilingue. Toutefois, travailler avec un interprète ne s'improvise pas et nécessite de savoir à qui on a à faire et ce que l'on en attend, mais implique également des enjeux relationnels que cette tierce personne peut susciter. Les conséquences éthiques sont grandes et les dilemmes qui peuvent en résulter soulignent une nécessité d'encadrement.

Les interprètes dans le système de soins...

Il existe différents types d'interprètes, de l'inconnu dans la salle d'attente à une personne ayant suivi un cursus universitaire complet; et chacun peut endosser une multitude de rôles, de la machine à traduire au co-diagnosticien (e.g., Hsieh, 2007). Leanza a proposé en 2005 une typologie des postures de l'interprète dans le système de soins, reprenant ainsi la grande variété des rôles observés. Dans la position d'agent linguistique, l'interprète est limité au transfert du discours d'une langue à une autre. À titre d'agent du système, il transmet également à l'utilisateur le discours biomédical dominant avec ses normes et ses valeurs. Les différences culturelles sont ici minimisées ou ignorées, et la culture dominante est favorisée. Dans la position d'agent du monde vécu, les interprètes jouent le rôle d'informateur culturel, de médiateur, ou d'avocat. Les différences culturelles sont reconnues, et les valeurs et les normes du migrant sont acheminées vers l'intervenant. Enfin, la position d'agent d'intégration a lieu en dehors du contexte de la consultation. Il s'agit d'aider les usagers à trouver des ressources, à donner du sens aux différences culturelles et à s'intégrer au nouveau milieu culturel (en l'accompagnant à la pharmacie ou en

lui indiquant son chemin en transport public pour se rendre aux rendez-vous, par exemple). Contrairement à la représentation qui voudrait que l'interprète soit un simple conduit, il ne peut être cloîtré dans un seul et unique rôle. Il est d'ailleurs nécessaire qu'il puisse en endosser plusieurs (Brisset, Leanza & Laforest, 2013). Par exemple, l'usager ne serait tout simplement pas soigné si l'interaction ne se déroulait que dans le registre du monde vécu. Les rôles que la recherche met principalement en évidence sur le terrain sont ceux des postures d'agent linguistique et d'agent du système (e.g., Leanza, 2005 ; Davidson, 2000, 2001).

Avec ces deux facteurs de complexité que sont le type d'interprète et ses rôles, on comprend que sa seule présence vient modifier la dynamique entre un usager et un intervenant. On pourrait y ajouter d'autres facteurs comme la maîtrise des langues en présence, les relations de genre, etc. La présence d'un interprète dans une consultation entraîne nécessairement des enjeux relationnels qui vont influencer la qualité des soins. Ces derniers s'articulent autour de trois questions principales (Brisset et al., 2013). La première concerne les enjeux de *confiance*. Il s'agit d'établir une relation de confiance entre les différentes personnes présentes dans la consultation, ce qui n'est pas sans défi. Pour l'intervenant, par exemple, l'alliance avec l'interprète professionnel est nécessaire, mais sa présence peut donner lieu à un sentiment de perte d'intimité avec le patient. La seconde renvoie aux enjeux de *contrôle*, c'est-à-dire la capacité d'orienter le cours de l'action lors des consultations et de vérifier l'exactitude et la validité des dialogues. Les intervenants peuvent avoir peur de perdre le contrôle de la consultation et développent en conséquence différentes stratégies pour le maintenir. Ils peuvent interrompre brusquement la consultation, ou décider qui peut être présent ou non comme type d'interprète. La troisième implique les enjeux de *pouvoir*. Ces derniers s'observent à l'extérieur de la consultation et prennent forme dans les contraintes institutionnelles, comme les impératifs de temps (durée des consultations allongée ou pas, temps de repos alloué aux interprètes, etc.).

... et en santé mentale

Alors que les besoins sur le terrain sont criants, les données scientifiques dans le domaine de la santé mentale sont encore rares. Elles soulignent toutefois trois principaux résultats : 1) L'évaluation d'un usager, si elle ne se fait pas dans sa langue maternelle, peut conduire à un bilan incomplet ou erroné de sa santé mentale. 2) Les erreurs d'interprétation¹ des interprètes ont des conséquences cliniques importantes au niveau de la précision du diagnostic et de la reconnaissance d'une pensée désordonnée ou d'un contenu délirant pour l'intervenant ; et cela est particulièrement vrai pour les interprètes non-formés, appelés *ad hoc*. 3) La présence d'interprètes formés, appelés professionnels, aiderait les usagers à se dévoiler et inciterait le recours à des soins plus spécialisés pour les suites de leur prise en charge, le tout favorisant leur satisfaction (Bauer & Alegría, 2010).

Au-delà des considérations purement pratiques et scientifiquement démontrée, la présence d'un interprète dans les situations de différence de langue est une nécessité éthique (Bjorn, 2005). Même si le recours à des interprètes professionnels

¹ Bien que cela ne soit pas l'objet de ce texte, il est important de rappeler que certaines des « erreurs » rapportées dans la littérature sont inhérentes au processus d'interprétation et ne devraient pas être considérées comme telles (Brisset et al., 2013).

doit être préféré à celui d'interprètes *ad hoc* pour la qualité des soins (Bauer & Alegría, 2010; Karliner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007; Leanza, Boivin & Rosenberg, 2010), il n'en demeure pas moins qu'il vaut mieux avoir une personne non formée que pas d'interprète du tout (Bezuidenhout & Borry, 2009).

Quelques précisions sur le système de soins au Québec

Le système de soins au Québec est public. L'État y agit comme principal assureur et administrateur, et son financement est assuré par la fiscalité générale, garantissant ainsi une accessibilité aux soins à tous, quel que soit le niveau de revenus. Il ne se limite toutefois pas aux questions de santé, mais intègre également une dimension sociale. Celle-ci inclut notamment toute une gamme de services psychosociaux destinés tant à la population générale qu'à des groupes vulnérables. Les différents soins offerts sont intégrés au sein d'une même administration, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Elle en partage la gestion avec 18 autorités régionales, appelées les Agences de santé et des services sociaux, qui, à leur tour, veillent à l'organisation des services sur leur territoire via entre autres les Centres de santé et des services sociaux (CSSS) (MSSS, 2014)². Les services s'organisent en trois niveaux, appelés première, deuxième et troisième lignes. Ceux de première ligne sont généraux et offrent des soins courants. Les besoins de la personne y sont évalués, puis pris en charge. De-là, elle peut être dirigée en deuxième ligne pour un examen plus approfondi, un traitement ou un service spécialisé. S'il advient que son problème requiert des services dits ultraspecialisés, elle sera envoyée en troisième ligne (Réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2014). Au Québec, les médecins de famille et les équipes en CSSS, constituées de plusieurs corps professionnels, sont généralement les premiers prestataires de soins en santé mentale. Les services de psychiatrie se retrouvent en deuxième et troisième lignes.

L'une des priorités du MSSS, dans son plan d'action en santé mentale de 2005-2010, vise à améliorer les services offerts à la population. Cela nécessite notamment de considérer les différences culturelles et linguistiques entre un intervenant et son usager (MSSS, 2005), et ce d'autant plus dans les centres urbains où se côtoient au quotidien de nombreuses cultures et langues. À Montréal, par exemple, la diversité de la population est très riche. Sur 1 615 000 habitants, la ville compte actuellement 590 000 immigrants, temporaires et permanents, dont 65 000 qui ne parlent aucune des deux langues officielles au Canada (Statistique Canada, 2013a, b).

Afin d'aider à adapter les pratiques dans le domaine de la santé et des services sociaux, un service de banque d'interprètes a été mis à disposition des intervenants. Créée en 1993, la Banque interrégionale d'interprètes (BII) a pour mission première de favoriser l'accès aux soins pour les personnes dites allophones et de faciliter la communication avec les intervenants, tant sur le plan verbal que culturel. Des services d'interprétation sont actuellement disponibles dans plus de 50 langues différentes (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014). Les interprètes recrutés par la BII doivent suivre un cours de 45 heures

² Il est important de préciser ici que le gouvernement de la province a annoncé au printemps 2014 une réforme majeure du système de santé dans les années à venir. Une des propositions en discussion est la suppression du palier hiérarchique des agences régionales. L'interprétariat étant géré au niveau des Agences, des changements importants sont attendus.

en interprétariat communautaire à l'Université de Montréal, ainsi que passer un test de compétence linguistique, pour la langue vers laquelle ils interprètent et le français ou l'anglais. D'autres banques sont également disponibles en dehors de Montréal. Elles sont administrées par des organismes communautaires en collaboration avec les Agences de santé et services sociaux, et les modalités de formation sont propres à chacune.

Une recherche en deux phases

Au vu de ces différentes données, il est apparu important de dresser un portrait de la situation sur l'accueil des populations allophones dans le réseau de la santé à Montréal et sur les enjeux linguistiques rencontrés en première ligne.

Une centaine d'intervenants ont initialement répondu à un questionnaire portant sur leurs interventions en santé mentale auprès d'allophones, les ressources disponibles et les représentations qu'ils ont des rôles de l'interprète. Une vingtaine (dont un quart exerçant dans la ville de Québec) a ensuite participé à une entrevue individuelle sur le travail avec un interprète et l'importance -ou non- de l'interprétariat pour la prise en charge et les soins. Les questions de transmission des émotions et du rôle de la culture dans la compréhension de la situation ont également été abordées.

Ont principalement collaboré au projet des médecins de famille, des travailleurs sociaux, des psychologues et des infirmiers.

Ce que disent les résultats quantitatifs

Les données recueillies par les questionnaires indiquent des besoins importants en situation de barrières linguistiques (Brisset et al., 2014). Alors que les intervenants considèrent l'utilisation de services d'interprétariat professionnel comme la pratique la plus favorable, ils n'y sont pour ainsi dire pas formés et ils ne savent généralement pas qui est l'interprète présent dans la consultation. Lorsqu'ils le savent, il s'agit plus fréquemment d'un membre de la famille, ce qui est cohérent avec la littérature existante. En effet, les proches offrent l'avantage d'être présent en même temps que l'usager et à chaque consultation, ainsi qu'un lien de confiance déjà établi (Edwards, Temple & Alexander, 2005).

Ce moindre recours à des interprètes professionnels s'explique par une méconnaissance des services linguistiques disponibles et des procédures d'accès complexes. Indépendamment du nombre d'allophones dans la clientèle, seul un tiers des intervenants est au fait des ressources mises à disposition et les coûts engendrés par un recours à un service d'interprétariat seraient une entrave supplémentaire. Ce qui est en soit paradoxal, car un tel service permet de réduire les dépenses sur le long terme. Les coûts initiaux sont certes plus importants mais le recours à un interprète permet de cibler plus rapidement les problèmes et d'éviter par exemple des examens médicaux ou des hospitalisations inutiles (Bischoff & Denhaerynck, 2010; Hampers & McNulty, 2002).

Au niveau des spécificités du travail en santé mentale, accéder aux émotions de l'usager et transmettre son empathie en situation de barrière linguistique s'avèrent

être des tâches difficiles. La continuité dans le processus de soins apparaît ici cruciale, de même des connaissances de base en santé mentale. D'après les réponses des intervenants, l'interprète idéal serait à la fois un professionnel de la langue spécialisé en santé mentale, et un professionnel de la culture qui connaît les ressources du réseau de la santé. Cette image se rapproche de l'interprète formé mais au-delà de cette image, il semble surtout attendu que l'interprète, qui qu'il soit, endosse différents rôles: il doit traduire tout ce qui se dit avec précision, sans ajout, tout en donnant des informations socioculturelles sur l'usager. Il doit être neutre, tout en étant empathique. Ces différentes attentes peuvent toutefois paraître contradictoires si non-clarifiées et une telle clarification nécessite de connaître les différents rôles que peuvent endosser les interprètes, ce qui n'est pas forcément le cas. Ils soulignent également, tant dans les questionnaires que les entrevues, l'importance de la continuité dans le processus de soins et la nécessité pour l'interprète de posséder des connaissances de base en santé mentale.

Ce que disent les résultats qualitatifs

Les analyses des entrevues permettent de préciser qu'il n'est pas attendu de l'interprète qu'il prenne la place de l'intervenant mais qu'il sache comment se déroule une intervention pour en saisir pleinement le sens. L'interprète est ici crucial car il permet d'accéder tant au verbal qu'au non-verbal. D'une part, il est important que l'usager puisse s'exprimer dans sa langue d'origine et d'autre part, que l'interprète reprenne les intonations verbales des différentes parties et explique l'émotion qui s'exprime par le corps la mettant ainsi en contexte. Cet accès au sens est indispensable à un suivi thérapeutique. L'interprète est comme un décodeur. Tous les canaux de communication sont ramenés au langage pour que l'intervenant y ait accès.

Les entrevues nous apprennent également qu'une collaboration efficace se construit dans la continuité. Favorisée par le fait que l'interprète soit présent en tout temps, elle est le fruit d'une confiance réciproque (qui justement se construit avec le temps) et elle est particulièrement appréciée dans les situations complexes (les troubles majeurs, comme les psychoses, ou les situations d'abus, par exemple). Les compétences des interprètes sont ici particulièrement cruciales pour une intervention adéquate. Ceci dit, les caractéristiques des interprètes décrites par les intervenants tiennent quasiment de la toute-puissance. En effet, outre une expertise en linguistique et en interprétariat, l'interprète (idéal et efficace) devrait avoir des connaissances dans le domaine de la santé mentale, des connaissances ethnographiques de sa propre communauté et de celle des intervenants, ainsi que des connaissances sur les processus de migration et leurs conséquences. Dans le contexte du Québec, qui ne possède aucun cursus de formation des interprètes communautaires (en dehors du cours de 45 heures mentionné plus haut), ces perles sont très rares.

Dans le fond, les intervenants interviewés estiment, à des degrés divers et à quelques exceptions près, que l'interprète est partie prenante du processus thérapeutique. Cette implication est considérée comme pleinement thérapeutique (Boivin, Brisset & Leanza, 2011). Leanza et collègues (2014, Epub head of print)

parlent ici de la possibilité d'être à la fois d'ailleurs et d'ici (ou métissé) sans être déloyal envers qui que ce soit. Pour les intervenants qui ne souhaitent pas cette implication, la confiance dans l'établissement d'une alliance de travail semble encore fragile et le sentiment de devoir contrôler l'interprète, encore très présent.

Ce que l'on peut en conclure

Cette recherche nous renseigne sur les pratiques concernant l'accueil des populations allophones dans le réseau de la santé à Montréal et les enjeux linguistiques rencontrés en première ligne. Les résultats quantitatifs indiquent avant toutes choses une méconnaissance des ressources linguistiques à disposition des intervenants, ainsi qu'un manque de formation au travail avec interprètes. Le portrait de la situation n'apparaît toutefois plus aussi négatif au regard des données qualitatives. Les intervenants arrivent à collaborer efficacement avec des interprètes, malgré cette absence de formation. Cela souligne clairement qu'il est possible de développer des bonnes pratiques avec un interprète dans le domaine de la santé mentale, mais ces pratiques ne peuvent être que meilleures avec un cadre. En plus d'une formation initiale, un recours systématique à des interprètes professionnels et des formations conjointes sont nécessaires. Un effort doit également être fait en termes d'information sur les dangers du travail avec interprètes ad hoc ou sans interprètes et sur les ressources disponibles d'une part, et de reconnaissance du statut de l'interprète professionnel comme membre de l'équipe de soins à part entière d'autre part. Tout cela ne peut se faire sans l'implication des responsables administratifs. Les changements à venir dans le réseau de la santé sont peut-être une chance pour inclure cette préoccupation dans les processus décisionnels et dans la pratique quotidienne des institutions. Une autre décision politique pourrait être la mise sur pied d'un cursus de formation plus complet pour les interprètes, qui amènerait à une reconnaissance plus formelle de leurs compétences et faciliterait l'établissement du lien de confiance. En somme, il s'agit de travailler simultanément sur les enjeux de confiance, de contrôle et de pouvoir, tels que mis en avant par Brisset et al. (2013). Si les administrateurs intègrent et reconnaissent ce qu'implique le travail avec interprètes, les difficultés rencontrées au niveau de la confiance et du contrôle de la consultation seront nécessairement amoindries. Une des difficultés rencontrées lors du processus de recueil et d'analyse des données a été de faire émerger les spécificités du travail avec un interprète en santé mentale. En effet, elles apparaissent difficiles à saisir par les intervenants eux-mêmes, et peu nombreuses, en comparaison de ce que l'on trouve dans la littérature sur l'interprétariat dans les soins de première ligne. Il s'agit peut-être d'un signe que les intervenants manquent de recul ou de formation par rapport à cette pratique. Une autre des difficultés rencontrées concerne le recrutement des participants, ce qui a eu une implication majeure dans le devis de recherche. Seuls les intervenants des CSSS qui ont accepté de participer ont pu être sollicités, et ce par le biais de la liste de diffusion des chefs d'équipe. Les passations de questionnaires se faisant en dehors des heures de travail et sans aucune forme de compensation, nous n'avons eu qu'un faible taux de participation, et d'autant plus pour les entrevues. En effet, il était initialement prévu que ce soit les mêmes intervenants qui participent

aux deux étapes de la recherche, mais peu des répondants au questionnaire ont accepté d'être recontactés. Une deuxième vague de recrutement a dû être effectuée et il a été demandé aux chefs d'équipe de solliciter leurs intervenants durant les réunions d'équipe et de nous mettre directement en contact avec les personnes intéressées.

Cette recherche a toutefois permis de dresser un portrait quantitatif du travail auprès d'allophones à Montréal, mais aussi de nous renseigner qualitativement sur les spécificités d'une consultation interprétée en santé mentale de manière générale. Elle souligne un besoin criant de formation, séparée et conjointe, pour les intervenants et les interprètes, favorisant ainsi la reconnaissance et l'acceptation de l'interprète au sein de l'équipe de soins.

REMERCIEMENTS

Cette recherche n'aurait pu se faire sans nos participants. Merci aux CSSS (Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, de la Montagne, Pointe de l'Île, Saint-Léonard et Saint-Michel, Cœur de l'Île, Ahuntsic-Montréal-Nord et de la Vieille Capitale) et aux centres de crise impliqués (Le Transit, Ouest de l'Île et Tracom). Merci également aux chercheurs (Ellen Rosenberg et Laurence J. Kirmayer de l'Université McGill, Gina Muckle de l'Université Laval, Bilkis Vissandjée de l'Université de Montréal, Spyridoula Xenocostas et Hugues Laforce du CSSS de la Montagne) et aux membres du Laboratoire « Psychologie et Cultures » (Alexandra Boilard et Aurélie Wagner) associés.

Ce projet a été subventionné par les IRSC (No. PHE 101540) et le FRS-Q (No. 22031), et approuvé par le CÉR du CSSS de la Montagne.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal - *La Banque interrégionale d'interprètes : pour comprendre, pour être compris* (<https://agence.santemontreal.qc.ca/partenaires/bii/>), Gouvernement du Québec - 2014.
- Bauer A.M. & M. Alegria - « The impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review », *Psychiatric Services* - 2010 - 61(8), 765-773
- Bezuidenhout L. & Borry P. - « Examining the role of informal interpretation in medical interviews » - 2009 - *Journal of Medical Ethics*, 35, 159-162
- Bischoff A. & Denhaerynck K. - « What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland », *BMC Health Services Research* - 2010 - 10, 248
- Bjorn G. J. - « Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families », *Nordic journal of psychiatry* - 2005 - 59, 516-521
- Boivin I., Brisset C. & Leanza Y. - « Interprétation et interprétariat: Chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues », *Filigrane* - 2011 - 20(2), 107-122,
- Brisset C., Leanza Y. & Laforest K. - « Working with interpreters in health care: A systematic review and synthesis of qualitative literature », *Patient Education and Counseling* - 2013 - 91, 131-140
- Brisset C., Leanza Y., Rosenberg E., Vissandjée B., Kirmayer L., Muckle G., Xenocostas S. & Laforce H. - « Language barriers in mental health care, A survey of primary care practitioners. », *Journal of Immigrants and Minority Health* - 2014 - 16(6), 1238-1246.
- Davidson B. - « The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse », *Journal of Sociolinguistics* - 2000 - 4, 379-405
- Davidson B. - « Questions in cross-linguistic medical encounters: The role of the hospital interpreter », *Anthropological Quarterly* - 2001 - 74, 170-8
- Edwards R., Temple B. & Alexander C. - « Users' experiences of interpreters: the critical role of trust », *Interpreting* - 2005 - 7, 77-95
- Hampers L. C. & McNulty J. E. - « Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: Effect on resource utilization », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* - 2002 - 156, 1108-1113
- Hseih H. - « Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters », *Social Science & Medicine* - 2007 - 64, 924-937
- Leanza Y. - « Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers », *Interpreting* - 2005 - 7, 167-192
- Leanza Y., Boivin I., Moro M.-R., Rousseau C., Brisset C., Rosenberg E. & Hassan G. - « Integration of interpreters in mental health interventions with children and adolescents: The need for a framework », *Transcultural Psychiatry* - 2014 - Epub ahead of print.
- Leanza Y., Boivin I. & Rosenberg E. - « Interruptions and resistance: a comparison of medical consultations with trained and family interpreters », *Social Science and Medicine* - 2010 - 70(12), 1888-1895
- Karliner L. S., Jacobs E. A., Chen A. H. & Mutha S. - « Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature », *Health Services Research* - 2007 - 42, 727-54
- Ministère de la santé et des services sociaux - *Plan d'action en santé mentale - 2005-2010 - La force des liens* (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>), Gouvernement du Québec - 2005
- Ministère de la santé et des services sociaux - *Système de santé et de services sociaux en bref* (<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/>), Gouvernement du Québec - 2014
- Réseau de la santé et des services sociaux de la capitale-nationale - *Accès aux services généraux et spécialisés* (<http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/organisation-des-services/fonctionnement-du-reseau/acces-aux-services-generaux-et-specialises/>) - Gouvernement du Québec - 2014
- Statistique Canada - *Enquête nationale auprès des ménages de 2011, Ville de Montréal* (<http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/>), Ottawa, Industrie Canada - 2013
- Statistique Canada - *Recensement de 2011, Ville de Montréal* (<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/>), Industrie Canada - 2013

Carole Lebrun

*Psychiatre, Assistant Spécialisé Régional,
Groupement Hospitalier du Havre et C.H.U.
Charles Nicolle, Rouen*

Sandra Guigueno

*Psychiatre, Praticien Hospitalier,
Unité psychiatrie transculturelle, UMAPP,
Pôle Rouen Rive Droite, C.H. du Rouvray, Rouen*

RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT DANS LES SERVICES PUBLICS DE PSYCHIATRIE DE SEINE-MARITIME

UNE COMPÉTENCE CULTURELLE À ACQUÉRIR ET PROMOUVOIR

La diversité culturelle croissante et en mutation rapide est une réalité dans de nombreux pays. Les migrants forment une population hétérogène et présentent un ensemble de facteurs de vulnérabilité sociale, juridique et épidémiologique. Pour être efficaces, les actions de santé destinées à ces populations doivent tenir compte de ces spécificités. La majorité des professionnels de santé mentale sont amenés à traiter des patients d'horizons culturels très variés et sont confrontés à des enjeux de valeurs fondamentales de justice sociale et d'altruisme. La rencontre de ces usagers avec des organisations sanitaires de plus en plus complexes, cloisonnées et spécialisées peut être source d'incompréhensions dans la mise en place d'accompagnement ou de soins. Par exemple, différentes publications indiquent des soins somatiques de qualité moindre chez les migrants, liés à un défaut de compétence culturelle des professionnels et d'accès aux soins de ces populations (Qureshi & Eiroa-Orosa, 2013).

La prise en charge d'un patient migrant implique donc un savoir-faire spécifique. L'état de santé mentale des migrants est affecté par de multiples facteurs de vulnérabilité (**figure 1**) qui renforcent les obstacles à la prévention et aux soins, et contribuent parfois directement à l'apparition de pathologies singulières. Les enfants et les Jeunes Isolés Étrangers sont considérés comme les plus vulnérables parmi ce public de migrants, avec les femmes. L'Observation de 2012 de la Permanence Téléphonique Santé mentale du Comité Médical pour les Exilés relève plusieurs obstacles aux prises en charge des exilés associés à leurs facteurs de vulnérabilité : diversité d'origine et de langue, absence d'interprète professionnel (pour 41 % des cas), défaut d'alliance thérapeutique (18%), sectorisation (23%) et autres dysfonctionnements des dispositifs de soins (22%). Dans ce sens, l'hôpital public est sollicité en priorité par ces patients démunis où les soins sont souvent différés.

La barrière linguistique et la distance culturelle limitent la communication avec les usagers et sont à l'origine parfois de difficultés ou d'échecs dans les prises en charge proposées malgré la motivation des soignants. La sensibilisation des pro-

professionnels aux enjeux de la multiculturalité et aux effets de la discrimination joue un rôle clé dans l'ouverture des institutions à une compétence spécifique.

La psychiatrie transculturelle prend en compte la culture au sens large et la culture d'un patient ou de sa famille dans les soins psychiques. Elle utilise de façon complémentaire en clinique les données anthropologiques et les éléments psychiatriques selon la méthodologie complémentariste de Georges Devereux. Marie-Rose Moro souligne qu'il s'agirait de « transformer les questions transculturelles en une expérience positive ». Cette approche se développe de plus en plus en France en lien avec le brassage culturel grandissant de la société et devient un enjeu de santé publique. En France, plusieurs lieux de soins proposent des consultations ou ateliers thérapeutiques transculturels ou interculturels et soulignent le dynamisme d'une « discipline » en plein essor. Une activité importante de formation et de diffusion en émane également.

À Rouen, au sein du Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité de Haute-Normandie, une équipe pluridisciplinaire dirigée par le Docteur Sandra Guigueno propose plusieurs types de soins transculturels intersectoriels : une consultation groupale destinée aux familles, une consultation individuelle autour des psychotraumatismes, une permanence ressources transculturelles destinée aux professionnels en demande d'éclairage devant des situations complexes. Un partenariat avec une association d'interprètes s'est développé profitant ainsi à l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier du Rouvray. Le projet régional de santé 2012-2017 pointe les difficultés d'accès à la prévention et aux soins de santé mentale des populations vulnérables en Haute-Normandie. Y figurent des actions spécifiques et dites prioritaires pour les gens du voyage et les populations étrangères. Environ 1 000 demandeurs d'asile arrivent dans la région chaque année avec un défaut remarqué d'accès aux soins. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés particulièrement aux obstacles linguistiques car remédiables à l'échelle du département de Seine-Maritime en favorisant l'accès aux soins pour tous et dans toutes les structures.

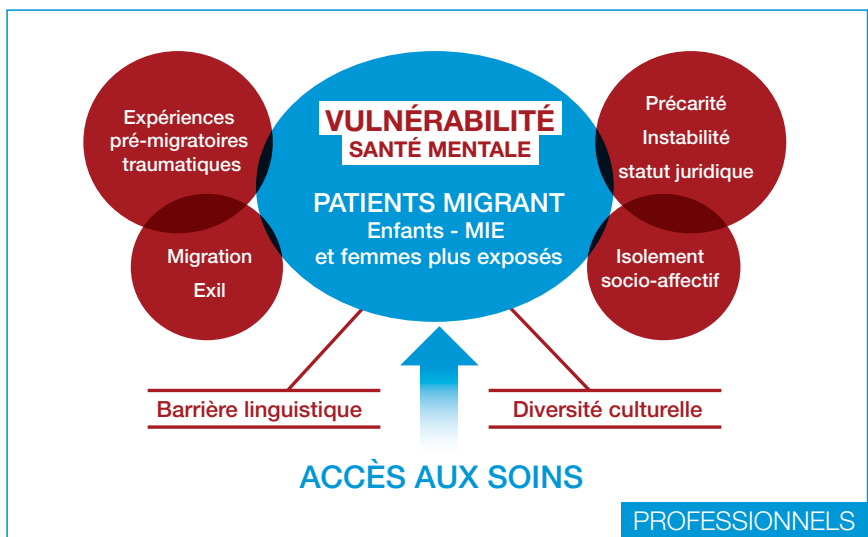


Figure 1 : Les obstacles multiples aux soins psychiatriques des migrants

Les besoins transculturels des professionnels du soin psychique : un concept peu exploré

La littérature internationale recense peu d'articles sur les besoins en soins transculturels des professionnels de santé, et encore moins lorsqu'il s'agit de soins psychiques. Beaucoup d'articles font d'avantage référence aux soins infirmiers. Les questions culturelles commencent à s'infiltrer dans la conscience de la communauté médicale alors que celles des compétences culturelles des autres professionnels de santé s'étendent de plus en plus. Et, rares sont les publications françaises à ce sujet. Une étude qualitative exploratoire des besoins en soins psychiatriques transculturels a été réalisée dans le Loiret auprès de professionnels de santé ne travaillant pas forcément dans des services de santé mentale, mais directement en lien avec un public de migrants (Radjack, 2008).

La compétence culturelle et linguistique est considérée comme une stratégie pour réduire les disparités en matière de santé et de soins de santé mentale (Francis, 2013). D'après une revue de la littérature de 2009, sa définition fait défaut en psychiatrie, ses applications restent floues et non évaluées auprès des utilisateurs de santé (Cowan, 2009). Il est aujourd'hui devenu un terme populaire pour une variété de stratégies relevant le défi de la diversité culturelle dans les soins.

De rares auteurs remettent en question sa nécessité. La plupart vont dans le même sens : améliorer les compétences culturelles des professionnels de santé mentale (Fung et al., 2012 ; Kim, 2013 ; Kirmayer, 2012 ; Nardi et al., 2012 ; Prescott-Clements et al., 2013 ; Qureshi & Eiroa-Orosa, 2013). La littérature insiste sur l'importance de telles compétences dans la qualité des soins, aussi bien pour les médecins, que les autres professions paramédicales, les psychologues, les étudiants. Chez les médecins, il s'agirait notamment de compétence diagnostique complexifiée par les éléments culturels.

Sensibiliser d'avantage les professionnels aux aspects transculturels en clinique pourrait réduire les obstacles institutionnels à l'utilisation des services de santé mentale par les migrants (Keyser, 2012 ; Nardi et al., 2012). Faut-il pour autant favoriser les formations à ce sujet ou valoriser les compétences de chaque soignant ? La littérature reste discordante à ce sujet.

La compétence culturelle est représentée comme un processus d'auto-introspection plutôt qu'une connaissance acquise (Bemak & Chung, 2014 ; Qureshi & Eiroa-Orosa, 2013). Le pivot central serait l'« intérêt culturel » c'est-à-dire la motivation réelle du soignant à s'engager dans un processus de compréhension culturelle et du contexte psychosocial du patient, qui passerait d'abord par son habilité à lire sa propre expérience pour l'utiliser dans la relation à l'autre. Peu d'outils existent pour mesurer de telles attitudes positives. L'engagement du professionnel semble être en tout cas un élément prédictif (Francis, 2013).

Des consultations spécialisées et la supervision ont été identifiées comme des moyens d'assurer des services culturellement appropriés selon une analyse par régression logistique des facteurs prédictifs de compétence culturelle (Keyser, 2012). Comme au Royaume-Uni, il paraîtrait opportun dans un premier temps de soutenir la recherche sur la prestation de soins culturellement compétents pour

développer ces compétences chez d'avantage de soignants (Dein & Bhui, 2013). Selon une étude rétrospective italienne, l'intervention de médiateur culturel et d'avantage de soutien social améliorerait les compétences culturelles des thérapeutes et rendrait les soins psychiques proposés aux migrants plus efficaces (Taricone et al., 2011).

Étude en Seine-Maritime des besoins des psychiatres et psychologues

Devant les offres de soins transculturels proposées au niveau régional émanant d'un seul pôle de psychiatrie sans moyens complémentaires attribués, il paraissait nécessaire d'évaluer au mieux les compétences transculturelles, les ressources et les besoins des autres secteurs de psychiatrie.

Méthode

Nous avons réalisé une enquête auprès de l'ensemble des médecins et des psychologues des services publics psychiatriques du département de Seine-Maritime (Centres Hospitaliers de Rouen, Le Havre, Dieppe et Lillebonne). Un auto-questionnaire a été mis au point et adressé par voie postale et électronique à 223 médecins (dont 73 internes) et 184 psychologues, soit 407 personnes au total. Ce questionnaire permettait d'évaluer quatre dimensions :

- Connaissances théoriques transculturelles : définition, accès et besoin en formation et en supervision ;
- Utilisation des ressources transculturelles : connaissance du dispositif en place, focus sur l'orientation de patients (besoins et motifs) ;
- Recours à l'interprétariat en langue étrangère avec le public migrant : besoins, moyens, connaissance du rôle de médiation culturelle, difficultés et bénéfices rencontrés ;
- Considérations autour des parcours sociojuridiques des migrants.

Les enquêtés ont répondu sur la base du volontariat et de l'anonymat. Le recueil des données s'est effectué d'Avril à juillet 2013. Il n'y pas eu de relance de participation. Nous avons réalisé une analyse descriptive des réponses, en stratifiant selon la profession (psychologue ou médecin) et selon le public accueilli (enfant ou adulte) pour pouvoir cibler ensuite d'éventuelles interventions ultérieures.

Résultats

76 personnes ont répondu, dont 43 médecins et 33 psychologues. Le taux de participation de 19% est relativement faible pour ce type d'enquête mais acceptable. Il a permis une évaluation plus qualitative que quantitative. Dans leurs réponses, les psychologues semblent globalement plus sensibilisés que les médecins.

États des connaissances transculturelles

Si un nombre conséquent de répondants appréhende les aspects théoriques de la psychiatrie transculturelle (78 % au total), les aspects pratiques sont moins évidents. Seulement 20 % connaissent les dispositifs de soins transculturels en place sur la région, accessibles à tous. Par ailleurs, 51 % rapportent avoir une idée des parcours socio-administratifs et juridiques des patients en situation de migration, mais ils ressentent, pour la plupart, le besoin de se former à ce sujet (88 % dont la totalité des psychologues). Ils perçoivent donc la complexité des parcours de ces patients comme pouvant faire obstacle à l'accès aux soins et à la prise en charge en santé mentale.

26 % ont déjà reçu une formation en psychiatrie transculturelle ou interculturelle, avec une grande variabilité des enseignements reçus (de la journée de sensibilisation aux Diplômes Universitaires plus étoffés). 44 % ressentent cependant le besoin de se former ou d'approfondir leurs connaissances.

Le manque global de connaissances et le besoin en formation des professionnels de Seine-Maritime ainsi que le manque de promotion du dispositif en place pourraient être expliqués par des difficultés à prendre la mesure de l'impact de la culture en clinique. Avec l'éclairage de la littérature, cela pourrait correspondre à un défaut de compétence culturelle.

Pratiques transculturelles

71 % rapportent un besoin en supervision transculturelle, mais seulement 24 % ont pu y accéder. 51 % ont déjà orienté ou imaginé orienter un patient ou une famille migrante en consultation groupale transculturelle. Les motifs de sollicitation d'une consultation spécialisée stipulés par ces 47 professionnels sont des éléments culturels complexes (70 %), un psycho-traumatisme grave (68 %), des difficultés d'alliance thérapeutique (36 %), une impasse thérapeutique (36 %), un contre-transfert culturel irrésolu (17 %). 34 % évoquaient aussi une problématique linguistique ou sociale (demande d'asile, etc.). Les problématiques sociales sont encore trop souvent repérées parmi les demandes de consultations transculturelles or, elles ne sont pas une indication appropriée. D'où la nécessité d'informer d'avantages nos collègues sur les parcours sociojuridiques de ce public et la possibilité de faire appel aux interprètes dans leurs propres consultations. Sur ces 47 personnes, 20 ont pensé au dispositif rouennais, 4 aux dispositifs parisiens, 6 à d'autres lieux de consultations. 17 personnes (36 %) n'ont rien renseigné. Ils ont donc probablement ciblé un besoin de soins spécifiques pour leur patient sans savoir où l'adresser.

Interprétariat

Parmi les 76 professionnels ayant répondu au questionnaire, 40 % déclarent avoir déjà fait appel à un interprète pour un entretien psychiatrique ou psychologique avec un patient migrant ou d'origine étrangère. Dans leurs motifs de recours à l'interprétariat en langue étrangère, plusieurs rapportent un objectif d'amélioration de la communication avec le patient et de compréhension de ses souffrances. Certains abordent l'établissement d'un diagnostic. Quelques-uns citent des exemples précis tels que la « mise en place d'un groupe de parole pour Albanais du Kosovo ».

Par ailleurs, 60% de nos collègues déclarent ignorer la démarche de demande d'interprétariat. Six personnes indiquent une liste d'interprètes parmi le personnel hospitalier. Un participant souligne l'absence de mise à jour de ces listes et le manque de disponibilité des «soignants-interprètes». Trois personnes disent interpellier les assistants sociaux afin d'être guidés dans cette démarche. Deux personnes rapportent faire appel à l'administration sans détailler. Une autre parle de l'existence de convention avec les centres hospitaliers. Un professionnel cite l'association *Femme Inter-Association* qui a signé une convention avec le Centre Hospitalier Du Rouvray. Cette association, interpellée surtout par l'équipe proposant des soins spécifiques transculturels à Rouen, propose un interprétariat-médiation dans des langues variées. Un médecin parle de la possibilité d'interprétariat avec l'Association Havraise pour l'Accueil des Migrants (A.H.A.M), liée par convention avec le Groupement Hospitalier du Havre. Elle a dû il y a quelques années rompre des contrats d'interprétariat-médiation, faute de recours. Aujourd'hui, deux interprètes seulement sont disponibles. Le financement de l'interprétariat manque de clarté pour les consultants (non connu chez 88% d'entre eux), ce qui peut les faire hésiter dans leurs demandes. L'un d'eux précise le bénévolat de certains interprètes. Un autre évoque le «Conseil Général» en s'interrogeant.

La moitié des 30 professionnels ayant déjà travaillé avec un interprète rapportent avoir rencontré des difficultés: lourdeur du processus pour y accéder mais également une fois l'interprète en consultation (traduction pas toujours littérale ou adaptée, réticence du patient,...). Une personne a décrit les problèmes liés à la triangulation «aide à la compréhension mais tierce personne qui interprète justement un langage auquel nous n'avons pas accès».

En revanche, plus de la moitié des répondants (53%) connaîtrait le rôle potentiel de médiation culturelle des interprètes. 83% des professionnels qui ont introduit un interprète en consultation ont perçu un bénéfice. Les bénéfices mentionnés de l'interprétariat sont: «enrichissement de la clinique donnée par le patient, plus précise et plus nuancée»; «compréhension des codes sociaux culturels et de la langue»; «mise en confiance de la famille»; «meilleure qualité de l'entretien, plus d'échanges, plus d'informations»; «meilleure alliance thérapeutique»; «la prise en charge»; «amélioration de la prise en charge et surtout le vécu de solitude du patient dans un monde étranger»; «meilleure approche de la problématique du patient et de ses besoins»; «apaisement par reconnaissance portée au discours du patient».

Ces résultats permettent de constater que l'interprétariat est peu utilisé et mal connu dans les services publics de santé mentale de Seine-Maritime.

L'interprétariat premier outil transculturel à développer

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques. Par exemple, l'intérêt probable des répondants aux questions transculturelles a dû surestimer les résultats. Aussi, loin de refléter l'intégralité des avis concernant la clinique transculturelle, elle donne des tendances sur les pratiques des professionnels dans le contexte seino-marin.

Nous sommes confrontés à un paradoxe : une perception améliorée de la prise en charge des migrants grâce au recours à l'interprétariat (à travers une alliance thérapeutique plus solide et l'acquisition de compétences culturelles) mais une sous-utilisation de cet « outil transculturel ». En effet, l'interprétariat joue un rôle primordial en consultation avec les migrants et leurs enfants en terme de traduction, de communication mais aussi de médiation culturelle (Aranguri et al., 2006 ; Hsieh, 2007 ; Tribe & Lane, 2009). En plus d'améliorer la communication et d'aider le patient à verbaliser d'avantage, il peut agir comme un « levier thérapeutique » : l'interprétariat-médiation vient étayer la relation thérapeutique fragilisée par la situation transculturelle et le contre-transfert culturel du thérapeute (Aubert, 2008). La langue en tant que telle et les éléments anthropologiques proposés par le médiateur apportent un cadre culturel psychique externe contenant pour le patient. L'interaction thérapeute-interprète favorise la dynamique d'un processus thérapeutique renforcé par l'attention à la langue et ses enjeux. Le changement apporté dans la psyché du patient est conditionné par un changement préalable dans la psyché du thérapeute, pris en charge par le groupe d'interprètes.

Cependant, il existe de multiples freins à son recours. La littérature souligne la complexité du travail d'interprétariat en santé mentale (Aranguri et al., 2006, Jackson et al., 2008 ; Searight, 2013) à travers les multiples rôles de l'interprète et l'impact de ces rôles sur le processus thérapeutique et l'interprète lui-même. La présence d'un tiers influence les interactions avec le patient, la teneur des propos et les informations transmises. Certains auteurs détaillent l'influence de l'interprétariat, d'autres l'entrave à la relation soignant-soigné et à l'engagement dans le traitement (Aranguri et al., 2006) : communication compliquée par un tiers, traduction non maîtrisée par le consultant, discours réduit et révisé par l'interprète, modification du contenu voire du sens des propos, difficultés pour recueillir des informations cliniquement pertinentes. Les réponses émotionnelles transférentielles et contre-transférentielles peuvent être plus difficiles à gérer de part cette triangulation. La modification importante de la relation thérapeutique traditionnelle dyadique par la présence d'un interprète a fait l'objet de discussions cliniques considérables (Jackson et al., 2008). Du côté du thérapeute, se décentrer culturellement pour prendre en compte l'importance de langue maternelle du patient et élaborer son contre-transfert culturel en présence d'un interprète n'est pas simple. Chronophage, la demande d'interprétariat nécessite souplesse dans l'organisation et un travail de secrétariat supplémentaire. Une telle consultation demande en outre plus de temps puisqu'il faut tout retranscrire. Le dilemme éthique et légal du partage du secret professionnel avec un non-soignant est aussi soulevé. Du côté du patient, il peut refuser ou être réticent à s'y prêter, par exemple, par peur d'une mauvaise traduction ou de représailles de la communauté. Enfin, du côté des interprètes, peu d'attention a été accordée à l'impact de l'interprétariat sur leur bien-être malgré l'exposition à une détresse significative de certains patients (Doherty, 2010). Leurs avis sont d'ailleurs largement exclus. Les interprètes travaillant avec des réfugiés ou des patients surexposés à la violence sont souvent impliqués dans des processus thérapeutiques émotionnellement très intenses où leurs propres expériences peuvent résonner.

De plus, l'interprétariat en langue étrangère nécessite des considérations particulières en santé mentale (Searight, 2013). Les modèles d'enseignements destinés aux interprètes sont aujourd'hui médicaux ou juridiques mais ne sont pas fléchés en santé mentale. Dans l'idéal, en sus d'une supervision, il faudrait dispenser une formation psychiatrique aux interprètes. S'assurer de leur compréhension du système de soins psychiques permettrait une meilleure retranscription au patient et éviter peut-être certains clivages. Car, en l'absence d'une telle formation, le taux d'erreur d'interprétariat serait non négligeable soulevant d'autres préoccupations éthiques. Du fait des exigences légales, il conviendrait aussi de veiller à leur neutralité, au respect du secret professionnel et de demander une traduction littérale. Nos résultats vont dans le même sens que les publications internationales : l'interprétariat-médiation complexifie la relation et l'organisation des soins en santé mentale mais il maximise l'effet thérapeutique (Hsieh, 2007). Au-delà de sa vertu de traduction, la compétence linguistique peut être considérée comme une compétence culturelle à acquérir, simplement, par tous les soignants car elle peut dénouer bien des situations. L'interprétariat ne sert pas uniquement à conduire la langue. Il permet aussi une médiation culturelle.

Perspectives

Les résultats de cette enquête donnent plusieurs perspectives pour le département de Seine-Maritime. L'extension du dispositif actuel de soins transculturels paraît compliquée du fait de la démographie médicale largement appauvrie. En revanche, la promotion de tels soins semble indispensable auprès de nos collègues dans tous ces services de psychiatrie. Elle mériterait de clarifier les indications des soins spécifiques (la consultation groupale surtout), proposer des formations théoriques en psychiatrie transculturelle et sur les parcours socio-administratifs des migrants, favoriser l'accès à la supervision, faciliter le recours à l'interprétariat-médiation en consultation classique.

Aussi centrale et accessible la question de l'interprétariat en langue étrangère semble le premier point à promouvoir auprès des professionnels de santé mentale du département pour développer des compétences culturelles sans pour autant solliciter une consultation spécialisée transculturelle. Soignants et interprètes pourraient se former aux processus de communication et d'interprétariat en santé mentale afin de minimiser la perte d'informations, améliorer la qualité des échanges et assurer l'égalité des prestations de soins.

De futures recherches pourraient inclure une évaluation de son impact sur la relation thérapeutique, sur l'alliance du patient dans les soins et étudier l'impact de la formation de l'interprète. Il faudrait pouvoir identifier d'avantage les caractéristiques et les pratiques qui facilitent ou au contraire entravent le travail psychothérapeutique, élaborer des programmes de formation aussi bien pour les soignants que les interprètes, élaborer des recommandations pour leur recrutement et leur supervision. Il serait également intéressant de développer les conventions entre directions hospitalières et associations d'interprètes.

En dépit des biais qu'il peut présenter, notre travail rend compte de l'approche transculturelle en psychiatrie en Seine-Maritime, approche qui souligne le dyna-

misme et le caractère métisse des cultures. Pouvons-nous considérer la prise en charge de la santé psychique des migrants comme une spécialité, la psychiatrie transculturelle comme une discipline à part? D'après sa définition basée sur le complémentarisme, elle viendrait compléter une prise en charge existante et ne peut se substituer à une prise en charge classique. C'est pourquoi, selon nous, tous les professionnels de santé mentale peuvent faire valoir leurs compétences transculturelles avec un patient ou une famille. À chacun de les développer puisque nous sommes tous des êtres de culture.

BIBLIOGRAPHIE

- Aranguri C., Davidson B., Ramirez R. - Patterns of Communication through Interpreters: A Detailed Sociolinguistic Analysis - *Journal Of General Internal Medicine* - 2006/6 - 21(6):623-629.
- Aubert A. - La transformation du côté du thérapeute comme préalable au changement du patient en situation transculturelle. *Pratiques Psychologiques* - 2008/3 - 14(1):67-78.
- Bemak F., Chung R. - Immigrants and refugees. *APA handbook of multicultural psychology, Vol. 1 : Theory and research*. Washington, DC US: American Psychological Association - 2014 - 503-517.
- Cowan D. - Cultural competence: Definition, delivery and evaluation. *Ethnicity And Inequalities In Health And Social Care*. December - 2009/ 2 - (4): 27-38.
- Dein S., Bhui K. - At the crossroads of anthropology and epidemiology: Current research in cultural psychiatry in the UK. *Transcultural Psychiatry* - 2013/12 - 50(6):769-791.
- Doherty S., MacIntyre A., Wyne T. - How does it feel for you? The emotional impact and specific challenges of mental health interpreting. *Mental Health Review Journal* - 2010/9 - 15(3):31-44.
- Francis K. - *Exploring The Sociodemographic, Organizational And Other Correlates Affecting The Promotion Of Cultural And Linguistic Competence : Implications For Mental Health Disparities*. US: ProQuest Information & Learning - 2013
- Fung K., Lo H., Srivastava R., Andermann L. - Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcultural Psychiatry* - 2012/4 - 49(2):165-184.
- Keyser V. - The Predictors Of Self-Perceived Cultural Competence In Children's Mental Health Providers. *Dissertation Abstracts International*, 72. US: ProQuest Information & Learning - 2012
- Hsieh E. - Review of 'Dialogue interpreting in mental health'. *Journal Of Language And Social Psychology* - 2007/12 - 26(4):410-415.
- Jackson C., Zatzick D., Harris R., Gardiner L. - Loss in translation: Considering the critical role of interpreters and language in the psychiatric evaluation of non-English-speaking patients. *Diversity issues in the diagnosis, treatment and research of mood disorders*. New York, NY US: Oxford University Press - 2008 - 135-163.
- Kim SH. - Transcultural self-efficacy and educational needs for cultural competence in nursing of Korean nurses]. *J Korean Acad Nurs.* - 2013/2 - 43(1):102-13.
- Kirmayer L. - Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry* - 2012/4 - 49(2):149-164.
- Nardi D., Waite R., Killian P. - Establishing standards for culturally competent mental health care. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services* - 2012/4 - 50(7):3-5.
- Prescott-Clements L., Schuwirth L., Rennie J., et al. - The cultural competence of health care professionals: Conceptual analysis using the results from a national pilot study of training and assessment. *Evaluation & The Health Professions* - 2013/6 - 36(2):191-203.
- Qureshi A., Eiroa-Orosa F. - Training for overcoming health disparities in mental health care: Interpretative-relational cultural competence. *Cultural variations in psychopathology: From research to practice*. Cambridge, MA US: Hogrefe Publishing - 2013 - 248-269.
- Radjack R. - Evaluation des besoins en soins psychiatriques transculturels dans le Loiret: Étude qualitative exploratoire. Inspection Régionale de la Santé, DRASS - 2008
- Searight H., Armock J. - Foreign language interpreters in mental health practice: A literature review research agenda. *North American Journal Of Psychology* - 2013/3 - 15(1) :17-38.
- Tarricone I., Atti A., Berardi D., et al. - Migrants referring to the Bologna Transcultural Psychiatric Team: Reasons for drop-out. *International Journal Of Social Psychiatry* - 2011/11 - 57(6):627-630.
- Tribe R., Lane P. - Working with interpreters across language and culture in mental health. *Journal Of Mental Health* - 2009/6 - 18(3) :233-241.

Claire Mestre

Psychiatre-psychothérapeute et anthropologue,
CHU de Bordeaux,
association Mana¹

L'INTERPRÉTARIAT EN PSYCHIATRIE : COMPLEXITÉ, INCONFORT ET CRÉATIVITÉ

L'interprétariat médical et social a fait son apparition en France, soulevant de multiples questions sur la création d'un nouveau métier et sur la formation de ses membres. La place de l'interprétariat en psychiatrie fait partie de ces nouvelles perspectives professionnelles. La consultation transculturelle de Bordeaux n'aurait pu exister sans la présence des interprètes. C'est pourquoi, nous en avons fait un chantier à part entière, menant de front la formation des interprètes, leur place dans notre dispositif spécifique, la sensibilisation des professionnels à l'utilisation de ces nouveaux professionnels, et la lutte pour que l'accès aux soins des non francophones soit une réalité.

L'interprétariat en psychiatrie s'inscrit à l'intersection de champs différents et pourtant complémentaires ; la traduction comme concept philosophique et anthropologique, la linguistique pour aborder l'acte de traduire dans un contexte spécifique, la politique et l'éthique, dans le sens d'une réflexion qui va au-delà de la psychiatrie sur le prendre soin qui inclut l'hospitalité.

La traduction²

Je suis attachée à l'idée de Rada Ivekovic (2008) que la traduction peut désamorcer la violence. Ceux qui traduisent ont la tâche difficile de faire émerger le langage de l'autre, et donc de traduire l'étrangeté, et en même temps de traduire ses attentes, ses espérances et donc sa violence. Traduire ce n'est pas que traduire des mots, c'est aussi faire passer des concepts, des contextes. Traduire ce n'est pas que faire des passages d'un lieu à un autre, mais c'est transformer, et ainsi construire à plusieurs un sens partagé, co-construire. Se lancer dans une activité de traduction, c'est prendre le risque d'être modifié soi-même autant que de modifier ce que l'on traduit.

Les illustrations de cette donnée font partie du quotidien hospitalier : notre équipe peut être interpellée pour des situations de pathologies graves concernant des patients non francophones qui sont jugés comme non-compliants ; l'évaluation de la situation avec un interprète, dans un climat de confiance, met souvent à jour une

¹ www.cliniquetransculturelle-mana.org

² Voir le numéro très intéressant « Dialogue des cultures. De la traduction » dans la revue *Ecarts d'identité. Migration-Egalité-Interculturalité*.

attitude dictée par un pouvoir médical qui, ne prenant pas en compte la nécessité d'une traduction correcte (non dans l'urgence, avec le tact requis), n'attise que l'opposition exacerbée d'un(e) patient(e) qui juge l'intervention médicale agressive. De plus, les éléments recueillis par un personnel soignant dans un français approximatif peuvent être soumis à la déformation et font l'objet de projections de fantasmes parfois catastrophiques sans rapport avec la réalité de la personne. Bref, dans certaines situations, l'absence de traduction, par l'utilisation de la langue de l'autre et par l'explication des techniques médicales, apporte des vécus de violence pour le patient et d'incompréhension pour les professionnels.

L'intervention d'interprètes dans toute situation où la compréhension réciproque est primordiale, même dans l'urgence, relève d'une série d'engagements, de l'enchaînement de volontés, qui sont rapidement disloqués par la négligence, le mépris de l'autre, l'incapacité de l'empathie, le rabaissement de l'acte médical à un acte technique. Cela produit des catastrophes humaines.

Le sens et la pragmatique

Le métier d'interprète médical et social est en voie de formation. Sa position est problématique en tant qu'intermédiaire entre deux personnes, de position et de niveau social et culturel parfois radicalement différents. L'histoire des relations et des rencontres entre des populations éloignées, est ponctuée de la présence d'interprètes : en effet, pas de relations possibles, d'échanges, de négociations et de compréhension sans interprète. La position de l'interprète est ambiguë et conflictuelle. Des analyses, des témoignages et des fictions en témoignent, dans différentes situations passées et actuelles. Des enjeux pèsent sur les interprètes, qu'ils doivent surmonter des contradictions et affronter des suspicions, et ce, quelques soient les situations.

Des enquêtes réalisées à Bordeaux chez des professionnels du soin³ (et particulièrement en psychiatrie), montrent que, globalement, ils rechignent à utiliser des interprètes. De façon simple, la possibilité de cette ressource est mal connue et évaluée comme coûteuse. Un autre facteur peut expliquer cette hésitation, c'est la méfiance.

Travailler avec un interprète nécessite d'accepter de perdre du pouvoir en introduisant un tiers. En effet, le tiers modifie la relation, car la « gymnastique des langues », selon la belle expression de l'écrivain Shumona Sinha, ne peut se faire de façon neutre ; les différents interlocuteurs vont être pris dans des interactions complexes, obligatoires et déterminantes. La demande d'interprètes « neutres », sous-entendue, au service du professionnel, se heurte à une série de difficultés.

Du côté des interprètes, il semble qu'ils doivent faire un certain nombre de concessions : traduire mot à mot tout en restituant un sens, sans en mettre là où il n'y en a pas forcément. Ils utilisent le « je » ou bien le « il ou elle a dit », deux positions qui sont le reflet de leur position par rapport à l'autre. Ils sont dans une situation complexe, parfois conflictuelle, souvent décevante pour eux-mêmes : ils doivent aller au bout d'une mission parfois très difficile à atteindre. La relation professionnel-patient (ou client) dépend de leur présence (sans elle pas de relation de qualité possible), et elle est prise dans un écheveau de loyautés, d'intentions, d'appartenances, d'idées

³ Medina Querre, Étude qualitative sur les modalités de prise en charge des personnes migrantes souffrant de troubles mentaux. Cartographie qualitative des professionnels impliqués (CHU, Services hospitaliers de proximité, associations, professionnels indépendants...) Comparaison Bordeaux, Lyon, Grenoble. Collaboration Université du Mirail, Toulouse, Odenore Grenoble, REVeSS. Financement IRESP. 2011.

de la position et de l'évolution de la relation. Le bilan de plusieurs années d'analyse des pratiques dans l'équipe des interprètes de l'association Mana (Lkhadir et Mestre, 2014) permet de comprendre que les interprètes font face, en effet, à une série de problématiques entremêlant les questions sémantiques et pragmatiques ; ils se heurtent à des obstacles « classiques » de la traduction : les intraduisibles, la restitution d'un sens parfois complexe, les passages de langue ; ils doivent renoncer à un idéal, en somme faire un travail de deuil (Ibid.). Les situations, où ils appartiennent au même groupe culturel que les patients, les mettent aussi en difficulté : jusqu'où doivent-ils, peuvent-ils aller dans la traduction, voire l'accompagnement ? Enfin, le manque de reconnaissance est une plainte récurrente.

Ainsi, il existe une autre dimension fortement contraignante, invisible mais bien présente : c'est le contexte dans lequel les protagonistes évoluent. C'est pourquoi, la dimension pragmatique est essentielle. La pragmatique étudie le sens des mots et des énoncés dans un contexte particulier (Zufferey et Moeschler, 2012). Un interprète traduit, et les auditeurs comprendront ce qu'il dit en fonction du contexte, parfois indépendamment de la signification propre de la phrase. Pour la mettre en évidence, un détour par plusieurs situations, où l'acte de la traduction évolue dans un contexte spécifique, sera éclairant.

Dans notre histoire coloniale et post-coloniale nous pouvons analyser différents contextes de traduction orale, où la place de l'interprète a été fondamentale, mais aussi très problématique.

Lors de la colonisation en Afrique de l'Ouest, le personnage de l'interprète occupait une place prestigieuse et un rôle stratégique ; il était aussi une source de méfiance de la part de l'administration coloniale et des autochtones. Les colons devaient avoir confiance dans les interprètes, et pour cela, il fallait qu'ils manipulent bien la langue, qu'ils connaissent parfaitement le milieu où ils évoluaient, et qu'ils soient suffisamment payés pour être tout à leur fonction. Les interprètes avaient des relations ambivalentes avec les colons : ils étaient les produits de la colonisation et en même temps, les colons avaient peur qu'ils utilisent leur savoir pour remettre en cause la présence coloniale. Ils étaient ainsi l'objet de raillerie et d'humiliation. Du côté des autochtones, les interprètes étaient respectés, admirés mais aussi enviés et jaloués. Ils pouvaient être l'objet de dénonciations.

Comme médiateurs, les interprètes devaient ruser dans certaines situations pour assurer la paix sociale et *a contrario*, peut-on supposer, pour armer un conflit. C'est pourquoi, un interprète africain en période coloniale pouvait exercer une censure dans le but de désamorcer des antagonismes potentiels entre protagonistes. En d'autres termes, « pendant les premiers contacts entre Européens et Africains, la censure fonctionnait davantage comme stratégie de politesse (elle permettait à l'interprète devenu censeur d'amputer les propos impolis et de sauver ainsi la paix sociale ou la face de son destinataire) et comme stratégie d'impolitesse (la personne dont les propos étaient censurés pouvait se sentir insultée) » (Mboudjeke, 2011 p. 6).

Le deuxième exemple provient des enquêtes ethnologiques en pays lointains. Rares sont les ethnologues qui maîtrisent parfaitement la langue des populations.

Ainsi, les ethnologues européens dépendent de ceux que l'on appelait autrefois « informateurs », qui sont des traducteurs de leur culture. On peut dire, sans excès, que la qualité de ce que les ethnologues rapportent dépend étroitement de la relation que les protagonistes nouent, et de la compréhension que les traducteurs se font du travail des anthropologues. On a cru de façon abusive que le traducteur représentait un personnage représentatif de sa culture, avec le biais considérable qu'un individu était identique à un autre, et sans interrogation sur le type de relation nouée. De plus, le personnage de l'anthropologue est avant tout un étranger, un individu des pays du Nord, parfois de l'ex-Métropole, et un non-initié : cette dimension influe considérablement sur la traduction produite. L'accomplissement du travail de traduction dépendra aussi de l'évaluation de ces différentes positions. Ces questions sont débattues au sein de la profession, et des écrits ont rendu hommage à ces « traducteurs de leur culture », dont l'ouvrage désormais classique de Paul Rabinow, *Un ethnologue au Maroc : réflexions sur une enquête de terrain*.

Le roman *Assommons les pauvres!* représente le troisième exemple : il a été écrit par la romancière Shumona Sinha qui était également interprète à l'OFPPRA⁴. Cette publication lui a valu une éviction de cette institution. En effet, l'écriture de ce roman s'inspire largement de son expérience d'interprète auprès de demandeurs d'asile bengalis.

La romancière est née en Inde, et elle fait partie d'une élite cultivée, qui aime la France et sa culture. C'est une femme qui a choisi la migration, pour se fondre dans une langue. Son roman a été interprété par l'OFPPRA comme non respectueux à l'égard des demandeurs d'asile ce qui « convient mal dans une institution qui s'efforce de les traiter avec respect et dignité »⁵. Ce que l'on peut comprendre à travers les lignes de ce très bon roman, est que l'interprète est à bout d'une relation distordue, où, les uns et les autres jouent des rôles, de demandeurs d'asile imposteurs d'un côté, de fonctionnaires zélés de l'autre. D'un côté de pauvres hères essaient de faire entrer leur récit dans celui, appauvri et restreint, d'une victime de répression politique. De l'autre, l'officier s'avère être un détecteur de mensonge au service d'une machine étatique qui établit comme critère déterminant la conviction de l'auditeur. L'interprète est témoin de ce montage diabolique.

Ce que décrit Shumona Sinha est sa position d'interprète : se refusant d'être à la botte d'un pays dominateur, « le lèche-bottes d'un pays du Nord » (Ibid p. 23) et témoignant de l'effort du demandeur d'asile d'être convaincant au risque du mensonge ; elle assiste à une incompréhension culturelle et sociale entre les deux protagonistes, ce qui génère chez elle des réactions inappropriées comme le rire, l'évitement du regard pour ne pas être impressionnée.

Sa réaction est violente, portée par un sentiment de trahison de ne pouvoir aider « les hommes de son ancien continent ». Dans le roman, les autres interprètes n'échappent pas à ce dilemme, en choisissant parfois d'aider les requérants, autrement dit de ne pas être « objectifs », ou bien en culpabilisant d'être payés alors que leurs compatriotes souffrent.

Bien sûr, Shumona Sinha a la chance d'être romancière. Mais il est évident pour quiconque connaît un peu ce contexte, qu'elle a dû souffrir d'un conflit de loyauté, d'une situation intenable entre, être à la botte d'une politique injuste, et être le

⁴ Office Français pour les Réfugiés et Apatrides.

⁵ Propos recueillis dans le Monde des Livres du 15.09.2011.

témoin de l'humiliation des plus pauvres ; la réaction, si elle n'a pas été un passage à l'acte, a été l'écriture d'un passage à l'acte.

À travers ces situations succinctement présentées, on comprend que la conviction et l'intention influencent l'acte de la traduction. Comment traduire un énoncé dont on perçoit qu'il est mensonger, ou injuste, ou opposé à son éthique, ou contrariant sa loyauté ? Comment garder la face devant quelqu'un qui peut s'humilier pour avoir gain de cause, ou bien devant quelqu'un qui adopte une position supérieure et écrasante pour influencer sur la situation ?

La traduction est donc affaire de langues, de cultures et de sens, mais avant tout de personnes prises dans des enjeux et des contextes sociaux, qui impliquent un engagement, c'est-à-dire des choix, sous-tendus par une posture, une éthique, une organisation, particulièrement dans le champ de la santé et du social.

L'hospitalité dans la langue, une affaire politique et éthique

L'hospitalité est la première condition de l'accueil dans sa propre langue, de la langue de l'autre, sous entendu de l'accueil, dans son propre univers, de celui de l'étranger. Elle est conditionnée par une politique actuellement définie par des textes, des chartes⁶, mais aussi une bonne compréhension par les soignants et les administratifs de l'importance de la langue et de sa traduction. Que n'a-t-on entendu de propos de soignant ou d'administratif mettant en déroute cette politique : « il n'y a pas de demande... », « tout le monde se débrouille en anglais », ou bien plus précis « cet enfant parle parfaitement le français, il traduira pour ses parents ». Cette hospitalité a un coût et on se presse pour nous le rappeler à l'heure où le soin ne se mesurerait que par la dimension financière...

L'hospitalité passe aussi par le professionnel qui aura accepté de perdre la maîtrise totale sur la relation, qui aura remis en cause le cadre du face à face, le fameux colloque singulier, pour lequel nous avons été formés. Le dialogue deviendra alors triologue, ce qui suppose de la part du professionnel un décentrage, posture que l'on n'expérimente pas forcément dans l'exercice du soin, mais dans le voyage (Mestre, 2008), et la confrontation de ce qui n'est pas familier.

Il faut ensuite une bonne compréhension des enjeux autour de la traduction ou interprétariat, par le truchement de personnes, qui, sont des acteurs à part entière, des personnes qui ne peuvent être réduites à un instrument au profit des professionnels. Ils sont des personnages clés qui répondent à une commande et à une finalité⁷, celle d'améliorer la relation entre les patients et les professionnels de la santé. Or, les interprètes font face selon les professionnels à une variété de demandes : de celle de « simples » communicants (expliquer comment prendre un traitement) à celle de médiateur « interculturel » (comprendre les éventuels obstacles ou contradictions liés à la différence culturelle). L'accueil des interprètes par les professionnels est ainsi déterminant : l'interprète ne peut pas être relégué en voix off dissimulée derrière le patient, ou bien traité comme un instrument sans être salué, instruit du but de la rencontre et... remercié...

⁶ Voir le site de l'association Migration Santé Alsace bien documenté sur cette question.

⁷ Le terme skopos utilisé en linguistique répond à cette définition.

Il appartient aujourd'hui aux associations de former les interprètes.

Or, il faut avouer que les relations nouées entre les interprètes et les patients sont en grande partie obscures aux soignants que nous sommes : quels sentiments implicites partagent-ils dont nous sommes exclus ? Traduisent-ils bien, non pas dans le passage des mots, mais dans l'intention que nous y mettons, et le but que nous poursuivons ? En quoi la connaissance de la situation vécue par le patient et anticipée par l'interprète influe-t-elle les réponses et surtout la traduction ? Comment le traducteur agacé ou mal à l'aise donne-t-il une tonalité à l'énoncé qui va influencer la relation ? Il ne peut pas y avoir de réponses claires et définitives sur ces questions. Le mieux est de faire de cet obstacle une donnée qu'il faudra s'efforcer de travailler avec les interprètes, et leur offrir la possibilité de réfléchir à cela. Il convient d'abord d'accepter le fait que les interprètes influencent le processus de la traduction, par leur histoire personnelle bien sûr, mais aussi par leur parcours migratoire, de l'idée qu'ils se font de la situation, de l'intérêt qu'ils portent aux patients, et du contexte. En effet, il ne s'agit pas de douter de la traduction, mais de pouvoir avoir une idée de la contrainte du contexte. Les interprètes peuvent être gagnés par la suspicion ambiante à l'égard de l'étranger, au contraire, ils peuvent avoir une forte empathie par identification. Ils peuvent avoir tendance à arrondir les propos de part et d'autre... Ils peuvent être pris par des conflits propres à leur pays, ou bien avoir une attitude de mépris à l'égard de personnes qui, certes, partagent leur langue, mais pas leur statut social.

De même, les patients peuvent avoir l'impression, parfois erronée, qu'ils sont mal traduits, et, dans ce cas se plaindre que l'interprète n'est pas fiable.

Afin que les consultations conservent leur cohérence quant aux buts poursuivis par la relation soignants-soignés, il est nécessaire que le choix des interprètes ne repose pas que sur leur capacité à traduire, mais aussi sur leurs motivations, et la position qu'ils se donnent dans à un métier relationnel, appartenant au soin.

Les professionnels et les interprètes partagent donc un engagement qui n'est pas toujours libre de conflits et de doutes. Il est parfois important que le professionnel teste la compréhension que le traducteur a de son intention, de ses propos implicites, sans risquer de le froisser ! À l'inverse, le professionnel doit donner sa confiance en sachant que le sens de ce qu'il dit risque de dévier à ses dépens.

Comment accompagner ces mouvements ?

Un lieu d'analyse des pratiques où intervient une personne formée à la psychanalyse et/ou aux problématiques institutionnelles est indispensable. Mais cela ne semble pas suffisant. Il faut créer la possibilité d'autres lieux où les interprètes peuvent se rassérer auprès de leurs collègues quant à leur position ; il faut également offrir la possibilité qu'il y ait des retours de la prestation, soit que le professionnel estime que l'interprète n'a pas été à la hauteur, (il peut être sorti de sa réserve par exemple), soit que le professionnel n'ait pas été respectueux comme dans le film « Les arrivants »⁸ où un interprète refuse de traduire un propos jugé inhospitalier.

La possibilité d'espace d'échanges avec les équipes avec lesquelles ils travaillent est également une formule intéressante. Enfin, des lieux de formation où ils affinent leur position, sa complexité, et les conflits qu'elle peut susciter sont à encourager. C'est l'ensemble de ces lieux qui réguleront leurs paroles, et affineront leur position dans les relations qu'ils nouent avec les uns et les autres. Enfin, il faut que les interprètes

⁸ Documentaire de Claudine Bories et Patrice Chagnard, (2010), qui décrit les vicissitudes d'une plate forme d'accueil des étrangers dans un quartier de Paris.

se sentent reconnus. Dans tous les cas, nous préconisons qu'ils ne soient pas seuls face à leurs tâches et qu'ils aient un fort sentiment d'appartenance à une équipe. S'insérant dans des loyautés et des appartenances multiples, les difficultés qu'ils rencontrent peuvent, sans aide et régulation efficaces, les affecter gravement, distordre leur position, et gauchir la fonction qui leur est confiée.

Créativité de l'interprétariat dans la consultation transculturelle

Dans un article récent, une équipe psychiatrique suisse a examiné rétrospectivement des dossiers dont le diagnostic de dépression faisait état de « symptômes psychotiques » selon le DSM (Saraga et Preisig, 2014). Les patients de ces 16 dossiers avaient reçu des neuroleptiques pour un diagnostic de dépression unipolaire avec caractéristiques psychotiques. Dans 9 dossiers sont décrites des hallucinations visuelles (qui ne sont pas typiques d'une dépression psychotique et sont classiquement considérées comme évocatrices d'une pathologie organique) et sont rapportées des symptômes atypiques non congruents à l'humeur. On relève également que les patients ont reçu des neuroleptiques à doses élevées sur plusieurs années et sans beaucoup d'efficacité.

Le lien avec la migration est très frappant et les trajectoires migratoires sont difficiles (pauvreté, violence subie, difficultés d'intégration, etc.). Les auteurs ont plusieurs points de discussion qui, selon mon interprétation, mettent en exergue l'importance de la communication et de la langue, comme système découpant la réalité vécue d'une façon spécifique selon la culture, le contexte, l'histoire individuelle... les auteurs en concluent à une impression, chez les patients, de « 'rage impuissante' ne rentrant dans aucun schéma médical, psychanalytique, cognitivo comportemental, etc. Cette clinique semble se cristalliser dans la rencontre avec le système de soin, une parole qui peine à se dire et à être entendue... avec une responsabilité médicale évidente » (op.cit.).

Ainsi, le lien patient migrant-institution reposerait dans l'idéal sur une médiation, où l'interprétariat a une place de choix.

La médiation fait partie intégrante de l'acte de l'interprétariat, mais l'interprète n'est pas un médiateur, seul le dispositif est médiateur. La médiation repose sur une posture de l'interprète et du professionnel, sur l'importance du statut accordé à la langue, à la traduction du sens, qui emprunte des chemins complexes et divers. La médiation ne peut reposer sur une seule personne, mais sur différents ingrédients que sont l'alliance thérapeutique, l'explicitation des notions implicites, la mise en question de l'ordre institutionnel, de nos savoirs, et l'évaluation des relations de pouvoir qui agissent à notre insu.

Le dispositif ethnopsychiatrique ou transculturel tel qu'il a été défini par nos prédécesseurs (Nathan et Moro notamment et à la suite beaucoup d'autres) met l'accent sur les langues, la posture des cliniciens, et le savoir que les patients ont sur eux, savoirs qu'ils peuvent avoir acquis dans leur société d'origine. Nous mettrons l'accent, ici, sur les questions touchant les langues, et sur le sens co créé grâce aux différentes traductions opérées dans le cadre de soin.

Les langues

La langue maternelle est désormais reconnue comme étant nouée à l'affect.

La langue d'accueil permet cependant de dire ce qui ne peut se dire dans sa langue, comme par exemple le sujet de la sexualité ou bien l'expression d'une critique transgressant la religion. Une langue tierce peut s'avérer également décisive lorsque l'expression doit éviter la langue première du fait d'une charge affective traumatique ou bien trop entachée de déplaisir.

L'utilisation d'une langue doit s'accompagner de « l'imaginaire des langues » selon l'expression du poète Édouard Glissant, autrement dit de l'absence d'une hiérarchie des langues, ce qui est bien difficile. En effet, certaines langues qui nous semblent plus « simples », peuvent être en fait beaucoup plus imagées que la nôtre. Ensuite il est difficile de se décentrer d'une hiérarchie qui peut être implicite du fait d'un héritage post-colonial muet (dialectes/langue nationale), ou bien d'un républicanisme réducteur (langue locale/langue nationale).

Le passage de l'une à l'autre amplifie le travail psychique, enrichit les associations d'idées et l'épaisseur de la pensée. Le professionnel expérimenté peut demander à l'interprète la polysémie d'un mot, ou bien s'arrêter sur un choix de mot qui court-circuite un sens. Ainsi une patiente dit à une psychologue de l'équipe : « J'ai honte de prendre des médicaments dans la rue ». En russe, on utilise le verbe « boire » à la place de « prendre ». La psychologue dit « S'agissant d'une patiente dont le père était alcoolique, l'équivoque n'était pas n'importe lequel, et si l'interprète n'avait pas traduit littéralement, je ne l'aurais pas entendu. Le fait qu'en français, ou même en espagnol, on utilise un verbe différent, m'a permis d'écouter une autre résonance qui était ainsi pour moi accentuée, et a ouvert la possibilité de travailler la honte ressentie par la patiente face à l'alcoolisme de son père et le regard des autres, ainsi que la honte ressentie dans la rue, lieu de tous les excès et tous les dangers (notamment liés à la sexualité et la mort) pour cette patiente ».

Dans d'autres langues, l'emploi de certaines figures telles que les proverbes, les métaphores sont des nœuds de sens très précieux qui délient la parole, enrichit la relation.

Le sens

La restitution du sens est aussi une affaire de traduction qui doit éviter la simplification. La perte dans la traduction est inévitable, à l'inverse elle peut apporter une idée inédite.

L'interprète peut avoir des difficultés à restituer un état d'esprit : comment traduire la vision d'une image qui n'est pas une expérience anormale ? à l'inverse il peut ne pas trouver les mots pour traduire certains diagnostics ou appréciations : comment traduire la dépression ? ou bien la somatisation ? Ces allers et retours sont essentiels : un diagnostic erroné du fait d'une incompréhension ou d'un sentiment de bizarrerie complique le devenir. Le diagnostic psychotique en est l'exemple le plus illustratif : il faut être très attentif au glissement du bizarre et du non intelligible vers la sémiologie psychotique.

En conclusion

La présence des interprètes dans les consultations psychiatriques doit s'accompagner de conditions pour entourer une pratique complexe⁹. Toute personne bilingue n'est pas forcément un bon interprète, il faut acquérir une position : le secret et le non-jugement, une technique de traduction au plus près des mots du patient (traduction non simultanée) des qualités humaines qui lui permettent d'être dans une juste distance relationnelle vis-à-vis du professionnel et du patient. Cela suppose une formation préalable, des régulations faite en équipe et des retours possibles au professionnel.

Cette présence ne peut toutefois pas se faire sans une forte sensibilisation des professionnels en psychiatrie qui peuvent expérimenter, grâce à la présence d'un tiers, et au prix d'un renoncement de leur toute-puissance, un confort et une richesse dans la rencontre de l'autre. Ils pourront à leur tour confirmer ce que de rares voix expriment : l'engagement de nos institutions pour qu'elles soient garantes de l'hospitalité de l'étranger.

⁹ Voir la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée le 14 novembre 2012 à Strasbourg et signée par de nombreuses associations et institutions, site de l'association Mana et de Migration Santé Alsace.

BIBLIOGRAPHIE

- Dialogue des cultures, De la traduction. *Écart d'identité. Migration-Egalité-Interculturalité* – 2008 - n° 113.
- Ivecovic R. - La traduction comme engagement. Dialogue des cultures, De la traduction. *Écart d'identité. Migration-Egalité-Interculturalité* – 2008 - n° 113: 4-6.
- Lkhadir A, Mestre C. - Quels enjeux anthropologiques et éthiques pour la traduction en santé publique? *L'autre, cliniques, cultures et sociétés* – 2013 - n° 14, vol.1.
- Mboudjeke JG. - « La censure comme stratégie de politesse et d'impolitesse dans les représentations romanesques de l'interprétation en Afrique pendant la période coloniale », *Revue Électronique Internationale De Sciences Du Langage Sudlangues*. N° 16 – 2011/12 - <http://www.sudlangues.sn/>
- Mestre C. - La trace du voyage, le corps et les pensées en mouvement. In Mestre C. Moro MR (dir). *Partir Migrer L'éloge du détour*. Grenoble: La Pensée sauvage - 2008 - 25-38.
- Mopoho R. - « Statut de l'interprète dans l'administration coloniale en Afrique francophone », *Journal des traducteurs/Meta: Translators' Journal*, vol.46, n°3 – 2001 - p. 615-626. <http://id.erudit.org/iderudit/003658ar>
- Rabinow P. - (1977), *Un ethnologue au Maroc: réflexions sur une enquête de terrain*. Paris: Hachette - 1988
- Saraga M., Preisig M. - Des « psychoses affectives » aux « caractéristiques psychotiques » : les symptômes psychotiques selon le DSM, discutés à la lumière d'une série de 16 cas de dépression psychotique. *L'évolution psychiatrique* – 2014 - 79 pp. 225-238.
- Sinha S. - *Assomons les pauvres!*, Paris: Editions de l'Olivier - 2011
- Zufferey S., Moeschler J. - *Initiation à l'étude du sens, sémantique et pragmatique*. Auxerre Sciences humaines Éditions - 2012

Marie-Jo Bourdin

*Attachée de Direction
Responsable du Pôle Formation et du MEDIACOR
Présidente du Mouvement Européen
des Travailleurs Sociaux (Mets)
Vice-Présidente de l'Association
Française de Psychiatrie Sociale
Centre Médico Psycho Social F. MINKOWSKA (Paris)*

Stéphanie Larchanché

*Anthropologue médicale
Coordinatrice du Pôle Enseignement et Recherche
Centre Médico Psycho Social F. MINKOWSKA (Paris)
Vice-Présidente ISM Interprétariat (Paris)*

DE L'INTERPRÉTARIAT À LA MÉDIATION EN SANTÉ MENTALE : L'EXPÉRIENCE DU CENTRE FRANÇOISE MINKOWSKA

« Nous traduisons à l'intérieur même de notre langue, dans la mesure où il est toujours possible de dire la même chose » (Paul RICCEUR)

L'interprétariat professionnel est aujourd'hui accessible et adapté à de nombreux services publics. Or, dans bon nombre d'institutions, pour de multiples raisons – principalement économiques – on fait appel aux proches des patients ou à des collègues. Ainsi dans les hôpitaux a-t-on vu apparaître des listes de professionnels ayant telle ou telle compétence linguistique et qui peuvent être sollicités (Kotobi, Larchanché et Kessar, 2013). On voit encore ici ou là des professionnels du soin qui refusent de travailler avec un interprète (Favereau, 2010).

Pourquoi travailler avec un interprète professionnel ?

Afin d'éviter une communication inadéquate qui limitera les compétences cliniques d'un professionnel de santé mentale, et biaisera l'établissement d'un diagnostic, il y a un intérêt à travailler avec un interprète qualifié (Tabouri, 2009) pour :

- Développer une relation thérapeutique ;
- Comprendre l'expérience et le point de vue du patient et le contexte culturel qui sous-tend selon son comportement ;
- Mener une évaluation ;
- Formuler un diagnostic ;
- Décider, en accord avec le patient, d'un programme de traitement approprié ;
- Surveiller l'évolution de la maladie ;

- Évaluer l'efficacité du traitement, ainsi que les effets négatifs potentiels.

En effet, une communication inadéquate entre un professionnel de la santé mentale et son patient peut entraîner des erreurs de diagnostic et de traitement. Par exemple :

- Une sous-estimation ou une surestimation de la sévérité de la pathologie ;
- Une incapacité à identifier correctement le type de pathologie présenté.

De même qu'une communication inadéquate entraînera une compréhension limitée ou erronée de la part du patient sur :

- Le rôle du professionnel de santé mentale ;
- Le rôle du service ;
- La nature de la maladie ;
- L'objectif du traitement et des médicaments ;
- Les effets secondaires des médicaments.

Aspects importants de l'interprétariat en santé mentale

Le travail avec l'interprète ne va pas de soi, particulièrement dans le contexte de la santé mentale (Brisset et al., 2013). Il existe encore peu de travaux empiriques sur le sujet, notamment sur ses caractéristiques dans le champ de la psychiatrie (Bauer et Alegria, 2010) et des consultations transculturelles (Leanza et al., 2014), outre quelques études sur les différents positionnements de l'interprète (Es-Safi, 2001, Leanza, 2005) et sa spécificité dans le travail avec les enfants et adolescents (Leanza et al. *A paraître*, Sturm et al., 2012). Entre autres, ces derniers travaux soulignent combien il est important de pouvoir préparer l'intervention de l'interprète. En premier lieu la place qu'il doit occuper physiquement dans le bureau où l'entretien se déroulera : à côté du patient ? Entre le patient et le thérapeute ? Ce positionnement dans l'espace a une incidence directe sur la dynamique de l'échange, et donc sur la confiance qui pourra s'établir entre le patient, son thérapeute et l'interprète. Ensuite, un aspect très important à aborder est celui de la confidentialité. Il est soumis lui aussi au secret professionnel. Il faut veiller à son positionnement : l'interprète doit savoir se décentrer vis-à-vis d'un patient qui peut chercher la complicité culturelle, notamment lorsqu'interprète et patient sont du même pays. À l'inverse, le professionnel demandeur doit être vigilant sur la question des origines lorsque le patient vient d'une région du monde où les groupes ethniques d'un même pays se trouvent en conflit : ce conflit peut alors se jouer à nouveau entre un interprète et un patient de deux groupes opposés. Enfin, l'interprète doit pouvoir traduire en tenant compte des représentations culturelles et des métaphores utilisées par le patient pour exprimer sa souffrance psychique et éviter toute stigmatisation et assignation culturelle du patient.

Ces considérations reposent en partie sur le concept de « compétence culturelle » (Kleinman et Benson, 2006), essentiel dans tous les domaines d'intervention en interprétariat, mais particulièrement en santé mentale. Dans le terme « compétence culturelle », la référence à la culture ne se restreint pas au sens national ou ethnique du terme, ni à un attribut à décoder chez le patient uniquement. Nous faisons référence à la culture au sens anthropologique et contemporain du terme (Miklavcic et LeBlanc, 2014). Ainsi, la compétence culturelle est à la fois un savoir-être et un savoir-faire, qui se caractérise notamment par :

- **le décentrage**, c'est-à-dire, dans le cadre du contre-transfert, la capacité pour le thérapeute à percevoir ses propres représentations, et à s'en distancer ;
- **la compréhension** des références culturelles du patient dans le cadre du transfert ;
- **la nécessaire confrontation des modèles explicatoires** de la souffrance et du soin entre le thérapeute et son patient.

Cette approche permet aux professionnels de ne pas stigmatiser l'autre, c'est-à-dire de ne pas l'enfermer dans des stéréotypes culturels, et d'accueillir sa demande afin de proposer une prise en charge adaptée. La culture ainsi définie joue un rôle majeur non seulement dans l'expression et l'expérience de la souffrance, mais aussi dans la manière dont les gens appréhendent les services de santé mentale, leur possibilité d'y recourir ou non, leurs attentes vis-à-vis des services, et enfin la relation qu'ils pourront construire avec les professionnels de ce champ (Lewis-Fernandez and Diaz, 2002). Le stigma de la maladie mentale, s'il est présent dans toutes les sociétés, est susceptible d'être accru parmi les populations migrantes et réfugiées parmi lesquelles cet état est directement associé à « la folie ». Tous ces éléments font de la santé mentale un exemple paradigmatique sur l'importance de la compétence culturelle dans les services de soins en général, et par rapport au travail de l'interprète en particulier (Bennegadi et al., 2009).

Enfin, le travail psychothérapeutique reposant sur l'établissement d'une relation continue et de confiance avec un thérapeute, il est souhaitable de transposer cette continuité avec le service d'interprétariat, et travailler autant que faire se peut avec le même interprète. En tant qu'« expert » de communication, il prête en effet son langage verbal et non-verbal, et donc au-delà de fluidifier la conversation, il est co-créateur de la relation.

Quand et pourquoi passer de l'interprétariat à la médiation ?

Le concept de médiation a souvent été utilisé sans qu'il n'y ait jamais de véritable consensus autour de sa définition. Comme l'interprétariat, il s'agit d'un concept polymorphe avec une multiplicité des pratiques (Miklavcic et LeBlanc, 2014). De manière générale, la médiation interculturelle renvoie à l'intervention d'un tiers entre des individus ou des groupes à l'enracinement culturel différent. On peut cependant discerner deux visions de la médiation. D'une part la médiation est perçue comme une pratique visant l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation

d'information (rôle de-facto de l'interprète: certains parlent souvent d'interprète/médiateur). Selon Michèle Guillaume-Hoffnung, dans sa définition juridique, « le médiateur est neutre, il ne rajoute rien au message de chaque partenaire » (Hoffnung, 2012). Dans la médiation relais également, le rôle du médiateur est limité à celui d'intermédiaire entre les usagers et les institutions (cf. l'expérience des femmes relais). À l'inverse, la médiation peut impliquer un processus de transformation et de participation active. Pour Serge Bouznah et Catherine Lewertowski, la médiation est une dynamique qui vise justement à modifier une situation, et le médiateur joue ainsi un rôle actif dans la recherche de solutions (Bouznah et Lewertowski, 2013).

Le passage de l'interprétariat à la médiation s'opère généralement à partir du moment où le déséquilibre inhérent à la relation soignant-soigné et à l'opposition entre discours expert et discours profane (Kleinman, 1980) entrave la mise en place d'une relation transférentielle positive, nécessaire au processus thérapeutique. Il s'agit alors pour le médiateur de mettre en place, à la fois par le biais d'un savoir-être (empathie avec le patient) et d'un savoir-faire (maîtrise de son rôle de tiers), un processus de triangulation qui permette au thérapeute de rendre accessible son travail aux besoins et aux représentations du patient d'une part, et au patient de trouver en la personne du médiateur un allié pour transmettre son histoire avec les modèles explicatoires qui lui sont propres (De Pury et Bouznah, 2009).

À l'instar du travail d'interprétariat, la médiation implique une réflexion sur le cadre thérapeutique lui-même, dans la recherche de pistes cliniques permettant d'améliorer l'état du patient. Le thérapeute doit ainsi considérer lui aussi le médiateur comme un pair, d'où la nécessité pour ce dernier d'acquérir les bases des approches psycho-pathologique et psycho-anthropologique¹.

Au Centre Minkowska, à l'occasion d'un projet européen (Projet T-Share) auquel ont participé cinq pays (la France, l'Italie, la Norvège, le Portugal et la Slovénie), nous avons formalisé le statut de médiateur culturel dans le cadre du soin en santé mentale (T-SHaRE, 2012). Des interprètes, médiateurs culturels, professionnels soignants y ont participé. Une charte professionnelle a été élaborée, définissant les paramètres de la médiation culturelle dans le cadre du soin, avec quelques critères innovants.

Dans cette charte, le médiateur culturel est un professionnel (qu'il appartienne à une institution de soin ou non) bilingue, formé à la confrontation des modèles explicatoires dans la relation de soin (cadre de l'anthropologie médicale clinique, cadre théorique de travail clinique) et au décentrage (évite toute forme de stigmatisation ou d'assignation culturelle, intentionnelle ou non). Il/Elle est formé(e) au fonctionnement des institutions de soin (trajectoires d'accès au soin) et aux différentes formes de prise en charge.

Les grandes lignes du programme de la formation à la médiation culturelle en santé mentale portent essentiellement sur :

- L'introduction aux principales pathologies psychiatriques ;
- La santé mentale des migrants et des réfugiés : Définition, prévention, éducation ;

¹ Serge Bouznah propose à cet égard la fonction de « médecin animateur » qui, en tant que médecin expert, va pouvoir « transposer une conception strictement pathologique de la maladie en une conception de cette dernière qui prend en considération sa dimension existentielle. » (De Pury et Bouznah 2009 :38).

- L'approche psycho-anthropologique : Culture, personnalité et processus d'acculturation ;
- L'asile et ses conséquences : Trauma et résilience ;
- L'organisation familiale en contexte migratoire : Approche systémique ;
- La Psychiatrie transculturelle centrée sur la personne : Approche psychopathologique qui tient compte des représentations culturelles de la personne sans pour autant focaliser sur la culture, en tenant en compte d'autres paramètres tels que les déterminants sociaux de la souffrance, les conditions d'accès aux soins, etc.

Le cas de Madame U.

Madame U. est une patiente originaire du Nigeria. Elle est anglophone, et est orientée au Centre Minkowska pour la problématique linguistique et la difficulté des institutions référentes (travailleurs sociaux et ASE) à communiquer avec elle, tant sur le plan linguistique qu'institutionnel. Lorsque nous rencontrons Madame U., en présence d'une interprète en anglais, elle est dans un état dépressif grave. En effet, elle a successivement enduré un parcours migratoire difficile durant lequel elle a subi plusieurs types de violences, une précarisation sociale et administrative suite à une perte d'emploi en Italie où elle s'était installée pendant presque dix ans, et une spirale de précarisation en France où elle avait suivi un homme qui avait fini par l'exploiter en la prostituant notamment. Suite à cette dernière expérience, la police l'avait arrêtée et on lui avait retiré la garde de sa fille. C'est à sa sortie de prison, seule, sans statut régulier et déchue de son autorité de mère que nous l'avions rencontrée. Au-delà de la reconstitution du parcours traumatique de Madame U. et de son impact sur son état psychique, l'intervention de l'interprète a rapidement mis en lumière les incompréhensions de Madame U., notamment concernant la définition et la logique du placement de son enfant, mais aussi la rigidité des acteurs institutionnels face aux incompréhensions et parfois aux oppositions de Madame U. Cette situation sociale ne permettait pas à Madame U. d'élaborer sur sa souffrance et sa situation, et empêchait le clinicien de travailler le lien de confiance et l'alliance thérapeutique qui en découle. Après discussion de l'équipe pluridisciplinaire du Centre, il a été décidé de faire le passage de l'interprétariat à la médiation, en accompagnant Madame U. non seulement sur le plan clinique mais également en éclairant le contexte social. L'objectif de ce passage à la médiation était de permettre la confrontation des représentations culturelles, pas seulement entre soignant/soigné, mais entre Madame U. et les acteurs institutionnels l'accompagnant, ainsi que sa fille. En considérant le médiateur comme partenaire à part entière de la relation de soin, en travaillant et élaborant avec lui les stratégies de travail clinique, le clinicien a ainsi pu progressivement mettre en place un suivi psychothérapeutique pour Madame U. Avant cela il lui aura fallu, avec l'aide du médiateur, travailler sur les logiques du placement des enfants en France pour Madame U., sur la confrontation des représentations culturelles liées à l'autorité parentale et aux définitions de ce que c'est d'être « une bonne mère ». Ce travail de médiation a intégré les acteurs institutionnels en les faisant participer à cette

confrontation des représentations culturelles, et en les accompagnant eux-aussi -par le biais d'échanges téléphoniques brefs—sur leurs pistes de travail, sans trahir bien sûr le secret médical. Le rôle du médiateur a ainsi consisté à résoudre un conflit de valeurs complexe, dans une situation de souffrance extrême. Il a permis à la patiente d'accéder à une meilleure compréhension de la réponse des institutions françaises face à sa situation, pour pouvoir ensuite mieux comprendre les intentions des différents acteurs les accompagnant, elle et sa fille, et pour pouvoir enfin avoir un transfert positif avec le clinicien et suivre une psychothérapie.

Les bénéfices de l'interprétariat et de la médiation

En termes de bénéfices pour la santé publique (Tabouri, 2009), et lorsqu'il n'y a pas de langue en commun entre le thérapeute et son patient, travailler avec un interprète ou un médiateur culturel dans le cadre du soin en santé mentale permet :

- Une fiabilité du diagnostic : Distinction entre souffrance psychique, troubles psychologiques, et troubles psychiatriques ;
- Une réduction des délais d'intervention, et donc récupération plus rapide pour le patient ;
- Sur le registre de l'économie de la santé, on note une efficacité des consultations, moins d'orientations vers les urgences, une adéquation des services par rapport à la demande ;
- Enfin, grâce à une prise en charge optimale, on peut avancer la dimension d'intégration par le biais du soin.

Au-delà des bénéfices sanitaires au sens strict donc, le recours à l'interprète ou au médiateur souligne un respect de la personne et de son droit à s'exprimer. À cet égard, il participe implicitement à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et les discriminations en santé dont la langue est un des facteurs centraux (Verrept, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

- Bauer A. M., Alegria, M. - Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services* - 2010 - 61(8), 765-773.
- Bennegadi R., Kalil U.-A., Larchanché S., et Mitic Y. - Cultural Competence and Training in Mental Health Practice in Europe: Strategies to Implement Competence and Empower Practitioners. Background Paper, International Organization for Migration (IOM), available online: http://www.migrant-healthurope.org/files/Mental%20Health%20Practice_Background%20Paper%281%29.pdf
- Bouznah S., Lewertowski C. - Quand les esprits viennent aux médecins. 7 récits pour soigner. Paris, Editions In Press - 2013
- Camille B., Leanza Y., Rosenberg E., Vissandjée B., Kirmayer L., Muckle G., Xenocostas S., Laforce H. - Language Barriers in Mental Healthcare: A Survey of Primary Care Practitioners. *Journal of Immigrant Minority Health* - Publié en ligne le 29 décembre 2013
- De Pury S., Bouznah S. - La traduction, un outil pour guérir. *Soins psychiatrie*, n° 260, pp.34-40. - 2009 - Disponible en ligne sur: <http://www.ipaos-culture-et-sante.com/ipaos/presentation/#3>
- Es-Safi L. - La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. *Pensée plurielle* - 2001/1 - n° 3, p. 27
- Favereau E. - Interprète à l'hôpital, pour dire les maux. *Libération* - 25 mai 2010
- Guillaume-Hoffnung M. - La Médiation. Collection Que Sais-je ?, Paris: PUF - 2012
- Kleinman A. - Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, CA: University of California Press - 1980
- Kleinman A. - Benson P, Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It (Arthur Kleinman and Pete Benson), *PLoS Med* 3(10): e294. - 2006 - Disponible en ligne: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Kotobi L., Larchanché S., Kessar Z. - Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier: une recherche-action autour de l'annonce. *Migrations Santé, Représentations et Pratiques Soignantes en Contexte Interethnique*, n° 146-147 - 1^{er} trimestre 2013
- Leanza Y. - Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting* - 2005 - 7(2), 167-192.
- Leanza, Y., Miklavcic, A., Boivin, I., Rosenberg, E. - Working with interpreters. In L. Kirmayer, C. Rousseau, & J. Guzder (Eds.) Cultural consultation: Encountering the other in mental health care (pp. 89-114). New York, NY: Springer Science+Business Media - 2014
- Leanza Y., Boivin I., Moro M.-R., Rousseau C., Brisset C., Rosenberg E., Hassan G. - *Transcultural Psychiatry* - A paraître
- Lewis-Fernandez & Diaz - The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatry Quarterly* 73(4): 271-95 - 2002
- Miklavcic A., et Le Blanc M.-N. - Culture Brokers, Clinically Applied Ethnography, and Cultural Mediation. In L. Kirmayer, C. Rousseau, & J. Guzder (Eds.) Cultural consultation: Encountering the other in mental health care (pp. 115-137). New York, NY: Springer Science + Business Media - 2014
- Gesine S, Moro M.-R. et Baubet T. - Mental health care for unaccompanied minors in France: towards a comprehensive approach to the needs of a vulnerable minority. In Ingleby D., Charenza A., et Deville W. (Eds), *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*, volume 2 (pp.207-220). Garant Uitgevers N V - 2012
- Tabouri A. - L'interprétariat dans le domaine de la santé. *Hommes et migrations*, 1282-2009 - 102-106.
- T-ShaRE - Transcultural Skills for Health and Care. Standards and Guidelines for Practice and Training - avril 2012 - Disponible en ligne: http://tshare.eu/drupal/sites/default/files/confidencial/WP11_co/MIOLO_TSHARE_216paginas.pdf
- Verrept H. - Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care In Ingleby D., Charenza A. et Deville W. (Eds), *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*, Volume 2 (p115-127). Garant Uitgevers N V - 2012

Jessica Ozenne

Psychologue clinicienne
Établissement d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

LA RELATION THÉRAPEUTIQUE À L'ÉPREUVE DE LA LANGUE

Clinique du rapport soignant-soigné et confusion de langage en EHPAD

Lorsqu'elles atteignent l'âge de soixante ans, les personnes vulnérables souffrant d'un trouble en santé mentale « sortent » de nombreux dispositifs en ce qui concerne leur hébergement quand la vie au domicile s'avère impossible. Les foyers, les appartements thérapeutiques, maisons d'accueil spécialisées, et autres structures médico-sociales sont soumis à cette limite dans leurs critères d'admission et dans leur financement. Ensuite l'usager bascule dans un autre dispositif : l'EHPAD. Là où le réseau des structures sanitaires et médico-sociales est assez étoffé et propose des accompagnements variés, l'EHPAD¹ devient une structure unique d'accueil des usagers en situation de dépendance.

Pourtant les établissements sont très réticents lorsqu'il s'agit d'accueillir des personnes souffrant de troubles mentaux, et les places sont rares. La structure dans laquelle j'exerce a fait le choix d'un accueil des publics « à la marge » – un système d'aide sociale finance l'hébergement des usagers – en prônant la créativité dans les prises en charge. En effet nous rencontrons souvent des problématiques inédites en EHPAD, pour lesquelles il n'existe pas forcément de dispositifs de soin adaptés. Ainsi on retrouve, dans un même lieu, des personnes aux parcours de vie très différents : personnes âgées souffrant d'une maladie dégénérative, usagers auparavant suivis dans les secteurs de psychiatrie, personnes en errance qui ne peuvent plus vivre dans la rue compte tenu des pathologies liées à l'âge.

À cette équation s'ajoute la problématique de l'exil, notre structure ayant eu la vocation, dès l'ouverture, d'accueillir un public de « migrants vieillissants ». R. Gallou évoque, à propos des foyers de travailleurs migrants, ces « non-lieux pour des hommes invisibles [...], les municipalités découvrant parfois à l'occasion d'une réhabilitation ou d'une demande d'intervention partenariale leur existence »². Les professionnels qui accompagnent les usagers sont souvent issus de l'immigration, certains maîtrisant eux-mêmes difficilement la langue française. Ils sont en première ligne lorsqu'il s'agit de traduire les paroles des usagers.

L'étude de plusieurs vignettes cliniques issues de ma pratique de psychologue clinicienne au sein de cet EHPAD fera émerger trois questions centrales. Est-il nécessaire de tout comprendre en clinique ? Peut-on parler d'interprétariat lorsque

¹ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

² GALLOU R., « Le vieillissement des immigrés en France », in *Politix* 4/2005 (n° 72), pp.57-77, p. 3.

les professionnels assurant la traduction ne sont pas des spécialistes? Et enfin : quel est l'impact en clinique de cette relation triangulaire? La visée thérapeutique de l'entretien s'enrichit d'une possibilité de travailler avec le « soignant-traducteur » notre propre représentation du sujet qui prend la parole, et vient placer la question de l'interprétariat au centre d'une nouvelle dynamique institutionnelle.

La barrière de la langue, un risque pour la prise en charge

C'est pour M. C. que la question de l'interprétariat va se poser pour la première fois, probablement car à la différence des autres situations que je présenterai, aucun membre de l'équipe ne parle sa langue : le russe. Il souffre d'une maladie d'Alzheimer à un stade assez avancé, avec des déambulations, des troubles de l'humeur, une désorientation temporo-spatiale importante et une inversion du rythme jour-nuit.

M. C. arrive à l'EHPAD dans un contexte où sa fille, qui s'occupe de lui à domicile, est épuisée. Un service de soin infirmier qui prend en charge M. C. nous a alerté sur la relation entre la fille et le père, qui s'échangent régulièrement des coups. M. C. est arrivé il y a seulement quelques années de Russie, au moment du déclenchement de la maladie, sa fille ayant émigré bien plus tôt. Quelques mois après son entrée à l'EHPAD, M. C. a appris quelques mots de français : « oui », « bonjour », « ça va », mais la communication est très limitée car il ne nous comprend pas. Il parle beaucoup en russe, avec des moments d'agitation psycho-motrice. Lorsque sa fille est présente, elle refuse de traduire ce qui est dit, manifestement mal à l'aise. Elle refuse de nous dire ce qui la pousse à ne pas traduire et semble réticente à nous apprendre quelques mots de russe. Nous supposons que le discours du père est incohérent, ou alors qu'il est insultant. Peut-être qu'il s'agit de critiques envers l'institution.

Pour l'équipe soignante cette impossibilité à communiquer engendre un sentiment de frustration intense, mais aussi l'idée que M. C. est en souffrance – il lui arrive de pleurer ou d'être très en colère – une souffrance que l'équipe ne peut pas comprendre. « Nous ne pouvons pas l'aider », disent-ils, « si ça se trouve il a un problème, il a mal, et on ne sait pas ». Nous recherchons des interprètes. Il existe des associations et des entreprises qui proposent ce service, mais le budget à consacrer est important et l'établissement ne dispose pas des moyens nécessaires. Nous trouvons une solution intermédiaire. Nous rencontrons une éducatrice russophone qui accepte de venir rencontrer M. C. dans le cadre de sa formation à la psychologie clinique. Elle le rencontrera à plusieurs reprises, seule, mais aussi avec la soignante référente de M. C. Après chaque rencontre, nous prendrons un temps pour échanger sur l'entretien qu'elle vient d'avoir.

Dès la première rencontre, l'éducatrice explique que M. C. est très confus, mais que l'on peut néanmoins avoir une conversation qui a du sens avec lui. M. C. était officier dans l'armée russe, et tout son imaginaire tourne autour de l'ordre, de l'organisation, et de la hiérarchie. Il a une lecture de la vie de l'établissement imprégnée de cette vision toute militaire de la vie en communauté. Ainsi il explique à l'interprète qu'il s'énerve car « il n'y a pas d'ordre ici ». Il va prendre l'exemple de la porte à code

et des badges. Une porte à code permet d'entrer et de sortir de l'unité, dans un souci de protection des usagers désorientés qui peuvent se perdre. M. C. décrit ce fonctionnement en termes de laissez-passer : « certains ont des badges ici, d'autre non ». Il est aussi « scandalisé » de voir que « certains » peuvent « passer comme ça, sans badge, sans s'identifier », et pour lui, « qui est colonel, ne peut pas se faire ouvrir la porte par ses subordonnés ». La liberté de déplacement est une autre de ses préoccupations : « pourquoi il n'y a pas de serrures aux portes » et « pourquoi certains peuvent entrer dans les chambres ». Effectivement certains patients désorientés se trompent de chambre.

Au fil des entretiens, M. C. va exposer à l'éducatrice les différents aspects de sa vie quotidienne. Avec la soignante référente, ils aborderont aussi la question des soins du corps, qui restent un point difficile de la prise en charge. Le matin on ne le « réveille pas correctement », il souhaite être réveillé « comme à l'armée », il faut frapper à sa porte, et lui dire très fort de se lever. À chaque entretien l'éducatrice nous fournira une traduction phonétique de ce qu'il faut dire. Pour la douche aussi tout doit être plus codifié, il souhaite utiliser tel type de gant, de cette manière etc. Pour finir M. C. pourra dire qu'il est content de la manière dont « les femmes en uniforme » s'occupent de lui.

Au-delà d'une certaine fascination pour l'univers psychique de M. C. qui est totalement façonné par sa vie militaire passée, et où la réalité est infiltrée par un autre vécu, cette vignette nous montre le malentendu inaugural entre notre équipe et ce patient. Plus il se mettait en colère, plus les « femmes en uniforme » tentaient de se montrer rassurantes, compréhensives, maternelles, alors que M. C. cherchait du cadre, de l'ordre, de la discipline, dans un retour étonnant de sa vie de militaire. On voit aussi se dessiner la question de la traduction par un proche. La fille de M. C. pourra nous dire, finalement, qu'elle ne traduit pas car elle trouve « ridicule » cette confusion chez son père – qui se croit toujours à l'armée – et parce qu'il dit « des insultes », dans les moments de désinhibition. On voit aussi que face à des patients très désorientés, les soignants ont besoin d'éléments de biographie pour interpréter des comportements incompréhensibles au premier abord.

L'interprétariat se fait ici à plusieurs niveaux. Il s'agit d'abord de traduire les mots pour comprendre un comportement, une demande, et ainsi adapter la prise en charge. Que l'on imagine maintenant qu'une personne étrangère au service arrivant un matin, voyant une aide soignante qui frappe à la porte de M. C. en criant « levez-vous M. C. » dans un russe approximatif, pensera peut-être que nous avons une vision particulière du soin, mais il comprendra que cette manière de faire est issue d'un long processus d'interprétariat qui vient d'abord de la langue. Le rôle du traducteur est ici un rôle de « déconfusion ». Dans ce cas, la barrière de la langue a été quasi-totale dans la relation avec l'usager. À noter tout de même qu'une communication s'était engagée, ne serait-ce que grâce aux gestes. L'intervention d'un tiers maîtrisant parfaitement le russe et comprenant les enjeux culturels de la prise en charge de M. C. a permis d'apaiser une situation difficile, et l'accompagnement a pu se poursuivre en mettant de côté un certain « mal entendu » inaugural.

Interprétariat en autodidacte, écouter et entendre

Dans cette autre situation, le rôle de l'interprète a été plus délicat à assumer pour la personne engagée avec moi dans l'entretien clinique. Nous retrouvons la question de la compréhension de ce qui « pose problème ». On a diagnostiqué chez Mme. B. une psychose hallucinatoire chronique. Elle est suivie depuis plusieurs années par le secteur de psychiatrie (son psychiatre est arabophone). Les hallucinations de Mme B. sont à la fois visuelles et auditives, et pas toujours « bienveillantes », elle crie pour communiquer avec ses visions. Mme. B. est originaire d'Algérie, et ne parle que le kabyle et un peu l'arabe.

Comme certaines femmes immigrées de sa génération, Mme. B. est toujours restée à la maison alors que son mari travaillait et n'a créé aucun autre lien social que celui de l'entourage familial. Au décès de celui-ci, leurs six enfants ont totalement pris en charge Mme. B., qui doit être aidée quotidiennement compte tenu de ses symptômes, mais aussi de son impossibilité de s'exprimer en français et de gérer ses documents administratifs et son quotidien. À l'image de beaucoup d'usagers auparavant traités pour des troubles psychiatriques, on voit se dessiner chez Mme. B. un profil mixte où des troubles cognitifs de plus en plus importants apparaissent avec l'âge. Ce sont les « fugues » incessantes de Mme. B., et son refus d'ouvrir la porte à certains de ses enfants sous l'impulsion de ses voix qui ont conduit la famille à faire une demande d'hébergement en EHPAD.

Nous touchons dans ces cas difficiles à la neurologie, la psychiatrie, la gériatrie, et les différents professionnels se contredisent. Nous nous posons d'emblée comme des médiateurs, des interprètes, pour ces différents professionnels du soin qui entourent la patiente, avec une connaissance spécifique de son quotidien et de ses symptômes. Face aux cris de Mme. B., l'équipe exprime ses difficultés en réunion : « cette femme souffre, et nous ne pouvons rien faire pour elle, car on ne la comprend pas ». Certains professionnels parlent kabyle, mais disent que « ce qu'elle dit n'a aucun sens ». La famille est culpabilisée car Mme. B. répète sans arrêt « je veux rentrer chez moi, accompagnez-moi à la maison » lorsqu'elle reçoit de la visite. La situation s'enkyste peu à peu. L'équipe soignante se sent impuissante face à ce qu'ils identifient comme des cris de souffrance à la fois physique et morale. Je suis sollicitée par les aides soignantes pour « faire un entretien » avec la résidente, car « il faut absolument l'apaiser ». Une de mes collègues qui parle le kabyle propose de participer à l'entretien pour traduire les paroles de Mme. B.

Le premier entretien a lieu dans la chambre de Mme. B., la collègue qui assure la traduction de ses paroles est aide soignante, et a déjà eu l'occasion d'assister à d'autres entretiens avec certains usagers dont elle est référente en français. C'est néanmoins la première fois qu'elle assiste à un entretien en assumant le rôle d'interprète. L'entretien débute de manière assez classique. Je me présente à Mme. B., je présente ensuite l'aide soignante et lui explique qu'elle sera là pour traduire en kabyle et en français pour que nous puissions communiquer plus facilement. Mme. B. commence à parler. Je sens immédiatement que ma collègue est gênée. Je lui demande de ne pas hésiter à traduire régulièrement. Elle me répond « mais ce

qu'elle dit n'est pas vrai». Je reprends avec elle en lui expliquant que même si les paroles paraissent bizarres, j'ai besoin de les écouter pour pouvoir comprendre ce qui se joue pour la résidente, elle peut donc traduire sans hésitation. Ma collègue reprend : «elle dit qu'elle veut rentrer chez elle, qu'elle n'aime pas être ici en prison, et que son fils – le fils dont elle parle est décédé il y a de nombreuses années – aussi veut rentrer, elle dit qu'il est dans la pièce avec elle et qu'il n'est pas content du tout». Elle ajoute tout bas pour ne pas être entendu par Mme. B. : «tu vois c'est n'importe quoi, elle délire je t'avais dit».

Ici se dessine d'emblée avec Mme. B. l'enjeu de la relation clinique qui est celui du désir de retourner au domicile et de la sensation d'enfermement, avec en toile de fond l'hallucination hostile à l'institution. Il s'agira de créer un climat de confiance avec Mme. B. Sans nier le fait qu'elle n'est pas à son domicile et sans non plus insister sur l'impossibilité d'y retourner. Nous l'aiderons à éprouver le soutien que peut apporter l'équipe soignante, dans un souci d'apaisement des angoisses massives qui engendrent les cris. Le premier entretien est un temps d'échange inaugural très important pour «rencontrer» l'usager, comprendre ses demandes et l'enjeu de son accueil dans l'institution, «d'un point de vue clinique, il constitue un mode d'appréhension de l'autre, un outil d'investigation et de diagnostic»³.

Dans cette vignette apparaît à nouveau la nécessité de faire intervenir un interprète lorsque la communication est impossible. Comment proposer à Mme. B. un cadre adapté sans comprendre sa demande, ses plaintes, ses cris ? L'intervention d'une collègue aide soignante montre aussi la tendance forte du côté des équipes à prendre les paroles de l'usager «au pied de la lettre» en quelque sorte. Le rôle du psychologue clinicien est majeur dans l'écoute de la plainte formulée, il doit entendre ce qui est dit mais aussi ce qui est suggéré, ce qui imprègne le discours. Au premier plan de la relation soignant/soigné avec Mme. B. se place effectivement le désir de retourner au domicile, mais il faut aussi prendre en compte le vécu d'enfermement, et ce qui est suggéré du côté d'une relation de soin à créer. La présence de l'aide soignante comme tiers lors de l'entretien clinique, même si elle bouscule le cadre habituel, permet la circulation d'une certaine qualité d'écoute de l'usager.

Interpréter à tout prix : un risque de ne pas entendre l'usager

Dans notre dernière vignette, nous illustrerons une autre situation qui fait appel cette fois à la «retenue» en termes d'interprétariat. Ce récit concerne un usager, M. H., qui fait partie de ces personnes que l'on nomme «les migrants vieillissants». M. H. est arabophone, il maîtrise assez mal le français mais suffisamment pour dialoguer avec moi. Il a été hospitalisé à de nombreuses reprises en psychiatrie suite à des moments «d'explosion de colère» sur la voie publique à l'occasion d'alcoolisations massives.

M. H. est aussi sujet à de «petites manies», qui, sans pouvoir s'apparenter à des symptômes majeurs ou à des troubles du comportement, sont assez contraignantes pour lui. Elles s'expriment en particulier dans le rangement de ses vêtements. Ils sont rangés par couleur, par taille, par matière et par pièce, dans un ordre com-

³ CYSSAU C. et FEDIDA P., Le premier entretien, in L'entretien en clinique, In Press, Paris, 1998, p. 143.

pliqué que lui seul connaît. M. H. investit énormément sa vêtue et son allure. S'il est bien habillé, c'est un signe « qu'il mérite le respect », dans le sens inverse il se sent « moins que rien ». Les aides soignantes qui apportent le linge de la lingerie le rangent « n'importe comment » selon lui. Ensuite M. H. passe des heures à tout ranger à nouveau. Depuis son arrivée à l'EHPAD, M. H. est de plus en plus dépendant pour les actes de la vie quotidienne, avec en particulier une perte de la mobilité des mains liée à l'arthrite. Il a aussi eu une fracture du col du fémur et, même s'il a pu remarcher, il se déplace avec des difficultés désormais. Ainsi, ne pouvant plus opérer son rangement seul, il aimerait que l'aide soignante « le fasse à sa place » et demande à en parler en ma présence « pour l'aider à se faire comprendre ».

Il m'arrive de proposer au référent d'un usager – à la demande de celui-ci – de participer à un entretien lorsque le problème concerne la relation soignant-soigné. Je propose donc à la personne responsable du rangement du linge un entretien avec M. H. dans le but de discuter cette question qui le préoccupe. Celle-ci a aussi un parcours de migration et est originaire de la même région que M. H. Elle précise d'ailleurs, lorsque j'évoque l'idée de cet entretien, qu'il lui arrive souvent de parler arabe avec M. H., ajoutant que « cela lui fait du bien de parler du pays ». Par ailleurs M. H. investit le fait de pouvoir s'exprimer en français, avec toute une problématique autour de l'intégration et de l'apprentissage de la langue française.

Pendant cet entretien, dont l'objet n'est pas la traduction des paroles mais la médiation par rapport au problème de linge et de l'aide à la dépendance, la soignante présente ne cesse de s'exprimer en arabe et de traduire les mots d'arabes qui échappent à M. H. lorsqu'il bute sur un mot en français. La tension monte du côté de M. H. qui semble s'agacer de cette traduction. Je reprends la parole un moment pour reposer le cadre de l'entretien. M. H. pourra rapidement dire qu'il a déjà « besoin d'aide pour tout faire », et « qu'en plus on ne le laisse pas parler ». La référente se montre peinée de cette remarque car « elle pensait bien faire ». Cet entretien nous donnera l'occasion d'engager un réel travail institutionnel de réflexion autour de la question de la langue, et du risque de « collage » lorsqu'un soignant s'identifie à un usager.

Conclusion

Lorsque la présence d'un interprète s'avère nécessaire – et elle l'est dans de nombreuses situations – les relations triangulaires qui se tissent au cours des entretiens cliniques obligent le psychologue clinicien à un exercice qui peut parfois s'avérer délicat. Il agit comme un équilibriste qui doit être le garant du cadre pour son patient, mais aussi pour le professionnel qui assume le rôle d'interprète sans en avoir *a priori* les compétences. Les enjeux économiques sont bien présents, et imposent une certaine créativité pour trouver des solutions moins onéreuses. Néanmoins, ce positionnement nouveau pour les soignants enrichit le travail institutionnel en ce qui concerne l'écoute des demandes des usagers. En les éloignant de leur rôle « traditionnel », il permet de soulever des questions cliniques qui autrement passeraient peut-être inaperçues. Enfin, il me semble très pertinent pour le psychologue clinicien en institution, qui peut avoir tendance à resserrer son dispositif, d'ouvrir son cadre et ainsi multiplier les lieux d'échanges institutionnels.

Laure Wolmark*Psychologue clinicienne
Comede***Aude Nguyen***Psychologue clinicienne
Comede***Marie Cossart***Psychologue clinicienne
Comede*

LE RIRE DE L'INTERPRÈTE

Situations cliniques plurilingues et réinvention du cadre thérapeutique

Un même lieu d'exercice : le centre de santé du Comede (Comité pour la santé des exilées) où sont accueillis des demandeurs d'asile, réfugiés, étrangers en situation précaire. Une pratique commune : la conduite de psychothérapies avec l'aide d'interprètes professionnels.

Trois regards de psychologues cliniciennes, trois écritures à la première personne du singulier, qui interrogent cette pratique : comment l'instauration d'un cadre thérapeutique est-elle possible en présence d'un tiers ? Quelles sont les modalités du transfert et du contre-transfert « à trois » ? Qu'apprend-on de la pratique de la psychothérapie avec un interprète professionnel ?

Nous sommes toutes trois convaincues de la nécessité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé mentale, et du médico-social en général, pour les personnes allophones ; l'absence d'interprète professionnel compromet trop souvent l'accès aux soins pour ceux qui ne maîtrisent pas encore le français (Comede, 2008). Au-delà de ce postulat de base, nous avons souhaité rendre compte de notre pratique clinique avec des interprètes professionnels, ce qui signifie témoigner de nos craintes, de nos étonnements, de nos questionnements de thérapeutes. Nous avons aussi voulu revenir sur quelques moments imprévus survenus dans le cours de psychothérapies conduites au Comede. Ces micros événements cliniques participent à nourrir notre ébauche commune d'élaboration psychanalytique des thérapies polyglottes. Nous espérons que nos trois regards théorico-cliniques, à travers les trois parties de cet article, contribueront à rendre accessible, compréhensible et digne d'intérêt la pratique clinique en situation d'interprétariat.

La mise en place du cadre thérapeutique dans les consultations en présence d'un interprète

En quoi la présence de l'interprète modifie-t-elle l'installation du cadre thérapeutique ? Si « la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » (Winnicott, 1975), de quelle manière l'interprète va-t-il trouver sa place dans cette aire de jeu ? Quand un patient en exil voit ses processus psychiques figés par le traumatisme, comment peut-il de nouveau retrouver une capacité de jouer avec ses pensées s'il n'a pas accès aux fondements sur lesquels sa pensée s'est construite, c'est-à-dire sa langue maternelle ?

Tout d'abord, il faut que le thérapeute s'assure que le patient puisse se rapprocher de sa langue maternelle, que cela le sécurise et lui permette de « postuler l'existence de son soi » (Winnicott, 1975). Il faut vérifier que l'usage de cette langue ne menace pas le sujet et n'amplifie pas les reviviscences.

Si l'usage de la langue maternelle est possible, il s'agit ensuite de saisir comment le patient se figure la présence de l'interprète. Il faut s'assurer qu'il n'est pas mis d'emblée par le sujet à une place de témoin culturel qui pourrait représenter l'ordre menaçant ou devant qui la révélation de violences accentuerait les sentiments de honte.

En dernier lieu, peut-être est-ce le thérapeute lui-même qui n'est pas toujours à l'aise avec la présence de l'interprète. Mais en quoi pourrait-elle s'avérer menaçante pour le processus thérapeutique et empêcher l'installation du cadre ?

Le cadre thérapeutique, avec les patients reçus au Comede, doit être rapidement contenant pour que le patient puisse retrouver une sécurité de base (Comede 2013). Ce cadre doit être souple mais solide et le patient doit pouvoir s'appuyer sur un thérapeute solidaire et engagé. Il s'agit que le patient puisse établir un lien de confiance avec le thérapeute mais aussi avec l'interprète. Le patient va peu à peu s'approprier cet espace inédit de parole, c'est-à-dire ressentir et identifier en quoi venir en consultation le soutient. Il s'agit donc d'une co-construction d'un cadre thérapeutique entre le patient, le thérapeute et l'interprète. Travailler régulièrement avec un même interprète comme nous le faisons au Comede permet de maintenir la continuité du cadre thérapeutique « à trois ».

Certes le travail avec un interprète modifie l'installation du cadre. D'un côté, le thérapeute et l'interprète se sont apprivoisés depuis longtemps. De l'autre côté, le patient doit faire face à cet inconnu de la rencontre thérapeutique et très souvent, ce sont des relations duelles qui se dessinent : entre lui et l'interprète ou entre lui et le thérapeute.

Je me retourne vers mon planning, qui figure sur l'ordinateur, afin de donner un nouveau rendez-vous à Madame M. que je viens de recevoir pour la première fois. Au cours de cette première consultation, j'ai eu du mal à contenir son débordement émotionnel. Madame M. a raconté pendant cette première consultation les tortures et violences sexuelles qu'elle a subies et dont les images ont été diffusées par téléphone aux connaissances de son mari. Madame M. vérifie auprès de moi que je la crois, que je supporte ce qu'elle dit. Elle veut absolument me montrer des photos de son frère blessé et souhaite que je consulte les témoignages de tiers la concernant. Cette première consultation est un exercice périlleux : il faut dans le même temps accueillir la parole mais aussi la contenir, pour qu'elle n'effraie pas la patiente, pour qu'elle ne la traumatise pas de nouveau. Je me retourne donc pour donner à ma patiente ce prochain rendez-vous. À peine retournée, cette patiente se lève, baisse son pantalon pour montrer à l'interprète ses cicatrices en haut de ses cuisses. Au cours de la consultation, je lui avais à plusieurs reprises signifié que je n'avais pas besoin de « voir ». Je lui demande de remonter son pantalon. Madame M. répond : « ce n'est pas à vous que je voulais les montrer, c'est à elle » en montrant l'interprète. La semaine suivante, l'interprète m'a dit avoir eu beaucoup de mal à se défaire d'émotions liées à cette consultation.

Dans ces premiers temps de la rencontre, c'est auprès de la personne la plus proche d'elle du fait de l'appartenance à un même pays et de la même langue que Madame M. dut vérifier qu'elle n'était pas exclue, que l'on pouvait encore la regarder et qu'elle continuait bien à faire partie de la communauté humaine. Dans cette situation en particulier, Madame M. attendait aussi que ne se répète pas encore une scène où les violences subies pouvaient être diffusées et montrées à tous, la thérapeute étant appelée à l'arrêter dans sa compulsion à « montrer ». La psychologue dans ce contexte est la garante du cadre pour la patiente mais aussi pour l'interprète, embarqué dans des mouvements transférentiels violents.

Dans le temps de la rencontre, il s'agit d'atténuer les éléments qui pourraient faire effraction et mettre en péril le rétablissement d'une sécurité de base, d'une continuité d'être, d'une peau psychique. Ces premiers temps, où représentations et affects sont clivés suite au trauma, laissent souvent surgir un langage émotionnel qu'il est nécessaire de percevoir pour permettre de nouveau qu'un travail de liaison s'opère. Le travail régulier avec un même interprète permet que ce dernier ne traduise pas seulement la langue mais aussi l'infra-verbal c'est-à-dire la dimension émotionnelle voire la dimension corporelle de la parole. L'interprète traduit le ton de la voix, reproduit parfois les mimiques, s'exerce à regarder le patient de la même manière que le fait le thérapeute. Il peut aussi s'appliquer à reproduire les mouvements corporels quand ils sont associés à des images exprimées par le thérapeute. L'interprète traduit ainsi la dimension affective de la parole.

Le thérapeute lui aussi comme le patient est soumis à cet infra-verbal, au langage émotionnel, aux mouvements du corps de son patient. Il peut aussi profiter du temps déplié issu du temps que prend la traduction pour penser, rêver, imaginer. Le cadre de la consultation est un espace inédit où il s'agit de proposer un espace que le patient va modeler en lui donnant une forme propre. Ce temps d'apprentissage permet de rétablir la continuité d'être mise à mal suite aux violences subies. Le travail régulier avec un même interprète peut même avoir une fonction miroir pour le patient qui peut se représenter à travers cet appui du thérapeute sur l'interprète une représentation du lien possible à l'autre. L'interprète intériorise lui aussi des éléments du cadre. L'interprète avec qui je travaille régulièrement est très vigilante à la régularité de ses remplacements, se préoccupe de ses absences et pallie l'organisme qui l'emploie pour assurer une continuité du cadre.

Petit à petit, quand la sécurité se rétablit, l'espace est moins serré et l'aire de jeu s'élargit. C'est dans cet espace qu'une relation à trois s'inaugure. La simple circulation des échanges vient figurer que, de nouveau, un lien à l'autre, une dynamique relationnelle, une circulation des émotions sont possibles. Cet espace créé rappelle l'aire transitionnelle - un réel moins écrasant et une place retrouvée pour l'imaginaire et le jeu psychique.

Accueillir un patient exilé en présence d'un interprète est un acte qui a une valeur signifiante d'hospitalité. L'usage de sa langue facilite un retour sur une terre à soi, c'est-à-dire sur des processus identitaires antérieurs à l'épreuve des persécutions et du parcours d'exil. Elle peut aussi permettre d'installer le cadre afin qu'il devienne un possible refuge et la représentation d'une possible réinscription dans un lien et un espace social.

Transfert et contre-transfert dans le cadre de la psychothérapie en situation d'interprétariat

Comme le psychologue, l'interprète par sa participation à un dispositif de soin est pris dans la dynamique de transfert et de contre-transfert. La spécificité de cette relation thérapeutique à trois induit une dynamique de transfert et contre-transfert à plusieurs niveaux : entre le patient et le thérapeute, le patient et l'interprète, sans oublier ce qui peut se jouer dans la relation entre le thérapeute et son interprète.

Tout d'abord, au sein d'un dispositif thérapeutique à trois, il arrive souvent que le transfert du patient vers le thérapeute se fasse de manière progressive. Le transfert se situerait d'abord plus du côté de l'interprète pour se déplacer ensuite vers le thérapeute (Kenneth & al. 2005). Le processus thérapeutique serait en quelque sorte médiatisé dans un premier temps par la présence de l'interprète auquel le patient s'adresserait plus volontiers qu'au psychologue. Dans le cadre de ma pratique je constate que la présence de l'interprète rassure le patient au début du suivi, car il a le sentiment d'être compris, ce qui engage les bases d'une relation de confiance à même de faciliter l'alliance thérapeutique. Le rôle de l'interprète permet d'atténuer les appréhensions ou réticences du patient à s'adresser au psychologue. En effet, il reste un professionnel dont la pratique est encore fréquemment associée aux « fous » et donc fortement stigmatisée au sein de nombreuses sociétés.

Les patients auront donc tendance à chercher à situer l'interprète : d'où vient-il ? Peut-il le comprendre dans sa langue, son histoire, sa culture ? Qui est-il ? La question du genre est également prégnante pour les demandeuses d'asile qui ont été pour une très grande majorité d'entre elles victimes de violences sexuelles de la part d'hommes. Dans ce contexte, les patientes auront des difficultés à s'exprimer devant un homme qu'elles rattachent de près ou de loin à leur culture et à leur passé traumatique. De manière générale, la question des effets du genre de l'interprète dans le transfert se pose tout comme pour le thérapeute.

Dans le cadre d'un transfert progressif, nous pouvons penser que l'interprète facilite l'acceptation du cadre et la mise en place du processus thérapeutique. Dans d'autres cas, le patient s'adresse tout de suite au thérapeute et maintient le contact visuel avec celui-ci, même s'il ne comprend pas sa langue, il est identifié d'emblée comme le Sujet supposé savoir et les manifestations transférentielles lui seront immédiatement adressées.

Nous pouvons aussi supposer que les déclarations et les attitudes du patient étant adressées à deux personnes, le lieu du transfert pourrait être quelque chose de l'ordre d'un entre-deux (Piret, 1991).

Au fil des entretiens, nous observons que si l'interprète est suffisamment fiable à la fois dans la traduction qu'il fait des paroles du patient et dans sa capacité à accueillir ses dires dans un mélange de bienveillance et de neutralité relative, il pourra participer à contenir les angoisses du patient et lui permettre d'accéder à une élaboration psychique progressive de son vécu.

À l'inverse, si l'interprète est débordé parce que le patient manifeste et dit dans l'espace thérapeutique, cela peut participer au débordement du cadre, à l'aggrava-

tion des manifestations symptomatiques des patients, et à la survenue de moments de crise.

Dans le cadre de ma pratique clinique au Centre de santé, le déroulement des entretiens avec un jeune homme tamoul vient illustrer le cas où les manifestations symptomatiques d'un patient peuvent être accentuées par le débordement de l'interprète. En effet, les tremblements de ce patient associés à un syndrome de conversion impressionnaient beaucoup l'interprète, inexpérimentée et ayant peu de connaissances dans le champ de la psychiatrie. La peur de celle-ci était visible et semblait renforcer les manifestations de souffrance psychique du patient qui nous étaient adressées. En l'absence de formation en psychologie clinique et en psychothérapie, les interprètes professionnels font leur travail de traduction dans le cadre des entretiens tout en faisant partie du dispositif thérapeutique. Leur savoir être dans ce contexte va être lié à leur personnalité, leur expérience professionnelle et personnelle, dans un accompagnement qui met en jeu leur subjectivité propre. Le contre-transfert de l'interprète face au patient rentre donc en compte dans le déroulement de la psychothérapie.

Du côté du thérapeute, la présence de l'interprète et le temps de traduction d'une langue à l'autre semblent faciliter l'espace de rêverie nécessaire décrit par Bion (1962) dans le travail psychothérapeutique, afin de pouvoir restituer quelque chose au patient de ce qui lui a été adressé. L'accueil des éléments livrés à l'état brut par le patient, particulièrement à travers le récit de scènes traumatiques, rend possible dans un deuxième temps une élaboration psychique du contenu. Cette secondarisation des processus psychiques en jeu est facilitée par le temps de la traduction où le thérapeute peut mettre en œuvre sa capacité de rêverie et être à même de transformer ce qui lui est amené.

Dans la clinique auprès des demandeurs d'asile, l'intensité du contre-transfert des psychologues a pu être mise en avant (Lachal 2006, Pestre 2010). Les personnes ayant vécu des violences extrêmes, des tortures et connaissant des situations de détresse sociale liées à leurs conditions de vie difficiles et à la précarité de leur statut administratif ont souvent une demande massive envers les professionnels. À ce transfert massif répond un contre-transfert intense, dont les effets ont été décrits autour des questions de partage du trauma ou de contagion traumatique. Faisant partie du dispositif thérapeutique, les interprètes doivent donc faire face à ces manifestations. L'intensité émotionnelle de ce qui est déposé par le patient dans l'espace thérapeutique peut affecter l'interprète. Nous le constatons parfois avec des réactions émotionnelles fortes de leur part, comme une interprète qui pleure à l'écoute du récit d'un patient. Cela peut se manifester à l'inverse par des réactions de banalisation ou de rejet du patient.

Le rire peut être également une manifestation de la décharge émotionnelle et de la mise à distance nécessaire à l'interprète dans le cadre de ce travail. Une situation avec une interprète russophone et une patiente géorgienne vient illustrer ce point. Lors d'un entretien, cette patiente faisait longuement état d'un sentiment de persécution dirigé vers la personne qui partage sa chambre au foyer où elle est hébergée. Après nous avoir décrit les désagréments et les actes d'agression dont elle disait être victime, à la fin de l'entretien, elle montre ses lunettes cassées et tordues

dans tous les sens pour nous prouver la véracité de ces dires. À ce moment-là, l'interprète habituellement impassible aux dires et aux manifestations des patients est prise d'un fou rire irrésistible. Du fait de la relation de confiance existant avec cette interprète, la patiente malgré un trait de personnalité paranoïaque marquée commence elle aussi à rire, et semble à ce moment-là se distancier de son discours et de son vécu de la situation.

Nous observons que les interprètes investissent particulièrement certains patients et tentent de les aider, notamment en portant leur parole auprès des différents intervenants dans l'institution, alors que d'autres engendrent des réactions contre-transférentielles négatives d'agacement ou d'exaspération. Dans tous les cas, l'intensité des entretiens a pour effet de mobiliser les mécanismes de défense psychiques du thérapeute, mais également de l'interprète. L'interprète, ne pouvant recourir à la théorie pour se protéger de la violence du matériel clinique, se trouve souvent dans une position d'empathie voire d'identification au patient. Il risque à certains moments de s'exposer à des phénomènes de contagion traumatique observables à travers un sentiment de peur, des images persistantes de scènes de violence etc.

Cette mobilisation forte du registre émotionnel induit souvent chez l'interprète une mise à distance des affects afin de se protéger psychologiquement de ce que le patient lui adresse dans un premier temps, dans la langue à laquelle le thérapeute n'a pas accès. Il est important de pouvoir prendre un peu de temps pour échanger avec l'interprète suite à certains entretiens, afin de partager ce qui a été vécu durant ce moment.

Apprendre du travail thérapeutique avec un interprète professionnel

«Oui, je vois un médecin qui me donne des médicaments, je le vois presque tous les mois. Je m'assois, il me parle en français et je ne comprends pas. Je lui parle en Bengali, et un peu en anglais. Il ne comprend pas. Il me donne une nouvelle ordonnance. Je m'en vais et...».

L'interprète avec qui je conduis des psychothérapies en langue Bengali, Hindi, et Ourdou ne peut finir de traduire cette séquence tant il rit. Il pleure de rire. Son fou rire se transmet irrésistiblement au patient, puis à moi. La consultation touche à sa fin, et nous nous disons tous trois au revoir en riant.

Dans cette situation, le rire de l'interprète fait écho à l'absurdité de la situation, en l'occurrence l'impossibilité de se comprendre entre un médecin et son patient. Mais ce qui est drôle, ce qui fait rire dans cette anecdote, c'est aussi que le médecin comme le patient acceptent passivement cet état de fait sans le remettre en question, alors même que nous recevons ce dernier au Comede grâce à un interprète professionnel.

L'éclat de rire de l'interprète est dans ce cas une forme d'interprétation, ou une invitation à interpréter. Ce patient est en effet généralement dans l'attente passive que quelque chose vienne de l'autre, ce qui le met, dans sa vie amoureuse notamment,

dans des situations d'échec répétés. Il attend que son compagnon l'appelle, lui propose de sortir, lui témoigne des signes d'intérêt. La situation transférentielle avec le médecin réactualise, dans l'acceptation du malentendu, cette position passive. C'est le rire de l'interprète qui m'a permis de proposer, plus tard, cette interprétation au patient en la reliant avec un abus sexuel qu'il avait subi dans l'enfance. Le rire de l'interprète a produit un écart, qui n'est pas celui de la perte de sens dans la traduction ou dans le dispositif à trois ; cet éclat-écart dans la consultation fait apparaître que la scène anodine de la « consultation absurde » chez le médecin condense de multiples autres situations, jusqu'à la scène d'abus infantile.

Certains psychiatres, psychanalystes, psychothérapeutes, ne souhaitent pas travailler avec des interprètes. Ils invoquent la neutralisation ou la diffraction du transfert due à la présence d'un tiers. Ils posent aussi une question judicieuse : comment interpréter lorsqu'on ne maîtrise pas la langue de l'autre ?

Le 3 mars 1909, un débat agite la société psychanalytique de Vienne : « Est-il possible d'analyser un névrosé parlant une langue que le médecin ne connaît pas ou connaît mal ? ». Le débat ne fut pas tranché lors de cette séance. Freud y mit fin en décalant le problème : le choix des mots, comme celui de la langue, doit être analysé en terme de résistance¹.

Près de 50 ans plus tard, Daniel Lagache, dans *Sur le Polyglottisme dans l'analyse* (Lagache, 1956) étudie l'intérêt du passage d'une langue à l'autre dans les psychanalyses de patients bilingues ou trilingues. Il y étudie les multiples stratégies psychiques autour des langues, langue d'éducation, langue maternelle, langue d'élection. C'est parfois hors de la langue maternelle que peut s'élaborer le conflit psychique, loin des signifiants trop investis d'affects. À l'inverse, l'utilisation de la langue d'élection ou d'éducation peut être mise au service de la résistance, et laisser dans l'ombre les traces de l'infantile contenues dans la langue de l'enfance.

Aujourd'hui, le dispositif avec interprète permet de faire cohabiter deux langues, qui sont généralement la langue maternelle du patient et la langue du pays d'exercice du thérapeute. Le patient s'exprime dans sa langue mais il sera entendu dans la langue du thérapeute, et vice-versa. Le signe et le sens sont légèrement déconnectés pour deux des interlocuteurs. En effet, pour le patient, comme pour le thérapeute, le moment où l'autre s'exprime constitue un moment de flottement du sens, où l'on entend ses paroles – une sorte de bain de paroles - en ne les comprenant pas où en les comprenant très peu. Seul l'interprète a immédiatement accès à un sens, qu'il est chargé de transmettre de l'un à l'autre. Cette double proximité de l'interprète avec le patient et avec le thérapeute autorise l'interprète à rire, et par ce rire à ouvrir la voie à une interprétation. Ce rôle d'intermédiaire ou de passeur vient de plus contrebalancer la dissymétrie entre soignant et soigné, particulièrement prégnante pour les patients étrangers précaires, puisque c'est un tiers, l'interprète, qui détient le pouvoir de produire et de passer du sens.

Il est vrai que ce dispositif à trois peut être déroutant. Cependant, cette déroute est pour ceux qui font l'expérience de ces thérapies multilingues avec l'aide d'un interprète l'occasion de repenser leur pratique clinique.

¹ Cité par Nazir Hamad, in *La langue et la frontière*, Denoël, 2004.

Les mots échangés entre thérapeute, interprète et patient sont investis d'une valeur particulière. Jean-Claude Métraux parle, dans *La migration comme métaphore* (Métraux, 2013) de paroles précieuses, à l'instar des objets précieux décrits par Maurice Godelier. En faisant appel à un interprète professionnel, nous indiquons que les mots venus d'ailleurs, témoignant de l'intime, ont assez de valeur pour que nous dérangions notre cadre habituel de travail pour les accueillir et les comprendre. Le dispositif avec interprète donne de la valeur aux paroles du patient comme à celles du thérapeute et de l'interprète – sans quoi rien ne serait possible. Mais, au-delà de la compréhension mutuelle entre patient et thérapeute, il s'agit, par le recours à un interprète professionnel, de donner de la valeur à l'échange de paroles en lui-même. Les paroles du patient, comme celles du thérapeute sont assez importantes pour que l'on paye quelqu'un pour les transmettre le plus fidèlement possible.

Certes, travailler avec un interprète, concrètement, signifie pour le psychothérapeute penser à ce qu'il dit, mais aussi à la manière dont il le dit : des phrases courtes, une élocution qui permettra à l'autre de traduire. Malgré les efforts du thérapeute pour que ses paroles puissent être traduites, et en dépit du professionnalisme de l'interprète, il y a toujours de la perte, des contresens et des malentendus du fait de la traduction. Cependant, ces ratés eux-mêmes peuvent faire l'objet de paroles de reconnaissance et d'interprétation, comme autant d'actes manqués « réussis » - le rire en est un exemple. Ces « ratés » et malentendus pèsent peu au regard du bénéfice que constitue pour les patients l'importance accordée à leur parole, au fait même qu'ils puissent désirer parler, se raconter, exprimer des sentiments. Cette efficacité *per se* du dispositif avec interprète nous rappelle à quel point sont cruciaux, pour des personnes dont les fondements narcissiques ont été attaqués, l'échange de paroles et la rencontre de l'autre.

Prendre, dans un bain de mots inconnus, le temps de la rêverie en consultation ; donner aux patients migrants en situation précaire une place dans l'échange de paroles, qui n'est pas une position de domination, mais une position excentrée qu'ils partagent avec leur thérapeute ; traiter la parole comme un objet précieux ; interpréter l'utilisation des langues dans l'économie psychique du patient : autant d'enseignements de la clinique psychanalytique avec des interprètes dont la portée dépasse le simple cadre de consultations spécialisées dans des centres spécialisés.

BIBLIOGRAPHIE

Bion A. - *Aux sources de l'expérience*, PUF - 1979

Comede - *L'interprétariat, pour en finir avec les malentendus*, revue *Maux d'exil* n° 24 – 2008/9 - disponible en ligne : <http://www.comede.org/IMG/pdf/mde24.pdf>

Comede - *Soins et accompagnement, migrants/étrangers en situation précaire*, guide édition 2013, disponible en ligne : <http://www.comede.org/Guide-Comede-2013>

Devereux G. - *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion - 1980

Hamad, N. - *La langue et la frontière*, Denoël - 2004

Kenneth E. & al. - "The role of interpreters in psychotherapy with refugees : an exploratory study", *American journal of orthopsychiatry*, Vol. 75, No. 1, 27-39 - 2005

Lachal C. - *Le partage du traumatisme, contre-transfert avec les patients traumatisés*, La pensée sauvage - 2006

Lagache, D. - « Sur le polyglottisme dans l'analyse », in *Revue française de psychanalyse*, vol.1 – 1956 - p.167-178.

Metraux, J.-C. - *La migration comme métaphore*, La dispute, 2013 (2^e édition).

Pestre E. - *La vie psychique des réfugiés*, Payot - 2009

Piret B. - « La psychothérapie à trois est-elle possible ? », *Parole sans frontières* [En ligne], <http://www.parole-sans-frontiere.org/spip.php?article23> - 1991

Winnicott D. W. - « *Jouer*. L'activité créative et la quête du soi » dans *Jeu et réalité*, Gallimard - 1975.

Vera Giacolome Adaluz Duque Irina Richemond

*Interprètes ISM Corum et leurs collègues
du groupe d'analyse de la pratique*

Hélène Borie

*Psychologue clinicienne,
Animatrice de ce groupe*

D'UNE LANGUE À L'AUTRE

Cet article est le produit d'une réflexion menée à partir d'un groupe d'analyse de la pratique avec des interprètes d'ISM CORUM intervenant en milieu social et médico-social.

Nous nous proposons, en appui sur quelques situations amenées par des interprètes, de voir ce qui se joue pour les interprètes et en quoi la prise en compte des différents enjeux de cette situation peut-être un atout pour la relation soignante. Les interprètes avec lesquels j'ai travaillé interviennent auprès de demandeurs d'asile, de réfugiés ou de migrants allophones, à la demande de services médicaux, médico-sociaux, dans les hôpitaux, consultations, ou cabinets. Ces interprètes sont mandatés et salariés par l'association, ISM CORUM, leurs interventions peuvent être ponctuelles ou s'inscrire dans un suivi plus régulier.

La présence de l'interprète vient modifier la relation du soignant au patient. Modifier c'est certain. Mais vient-elle brouiller ou au contraire rendre possible ? L'interprétariat est une situation à trois, le professionnel, le patient et l'interprète. Dans ce triangle la place de l'interprète est celle du passeur.

Passeur de langue, mais aussi passeur d'une culture à l'autre, à la fois pour le patient et pour le professionnel. Et enfin l'interprète se retrouve, qu'il le veuille ou non, passeur d'affects, d'émotions. Une des particularités de l'interprétariat dans le milieu médico-social c'est qu'il se déroule dans un espace intersubjectif – ce qui n'est pas le cas dans une traduction écrite ou même téléphonique - et que les effets transférentiels sont parties prenantes.

Les interprètes d'ISM Corum sont formés à la déontologie et aux principes éthiques de leur intervention. Toutefois l'interprétariat est une pratique solitaire et un métier peu reconnu, même si une charte de l'interprétariat est en voie de promulgation. Pratique solitaire, cela signifie que l'interprète a la charge à la fois de traduire au plus juste ce qui est dit par chacun des partenaires, tout en tenant compte des écarts syntaxiques et sémantiques entre les langues mais aussi des écarts culturels et sociaux entre professionnels français et migrants allophones. Ajoutons les situations traumatiques ou dramatiques souvent évoquées par le migrant qui impactent la voix et le récit et que perçoit l'interprète et qui l'affectent parfois, tout en prenant garde de ne pas s'identifier à celui pour lequel il traduit.

Ce que nous allons évoquer, c'est d'une part la variété, la richesse et la complexité de certaines des situations auxquelles sont confrontés les interprètes, et d'autre part l'intérêt qu'il peut y avoir pour l'accueil et pour le soin des personnes migrantes allophones à une connaissance et reconnaissance mutuelle des praticiens et des interprètes.

L'interprétariat : une situation particulière

S'il est bien connu qu'il ne peut y avoir de traduction mot à mot étant donné les différences de syntaxe, de structure des phrases d'une langue à l'autre, le souci de précision demande souvent de faire des choix pour ne trahir ni le patient, ni le professionnel, et le sens des mots est lié à l'histoire culturelle et politique des pays d'origine des migrants.

Une des exigences propres à l'interprétariat dans les soins qui nous distingue d'un autre traducteur, disent les interprètes, c'est que nous avons une double tâche à effectuer. Tout d'abord il s'agit de rendre ce qui est dit dans le temps réel avec le minimum de pertes, qui sont pourtant inévitables puisque la structure d'une langue ne permet pas de tout reconstituer dans l'autre langue. Mais il est aussi nécessaire de faire ce choix en fonction de ce qu'on suppose être le sens de ce qui est dit, tout en tenant compte de l'attente du professionnel, qui est soit très attentif au sens des mots, soit plus pressé. Car il est toujours possible de traduire de plusieurs manières, et c'est avec notre sensibilité que l'on fait le choix le plus « adapté » à la situation.

Nous présentons le récit d'une situation vécue lors d'un suivi psychologique et de sa traduction en serbo-croate. Une jeune bosniaque qui est suivie dans un dispositif de soins depuis quelques mois répond à la question du psychologue : « vous avez perdu beaucoup de proches pendant la guerre ? ». Elle les nomme en disant leur lien de parenté avec elle, et tout d'un coup elle s'arrête, me regarde dans les yeux et s'adresse à moi : « excuse-moi, je ne sais pas comment on dit *amidzic* chez vous ». Aucune difficulté pour comprendre ce mot, ni pour le traduire par – « cousin » ou plus précisément « cousin germain ». Ce qui est difficile, c'est de décider à ce moment comment et à quel degré informer le soignant du contenu de sa phrase ? Plus que ça, faut-il expliquer le contexte ? Faut-il spécifier que le mot *amidzic* (*amidza*) est un mot d'origine turc, et qu'avant la guerre en Yougoslavie, il n'y avait que des familles musulmanes dans le milieu rural qui l'utilisait dans la vie de tous les jours ? Or l'utilisation des mots de ce registre dans la langue littéraire et officielle d'aujourd'hui a pour but à la fois de faire oublier les mots synonymes du registre standard, de renforcer l'identité nationale et de souligner la différence entre le bosniaque et le serbe ou le croate.

- Faut-il insister sur les nuances qui se perdent dans la traduction puisqu'en français, on désigne par le même mot tous les cousins tandis qu'en serbo-croate (variante bosniaque), on distingue *amidzic* = fils de mon oncle paternel, donc mon cousin, mais il existe aussi *daidzic* = fils de mon oncle maternel, donc mon cousin également ;

- Faut-il traduire son besoin de s'excuser auprès de moi (nous sommes originaires de Bosnie toutes les deux, sauf que mon prénom lui permet de supposer que je ne suis pas musulmane) ?
- Comment rendre compte de cette drôle de formulation «chez vous» qui pourrait signifier uniquement une autre appartenance géographique – pour elle, ce «chez vous» renvoie à une autre appartenance culturelle et veut dire «vous, les autres Bosniaques, chrétiens». Le bon sens me dit que ce n'est pas la peine d'interrompre le fil des échanges entre le soignant et le soigné pour clarifier cette petite phrase incise, destinée à moi, surtout que les explications semblent être purement techniques. Sauf que, selon moi, l'utilisation de ce mot apporte quelque chose de plus dans le contexte donné. Comme il s'agit d'un dérivé à l'aide d'un suffixe *amidz(a) + ic*, cet «*ic*» (le même qu'on retrouve dans la plupart des noms de familles originaires d'ex-Yougoslavie) désigne la provenance ou l'appartenance. Mais cet «*ic*» peut aussi former un diminutif, il contient l'idée «petit de», «descendant de», «cher à quelqu'un», «proche de quelqu'un». Cette patiente est en train de dire non seulement qu'elle a perdu un cousin (terme assez neutre, qui n'exprime pas particulièrement de lien affectif), mais en fait que celui qu'elle a perdu, c'est le fils du frère de son père, un petit, un être cher et proche, et tout ça en utilisant un seul mot. N'est-ce pas important pour la jeune femme et pour son psychologue que ce soit cela qui soit compris ?

Cet exemple souligne ce travail d'adaptation incessante et subtile pour faire passer un sens des uns aux autres en restituant le mieux possible ce que chacun veut dire. Traduire c'est dire presque la même chose, et c'est ce «presque» qui demande attention et lucidité.

Le recours à un interprète dans la relation clinique est parfois jugé inutile car on arrive à comprendre à peu près, ou bien cela est plus économique quand on peut faire appel à des salariés des structures ou à des amis ou de la famille. Nous n'insisterons pas sur la famille car il est avéré que les enjeux du couple ou des membres de la famille prennent le pas sur la traduction et que dans la majorité des cas, il n'y a pas la possibilité d'entendre librement un patient si c'est sa famille qui traduit, en particulier pour les femmes si le mari ou la famille sont présents. À titre d'illustration signalons juste l'exemple suivant où le recours en seconde instance d'un interprète a mis en lumière des erreurs ou de traitements. En PMI, une maman turque vient pour son enfant qui pleure tout le temps, il n'y a pas d'interprète. La maman semble comprendre quelques mots de français, le médecin lui dit de lui donner une cuillère à café d'un médicament matin et soir à son enfant. Elle revient une semaine suivante, cette fois avec une interprète présente, le bébé pleurant de plus en plus et ne dormant plus. On se rend compte alors que la maman avait compris une cuillère café – car en turc il n'y a pas de préposition entre deux mots, et donc elle donnait des cuillères de café à son bébé... très énervé.

Les affects et le transfert dans la situation clinique avec interprète

Le professionnel mais aussi l'interprète, ne peuvent pas faire fi de l'autre comme sujet singulier. Il est là avec son corps qui évoque d'emblée une histoire (l'âge, le vêtement, la fatigue, les stigmates éventuels, d'autre fois l'attitude d'emblée méfiante, le désir de s'interposer de certains hommes dans la parole des femmes etc.), les regards, les silences, les blocages, les larmes. Il y aussi une langue, que les interprètes identifient rapidement comme assez fruste ou au contraire cultivée, avec la plupart du temps un transfert positif ou parfois négatif qui s'établit plus volontiers sur l'interprète que sur le professionnel parce que c'est lui qui est le vecteur de la langue et donc de la parole. Lorsque les affects sont en jeu il est difficile de ne pas être traversé par ce qui vous est adressé, de garder sa place de transmetteur, tout effectuant l'aller-retour entre les deux interlocuteurs.

D'où ce souci incessant, inévitable, qu'il ne faut pas vouloir nier ou aseptiser *a priori*, d'être dans ce triangle en étant à la fois adresse et vecteur. Mais c'est une situation qui suppose une alliance de fait entre le praticien et l'interprète, pour décoder après coup ce qui peut se jouer et cela de façon parfois très perturbante.

« La douleur de l'autre ne nous laisse pas indifférent, même si l'on essaie de ne pas se laisser submerger par l'émotion », disent parfois les interprètes. « Le plus difficile c'est lorsque les médecins se retranchent derrière nous, se bardant de mots techniques et nous laissent en première ligne. » Je me retrouve avec un patient serbo-croate en service de chirurgie, le médecin va l'opérer. Il m'appelle et me dit « dites-lui que je vais lui greffer un rein, un foie, un pancréas et vous ajouterez qu'il y a 2% de chances que ça réussisse » puis « je vous laisse, je vais boire un café ». J'étais pétrifiée mais je me suis approchée et je lui ai dit cela, calmement. Le monsieur m'a regardée et m'a dit « ne vous faites pas de souci, je vais mourir, je le sais, ne vous inquiétez pas ». C'est lui qui avait perçu mon angoisse, le médecin lui prenait son café. La situation s'inversait, c'est le patient qui s'interposait et pacifiait l'annonce ! Autre exemple, je dois annoncer à une dame, toute contente de me voir et de parler, qu'elle a un cancer et qu'elle va mourir. J'essaie de trouver les mots. Je le fais et en partant je m'effondre.

« Devant une annonce terrible, nous sommes nous-même saisis ; nous qui étions porteurs d'un soulagement en permettant de se faire comprendre, nous devenons alors porteurs de catastrophe ». Comment se protéger ? Faut-il se protéger ? Rester professionnel c'est ne pas se laisser envahir par la douleur de l'autre, mais dans certaines circonstances, l'émotion témoigne aussi à l'autre notre empathie et la reconnaissance de sa souffrance. « On s'ajuste comme on peut, on essaie de ne pas s'affoler, mais en même temps – explique une interprète – si la personne voit que je ne me protège pas trop de l'émotion ça facilite sa parole et ça facilite la traduction. »

La situation suivante évoque une relation suivie entre une psychologue, une dame en demande d'asile et une interprète, qui a assuré régulièrement la traduction. C'est donc une relation dans une temporalité où le travail de l'interprète opère un relais transférentiel, qui va remettre en mouvement un processus de symbolisation.

Il s'agit d'une dame rescapée du massacre de Srebrenica, où elle a perdu son mari et un fils. Cette dame a des douleurs incessantes depuis sa demande d'asile, sans substrat somatique avéré malgré de nombreux examens. Il faut dire aussi que sans ces douleurs, elle a peu de chances d'obtenir son statut d'étranger malade en France. Mais en même temps depuis son arrivée elle tient un discours confus sur Srebrenica, son histoire, ses douleurs, dans lequel on ne comprend pas grand-chose et où elle ne parle pas d'elle. Au fil du temps, écoutée par la psychologue et toujours avec moi comme interprète, sa parole devient plus claire, et peu à peu sa sensibilité, ses affects peuvent s'exprimer...

Ainsi, lors d'une consultation, la patiente dit «ça me perce l'âme». La psychologue lui répond «vous avez mal à l'âme» et la patiente fait un jeu de mot en serbo-croate difficile à traduire, car pour dire «maladie mentale» ou «maladie psychique» en serbo-croate on utilise un adjectif dérivé du mot «âme». Plus tard la psychologue demande «comment baptiserez-vous votre souffrance?». La traduction me fait hésiter puisqu'en serbo-croate «baptiser» est totalement identifié au baptême chrétien, et même si ça peut avoir le sens figuré comme en français. Pour éviter les blocages chez la patiente et avec l'assentiment de la psychologue, j'utilise le terme «nommer».

J'ai eu le sentiment qu'avec le temps la dame a acquis une vraie confiance dans ma façon de traduire ce qu'elle disait, et qu'elle s'est ouverte à évoquer peu à peu avec la psychologue, au-delà de la plainte somatique, la douleur de sa propre histoire. On le voit dans cet exemple, le travail clinique du psychologue avance, dans une vraie collaboration avec l'interprète (non énoncée mais acceptée, reconnue) qui a permis par la très grande attention au sens des mots, à leur valeur affective dans chaque culture, dans le passage d'une langue à l'autre que cette dame renoue dans la parole avec sa souffrance, ses affects et son histoire, et puisse trouver une autre voie que la somatisation.

Conclusion

Nous avons voulu insister sur la situation d'interprétariat dans le travail clinique comme espace d'échange de langue corrélé à un espace interculturel et à un espace inter-psychique possible si l'on reconnaît que l'autre de l'autre peut faire relais. Passeur culturel, l'interprète l'est, par la langue mais aussi par la possibilité de donner à comprendre d'autres mœurs, une autre culture. La langue, et singulièrement le langage vecteur des récits d'exil ou des démarches de soin et d'insertion, est une production culturelle. Si l'on veut signifier aux étrangers qu'on les accueille en tant que personnes dignes de respect, comment le faire sans être attentif à leur façon de se dire, donc à leur culture. Et si les interprètes qui ont tous une double culture, ne savent pas tout des modes de pensée, de vie des personnes issues de leur univers, ils sont quand même souvent mieux placés pour éviter certaines incompréhensions massives. Parfois cela passe par un écart à la règle d'abstention, lorsque l'interprète perçoit qu'il y a de l'incompréhensible dans ce que demande le travailleur social ou le soignant, et qu'il suggère, d'expliquer autrement la demande.

Dans le cadre d'un récit entre un travailleur social et une jeune réfugiée fuyant une persécution dans la brousse angolaise, et ayant perdu ses enfants, l'assistante sociale cherche à savoir d'où elle est partie, par où elle est passée, quel jour, à quelle heure, pourquoi elle n'est pas allée à l'hôpital, au commissariat... La jeune femme traumatisée ne sait pas répondre, bafouille, se paralyse. L'assistante sociale insiste, pense qu'elle dissimule. L'interprète demande à l'assistante sociale si elle permet qu'elle l'interroge autrement: elle lui demande alors si elle est partie au lever du soleil, combien de nuits elle a marché, dans quelle direction, si elle fuyait un endroit où sévissait une faction armée hostile à sa famille etc... ce que la jeune femme explique et ce qui permet de sortir d'une suspicion et d'une incompréhension en introduisant une médiation entre deux espaces culturels bien différents.

La dimension interpsychique concerne les trois partenaires mais c'est un espace qui n'est pas balisable, codable, *a priori*. Il y a nécessairement de l'inattendu. C'est parfois là que viendra se loger l'accueil de la souffrance. Ces quelques exemples nous montrent que les interprètes sont parties prenantes de cet espace. Ils peuvent participer d'une certaine forme d'alliance thérapeutique facilitant la reconnaissance de la posture subjective du patient. La place de chacun doit être tenue et reconnue, ce qui suppose un échange et un respect mutuel.

Dans notre monde de plus en plus multiculturel nous sommes tous prêt à affirmer l'égalité de dignité de l'autre et singulièrement de l'étranger, mais sommes-nous aussi attentifs à faire vivre ces valeurs jusque dans nos pratiques professionnelles ?

Gaëlle Bouquin-Sagot

*Psychologue clinicienne,
Coordinatrice du pôle interprétariat*

Mélanie Maurin

*Psychologue clinicienne, Docteur en psychologie
clinique et psychopathologie
Association OSIRIS*

UNE PRATIQUE AVEC UN INTERPRÈTE CO-INTERVENANT : DE L'ÊTRE EN GROUPE À PENSER LE GROUPE

Au Centre de Soins Osiris nous accueillons des personnes victimes de torture et de répression politique. Il s'agit d'individus, ayant subi des violences intentionnelles, qui les ont conduits à quitter leur pays, seuls ou en famille, et qui ont entraîné des traumatismes graves. Aux événements traumatiques subis dans le pays d'origine s'ajoutent de multiples difficultés liées à l'exil, ainsi que les contraintes sociales et juridiques qu'ils rencontrent dans leur quotidien en France.

Nous accompagnons ces patients dans le cadre de psychothérapies individuelles, conjugales, mères/enfants, familiales et groupales. L'objectif général de nos dispositifs est d'apporter un soutien, de soulager la souffrance psychique et physique et de favoriser un mieux-être. Ces pratiques avec des personnes exilées et donc peu francophones nous conduisent à proposer des accompagnements dans une des langues parlées par le patient, de préférence la langue maternelle et ainsi à collaborer avec une quinzaine d'interprètes.

Dans cet article, nous souhaitons mettre en avant la clinique avec les interprètes. De formations groupales et familiales, nous envisageons cette pratique en tant que dispositif groupal à part entière. Cette considération entraîne de ce fait de repenser la place et fonction de chacun dans cet espace.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur les aspects historiques de la question de l'interprétariat dans notre institution. Puis nous spécifierons notre pensée de la clinique avec interprète à la lumière des théories du groupe. Dans un troisième temps, nous aborderons les aménagements et évolutions de nos dispositifs de soins. Enfin, nous témoignerons de l'importance des espaces institutionnels d'étayage de la pensée pour accompagner la réflexion sur l'interprétariat et la clinique.

Être en groupe, une réflexion qui s'origine dans la rencontre

Dans notre pratique quotidienne, il est proposé au patient de prendre la parole dans sa langue. La majorité des consultations se fait ainsi dans la langue souhaitée par le patient. Si cette langue est celle du familier, celle de l'intime pour le patient, elle est étrangère pour le thérapeute. Cette situation de fait, place l'interprétariat au cœur du dispositif de soin.

En 2008, notre réflexion a mis en avant le besoin de penser l'engagement de l'interprète dans le soin pour étayer son positionnement « dans et hors » l'institution ; la nécessité de formation spécifique des interprètes s'est avérée indispensable afin de leur proposer un cadre de référence pour penser leur pratique, développer leurs compétences et soutenir leur professionnalisation. Sur ces bases, un pôle d'interprétariat spécialisé dans le soin a été créé.

Dans ce contexte, la pratique des thérapeutes est elle aussi en mouvement ; il faut bouger pour accueillir un interprète. Même dans une consultation individuelle, cela nécessite de repenser le lien patient-thérapeute afin de faire une place à un tiers : l'interprète professionnel.

Le colloque singulier est modifié au niveau spatio-temporel et transformé en dispositif groupal, matérialisant l'altérité. L'interprète y est actif, il favorise la communication et participe à la création du lien de confiance et d'un sentiment de sécurité, en permettant au patient d'exprimer sa singularité dans la langue qui soutient son identité.

L'interprète et le thérapeute sont alors des co-intervenants complémentaires dans cette nouvelle configuration clinique en situation transculturelle. L'éclairage de l'interprète permet la prise en compte de la dimension culturelle. Il s'agit dans cette perspective, de s'appuyer sur les principes de l'universalité psychique, de spécificité culturelle et de diversité humaine. La thérapie en situation transculturelle, telle que mise en pensée par Georges Devereux, implique « *une reconnaissance systématique de la signification générale et de la variabilité de la culture, plutôt que la connaissance des milieux culturels spécifiques du patient et du thérapeute* ».

Pour assurer une continuité dans les soins psychothérapeutiques, nous pensons l'engagement du binôme de co-intervenants auprès d'un patient sur l'ensemble du suivi. Il est alors incontournable d'envisager l'interprète comme membre de l'équipe soignante dont il partage alors les objectifs thérapeutiques et les principes déontologiques ainsi que de mettre au travail son implication dans le processus thérapeutique.

Pour cela, il fut nécessaire pour les thérapeutes d'associer les interprètes au travail clinique, de travailler dans une perspective de co-construction afin de repérer, ajuster, affiner ensemble ce qui est en mouvement en thérapie. En effet, les différents mouvements transférentiels dans la situation thérapeutique, les postures de chacun et leur accordage réciproque se pensent sur la durée.

Penser en groupe

Un des axes de notre réflexion clinique s'articule autour de la question du groupal. Si nous reconnaissons volontiers la dimension groupale de nos dispositifs, il ne reste pas moins à penser et définir les fonctions spécifiques des méthodes que nous mettons en place.

Avant de spécifier les questionnements actuellement à l'œuvre autour de ce point, revenons rapidement sur certaines hypothèses fondamentales qui viennent fonder nos pratiques.

Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus (Anzieu, 1981). Cette enveloppe se constitue en feuillet double face qui viennent assurer des fonctions de contenance et de pare-excitation. Ces fonctions, lorsqu'elles ne sont pas suffisamment opérantes peuvent faire vivre au groupe des angoisses plus ou moins massives d'intrusion, de morcellement et/ou de dissolution.

Dans un groupe, se constitue une réalité psychique spécifique qui n'est pas irréductible à la simple juxtaposition ou interaction des réalités individuelles (Kaes, 1999). Cette réalité conduit à l'émergence d'un appareil psychique groupal qui est alors à considérer comme un objet d'étude à part entière.

Dans le groupe, va circuler un ensemble de contenus inconscients, plus ou moins repérables, et qui va être déterminant dans les phénomènes repérés. Les émotions et affects peuvent être de grande intensité, et jouer un rôle déterminant dans l'organisation du groupe, la réalisation de sa tâche et la satisfaction des besoins et désirs de ses membres. Bion (1961) a proposé de les nommer les présupposés de base.

En ce sens, le groupe facilite et entrave le travail de pensée. C'est dans cette double dialectique que la démarche élaborative va pouvoir se construire. Facilitant car contenant et permettant de garder « au-dedans » un ensemble de contenus psychiques. Entravant car régressif du fait de la pluralité des présences ainsi que de l'augmentation de la dimension affective et émotionnelle.

De cette approche groupale, il est indispensable pour nous thérapeutes, de penser les éléments qui s'échangent au cours de l'entretien, comme venant exprimer non seulement des spécificités du fonctionnement du patient, mais également de ceux de l'interprète, de nous-mêmes et de ce qui émerge de cette rencontre des trois, ainsi donc de la résultante des effets de co-présence.

Il va donc y avoir du nouveau qui ne se résume pas à l'addition des psychés en présence, mais bien la création, l'émergence d'un fonctionnement nouveau : un appareil psychique groupal.

Dans cette logique de pensée, chacun dans l'espace du groupe va alors se trouver tour à tour être porteur des contenus de l'ensemble. Le concept des fonctions phoriques est aidant dans cette réflexion en ce sens qu'il s'agit de fonctions intermédiaires que vont accomplir certains sujets ou qui leur sont assignés au sein même de la dynamique groupale.

En analysant le contenu des mouvements de chacun, il serait donc possible d'être informés de ce qui est à l'œuvre ici et maintenant dans le cadre de la séance thérapeutique.

Rappelons également que la mise en groupe produit des effets co-excitatifs et rivalitaires vis-à-vis desquelles le groupe va chercher à se défendre (Anzieu, 1981). La présence mutuelle, du fait notamment de la présence de l'interprète, peut mettre en jeu des perspectives d'identification mais aussi d'hostilité. Ces éléments-là ont également à être repérés et mis au travail afin de permettre un accompagnement éclairé du patient.

Enfin, le dispositif groupal produit des modifications de la dynamique transféro contre-transférentielle. En effet, d'un processus patient-thérapeute, nous allons vers une multiplicité des présences. La diffraction du transfert produit alors un portage pluriel des représentants psychiques. Chacun se trouve être porteur en son nom et au nom des autres de ce qui est en train de circuler.

Le fait de se penser 3 dans le cadre de nos psychothérapies, et non plus 2 + 1 conduit alors à des modifications dans les fonctions de chacun, en particulier de l'interprète qui fait partie intégrante de ce qui se met au travail en séance. Il n'est donc plus simple traducteur d'une parole verbale mais se trouve directement impliqué dans la dynamique intersubjective. Son propre appareil psychique vient à être mobilisé dans ce qui se joue au cours du suivi du patient.

Si ces aspects sont de plus en plus reconnus dans la pratique, il reste toujours la question des modifications et des aménagements pratiques. En effet, s'il est relativement aisé d'avancer que nos dispositifs de soins sont des dispositifs groupaux, ce postulat pour autant ne facilite pour autant une pensée groupale. De nombreuses questions découlent de cette idée, en particulier celle de l'accordage entre le thérapeute et l'interprète.

Donc, si la dynamique mise en place concerne l'ensemble des protagonistes, quelle place laisser à cet autre professionnel que nous qualifions volontiers de co-intervenant ? Nous développerons cette question dans la partie qui suit.

Une pratique clinique en évolution

Comme Bounaira Wafa, qui dans sa recherche sur l'entretien en présence d'un interprète interroge les positions et fonctions respectives de chaque acteur de la dyade, nous pouvons repérer trois articulations possibles de cette collaboration interprète-thérapeute. La consultation peut être menée par le psychologue en présence d'un interprète dont la présence est sollicitée pour traduire.

La consultation peut être menée par le psychologue en collaboration avec un interprète ; dans ce positionnement un lien entre la dimension clinique de l'entretien et l'interprète est affirmé.

Enfin, nous pouvons aussi parler de consultation en présence d'un psychologue et d'un interprète, ce qui place d'emblée au même niveau les deux professionnels, même avec des compétences distinctes.

Notre réflexion actuelle s'articule autour de la co-intervention thérapeute/interprète, et à la place laissée à ses fonctions au cours de la séance. Cette idée de co-intervention met en avant une dimension de collaboration que certains d'entre nous envisagent d'avantage active.

En effet, s'il est maintenant admis par chacun de nous que le repérage des éprouvés et émotions de l'interprète en séances concerne la dynamique groupale; s'il est également entendu que les temps de réflexion commune interprète-thérapeute sont indispensables au repérage des effets de la problématique du patient sur les liens; nous souhaitons à présent développer dans notre pratique d'avantage les aménagements de ce qui se passe en séance.

Cela revient en amont à redéfinir l'idée du thérapeutique et de la guidance de l'entretien. Cela revient également pour le thérapeute d'accepter de lâcher en partie le contrôle de l'orientation de la dynamique de la séance.

Le processus thérapeutique est-il de la seule responsabilité du thérapeute? Comment y intégrer l'interprète sans pour autant nier les spécificités de chacun? Comment créer une place dans la posture intervenante en séance? Comment sécuriser l'interprète pour lui rendre possible cette action? Quels outils lui transmettre?

Nos dispositifs de soins évoluent progressivement avec ces questionnements. L'objectif général serait d'aller vers une posture plus symétrique de «guidance» d'entretien. Pour autant cette démarche n'est pas chose aisée tant nous avons à faire avec des systèmes de représentations et de formations différents, différents mais potentiellement complémentaires.

Nous en arrivons donc au cœur de notre questionnement actuel. Quelle place active en séance est-il possible et pertinente pour l'interprète? Si nous formulons l'hypothèse que la dyade thérapeutique viendrait être constitutive des processus à l'œuvre, jusqu'où est-il possible d'aller dans le partage de la guidance du processus thérapeutique?

D'autant que pour l'interprète, il peut y avoir une inquiétude à élargir cette fonction bien définie et limitée de traduction verbale.

Nous observons que si dans certaines psychothérapies il devient possible de développer des postures de double-intervention, pour d'autres ce processus reste limité et peut-être encore trop précoce. Est-ce relatif aux spécificités de certains dispositifs thérapeutiques? Est-ce fonction du sentiment de confiance et de la finesse de l'accordage de la dyade interprète thérapeute? Ou encore à la problématique mise au travail par le patient lui-même?

Pour illustrer notre propos, nous allons évoquer quelques situations cliniques, dans divers dispositifs, et différentes configurations du lien interprète-thérapeute.

Le suivi de Sofiane

Sofiane est un patient de 21 ans. Il est arrivé seul en France en 2011, suite à des persécutions religieuses vécues au Nigéria et le massacre de sa famille. Nous l'accompagnons au centre de soins dans le cadre d'une thérapie individuelle depuis

bientôt trois ans. La relation de confiance est bien établie, il s'agit d'un patient régulier avec une demande explicite. La thérapie s'effectue en langue anglaise et non pas dans la langue maternelle du patient. À noter que ce suivi a été marqué par des changements d'interprètes qui ont eu des effets importants dans le contenu apporté par le patient en séances, mais également sur les aménagements même du dispositif.

Dans un premier temps, nous avons accompagné Sofiane en collaboration avec Cathy, une interprète, pendant plus de deux années. Lors de ces séances, nous étions alors thérapeute dans une guidance de l'entretien, et l'interprète dans une posture de traduction verbale. Au fur et à mesure de la constitution du lien de confiance entre nous trois, et des échanges mis au travail avec l'interprète en post-séance, Cathy s'est montrée curieuse de certains éléments amenés par le patient ainsi que dans le désir de formuler des points de vue et associations à propos des contenus échangés. Nous avons alors construit la proposition qu'elle formule elle-même des questionnements et images en séances. Positionnement plus actif qu'elle a su progressivement occuper tout en restant particulièrement prudente sur ses interventions, et très souvent en nous demandant au préalable la « permission » de le faire.

Puis il y a eu un changement d'interprète du fait du départ de Cathy. Nous avons alors accompagné Sofiane en présence d'un interprète, William. Nous avons observé d'emblée une modification dans le positionnement et attitudes du patient que nous avons alors repéré comme en mimétisme, voire identification à ce « double » masculin présent avec nous. William nous a tout de suite questionné sur sa place et fonctions au sein de cet espace. Nouveau dans le domaine de l'interprétariat dans le soin, les limites et représentations de son rôle étaient donc à construire. Nous avons perçu chez William un désir d'être dans une relation active avec la dynamique thérapeutique. Les aspects de sa personnalité, et sa bienveillance nous ont conduits à lui formuler une possible position active en séance, aspect qu'il a habité dès les premières séances. Nous nous sommes alors retrouvés dans une configuration de fonctionnement assez symétrique, avec intervention possible de l'un comme de l'autre. Le thérapeute préservant tout de même la fonction de reprise et de transformation de ce qui vient d'être dit.

Le suivi de la famille Hamed

Lorsque la souffrance psychique apparaît étendue à plusieurs membres d'une même famille, nous proposons des accompagnements thérapeutiques familiaux. Dans ce dispositif, nous sommes trois professionnels à recevoir la famille, deux thérapeutes familiaux et un interprète.

La famille Hamed, originaire de Syrie, est reçue dans ce cadre depuis leur arrivée en France il y a quelques mois. Ils sont quatre, Madame, Monsieur, leur fille et leur fils. Nous sommes donc sept dans ce groupe constitué pour la thérapie. Les deux co-thérapeutes forment un binôme depuis plusieurs années, ils partagent nombre d'implicites dans leur façon d'intervenir en consultation. L'interprète, lui débute au centre de soin, la triade de co-intervenants doit alors trouver son style, son rythme

dans la rencontre avec la famille Hamed, qui elle-même a son propre langage, son rythme. Pour l'interprète, il faut alors faire ce double mouvement d'accordage, d'ajustement permanent au service de ce qui est mis en circulation dans le groupe. La première difficulté formulée par l'interprète fut le sentiment de ne pas être suffisamment efficace. Les échanges se superposant, se croisant régulièrement, il est très difficile d'entendre tout ce qui se dit dans cette famille, l'interprète doit alors faire un choix de ce qu'il écoute, ce qu'il traduit. Il ne peut pas tout retransmettre, il y a donc obligatoirement de la frustration, du renoncement. Le rôle des thérapeutes était alors d'accompagner ce mouvement en le mettant en perspective avec la problématique familiale.

La seconde difficulté repérée fut la façon de traduire les propos des thérapeutes familiaux. Ils ont une façon de s'adresser à la famille qui ne désigne pas un membre ou un autre. Cette façon de faire a pu surprendre l'interprète et avoir des effets de confusion ou de gêne dans le contact avec la famille. L'interprète à plusieurs reprises a spontanément mis en circulation cet effet de confusion dans les séances. Les trois co-intervenants ont pu reprendre cet élément, l'envisager sous l'éclairage théorique qui sous-tend cette modalité d'intervention en thérapie familiale psychanalytique mais aussi sous l'éclairage culturel qui code la circulation de la parole au Moyen Orient et bien sûr comme une actualisation dans le groupe de la symptomatologie familiale. Les modalités de l'intervention de la triade sont en pleine construction ; il s'agit alors de tisser un maillage suffisamment sécurisant entre les trois co-intervenants pour accueillir les éléments douloureux et traumatiques de l'histoire familiale.

Le groupe thérapeutique

Au centre de soins, nous avons également mis en place un dispositif de groupe thérapeutique à médiation plurielle (dessin, peinture, collage, relaxation, psychodrame). Ce dispositif accueille un ensemble de patients d'origines différentes âgés de 18 à 45 ans. Nous sommes quatre co-intervenants (deux thérapeutes et deux interprètes), nous travaillons les séances, les objectifs, les supports ensemble et coanimons les séances.

La question de la position active de chacun des co-intervenants a d'emblée été posée comme un préalable à la possibilité de participer au groupe. D'un point de vue manifeste, il s'agit pour chacun, patients-thérapeutes-interprètes, de produire quelque chose autour des médiateurs proposés. Il y a donc une dimension de partage dans le « faire ».

Au-delà de cette dimension concrète, il y a une démarche de dépôt et de participation conjointe aux éléments partagés en séances.

Nous avons régulièrement observé combien chacun de nous pouvait se trouver par endroit particulièrement impliqué en son nom propre, en résonance avec la présence des autres.

Dans cet espace, malgré leurs inquiétudes initiales, les interprètes ont pu facilement et spontanément combiner leurs fonctions de traducteurs et leur implication dans les processus thérapeutiques à l'œuvre. Sans effet de confusion avec la place des thérapeutes ou la place des patients, nous avons observé une plus grande

facilité des interprètes à répondre de leurs propres places de professionnels mais aussi de sujets. Le cadre même du dispositif a grandement facilité cette dynamique. De fait, les thérapeutes et les interprètes sont situés à niveau égal dans le fonctionnement groupal. Nous avons remarqué aussi plus d'aisance pour les interprètes à mettre au travail leurs ressentis, leurs vécus et leurs associations lors des temps de reprise qui font suite au groupe.

Des espaces de pensée pour accompagner cette clinique

Simultanément à l'avancée de nos pratiques avec les interprètes, les différentes actions mises en place dans le pôle d'interprétariat spécialisé dans le soin ont été développées depuis 2008 et sont toujours en évolution.

Les deux premières actions furent d'organiser la formation des interprètes et de favoriser les échanges entre interprètes et thérapeutes. Pour la mise en place de ces espaces un étayage institutionnel fut indispensable.

Les « post séances », temps de parole entre interprète(s) et thérapeute(s), nous apparaissent aujourd'hui incontournables. Consécutives de la consultation, elles permettent des échanges sur ce qui vient d'émerger en séance et une reprise des éléments, en particulier émotionnels et transférentiels. Ces temps permettent aussi de discuter le matériel clinique sous l'éclairage de chacun et de revenir les éventuels ajustements des co-intervenants.

Les rencontres mensuelles du pôle interprétariat sont des temps de sensibilisation à la prise en charge thérapeutique à Osiris. Elles permettent des apports de connaissances spécifiques relatives à la santé mentale, aux effets de l'exil et aux traumatismes afin de mieux appréhender les patients auprès desquels ils interviennent. Leur mise en place a permis en premier lieu la constitution d'une équipe d'interprètes, puis a favorisé leur réflexion autour de leur fonction dans le soin. Les soignants d'Osiris viennent régulièrement dans ces rencontres échanger autour de cette pratique spécifique qu'est la clinique du traumatisme, de leurs références théoriques et de leurs outils pour les rendre appréhendables et partageables avec les interprètes. Au cours des années, des rencontres avec des intervenants extérieurs, des interprètes d'autres associations spécialisées et des études de textes sont venues nourrir les réflexions et accompagner le cheminement du groupe.

Assez rapidement, il est apparu souhaitable d'ouvrir l'espace des réunions d'équipe hebdomadaires aux interprètes qui le souhaitent. Librement ou en concertation avec un thérapeute, ils ont la possibilité de venir échanger autour de la situation d'un patient en équipe ou de participer à des présentations cliniques co-construites.

En 2011, l'évolution du travail effectué a été marquée par l'élaboration d'une charte posant le cadre et les principes éthiques de l'interprétariat dans le soin à Osiris. Il s'agit d'une charte engageant respectivement les interprètes, les thérapeutes et l'institution.

Dans le développement de cet accompagnement des interprètes professionnels, il s'agit aussi de mettre en place des espaces d'expression et de pensée afin de soutenir leur réflexion sur leur pratique. Depuis 2012, l'équipe d'interprètes bénéficie

d'un temps mensuel d'analyse des pratiques permettant une élaboration groupale de leur expérience clinique s'appuyant sur les échanges entre pairs et un étayage par une psychologue extérieure au centre Osiris.

Très récemment notre dispositif de co-pensée s'est élargi par la mise en place d'une supervision commune aux interprètes et aux thérapeutes.

Conclusion

Le travail avec interprète a donc conduit à un dispositif groupal, effectivement nous sommes au moins trois en présence dans l'espace thérapeutique. Cette groupalité nous amène à repenser la dimension de collaboration, la dynamique, la place et les fonctions de chacun dans nos accompagnements. Dans une volonté de co-intervention, nous cherchons ainsi à explorer et à développer la dimension d'accordage entre le thérapeute et l'interprète.

Au fil de notre expérience, nous aménageons nos dispositifs, soucieux de proposer un accompagnement de la pratique clinique de l'interprète et de favoriser une démarche de co-pensée. Cette évolutivité se construit pas à pas dans une volonté d'écoute mutuelle.

Dans un premier temps, nous avons accompagné les interprètes dans la compréhension de l'importance de leurs éprouvés en séances. Si aujourd'hui la majorité des interprètes avec lesquels nous collaborons, peuvent accueillir leurs ressentis et penser leur implication dans le processus thérapeutique, ils ne souhaitent pas tous, systématiquement, investir en séance une autre place et élargir leurs interventions à une autre fonction que celle de traduction. Nous ne pouvons que respecter cette réserve.

Pour certains d'entre eux, dans certains suivis quand cette co-intervention devient possible, nous observons une plus grande souplesse dans les échanges et une plus grande richesse dans le matériel thérapeutique.

Pour le thérapeute cela consiste à lâcher en partie le contrôle de la direction de l'entretien et à donner une certaine expertise à son collègue. Pour l'interprète, cela consiste à accepter d'assumer de porter une part du processus thérapeutique et de parler de sa propre voix. Il s'agit de co-construire une culture où l'un et l'autre pourraient se retrouver. Cet accordage préserve cependant les spécificités de chacun qui demeurent particulièrement précieuses et actives dans la dynamique groupale.

Pour conclure cette réflexion, nous pouvons reprendre les propos d'un patient questionné sur cette nouvelle dynamique de travail qui nous dit en séance: «Je peux apprendre de lui, de lui, de lui... on peut tous apprendre de chacun».

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu D. - *Le groupe et l'inconscient* - 1981 - Paris : Dunod.

Anzieu D. - *Le Moi-peau*, 1985 - Paris : Dunod.

Bouquin-Sagot G., Guery B. - « Quelques questions soulevées à l'occasion de l'accompagnement thérapeutique de familles ayant subi des traumatismes intentionnels », *Métisse*, Lettre de l'AIEP, Vol.XXI, n°3 - 2011

Bouquin-Sagot G., Masson J. - « *L'interprétariat dans le soin des victimes de torture et de répression politique* ». *Intervention Colloque national Interprétariat, Santé et Prévention* - 18 mars 2010 - Paris.

Bion W.R. - *Recherche sur les petits groupes* - 1961 - Paris : PUF.

Devereux G. - *L'ethnopsychiatrie, Ethnopsychiatria 1* - 1978 - Grenoble : La pensée sauvage.

Kaës R. - *L'appareil psychique groupal* - 1976 - Paris : Dunod.

Kaës R. - *Le travail psychanalytique dans les groupes* - 1982 - Paris : Dunod.

Kaës R. - *Le groupe et le sujet du groupe* - 1993 - Paris : Dunod.

Maurin M., Synabalyan A. - « La place de l'interprète dans le soin : du deux au trois ; la groupalité thérapeutique ». *Intervention Journée d'étude régionale « Exil, traumatisme et soins »* - 15 septembre 2011 - Aix-en-Provence.

Wafa B. - *L'entretien en présence d'un interprète, une clinique particulière pour le psychologue* - 2013 - Paris : PAF.

Nicolas Chambon

Sociologue, Orspere-Samdarra,
Centre Max Weber-Lyon 2

Natacha Carbonel

Chargée d'étude,
Orspere-Samdarra

L'INTERPRÈTE : UN INTERVENANT EN SANTÉ MENTALE ?

C'est dans le cadre d'une étude menée par l'Orspere-Samdarra depuis décembre 2013 qu'un travail d'enquête questionne la problématique de l'interprétariat en santé mentale auprès du public allophone, et plus spécifiquement la place et le rôle de l'interprète. Sans a priori normatif sur le sujet, notre enquête a alors consisté à interroger¹ les interprètes, à les observer dans leurs activités et ainsi être attentif aux compétences mobilisées et aux difficultés rencontrées dans cet exercice.

Traductions incorrectes, perte de sens, comportements et rôles inappropriés au cours des entretiens, cadres professionnels classiques bouleversés, liens et relations modifiés et biaisés avec le public, barrière aux soins, attentes non définies... Les critiques des professionnels soignants sont nombreuses au sujet des interprètes. Si l'interprète peut être perçu par certains soignants comme une personne cruciale dans le cadre d'entretiens thérapeutiques, sa présence peut être contestée par d'autres². Qu'attend-on de l'interprète ? Est-il un médiateur culturel ou « simple » traducteur ? Si de manière théorique, la distinction paraît claire, l'enjeu de ce plan d'enquête est bien de voir comment les interprètes rendent compte de leur activité.

¹ Au niveau quantitatif, vingt et un entretiens enregistrés ont été réalisés du côté des interprètes et six avec des migrants ayant vécu des entretiens cliniques en présence d'interprète. Ces entretiens ont été complétés par des observations ethnographiques d'entretiens cliniques, permettant de suivre les interprètes dans l'exercice de leur fonction.

² Comme on le problématise dans l'article *La clinique à l'épreuve de l'interprétariat* de ce numéro.

Interprète, une profession ?

Le premier enseignement de cette enquête est que le métier est extrêmement précaire et qu'il y a déjà à cet endroit enjeu à professionnalisation. Du fait d'un nombre d'heures de travail souvent réduit, des déplacements imposés, c'est une activité qui est *a priori* complémentaire d'une autre, mais qui dans les faits est toujours l'activité principale pour les interprètes que nous avons rencontrés. Ils se tournent majoritairement vers ce métier avec l'objectif de mettre à profit leur bilinguisme, pour certains comme première activité après avoir obtenu l'asile. Notons aussi que l'accès au marché d'interprétariat dépend essentiellement des flux migratoires du moment. Cela signifie qu'un interprète peut avoir du travail pendant quelques années, par exemple suite à un fort afflux, et ne plus trouver de travail ensuite. Ces derniers mois la demande d'interprète était par exemple forte en albanais en région Rhône-Alpes. Le contexte est aussi très concurrentiel. Plusieurs fois, nous avons été face

à des situations où des interprètes ont répondu positivement à nos sollicitations d'entretiens pensant que nous pourrions leur apporter des marchés.

Les interprètes professionnels interrogés ont aussi fait valoir, et de manière marquée, un fort sentiment d'isolement. En effet il n'y a pas de syndicats, de lieux de rencontre pour les interprètes. Et quand bien même certains interprètes travaillent pour le compte de structures d'interprétariat les liens qu'ils peuvent avoir avec les collègues sont très rares. Les rencontres avec les autres interprètes peuvent alors se faire dans les salles d'attentes (et donc très marginalement avec des compatriotes de leur langue), ou, et c'est beaucoup plus rare, lors de séances d'analyse de la pratique ou de formations.

Cet enjeu de la professionnalisation de l'interprète se retrouve aussi dans la volonté d'homogénéiser les pratiques. Cette dynamique a pris de l'ampleur en France ces dernières années à la faveur de la mobilisation d'acteurs tels que les organismes salariant des interprètes ou associations de soutiens aux migrants, demandeurs d'asile... Comment alors qualifier la profession d'interprète ? Qu'est-ce qu'un professionnel de l'interprétariat et qu'attend-on de lui ? La charte de Strasbourg de 2012 sur *« l'interprétariat médical et social professionnel en France »*³ pose un cadre déontologique à la pratique de l'interprétariat médical et social et renforce le travail en réseau des acteurs. Il est intéressant de noter que la catégorie de « médiateurs culturels » n'est pas portée par les structures qui proposent de l'interprétariat, et que sa promotion par certains centres de soins spécialisés est considérée comme une concurrence, au détriment du métier d'interprète. D'ailleurs plus les interprètes rencontrés étaient inexpérimentés plus ils faisaient justement valoir des compétences de « médiations », comme celles de comprendre les patients et usagers, et être en mesure d'apaiser les situations conflictuelles.

Soulignons le rôle joué par les structures d'interprétariat⁴ dans la formalisation du métier, et dans l'organisation de l'offre en interprètes sur le territoire. Dans les villes où ces structures sont absentes, et où l'interprétariat est faiblement structuré, les acteurs de santé mentale s'en plaignent. Il est important de rappeler que ce n'est pas un métier reconnu, avec une formation spécifique⁵. C'est alors le portage par la structure d'interprétariat qui joue ce rôle de légitimation. Il est apparu de manière très claire que les interprètes liés à des structures bénéficient de plus de reconnaissance de leur activité. Autrement dit, ils sont considérés comme interprètes professionnels. Les structures d'interprétariat et de traduction sont en effet plus attentives quant aux aptitudes professionnelles, en particulier en ce qui concerne la bonne maîtrise et la compréhension des langues parlées et peuvent parfois proposer des formations spécifiques aux interprètes qu'elles recrutent. Mais au-delà de ces formations, les connaissances professionnelles semblent s'acquérir majoritairement grâce aux expériences de terrain, leurs accumulations et sont donc liées à la temporalité du travail exercée dans le métier.

3 L'objectif de cette charte est de lutter pour la reconnaissance de l'interprétariat médical et social professionnel et d'encourager les structures médicales et sociales à s'engager à promouvoir l'interprétariat professionnel dans leur secteur. Cette charte définit le métier d'interprétariat, détermine les fonctions essentielles d'un interprète (assurer une traduction littérale et fidèle et la fluidité des échanges), ainsi que la déontologie défendue par ce métier (principes de confidentialité et secret professionnel, d'impartialité, de neutralité et de distanciation ainsi que la mise à disposition des compétences interculturelles maîtrisées).

4 Nous faisons ici le choix de ne pas les nommer. Il est apparu dans cette étude que le contexte est assez concurrentiel, des acteurs se plaignant aussi de l'hégémonie de certaines structures sur des territoires.

5 Par exemple certains interprètes s'assurent d'une légitimité dans le domaine de l'interprétariat judiciaire grâce à des cartes de visite habilement présentées selon un article du Canard enchaîné du 9 avril 2014.

Quel cadre ? Quelle place ?

Selon les enquêtés leur rôle n'est, dans la majorité des cas, pas réellement défini et d'autant plus en santé mentale. Les attentes du professionnel ne sont pas clairement formulées. Le plus souvent, et malgré lui, l'interprète se voit alors muni d'une certaine autonomie. Il peut alors vivre ce manque de cadre de travail comme un manque de soutien de la part du professionnel au cours de l'entretien, ce qui peut être source de pression et d'isolement dans sa pratique professionnelle (Leanza & Boivin, 2008).

Surtout l'interprète doit s'adapter à des situations différentes, parfois sur une même journée. Des mêmes personnes sont rencontrées à divers endroits, dans des cadres variés, qu'il soit hospitalier, judiciaire... D'ailleurs un interprète qui exerce depuis une vingtaine d'années nous a confié sa gêne à voir parfois des mêmes individus sous différentes identités ! Une observation d'une séance d'analyse de la pratique avec des interprètes nous a confirmé que cette difficulté était partagée. Précisons aussi que les interprètes apparaissent en difficulté à un endroit auquel nous n'avions pas pensé : être amené à comprendre ce qui était de l'ordre de la vérité ou du mensonge. Ils ont évoqué la faculté qu'ils avaient de comprendre très vite quand l'histoire⁶ était vraie ou non ; notamment parce que beaucoup d'entre elles sont stéréotypées. À ce titre, un des interprètes nous a déclaré être « mal à l'aise, d'autant plus quand l'assistante sociale se plie en quatre pour résoudre un problème ».

Ainsi, l'interprète doit négocier de manière constante sa place tout au long de l'entretien, en respectant les limites dictées dans chaque univers professionnel. Il doit s'adapter, et faire preuve de souplesse, injonction souvent déstabilisante. Une interprète nous dit : « parfois on a trois, quatre, cinq missions d'interprétariat qui se suivent, dans des contextes complètement différents et dans lesquels on doit s'adapter constamment. On nous demande une adaptation qui est très compliquée, mais qui n'est pas évidente à gérer, dans lesquels les professionnels n'ont pas forcément à le faire parce qu'ils ont un cadre. Par exemple un bureau fixe dans lequel vous avez défini votre limite et votre espace, qui vous permet du coup de construire votre cadre de travail. Nous non. Nous sommes mobiles, nous nous déplaçons d'un espace à l'autre constamment, nous nous adaptons constamment. Et pour ça je pense qu'il faut arrêter de se mentir et de dire que nous sommes simplement un traducteur automatique dans laquelle on appuie sur un bouton et on va répéter. On doit constamment s'adapter, dans la façon dont la langue est parlée et utilisée, et dans la façon dont le professionnel va recevoir ce qu'il a besoin. Sachant que si nous traduisons pour un psychiatre, pour un psychologue, pour une assistante sociale, pour un médecin, pour un avocat, nous n'allons pas traduire forcément de la même façon selon le besoin du professionnel. » Et quand on sait que les attentes peuvent varier suivant les cliniciens, la question des modalités d'intervention des interprètes se pose. Cet extrait d'entretien nous paraît très intéressant car justement il place la ligne problématique entre une machine à traduire à un humain interprétant, et donc pose la question de la plus-value de l'intervention humaine dans l'interprétariat...

⁶ On pense notamment aux récits de vies déposés dans le cadre de la demande d'asile qui se retrouvent, selon les soignants interrogés, racontés de manière souvent stéréotypée dans le cadre d'entretien clinique.

L'interprète : un intervenant en santé mentale ?

Nous postulons maintenant que l'interprète est un intervenant en santé mentale. Et nous le disons non en tant que clinicien et de manière normative - il faut - mais constative - il l'est. Nous constatons que l'interprète *intervient* et que justement il y a un enjeu à caractériser ce mode d'intervention, pour le penser aussi dans une perspective clinique. Il interviendrait donc comme traducteur, avec une épreuve du choix des mots, mais aussi comme médiateur, où seraient attendues des qualités humaines. Autrement dit ce qui est apparu comme une difficulté du côté des interprètes peut aussi se comprendre comme une modalité d'intervention : ce sont justement les endroits où en tant qu'interprètes ils sont amenés à participer à la relation entre le clinicien et le migrant allophone.

L'expression italienne « *Traduttore, traditore* »⁷ présente bien les difficultés auxquelles sont confrontées les interprètes. Il y aurait toujours une imperfection dans la traduction qu'elle soit écrite ou orale. Les interprètes rencontrés ont fait valoir la difficulté à traduire les termes employés de part et d'autres. Les compétences langagières de l'interprète sont constamment mises à l'épreuve au cours de l'exercice de traduction. Les interprètes nous ont confié aussi des difficultés à transmettre l'« éprouvé » formulé par le sujet lors de sa traduction, ce qui peut être alors considéré comme une entrave dans le travail clinique et donc une gêne pour le clinicien. La perfection est une quête impossible. L'intervention d'un interprète au cours de l'entretien introduit le risque de déformation et/ou de synthétisation de ce qui est dit.

Il faut arriver à « choisir les bons mots » suivant le contexte. Selon une interprète : « on fait la traduction mais en même temps on... En fait, on est face aux pertes (...), les choix à faire, (...) puisque déjà les structures des langues ne nous permettent pas de tout reconstituer. Mais en même temps on cherche à réadapter notre traduction en fonction de... De ce qui est le sens... Des paroles du patient, et en même temps de l'attente des soignants. L'attente supposée. Ça dépend si c'est un professionnel avec qui on a déjà pu travailler ou quelqu'un qui est pressé, qui montre de l'impatience, et du coup on est vraiment obligé de synthétiser même si c'est pas forcément notre choix.(...) Il existe un décalage entre ce qu'on reçoit et ce qu'on peut donner, euh, malgré nous, malgré tous nos efforts. » Il y a donc bien un choix à faire, suivant le contexte, suivant les attentes du professionnel.

Ainsi pour Sandrine Denis-Kalla, et Louisa Moussaoui (Denis-Kalla & Moussaoui, 2006) : « traduire est un acte de parole qui fait intervenir un sujet humain, un être de chair et d'émotion, l'interprète, qui interprète, réexprime, fait le choix à partir des différentes possibilités offertes par les langues concernées de moyens qui conviennent le mieux à la formulation, du vouloir dire dans l'espace interactif ». Une interprète nous confie : « derrière la langue c'est toute une vision du monde. Et quand on fait de l'interprétariat, traduction, ben il y a une manière de traduire, il y a le choix des mots. (...) Dans le panier que nous offre la langue, nous offre l'infinité de mots et il faut savoir... Trouver peut être le plus juste, celui qui va le mieux rendre compte de ce qui vient d'être dit. (...) L'interprète, je dirais qu'il reconstruit, il

est obligé puisqu'on ne peut pas traduire mot à mot sinon on obtient quelque chose d'incompréhensible. Donc il y a une reconstruction hein». S'il y a une impossibilité de faire du mot à mot, l'interprète doit donc chercher à retranscrire du mieux possible ce qui lui a été transmis, même quand *a priori* ce qui est dit est intraduisible.

Il revient donc à l'interprète de traduire ce qu'il pense être le plus juste à traduire dans un contexte déterminé. Il apparaît alors important à ce que l'interprète comprenne au mieux les enjeux de la clinique. Il n'est pas sûr que le clinicien ait par exemple besoin que cette tierce personne vienne «pacifier» ou «rendre l'entretien le plus normal possible» comme certains interprètes ont pu nous dire en entretien, ou de venir signifier quand la personne allophone ment. À ce titre, il nous importerait de former ou tout du moins sensibiliser les interprètes aux spécificités des entretiens en santé mentale. Si l'interprète n'est pas une machine c'est donc qu'il peut situer ce qu'il doit traduire dans son contexte.

Un interprète médiateur

Ce côté humain, c'est aussi être à une place entre le clinicien et la personne allophone et de faire médiation. Dans les entretiens est souvent revenue une compétence en humanité dont seraient dotés les interprètes. D'ailleurs on attend aussi des compétences en ce sens. Ainsi peut-on lire dans un «guide de l'interprète» d'une structure d'interprétariat dans la partie «profil»: «outre ses compétences linguistiques dans les deux langues, le français et la langue et / ou le dialecte du pays d'origine, l'interprète de la structure devra faire preuve de qualités relationnelles: ouverture, sens du contact humain, qualité d'écoute, empathie, respect de l'autre». Un peu plus loin dans une sous-partie «rôle: un tiers médiateur», on peut lire: «considéré comme une tierce personne, l'interprète est coresponsable au niveau de la réexpression linguistique et culturelle des contenus véhiculés par les deux interlocuteurs. (...) Il ne traduit pas seulement les mots, il décode, explicite certains comportements, adapte son langage quand c'est nécessaire (...) il incarne le passage d'une langue à l'autre, d'une culture à l'autre, d'une rive à l'autre».

Au cœur de la relation tripartite l'interprète est *a priori* plus proche du public que du soignant. En tout cas il y a une demande de proximité du public, et une demande de professionnalisme du soignant qui passe le plus souvent par un effort de mise à distance de l'interprète. Mais malgré lui l'interprète a une place importante dans la relation de soin. Les observations ethnographiques ont révélé que ce sont les interventions de l'interprète qui sont majoritaires d'un point de vue temporel. Il est fréquent qu'il pose plus de questions à ses différents interlocuteurs pour être sûr de bien comprendre le sens de leurs dires. Ces questions, le plus souvent de l'ordre de l'approfondissement de ce qui a été dit, ne sont pas forcément traduites aux interlocuteurs. Ces moments peuvent être la conséquence d'un sentiment d'exclusion et de perte de maîtrise de l'entretien dont se plaignent certains soignants (Tremblay & Leanza, 2011).

L'interprète est un intermédiaire (Moussaoui, 1999) dans le soin et est à l'interface de toutes les interactions lors de l'entretien : il est au cœur des dialogues, interactions et jeux de regards. Il permet de faire un entretien « en confiance » selon l'un d'entre eux. L'entretien thérapeutique mené par le clinicien est bouleversé car il devient groupal et non plus dual. À ce titre l'interprète a une place et participe du cadre clinique sur un registre parfois inattendu. Ainsi une psychiatre d'un Centre Médico Psychologique d'une ville de Bourgogne, habituée au travail avec interprète, nous confie que la présence de l'interprète est très importante, car elle se sent « protégée ». Tout le long de l'entretien elle nous a exprimé qu'elle ne pourrait pas faire sans interprète car elle se sentirait complètement seule et dépossédée. Il peut donc y avoir une attente à la médiation de l'interprète dans la relation soignant-soigné, d'autant pour un public migrant en situation d'extrême précarité, dont les souffrances psychiques sont très complexes, et qui remet en question les cadres classiques du soin. Si soigner se fait de plus en plus avec la personne, pouvoir communiquer avec elle, alors l'interprétariat en présence permet justement de participer de la demande de reconnaissance du patient, de légitimer sa parole, de remettre de la vitalité.

Se trouvant généralement dans une situation de précarité extrême au vu de son vécu et de sa situation actuelle en France, le public allophone se sent le plus souvent réconforté par la présence de l'interprète selon les interprètes que l'on a rencontrés. Pour autant cette assertion peut être à relativiser, les migrants qui avaient vécu des situations d'interprétariat avaient aussi mentionné en entretien la très grande difficulté de se confier à quelqu'un de sa communauté, ou au contraire avec une personne d'une communauté avec qui il y avait pu y avoir conflit. Pour le clinicien, il s'agit alors de ne pas réduire ou amalgamer le migrant à la culture de l'interprète.

Par contre les interprètes nous ont aussi parlé de la forte demande du public à leur égard. Le public essaye de chercher le soutien et une certaine solidarité face à sa propre situation. Beaucoup cherchent à garder un lien, à demander le numéro de téléphone personnel de l'interprète. Cette relation privilégiée qui s'instaure entre l'interprète et le public peut avoir des conséquences dans la relation de soin. Le soignant peut ressentir une certaine exclusion ou perte de contrôle dans son propre entretien. L'interprète peut lui-même être très vite impacté par cette démarche s'il n'arrive pas à instaurer une certaine distanciation avec le public qu'il rencontre et risque ainsi d'être touché émotionnellement par l'empathie qu'il peut ressentir.

Les enquêtés ont fait part de leur difficulté à maîtriser le phénomène de distanciation d'un point de vue affectif et empathique. Les interprètes, ne possédant pas spécifiquement de formations ou d'expériences dans les domaines du médico-social, ne sont, pour le plus souvent, pas préparés à être confrontés aux réalités et souffrances vécues par les migrants allophones. Ce manque de sensibilisation à ce public spécifique a le plus souvent des impacts importants pour les interprètes car cela met à l'épreuve leur principe de distanciation. En effet, tous les interprètes ont fait valoir l'empathie qu'ils ressentaient lors des rencontres avec des migrants. Néanmoins, nous avons pu constater que les limites entre les expériences pro-

fessionnelles et personnelles sont très fines pour de nombreux interprètes. Les interprètes ayant vécu eux-mêmes des parcours migratoires particuliers, voire difficiles, sont tout de même les individus qui semblent avoir le plus de difficultés à créer de la distanciation avec le public. Un interprète, passé par la demande d'asile, nous a confié qu'il lui arrivait souvent de pleurer après des entretiens difficiles et lorsqu'il trouve la personne vraiment triste, « il l'invitait à boire un café ». Pour un autre, voir les patients en dehors des consultations est la limite à ne pas dépasser : « il faut faire attention de rester professionnel. (...) Il faut savoir toujours rester à la frontière. »

Donc nous défendons ici que l'interprète est une personne intervenante en santé mentale. Il se distingue de la traduction machinale (qui peut aujourd'hui se matérialiser par l'usage des outils de traduction sur internet, ou dans une moindre mesure par l'interprétariat téléphonique) par sa présence dans l'entretien. Que ce soit dans le choix des mots, ou sur un plan relationnel, l'interprète intervient. Mais ces deux épreuves agissant comme deux pôles, entre l'exigence de la langue et celle liée à la présence de la personne, il s'agit de trouver sa place. Mais c'est bien sûr l'activité clinique qui se trouve questionnée. Au regard de différentes cliniques, il nous apparaît que cette question doit se poser dans les équipes : de quoi l'interprète se fait-il le partenaire ? À quoi prend-il part ?

L'INTERPRÉTARIAT TÉLÉPHONIQUE

Le CADA/HUDA⁸ dans laquelle se déroule cette observation est localisé dans une petite ville de la région Rhône-Alpes, et est situé dans un quartier populaire à l'extérieur de la ville. C'est au cœur de ces bâtiments, des immeubles de type logement social qui semblent mal vieillir et se dégrader rapidement, destinés à l'accueil des migrants en procédure de demande d'asile, que j'ai accompagné une infirmière psychologue lors de la réalisation d'entretiens thérapeutiques.

Après avoir réalisé un premier entretien avec une jeune mineure d'origine kosovare dans le CADA, nous avons changé d'étage pour nous rendre dans le HUDA où nous attendait la travailleuse sociale de la structure afin de continuer les consultations avec des personnes qui avaient déjà été déboutées une première fois de leur demande d'asile⁹, ou qui étaient sur d'autres procédures. Nous avons été installées dans le bureau dans lequel se déroulent habituellement les consultations, situé en face de celui de la travailleuse sociale qui accueille les familles hébergées dans la structure. La pièce était petite et lumineuse, au milieu de laquelle un bureau était placé, ainsi que des chaises de chaque côté. Comme lors de la consultation précédente, l'infirmière m'a placée à ses côtés. Les patients prenaient place en face de nous.

Les consultations suivantes concernaient des premières rencontres entre l'infirmière psychologue et les patients. Dès notre arrivée, la première consultation a débuté très rapidement. La patiente était une femme d'origine albanaise, d'une cinquantaine d'années, et était étonnamment accompagnée d'un enfant d'environ une dizaine d'années. Les deux personnes sont entrées dans

⁸ Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) / Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA).

la pièce, ont fermé la porte et ont pris place. Très déstabilisée par la présence de l'enfant, la soignante a immédiatement demandé, en français, qui était cet enfant et pour quelles raisons il était présent lors de l'entretien. Cependant, la femme, tout comme l'enfant, ne semblaient pas du tout comprendre ce qui leur a été dit ni les questions qui leur ont été posées par la soignante. Parallèlement, la patiente s'adressait d'un ton sévère et agacé à son fils et lui a demandé de traduire à la soignante ce qu'elle avait dit. La patiente semblait très agitée; son regard était exorbité, elle se tenait la tête entre les mains, remuait sur sa chaise et soupirait très fort. L'enfant tentait, tant bien que mal, de traduire de l'albanais au français ce que disait la patiente. Elle souhaitait, en réalité, que la soignante lui prescrive des médicaments car elle se plaignait de très forts maux de tête.

Comprenant que la présence du fils gênait la soignante, la femme a finalement demandé à l'enfant d'aller chercher sa fille, plus âgée, pour pouvoir traduire la conversation et lui servir ainsi d'interprète. L'enfant s'est levé en tentant d'expliquer ce que sa mère lui avait demandé et a commencé à rouvrir la porte pour quitter la pièce. Perplexe, l'infirmière a demandé pour qui avait été prise cette séance. Quand elle a compris que c'était pour la femme, elle a tenté de lui expliquer qu'elle allait avoir recours à un interprète par téléphone pour pouvoir réaliser la consultation sans ses enfants et qu'il était donc préférable que son enfant quitte la pièce. Très rapidement, la situation est devenue très confuse, laissant place à un véritable « brouhaha » causé par les plaintes de la patiente en albanais, les quelques mots que baragouinait l'enfant en français et ses entrées et sorties et les explications de l'infirmière. L'enfant étant parti chercher sa grande sœur dans leur hébergement, obéissant ainsi aux ordres de sa mère, l'infirmière a fini par appeler directement l'interprète pour clarifier la situation avec la patiente vu que la situation ne s'était pas améliorée. Le téléphone portable utilisé pour appeler l'interprète est un téléphone basique de faible qualité. L'infirmière semblait ne pas savoir comment manier l'appareil et m'a demandé de l'aide. Le haut-parleur a été activé pour que toutes les personnes présentes puissent entendre l'interprète. Le son était toutefois de très mauvaise qualité. Dès que la communication fut établie avec l'interprète, l'infirmière a expliqué, un peu paniquée, qu'elle était confrontée à un problème conséquent puisque la patiente était venue en consultation avec un enfant âgé d'une dizaine d'années et qu'elle voulait s'assurer qui était cet enfant, pourquoi il était là et pour qui était la consultation. Dans un même temps, elle a également expliqué dans la précipitation, que j'étais présente lors des consultations et voulait avoir l'aval de l'interprète pour que je puisse observer les entretiens.

Dans l'agitation, l'infirmière me passa l'interprète au téléphone. Je lui ai donc expliqué ma démarche et l'interprète m'a confirmé que cela ne lui posait pas de problème particulier. L'infirmière a récupéré le téléphone avec empressement. Entre-temps l'enfant était revenu dans la pièce. L'infirmière a demandé à l'interprète de questionner la femme afin de savoir pour qui était la consultation. L'interprète a traduit. La patiente semblait étonnée de la scène, elle a regardé

le téléphone d'où sortait une voix albanaise avec un air d'incompréhension et de fort étonnement. L'enfant semblait également perplexé. De manière évidente, la patiente et son fils ne devaient pas être habitués à l'interprétariat téléphonique. Elle a répondu que la consultation était bien pour elle. Quand l'interprète l'a informé que la présence de l'enfant n'était pas souhaitable sauf si elle le désirait vraiment, la femme a demandé à l'enfant de quitter la pièce. Après une bonne quinzaine de minutes, la consultation a enfin débuté. L'infirmière a commencé par questionner la femme afin de remplir le formulaire qu'elle remplissait avec chaque nouveau patient. Le formulaire récapitulait toutes les informations de base concernant la situation familiale, administrative et le parcours de vie du demandeur d'asile⁹. Ces questions sont posées et reposées de manière incessante aux personnes en demande d'asile. La femme a répondu aux questions du formulaire. Elle semblait fatiguée et agacée de répondre à ces questions formelles.

Les interactions entre l'infirmière et la patiente étaient rythmées par l'intervention de l'interprète, matérialisée par un objet d'où sortait le son d'une voix qui alternait entre l'albanais et le français. Le portable était posé au centre du bureau donc au centre des deux acteurs. L'infirmière, sûrement habituée à ce type d'exercice, avait tendance à se pencher au-dessus de la table pour se rapprocher du téléphone lorsqu'elle parlait. La patiente, assise sur sa chaise en ayant toujours un comportement très agité, restait plus distante de l'appareil. Cela entraînait une mauvaise compréhension des phrases formulées par la patiente de la part de l'interprète. L'interprète demandait donc à la patiente de répéter plusieurs fois ce qu'elle disait. La patiente étant proche d'un malaise ou d'une crise de panique, l'exercice de répétition et reformulation semblait être très fatigant pour elle. Les temps de paroles des interlocutrices, l'infirmière et la patiente, étant relativement longs, l'interprète écourtait les dialogues en synthétisant leurs propos et en résumant à l'essentiel.

La patiente est hébergée dans le HUDA avec son mari et avec ses deux enfants cadets, sa fille adolescente et son fil âgé d'un peu plus de dix ans, qui était présent au début de l'entretien. Elle est également mère de deux enfants plus âgés, deux filles mariées, restées en Albanie. La famille doit être en fin de recours de demande d'asile.

En évoquant son parcours d'asile et les raisons qui l'ont poussé à quitter l'Albanie¹⁰, elle avait des bouffées de chaleur et avait l'impression d'étouffer. À ce moment-là, elle s'est plainte d'avoir la nausée. Elle a demandé à ouvrir la fenêtre. Au vu de son état perturbé à cet instant, l'interprétariat téléphonique s'est compliqué. L'interprète avait des difficultés pour comprendre ce que la femme disait, ce qui a créé des incompréhensions du côté de l'infirmière qui essayait de connaître la patiente pour pouvoir établir un premier diagnostic clinique. La communication difficile entre la patiente et l'interprète s'explique aussi par le fait que la patiente, étant agitée, n'arrivait pas à rester immobile à proximité du téléphone. Par exemple, au début, l'interprète n'avait pas compris que c'était la patiente elle-même qui s'était fait édenté. La patiente

⁹ Le formulaire reprend les informations principales sur les personnes : nom ; prénom ; date de naissance ; pays et ville d'origine ; date d'arrivée en France ; membres avec qui elle est hébergée en France ; situation familiale ; situation administrative et évolution ; problème de santé connu ; raison de demande d'asile.

¹⁰ En essayant de répondre au formulaire de l'infirmière, la patiente a éprouvé de grandes difficultés à raconter en détail les raisons qui ont poussé la famille à quitter l'Albanie. Habitants d'un village, la famille a vécu des agressions violentes et a été menacé de mort à la suite de créances non honorées. Elle-même a été battue avec violence au niveau de la mâchoire. Elle a d'ailleurs perdu de nombreuses dents, ce qu'elle a tenu à nous montrer.

s'est soudain écroulée et est partie dans une crise de larmes. À ce moment-là, l'interprète ne comprenait pas ce qu'il se passait. Elle disait donc à l'autre bout du téléphone : « Allô ?! Allô ?! Je n'entends plus rien ! ». L'infirmière tenait donc deux rôles en même temps, puisqu'elle devait rassurer sa patiente, elle a par exemple essayé de lui tendre une main que la patiente a ignorée, et, en parallèle, elle devait intégrer l'interprète qui n'était pas présent en lui apportant des renseignements sur la situation et donc lui expliquer que la patiente était renfermée dans ses pleurs et ne parlait plus.

La patiente se plaignait d'avoir des maux de têtes très importants, elle se tenait d'ailleurs souvent la tête entre les mains et la nuque qui semblait être raide. Elle souhaitait que l'infirmière lui prescrive des médicaments pour pallier ses maux de têtes permanents. L'infirmière lui a expliqué qu'elle n'était pas autorisée à lui prescrire des médicaments compte tenu de son statut. En considérant l'état très perturbé de la patiente à ce moment-là, l'infirmière a préféré écouter l'entretien. Elle a demandé à la femme d'aller lui chercher le dossier médical concernant ses problèmes cardiaques et sa médication actuelle¹¹. La femme a quitté la pièce et est partie chercher son dossier médical. L'infirmière a donc décidé de raccrocher avec l'interprète et de la rappeler plus tard, quand la patiente serait revenue.

Au bout d'une dizaine de minutes, la femme est revenue dans la pièce avec son dossier médical. Elle l'a donné à l'infirmière qui a confirmé que la femme avait subi des opérations cardiaques lourdes depuis son arrivée en France. Elle a essayé par la suite de communiquer avec la patiente en lui faisant des signes et des mimiques par rapport aux médicaments qu'elle devait prendre pour les insomnies, l'anxiété et les maux de têtes ce qui s'est révélé être un véritable jeu de devinettes. Toutefois la femme ne semblait pas vraiment comprendre tout ce qui lui était dit. Finalement l'infirmière a décidé de rappeler l'interprète pour pouvoir communiquer avec sa patiente. Entre-temps, le mari de la patiente suivante s'impatientait derrière la porte du bureau et ne cessait de l'ouvrir et de la refermer, ce qui a fini par agacer l'infirmière. L'infirmière a terminé la consultation en convenant d'une nouvelle rencontre avec la patiente. Celle-ci a insisté une dernière fois pour avoir des médicaments pour alléger ses maux de têtes. L'infirmière lui a une nouvelle fois expliqué qu'elle ne pouvait rien lui prescrire et qu'elle devait se diriger vers le médecin généraliste pour avoir des médicaments plus forts. Les attentes de la patiente ne semblaient pas avoir été satisfaites. Lorsque celle-ci a quitté la pièce définitivement, l'infirmière a demandé à l'interprète son ressenti par rapport à la patiente. Elle voulait surtout savoir si elle considérait les propos de la femme délirants. L'interprète a alors répondu en disant qu'elle avait surtout eu de grandes difficultés à comprendre ce que la femme disait, à cause de la qualité sonore de l'appel. Au vu de l'impatience de la patiente suivante, l'infirmière lui a fait prendre place dans la pièce sans raccrocher avec l'interprète en albanais qui était également sollicitée pour la consultation suivante.

¹¹ La patiente nous a expliqué que, dès son arrivée en France, elle avait été opérée trois fois au cœur. Au vu des cicatrices qu'elle nous a montrées au niveau de sa poitrine et de sa jambe (opération également liée à ses problèmes cardiaques), les opérations semblaient être assez sérieuses. Depuis on lui a prescrit un grand nombre de médicaments à prendre quotidiennement. Actuellement, la femme est suivie par un médecin généraliste en contact avec les migrants du CADA/HUDA.

Les autres observations avec l'interprétariat téléphonique ont montré le même genre de difficultés¹². Une série d'éléments et de situations s'enchaînent de manière rapide. Les moments d'incompréhensions et de malentendus se multiplient. Ils mettent non seulement à l'épreuve les rôles et les attentes de chaque acteur mais, de plus, ils créent inévitablement une certaine tension auprès des acteurs concernés.

L'interprétariat téléphonique est une pratique qui se développe pour des raisons pratiques et financières. Si l'on postule que la relation tripartite et le lien entre les professionnels et le public sont facilités par la présence de l'interprète, son absence peut être considérée comme problématique. Un interprète nous confie « détester faire les interprétariats par téléphone. C'est très impersonnel et on passe la moitié de l'interprétariat à résoudre des questions de mauvaise entente téléphonique ». L'interprète devient alors un simple traducteur, une machine à interpréter. Un autre interprète nous dit qu'il lui manque les expressions par téléphone, que la complicité n'y est pas, rendant l'interaction très froide. N'étant plus sollicité en tant que personne mais en tant qu'outil de traduction, l'interprétariat téléphonique accentue leur invisibilité lors des entretiens et peut devenir un facteur excluant. « Parce que le téléphone grésille, parce que du coup on n'a pas entendu les trois quart de la phrase de la personne, parce qu'il y a quelqu'un qui rentre dans la pièce et il se met à parler avec le professionnel et on se demande ce qui se passe et qui c'est qui parle et qu'est ce qu'on doit faire... (...) Dans le cadre de la psychiatrie, de la psychologie (...) On fait un maximum d'effort pour traduire, même les hésitations et mêmes les incohérences. Dans certains cas comme celui là (le téléphone) on peut pas, on n'a pas le temps. On a quarante minutes dans lesquels on doit retranscrire et là on est dans l'interprétariat total, c'est-à-dire qu'on va simplement faire au mieux pour retranscrire une idée, ou un symptôme... Où est ce qu'il veut arriver. Du coup effectivement c'est très compliqué par téléphone. » L'interprétariat téléphonique est le contre exemple de ce que nous documentons dans l'article : il ôte une forte dose d'humanité.

12 Même les cliniciens rencontrés étaient réservés sur l'utilisation de l'interprétariat téléphonique.

BIBLIOGRAPHIE

«Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France» - Strasbourg - 14.11.12 - 17 p.

Leanza, Y., Boivin, I. - *Interpréter n'est pas traduire. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire. Actes en ligne du colloque international: L'éducation en contextes pluriculturels: la recherche entre bilan et prospectives*, Université de Genève - 2008 - 12 p.
[https://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocSSRE/07 %20GE/LeanzaYBoivinI.pdf](https://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocSSRE/07%20GE/LeanzaYBoivinI.pdf)

Denis-kalla, S., Moussaoui, L. - « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient! ». Communication présentée à la Journée d'étude ONSMP-ORSPERE: Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle», Centre Hospitalier Le Vinatier. - 2006
 Tremblay, L., entrevue avec Leanza, Y. - « Intervenir avec un interprète en santé mentale ». *Entre-vues METISS et ses recherches en actions*, volume 2, 05.2011/N° 3, 4 p - 2011

Moussaoui, L. - « L'interprète, le droit commun et l'interculturel ». *Ecarts d'identité*, 09-12.1999/ N° 90-91, pp. 39-45 - 1999

ERRATUM

Des erreurs de syntaxe se sont glissées dans l'édition du précédent numéro suite à une inversion de version, nous vous présentons nos excuses pour cela.



February 2015

Journal of

Interpersonal

Violence

Journal of

Interpersonal

Violence

Journal of

Interpersonal

Violence

Journal of

Interpersonal

Violence

Journal of

Interpersonal

Violence

NEW FROM JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE

