

## **Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle**

Betty GOGUIKIAN RATCLIFF  
*Université de Genève (FPSE) et  
Appartenances-Genève*

NOS SOCIÉTÉS MULTICULTURELLES OCCIDENTALES confrontent les cliniciens et les intervenants du domaine médical, social et éducatif à un fait nouveau, celui des usagers migrants allophones, ayant un accès et une connaissance limités de nos institutions. Nous aborderons ici la question du rôle de l'interprète en milieu médical, et confronterons les contextes de la médecine somatique et psychiatrique ou psychothérapeutique.

À la barrière linguistique, qui rend les échanges difficiles, et accroît les risques d'incompréhension et d'erreur diagnostique, vient s'ajouter le fait que ces populations migrantes réagissent souvent négativement aux traitements proposés. Ruptures de traitement précoces, mauvaise compliance médicamenteuse, rendez-vous manqués, trajectoires de soins peu cohérentes, erreurs de jugement diagnostique, explosion des coûts de la santé (Jacobs et al., 2004 ; Karliner et al., 2006), ont été des constats répétés et déterminants qui ont progressivement fait reconnaître aux cliniciens et aux autorités de la santé publique (OFSP, Migration et santé) l'intérêt qu'il pouvait y avoir à recourir à un interprète professionnel, dans le but d'ajuster les pratiques, de prévenir des ruptures de soins et, en définitive de garantir plus d'équité dans le système de santé (Blake, 2003 ; Guex & Singy, 2003).

Toutefois, si l'idée du recours à un interprète semble judicieuse, certains travaux empiriques montrent que, dans la pratique, le rôle de ce tiers dans la consultation médicale ou psychologique reste flou et suscite parfois des tensions, à la fois du côté des professionnels de la santé, et chez les interprètes (Weber & Molina, 2003). De ce fait,

les services d'interprétariat sont souvent sous-utilisés, comme nous allons le voir.

## 1. QUELLE PLACE POUR L'INTERPRETE EN CONSULTATION ?

Une enquête effectuée par Bischoff et al. (1999) il y a déjà dix ans, auprès de 244 services de médecine hospitalière dans toute la Suisse, a révélé que dans les institutions étudiées on préférerait avoir recours à des interprètes *ad hoc* (proches du patient ou membres du personnel non soignant) plutôt que de faire appel à des interprètes professionnels, quand bien même les consignes institutionnelles y étaient favorables et les moyens financiers disponibles. Ces résistances à recourir à un interprète professionnel, étaient donc l'indice d'un réel malaise qui ne se limite ni à la médecine institutionnelle, ni à la Suisse.

En effet, une enquête plus récente réalisée dans le Canton de Vaud auprès de médecins privés du réseau de soins pour requérants d'asile (Graz et al., 2002) montre que, lors de consultations avec un migrant allophone, près de la moitié (45%) des praticiens interrogés considéraient comme souhaitable de disposer d'une permanence de traducteurs à distance, et plus de la moitié d'entre eux (58%) souhaitent disposer de glossaires avec termes phonétiques et illustrations. Si elles étaient disponibles, ces deux solutions alternatives sont considérées comme tout aussi efficaces que la présence en consultation d'un interprète qualifié.

Une autre étude effectuée au Canada, pays pionnier dans la mise en place de services d'interprétariat communautaire dès le début des années 1990, montre qu'à Montréal, après dix ans d'existence, le service d'interprètes demeure sous-utilisé. Là aussi, pour des raisons financières, mais pas seulement, les cliniciens sollicitent souvent les membres de la famille du patient, ou d'autres « interprètes informels », non qualifiés (Vissandjee et al., 2005). Les enquêtes récentes de Bischoff et al. (2003) et Hudelson & Vilpert (dans ce volume)

menées aux Hôpitaux Universitaires de Genève vont également dans le même sens.

Ces études nous obligent à constater que le recours à un interprète suscite chez les praticiens des résistances et des ambivalences persistantes qu'il faut tenter d'analyser et de comprendre. Nous nous trouvons donc face aux défis suivants : expliquer et promouvoir la fonction d'interprète dans le champ médical, et former les médecins et les interprètes à mieux travailler ensemble. Autrement dit, identifier les conditions nécessaires pour parvenir à un meilleur ajustement dans la collaboration entre cliniciens et interprètes. Pour cela, nous devons commencer par identifier les attentes et les difficultés respectives.

Pour ce faire, l'étude du rôle de l'interprète va adopter une perspective interactionniste et situationnelle, et s'inscrire dans le champ de la communication médecin-patient (Wadensjö, 1998), communication qui, avec un interprète cesse d'être dyadique et monoculturelle pour devenir triadique et interculturelle.

Certaines recherches, effectuées dans différents contextes institutionnels, ont montré que le rôle de l'interprète varie considérablement selon le contexte institutionnel dans lequel il s'exerce (Grin, 2003 ; Goguikian Ratcliff, 2009). Par ailleurs, le travail de l'interprète en milieu psychiatrique est peu traité dans la littérature alors qu'il est souvent décrit comme éprouvant par les interprètes eux-mêmes. C'est la raison pour laquelle nous allons tenter d'approfondir cette problématique à titre exploratoire.

Commençons par le travail en milieu de soins somatiques. Que nous dit la littérature concernant les attentes et difficultés respectives dans le travail en commun ?

## 2. LE ROLE DE L'INTERPRETE EN MILIEU DE SOINS SOMATIQUES

Des recherches, effectuées en milieu médical, révèlent que de façon générale, l'interprète est perçu par les médecins comme un obstacle

à l'établissement d'une relation privilégiée avec le patient. La nécessité de communiquer par l'intermédiaire d'un tiers fait en sorte que, parfois, les médecins peuvent se sentir exclus de l'interaction, et même avoir l'impression de perdre une part de leur statut de soignant (Rosenberg et al., 2007). Autrement dit, en ne sachant pas quelle place assigner à ce tiers, les soignants éprouvent une difficulté à se situer eux-mêmes dans la triade (Singy & Lambert, 2003). Par ailleurs, il apparaît de manière répétée que les médecins reprochent aux interprètes d'être peu fidèles dans leurs traductions, de prendre trop d'initiatives, et se plaignent du fait de ne pouvoir contrôler ce qui est transmis et ce qui est compris de part et d'autre. Pour éviter ce type d'écueil, les soignants auraient tendance à vouloir cantonner ce tiers dans un rôle d'instrument de traduction plutôt que dans un rôle de véritable acteur de la rencontre (Singy & Lambert, 2003).

#### 2.1. EXTERIORITE ET NEUTRALITE SOUHAITEES

Plusieurs auteurs vont plus loin en affirmant que ce qui est souhaité avant tout c'est la transparence et la neutralité de l'interprète, afin que puisse se dérouler la consultation selon un modèle biomédical (Davidson, 2000 ; Flores, 2005). Ceci semble particulièrement vrai dans les structures de soins institutionnelles, où il est implicitement demandé à l'interprète de renforcer ou de confirmer le discours biomédical, le plaçant dans un rôle paradoxal d'« allié neutre » du médecin (Leanza, 2005b). En effet, s'il est demandé à l'interprète de traduire les consignes et prescriptions du médecin à l'intention du patient dans une optique psycho-éducative, à l'inverse, les opinions du patient ont très peu de chance d'influencer les vues du médecin. Ce constat tendrait à indiquer qu'en milieu de soins somatiques, le patient, est conçu comme exécutant de la prescription médicale plutôt que reconnu dans la globalité de sa différence culturelle.

Une position plus nuancée consiste à souligner que l'enjeu pour les médecins confrontés à un patient migrant allophone qui exprimerait des réticences à suivre un traitement, serait de passer de la compliance à la concordance (Mullen, 1997), ce qui implique une négoc-

ciation entre médecin et patient autour du traitement le plus approprié. Pour parvenir à cette concordance, le médecin est amené à comprendre le point de vue du patient, et l'interprète peut occuper dans ce cas le rôle d'informateur culturel (voir Dominicé Dao, dans ce volume).

De leur côté, les interprètes réclament de sortir du rôle de « simples » traducteurs qu'ils estiment frustrant, et expriment le souhait de pouvoir jouer un rôle plus actif au sein de la consultation : spécialistes des mentalités et des coutumes, informateurs socioculturels, voire médiateurs culturels ou avocats du patient (Métraux, 2002). Ils soulignent également des activités souvent passées sous silence car se déroulant hors consultation, à savoir d'une part l'accueil, qui soutient les patients à leur arrivée dans cet environnement peu familier, et d'autre part, le fait qu'il leur arrive souvent de tisser des liens personnels avec les patients et leur famille en dehors de l'hôpital, favorisant par là leur insertion communautaire et, à terme, leur intégration sociale (Leanza, 2005b ; Weber & Molina, 2003).

Qu'observe-t-on *pendant* les consultations ? A partir de l'analyse d'entretiens effectués en pédiatrie au CHUV, Leanza (2005a) montre qu'en réalité l'interprète adopte rarement en séance un rôle actif et se limite le plus souvent à un rôle de traducteur (90% des cas). Ce constat peut s'expliquer du fait que c'est le soignant qui initie les échanges et mène l'entretien ; la marge de manœuvre de l'interprète est donc restreinte, étroitement liée à la conception que le soignant se fait de son propre rôle. Toutefois, il est intéressant de constater que lorsque l'interprète intervient de son propre chef dans ce contexte, c'est le plus souvent pour sortir du rôle d'interprète et jouer le rôle de professionnel bilingue, se plaçant en position de collaborateur du médecin qui pose des questions, applique des grilles ou des procédures standard, récolte des informations médicales, etc. L'auteur note qu'il semble y avoir là une ambivalence chez les interprètes qui réclament d'incarner le rôle de référent culturel tout en se glissant très facilement dans le rôle d'agent du système de soin. Cela indique du moins que la place à occuper n'est pas très claire pour eux non plus.

Quant aux patients interrogés, ils sont unanimes à souhaiter à leurs côtés la présence d'un interprète professionnel en consultation, qui jouerait les rôles d'avocat, de conseiller, d'informateur, tout en se montrant respectueux de la confidentialité (Renteria, 2003).

## 2.2. UN MANQUE D'AJUSTEMENT

Nous retiendrons que les représentations de l'interprète semblent plus proches de celles des patients que de celles des médecins. En effet, si l'on compare les visions des soignants et des interprètes, il est frappant de constater à quel point l'écart entre leurs conceptions est important. Chacune des parties a sa propre représentation de son rôle, de sa pratique et des fondements de celle-ci, mais à l'inverse, connaît très mal les présupposés qui sous-tendent l'action de l'autre membre du tandem. On semble assister, sinon à un dialogue de sourds, du moins à un manque d'ajustement patent, entre ce que les uns souhaitent offrir et les autres souhaitent recevoir.

Nous pouvons en conclure provisoirement qu'en milieu de soins somatiques, le recours à un interprète, même qualifié, s'il peut résoudre des problèmes de langue, soulève de nouvelles difficultés inhérentes au contact entre cultures professionnelles.

## 3. LE ROLE DE L'INTERPRETE DANS UNE PSYCHOTHERAPIE

En milieu de soins psychiatriques, et plus précisément en situation de psychothérapie, les choses se compliquent encore. En effet, la concordance visée ici se réfère non seulement au traitement à suivre, mais à la nature même du mal. Plusieurs auteurs ont montré qu'en cas de difficultés psychologiques les personnes d'origine non occidentale se tournent davantage vers la médecine traditionnelle ou le soutien familial ou spirituel, plutôt que vers un spécialiste de la santé mentale. Ce comportement ne s'observe pas avec les troubles identifiés comme étant d'origine somatique (Alem et al., 1999 ;

Jorm, 2000). Comme l'avait relevé Devereux (1970), il existe des liens profonds entre les conceptions médicales d'une société donnée et la vision du monde de ce groupe socioculturel. Dans les sociétés occidentales, tant dans le champ de la médecine que de la psychothérapie, la centration porte sur l'individu. La médecine et la psychopathologie contemporaines ont largement décontextualisé les troubles (Ehrenberg & Lovell, 2001 ; Littlewood, 2001) faisant une large part aux processus biologiques ou biochimiques pour expliquer la maladie physique, et aux processus neurocognitifs, intrapsychiques ou interactionnels pour expliquer la psychopathologie. A l'inverse, en Afrique par exemple, on inscrit, du moins en partie, l'origine ou l'agent du mal dans un ensemble d'événements malheureux ayant lieu à l'extérieur du sujet, et venant attaquer un être vulnérable, qui loin d'être actif, *subit* cette situation (Laplantine, 1980 ; Kleinman, 1980). En ce sens, les problèmes de santé ne sont qu'une variante de la catégorie plus large des *malheurs* qui s'abattent sur une personne et son entourage. Ces malheurs n'arrivent jamais par hasard et s'inscrivent toujours dans un contexte social et interpersonnel plus large où interviennent des forces visibles et invisibles (Razali et al., 1996). C'est ce contexte qui donne *sens* à la maladie ou à l'attaque qui s'abat sur quelqu'un.

### 3.1. DIFFERENCES CULTURELLES FONDAMENTALES ET IMPLICATION DANS LE PROCESSUS THERAPEUTIQUE

Ces conceptions étiologiques fort éloignées, renvoient donc à des différences culturelles fondamentales (Goguikian Ratcliff, 2010), autour desquelles peut se cristalliser, au début d'une prise en charge, un *conflit de théories* (Nathan, 1994) qu'il serait erroné de prendre pour une résistance au sens psychanalytique du terme. Ces divergences sont d'autant plus importantes selon que le patient provient d'une zone rurale, a un faible niveau d'éducation et a peu de compétences linguistiques dans la langue du pays d'accueil (Jorm, 2000). En situation thérapeutique, interculturelle et triadique, la divergence de vues sur l'origine de la maladie va nécessairement se répercuter sur les attitudes et attentes réciproques des uns envers les autres. Ces

visions différentes peuvent et doivent parfois être explicitées et élaborées dans l'échange thérapeutique.

Revenons au rôle de l'interprète. Un courant théorique francophone issu de l'ethnopsychiatrie a été le premier, dans les années 1990, à théoriser le rôle de l'interprète comme allant bien au-delà du rôle de traducteur-informateur culturel, en lui attribuant la place de cothérapeute (de Pury, 1998, 2002 ; Métraux, 2002 ; Moro & de Pury Toumi, 1994). Dans cette perspective, l'interprète est censé à la fois être le représentant du groupe socioculturel d'origine du patient ; avoir une expertise dans les explications étiologiques culturelles et les techniques de soin traditionnelles ; jeter des passerelles entre les deux mondes en présence moderne et traditionnel ; et enfin, aider activement le thérapeute principal à mener les échanges au sein du groupe thérapeutique. Par conséquent, dans cette optique, on attendrait de l'interprète qu'il joue plusieurs rôles en séance en plus de celui de traducteur, notamment ceux de référent culturel, de médiateur culturel, voire de cothérapeute sur le versant traditionnel. Il n'est plus question ici de neutralité mais bien d'engagement, d'implication dans le processus thérapeutique.

Si cette vision de la fonction d'interprète semble théoriquement fondée, est-elle pour autant généralisable 1) à des interprètes peu familiers avec l'approche ethnopsychiatrique 2) à des prises en charge effectuées dans d'autres settings ou approches thérapeutiques ? Que se passe-t-il en réalité ?

### 3.2. UNE POSITION CENTRALE DE PASSEUR D'IDÉES ET D'ÉMOTIONS

Il existe malheureusement peu de données empiriques sur le rôle de l'interprète en contexte de psychothérapie. C'est la raison pour laquelle je vais essentiellement me référer aux travaux exploratoires de mon collègue Abdelhak Elghezouani menés à Appartenances-Lausanne, ainsi qu'à mes propres travaux et observations effectués à la Consultation d'ethnopsychiatrie de Genève et à Appartenances-Genève, centre de soins psychologiques pour migrants où se pratiquent différentes approches thérapeutiques, généralement en setting individuel.

Dans une première étude de cas réalisée à la consultation d'ethnopsychiatrie, nous avons mis en évidence un profond malaise de l'interprète en séance. Pris d'une part entre un patient qui, suite à un traumatisme crânien, attribuait ses difficultés à une lésion cérébrale, et réclamait qu'on regarde ce qui n'allait pas dans sa tête grâce à la neuroimagerie ; et d'autre part, le groupe thérapeutique qui évoquait des explications étiologiques traditionnelles en parlant de possession par un djinn, l'interprète s'est manifestement senti déstabilisé dans son propre positionnement culturel de migrant. Ce malaise était dû au fait que l'interprète avait des réserves sur la prise de position très culturaliste du groupe sans pouvoir exprimer son désaccord (Goguikian Ratcliff & Changkakoti, 2004). Rappelons ici que l'approche ethnopsychiatrique se réfère systématiquement à une étiologie traditionnelle (Nathan 1988, 1994). Cela a pu jouer un rôle dans le tiraillement vécu par l'interprète, situation extrême par son intensité mais que nous avons relevé à différentes reprises avec d'autres interprètes. Cette première étude a permis de formuler l'hypothèse qu'au-delà de traduire, ou de fournir des connaissances culturelles, l'interprète « traite » l'information qui transite par lui et juge de sa pertinence. Pour que son activité se déroule favorablement, il faut qu'il comprenne et si possible qu'il soit en accord avec ce qu'il traduit.

Une deuxième étude est partie du fait que les thérapeutes se plaignaient souvent que tel ou tel interprète « n'était pas bon ». Pour tenter de mieux comprendre qu'est-ce qu'un bon interprète, nous avons construit un questionnaire visant à mieux cerner les représentations et les attentes des cliniciens et des interprètes, ainsi que les difficultés éprouvées dans le travail en commun (Goguikian & Suardi, 2006). Cette étude a mis en évidence des attentes « dogmatiques ou idéales » de la part des thérapeutes tous imprégnés du modèle ethnopsychiatrique, modèle auquel les interprètes n'avaient pas été formés. De ce fait, les interprètes devaient répondre à des attentes explicites – parler de sa culture, de comment ça se passe au pays en se référant aux pratiques traditionnelles – découlant d'un modèle théorique qui lui, restait implicite. Les difficultés des interprètes montraient en fait l'importance pour eux de connaître

le cadre dans lequel ils sont amenés à intervenir, afin de pouvoir s'y ajuster. En effet, les résultats ont montré que les interprètes peu expérimentés et peu familiarisés à l'approche ethnopsychiatrique éprouvaient plus de difficultés que leurs collègues plus expérimentés, et qui s'étaient préalablement forgés une représentation du travail demandé. Le degré d'acculturation de l'interprète semble également jouer un rôle, encore insuffisamment étudié : les interprètes les plus expérimentés résidaient en Suisse depuis bien plus longtemps que les interprètes peu expérimentés.

Par ailleurs, l'implication personnelle demandée a été jugée excessive par les interprètes, du fait qu'elle induit une mobilisation émotionnelle parfois difficile à gérer. Cela peut amener l'interprète à se sentir débordé suite à la séance. De plus, certains interprètes font état d'un idéal de neutralité, qui entre parfois en contradiction avec l'implication personnelle demandée en séance, créant un phénomène de dissonance cognitive ou de conflit de rôles, phénomène qui les place dans une situation d'inconfort et d'incompréhension (Delcroix, 1996 ; Weiss & Stucker, 1998). Cela indique à quel point les contenus évoqués peuvent entrer en résonance avec le propre vécu de l'interprète, et souligne, une fois de plus, que les contenus traduits sont préalablement « traités » par l'interprète.

### 3.3. UN TRAVAIL DE METABOLISATION ET DE MISE EN SENS

Mais de quel type de traitement s'agit-il ? Nous faisons l'hypothèse que pour qu'un contenu (une intervention, un argument, une interprétation) émis par le thérapeute puisse être « digéré », c'est-à-dire assimilé par le patient, il faut d'abord qu'il fasse sens pour l'interprète. Cela engage aussi bien une dimension cognitive qu'affective. Nous pouvons faire ici un parallèle avec la fonction *alpha* décrite par Bion (1962), grâce à laquelle le psychisme de la mère prémâche et rend digestes les éléments de la réalité avant de les présenter à l'enfant. Le psychisme de l'interprète aurait donc une fonction de métabolisation, d'élaboration des contenus « bruts » transitant par lui. Autrement dit, afin de rendre pensable un contenu chez son patient, ou d'induire chez lui une mobilisation émotionnel-

le, le thérapeute doit d'abord passer par la médiation de l'interprète. Cette médiation va au-delà du rôle d'informateur culturel, et mobilise chez l'interprète, ses propres résonances de migrant. Cela étant l'interprète ne traite pas l'information dans une seule direction. Pour effectuer ce travail de trait d'union dans les deux sens et rendre les propos du patient intelligibles pour le thérapeute, l'interprète se livre sur le plan cognitif et culturel cette fois, à un travail de décodage ou *d'inférence* consistant à évaluer les « ethnothéories » et les connaissances culturelles du thérapeute, et à s'y ajuster dans la mesure du possible.

Dans cette perspective, le thérapeute a non seulement affaire à un interprète visible et impliqué, mais qui plus est, un interprète possédant un psychisme qui, dans le meilleur des cas, est mis au service de la relation thérapeute-patient. Nous allons essayer de montrer que l'interprète peut contribuer à améliorer la relation thérapeute-patient dans un cadre psychothérapeutique pour autant qu'il soit perçu comme faisant partie intégrante du processus thérapeutique, et non comme un outil de traduction invisible.

#### 3.4. LA CONSTRUCTION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN CONTEXTE INTERCULTUREL

Lorsqu'on évoque le processus thérapeutique, la question de l'alliance thérapeutique est incontournable, car elle s'avère être un bon prédicteur de l'évolution du patient, indépendamment de la longueur ou du type de traitement, et de la sévérité des symptômes initiaux du patient (Luborsky, 1994 ; Horwath & Symonds, 1991). Rappelons que l'alliance thérapeutique est un concept d'utilisation courante en clinique et correspond à un aspect de la relation entre le thérapeute et le patient relatif à leur capacité à investir réciproquement la thérapie et à collaborer. La plupart des définitions différencient, d'une part, une composante affective de l'alliance qui réside dans l'établissement d'un climat favorable à un échange relationnel chaleureux et soutenant, et d'autre part, une composante cognitive, qui consiste dans le partage d'une représentation commune du pro-

blème et des moyens à employer pour le résoudre, appelée alliance de travail (Henry & Strupp, 1994).

Au cours du traitement, l'alliance peut fluctuer. Au début d'une prise en charge, il a été montré que ce sont les interactions émotionnelles et non le contenu des échanges verbaux, qui apparaissent le plus clairement liées à la formation de ce qu'on a appelé l'alliance précoce (Sexton et al., 1996). A partir de la cinquième séance, la qualité de la relation thérapeutique paraît dépendre moins du climat affectif en séance que de l'alliance de travail et de collaboration entre le patient et le thérapeute. La question de la place de l'interprète au cours d'une consultation en contexte interculturel s'avère donc ici centrale, en tant que plaque tournante des échanges de points de vue et d'émotions entre patient et thérapeute.

### 3.5. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE TRIADIQUE

Le passage de la dyade à la triade thérapeutique sur fond d'interculturalité a jusqu'ici été peu thématiqué sur le plan théorique. Comment se construit l'alliance thérapeutique dans un setting triadique ? Dans la clinique interculturelle, le thérapeute doit faire alliance avec deux sujets, parlant une langue commune certes, appartenant si possible à la même « culture d'origine », mais ne se connaissant pas forcément et pouvant avoir des besoins, des vécus, des attentes différentes en fonction de leurs connaissances en matière de santé mentale. Même si l'interaction principale se situe entre le patient et le thérapeute, chaque dyade en présence interagit et ces interactions sont influencées par la présence du tiers. En réalité, cette triade thérapeutique peut être décomposée en trois dyades : patient-interprète, patient-thérapeute et interprète-thérapeute. Le thérapeute doit être attentif et veiller à la qualité de chacun de ces liens, sans pour autant perdre de vue le problème du patient.

Partant des travaux de Bot (2003, 2005) et du concept de « psychologie à trois personnes », une étude menée par Elghezouani, de Roten et d'autres collaborateurs à Appartenances-Lausanne a interrogé des thérapeutes, des interprètes et des patients albanais sur leur perception et leur évaluation de l'alliance thérapeutique. Les

résultats montrent que les trois groupes étudiés s'accordent sur l'importance de l'aspect relationnel de l'alliance et sur la dimension éthique qu'elle implique. De manière générale, les patients et les interprètes partagent la même évaluation de l'alliance. En revanche, les vues entre patients et thérapeutes divergent en ce qui concerne l'alliance de travail, et il semble même y avoir un malentendu sur le sens de cette question. Pour les patients, le thérapeute est perçu comme un expert possédant la capacité de les soigner, alors qu'ils s'attribuent un rôle passif dans le processus thérapeutique. De leur côté, les thérapeutes ont une faible évaluation de l'alliance de travail avec les patients, comme s'il y avait un écart entre le travail thérapeutique tel qu'il est effectué et « ce qui pourrait » ou « devrait être fait » idéalement (Elghezouani et al., 2007).

Des résultats analogues ont été trouvés dans une étude de cas récente effectuée par Pereira (2009) auprès de patientes d'origine albanaise et africaine, suivies à Appartenances-Genève. Si la dimension affective de l'alliance était reconnue et appréciée, après douze séances de travail en commun, la dimension de l'alliance de travail ne semblait pas signifier grand-chose pour les patientes. Cela pose la question de la validité culturelle de ce concept chez des migrants d'un faible niveau d'éducation, habitués à une médecine de type paternaliste.

Cela nous incite à penser que la présence de l'interprète n'est pas seulement utile pour aider à l'installation d'un climat empathique et soutenant, mais doit contribuer aussi, et peut-être surtout, à l'établissement de l'alliance de travail. En situation interculturelle, cette vision commune de la nature du problème et des moyens d'y remédier est, plus que jamais, à co-construire, dans un espace où peuvent s'exprimer, sans s'exclure, plusieurs représentations de la maladie et de la « guérison ».

#### 4. CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS CLINIQUES

Pour conclure, nous commencerons par dire que les attentes envers un interprète en milieu de soins somatiques ne semblent pas tout à fait superposables à celles qui ont cours en situation de suivi thérapeutique. Il paraît donc important de reconnaître la complexité et les multiples facettes du rôle de l'interprète, allant bien au-delà de la simple traduction et faisant appel aux dimensions symbolique, cognitive, affective et sociale. Cette variation en fonction du contexte et la flexibilité requise pour s'y accommoder sont rarement soulignées dans la littérature. Cela implique une formation plus poussée, voire la création de modules de spécialisation dans l'un ou l'autre domaine, tendant à rendre l'exercice de leur métier plus confortable et plus ajusté.

Un deuxième constat est le fait que la collaboration clinicien-interprète est un exercice délicat qui ne s'improvise pas. L'aspiration à travailler avec un interprète invisible et transparent nous semble illusoire, tout comme celle de travailler avec un interprète cothérapeute. Sur le plan pratique, un effort particulier est à faire au niveau de la formation à travailler ensemble, en créant par exemple, des séminaires d'analyse des pratiques où peuvent être exposés et débattus les points de vue respectifs en vue d'atteindre un meilleur ajustement. Il est donc important de former les cliniciens à méta-communiquer sur leur façon de travailler, leurs attentes et l'objectif de la consultation, de manière à créer avec l'interprète une sorte de «culture commune». Une telle formation commence à être mise sur pied en Suisse romande.

Un dernier constat concerne le manque de théorisation et de données empiriques, en ce qui concerne la place de l'interprète dans le processus thérapeutique. La piste de la construction de l'alliance thérapeutique triadique et interculturelle, que nous avons essayé d'esquisser nous semble être une voie prometteuse à creuser.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALEM, A., JACOBSON, L., ARAYA, M. et al. (1999). How are mental disorders seen and where is help sought in a rural ethiopian community? A key informant study in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 40-47.
- BION, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
- BISCHOFF, A., PERNEGER, TV., BOVIER, PA., LOUTAN, L., STALDER, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practitioners*, 53(492), 541-546.
- BISCHOFF, A., TONNERRE, C., EYTAN, A., BERNSTEIN, M., LOUTAN, L. (1999). Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Médecine Sociale et Préventive*, 44(6), 248-256.
- BLAKE, C. (2003). Ethical considerations in working with culturally diverse populations: the essential role of professional interpreters. *Bulletin de l'Association des Psychiatres du Canada*, 6, 21-23.
- BOT, H. (2003). "The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three person psychology". In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin, H. Clarke (eds): *The critical Link 3*. Amsterdam: John Benjamin Publishing Company, p. 27-35.
- BOT, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam: Rodopi.
- DAVIDSON, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: the social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4(3), 379-405.
- DELCROIX, C. (1996). Rôles joués par les médiatrices socio-culturelles au sein du développement local et urbain. *Espaces et Sociétés*, 84-85, 153-176.
- DEVEREUX, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- EHRENBERG, A. & LOVELL, A. (2001). « Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? » In A. Ehrenberg & A. Lovell (dir.) : *La maladie mentale en mutation*. Paris : Odile Jacob, p. 9-39.
- ELGHEZOUANI, A., DE ROTEN, Y., MADERA, A., BOSS-PRIETO, OL. (2007). Analyse de l'alliance thérapeutique dans la psychothérapie interculturelle : une approche interactionniste. *Actualités Psychologiques*, 19, 147-151.
- FLORES, G. (2005). The impact of interpreter services on delivery of health patients: a systematic review. *Medical Care Research Review*, 62(3), 255-299.

- GOGUIKIAN RATCLIFF, B. (2009). *Cadres institutionnels et interventions de l'interprète*. Communication orale au 6<sup>ème</sup> Colloque biennal de la Société Internationale de Psychologie Critique de la Santé. Université de Lausanne, 8-11 juillet 2009.
- GOGUIKIAN RATCLIFF, B. (2010). « Différences culturelles fondamentales et exercice de la psychothérapie avec un interprète ». In G. Thésée, N. Carignan, P. Carr (éds) : *Les faces cachées de la recherche interculturelle*. Paris: L'Harmattan, p. 78-96.
- GOGUIKIAN RATCLIFF, B. & CHANGKAKOTI, N. (2004). Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique. *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 5(2), 255-264.
- GOGUIKIAN RATCLIFF, B. & SUARDI, F. (2006). L'interprète dans une consultation thérapeutique : conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies*, 1, 37-49.
- GRAZ, B., WADER, J.-P., RAYNAULT, M.-F. (2002). Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé publique*, 1(14), 75-81.
- GRIN, C. (2003). « Rôles et pratiques des interprètes et des médiateurs culturels : enquête anthropologique sur le réseau de soins de Lausanne ». In P. Guex & P. Singy (éds) : *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine et Hygiène, p. 141-163.
- GUEx, P. & SINGY, P. (2003). *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine et Hygiène.
- HENRY, WP. & STRUPP, HH. (1994). "The therapeutic alliance as interpersonal process". In AO. Horwath & LS. Greenberg (eds): *The working alliance: theory research and practice*. NY: Wiley and sons, p. 51-84.
- HORWATH, AO. & SYMONDS, BD. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- JACOBS, E., SHEPARD, D., SUAYA, J., STONE, EL. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health*, 94(5), 866-869.
- JORM, AF. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- KARLINER, L., JACOBS, E., HM CHEN, A., MUTHA, S. (2006). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Research and Educational Trust*, 42(2), 727-754.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

- LAPLANTINE, F. (1980). *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.
- LEANZA, Y. (2005a). Le rapport à l'autre culturel en milieu médical. L'exemple de consultations pédiatriques de prévention pour des familles migrantes. *Bulletin de l'Association pour la Recherche InterCulturelle*, 41, 8-27.
- LEANZA, Y. (2005b). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), 167-192.
- LITTLEWOOD, R. (2001). Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : Les « syndromes liés à la culture. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 2(3), 441-466.
- LUBORSKY, L. (1994). "Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success". In AO. Horwath & LS. Greenberg (eds): *The working alliance: theory research and practice*. NY: Wiley and sons, p. 38-50.
- METRAUX, J.-C. (2002). L'interprète ce nouvel acteur. *Cahiers Psychiatriques*, 29, 115-135.
- MORO, MR. & DE PURY TOUMI, S. (1994). Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 25/26, 47-85.
- MULLEN, PD. (1997). Compliance becomes concordance. *British Medical Journal*, 341, 691-692.
- NATHAN, T. (1988). *Le sperme du diable*. Paris : PUF.
- NATHAN, T. (1994). « Eléments de psychothérapie ». In T. Nathan, A. Blanchet, S. Ionescu, N. Zajde (éds) : *Psychothérapies*. Paris : Odile Jacob, p. 11-96.
- OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE. Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013).
- PEREIRA, C. (2009). *Alliance thérapeutique, acculturation et modèle explicatif de la maladie chez deux femmes migrantes souffrant de dépression*. Mémoire de MAS en Psychologie clinique. Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education.
- PURY, S. DE (1998). *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*. Paris : Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond.
- PURY, S. DE (2002). Les apatrides linguistiques : réflexions sur la traduction en situation clinique. *Psychologie Française*, 47(3), 99-104.
- RAZALI, SM., KHAN, UA., HASANAH, CI. (1996). Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients: impact on treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 229- 233.

- RENTERIA, S.-C. (2003). « Analyse du point de vue des patients ». In P. Guex & P. Singy (éds.): *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine et Hygiène, p. 59-84.
- ROSENBERG, E., LEANZA, Y., SELLER, R. (2007). Travailler avec un interprète en soins de première ligne : pertes et renoncements. *Bulletin de l'Association pour la Recherche InterCulturelle*, 45, 30-36.
- SEXTON, HC., HEMBRE, K., KVARME, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: a sequential analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 471-480.
- SINGY, P. & LAMBERT, H. (2003). « Les médiateurs culturels interprètes dans le système de soins : instruments ou acteurs ? ». In C. Sabatier & O. Douville (éds) : *Cultures, insertion et santé*. Paris : L'Harmattan, p. 165-176.
- VISSANDJEE, B., HEMLIN, I., GRAVEL, S., ROY, S., DUPERE, S. (2005). La diversité culturelle montréalaise : une diversité de défis pour la santé publique. *Santé Publique*, 3(53), 417-428.
- WADENSJÖ, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Harlow: Addison Wesley Longman.
- WEBER, O. & MOLINA, ME. (2003). « Le point de vue des médiateurs culturels interprètes ». In P. Guex & P. Singy (éds) : *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine et Hygiène, p. 85-112.
- WEISS, R. & SUCKER, R. (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins*. Neuchâtel : Forum Suisse pour l'étude des Migrations.